

Evaluation du programme-cadre « Ecoles et santé »

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique
Août 2002

Evaluation du programme-cadre « Ecoles et santé »*

Une vue de l'histoire et de l'évaluation d'« Ecoles et santé » montre qu'un potentiel énorme est contenu dans ce programme innovateur dans le cadre de la promotion de la santé. Afin que ce potentiel puisse encore mieux être utilisé, non seulement les expériences positives de la première phase du programme doivent être prises en compte, mais il s'agit aussi de mettre en lumière et de débattre des aspects critiques.

Denise Efionayi-Mäder, Milena Chimienti, Sandro Cattacin**

Le programme-cadre « Ecoles et santé » est né du projet *Santé Jeunesse* pour l'éducation à la santé dans les écoles (1992-1995). Ce projet a été initié en 1992 à l'Institut de recherche et de documentation pédagogique de l'Université Neuchâtel (IRDP), sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) pour encourager l'information sur le SIDA dans les écoles et permettre un état des lieux de l'éducation à la santé en Suisse.

Le développement de *Santé Jeunesse*

En 1993, le projet *Santé Jeunesse* fut en outre chargé de la coordination en Suisse du Réseau européen d'écoles promotrices de santé (ci-après abrégé REES), créé en même temps mais de manière complètement indépendante et soutenu à l'échelle européenne par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Conseil de l'Europe et l'Union européenne (EU)¹. Par la suite, cette tâche de coordination – qui n'était pas comprise au départ dans *Santé Jeunesse* – a peu à peu supplanté le mandat initial du projet. Etant donné que le REES ne pouvait prendre qu'un nombre limité d'écoles pilotes (17) dans chaque pays et qu'en Suisse beaucoup plus d'écoles étaient intéressées, *Santé Jeunesse* développa un réseau national avec des écoles supplémentaires, qui à l'intérieur de la Suisse étaient traitées de la même manière mais ne participaient toutefois pas à l'échange international.

* Article paru dans la revue « Suchtmagazin » n°2 2002, traduit en français et adapté par Milena Chimienti, Romaine Farquet et Anna Neubauer.

** Cet article est né de la collaboration entre le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM/SFM) et l'Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP). Adresse du FSM: rue des Terreaux 1, 2000 Neuchâtel, tél. : + 41 (0)32 le 718.39.20, <http://www.unine.ch/fsm>. Adresse de l'IDHEAP: Route de la Maladière 21, 1022 Chavannes-près-Renens, tél. : +41 (0)21 694.06.00, <http://www.idheap.ch/idheap.nsf/Home>.

Denise Efionayi-Mäder est cheffe de projet et directrice adjointe du FSM/SFM. Contact : Denise.Efionayi@unine.ch, tél. : + 41 (0)32 le 718.39.20, Milena Chimienti est collaboratrice scientifique au FSM/SFM; Sandro Cattacin est directeur du FSM/SFM et professeur à l'IDHEAP.

Comme il est vite apparu que la définition des buts de *Santé Jeunesse* demeurait obscure et que le soutien institutionnel se montrait insuffisant, différents conflits d'intérêts surgirent, ce qui compliqua considérablement la situation de travail de l'équipe du projet².

Rétrospectivement, on peut toutefois relever les mérites du projet d'avoir non seulement déclenché un processus de sensibilisation pour la promotion à la santé dans les écoles, mais encore d'avoir montré clairement les besoins tout comme les obstacles relatifs à la mise en œuvre d'un tel projet. Un défi particulier se manifesta de toute évidence dans la combinaison entre le suivi au niveau national et le soutien régional, problème qui est lié à l'organisation fédéraliste du système d'éducation et de la santé en Suisse³ : quoi qu'il en soit, la structure « centraliste » du projet, a été sans cesse violemment critiquée, aussi bien par les responsables du projet qu'au niveau du comité directeur du programme, et une plus forte régionalisation s'est imposée.

L'éducation à la santé est-elle identique à la promotion de la santé ?

À l'échéance de *Santé Jeunesse*, il a été par conséquent décidé de poursuivre le projet en ne reprenant que l'« éducation à la santé » à l'école, à condition de restructurer l'ancien projet – à savoir de le régionaliser avec une coordination centrale – et cette fois-ci sur une plus longue durée (cinq ans). Le comité directeur du programme (anciennement projet *Santé Jeunesse*) a recommandé d'élaborer un nouveau concept dans le but déclaré de permettre l'inclusion, à travers les écoles, d'experts externes, d'adapter la mise en œuvre en fonction des conditions communales et cantonales et d'encourager des conditions-cadres favorables dans les cantons.

Eu égard aux remarques suivantes ci-dessous, concernant la terminologie, il faut souligner ici que dans la position finale des responsables de *Santé Jeunesse*, l'« éducation à la santé » était pratiquement exclusivement au centre du discours⁴. S'est posée ainsi la question, si et dans quelle mesure, l'interprétation de ce concept par les auteurs du projet s'écartait de manière consciente d'une approche plus large de la « promotion de la santé », comme celle prônée par le REES sur la base de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé⁵. On ne peut exclure que ce détail terminologique ait conduit occasionnellement à des malentendus, entre le comité directeur et les différents acteurs associés, en ce qui concerne la poursuite et l'orientation du programme « Ecoles et santé » qui a succédé à *Santé Jeunesse*.

Développement du programme-cadre – organisation et objectifs

Le programme-cadre « Ecoles et santé » a été subordonné à la section « alcool et tabac » de l'Office fédéral de la santé publique et a débuté en 1996. Outre la place de responsable pour le programme-cadre « Ecoles et santé », une place pour la coordination nationale du REES a été créée et implantée auprès de Radix Promotion de la Santé. Pour soutenir le déroulement de l'élaboration du programme global et du choix des projets, ainsi que pour encourager le transfert d'informations entre les participants et le suivi des évaluations, la CDIP a mis en place un groupe de travail « Education à la Santé et Promotion de la santé » (ci-après abrégé GT-CDIP)⁶.

Le contrat du groupe de travail, qui contient de neuf à quinze membres au maximum est décrit comme suit:

- *« Il conseille l'Office fédéral de la santé publique lors de l'élaboration de l'ensemble du concept du programme-cadre et lors de l'attribution des mandats ».*
- *« Il est chargé d'assurer que, lors du choix de sous-projets partiels et uniques, les différents domaines, niveaux scolaires et instruments didactiques soient représentés dans la plus large variété et complémentarité ».*
- *« Il garantit le transfert des informations entre les différents sous-projets partiels par la mise à disposition de plates-formes appropriées (p. ex. réunion de responsables de projet, forums, journaux d'information ou autres instruments appropriés) et intègre/coordonne le plus possible les efforts de toutes les autres institutions qui sont actives dans le domaine de la santé ».*
- *« Il établit, au niveau de chaque projet individuel, un suivi et une évaluation minimaux ».*
- *« Il assure une assise politico-éducative au projet et incite les cantons et les régions par le biais de la CDIP à intégrer les connaissances acquises grâce aux projets dans le quotidien de l'enseignement ».*

L'OFSP co-finance en outre la place d'une collaboratrice scientifique à la CDIP, qui est compétente pour les affaires du GT-CDIP⁷.

Orientation et Philosophie du programme-cadre

Les premiers appels d'offres de projets ont commencé en 1997. Les « documents du concours » laissent entrevoir – même si cela est formulé prudemment – une approche large de la promotion de la santé, qui se réfère au contexte de l'école (approche de *setting*) et doit comprendre en même temps une prévention thématique. On a visiblement renoncé à une délimitation plus importante du concept et de l'orientation du programme dans cette phase. Ceci est probablement dû à l'intention d'assurer un soutien aussi large que possible au programme (et de placer ainsi les débats de principe en attente). Une orientation aussi large que possible a pu être tout à fait justifiée par le caractère innovateur des premiers appels d'offres, bien qu'elle se soit effectuée en partie aux dépens d'une formulation détaillée des priorités des objectifs du projet.

Sur une base très générale, la formulation des objectifs principaux cités englobe à la fois des finalités à long terme (points 1 et 2) et des priorités en terme de mise en oeuvre (points 3 et 4)⁸ :

- le renforcement du rôle des écoles comme lieu d'apprentissage pour des modes de vie et de comportements sains ;
- la création de conditions-cadres pour l'intégration de la promotion de la santé dans les écoles ;
- le développement de synergies entre les acteurs du domaine de l'enseignement chargés d'éducation à la santé ;
- l'élargissement du Réseau européen d'écoles promotrices de santé (REES) à d'autres écoles intéressées.

Un document légèrement plus vieux⁹ souligne en outre les deux points suivants:

« L'objectif prioritaire du programme-cadre est la création de conditions pour le développement des synergies entre les projets et leurs acteurs (...) Le deuxième objectif est le développement d'un concept vaste et cohérent de la prévention et de la promotion de la santé »¹⁰.

Il s'agissait évidemment lors du premier appel d'offres d'encourager une palette aussi large que possible de projets innovateurs, qui tenaient compte simultanément d'expériences positives déjà faites. En outre, des projets qui prévoyaient au moins un soutien cantonal et se basaient sur une approche interdisciplinaire, ont été préférés. L'élaboration des critères de sélection des projets est indiquée dans un rapport de l'ancien secrétaire scientifique du groupe de travail de la CDIP¹¹.

Les derniers développements

Depuis juillet 2001, de vastes travaux conceptuels, ayant pour objectif de déterminer le développement futur du programme, sont en cours¹². Ce processus doit conduire à la formulation de la nouvelle stratégie du programme-cadre – appelé nouvellement « Education et santé – Réseau suisse » – pour les années 2003 à 2010. Dans une première étape, une équipe de rédaction « nouvelle conception Ecoles et santé » a été constituée pour formuler des propositions pour la stratégie à développer¹³. Pour ce travail, l'équipe de rédaction recourt à toutes les sources disponibles.

Une étape importante sur la voie de la nouvelle stratégie de programme a été l'organisation d'une réunion spécialisée de deux jours sous la forme d'un forum ouvert : « Open Space » – Forum « Vision + Participation » du 4 et 5 septembre à Fribourg¹⁴. L'objectif formel de cette manifestation était d'élargir les propositions de l'équipe de rédaction, compte tenu de la suite de la planification du programme, par les idées d'environ 350 spécialistes de tous les domaines du système d'enseignement et de la santé.

De manière secondaire et indirecte, les thèmes centraux de la promotion de la santé ont été rendus visibles durant cette réunion, puisqu'on a réussi à récolter l'important savoir-faire de nombreuses personnes-clé rassemblées à cette occasion. Le résultat de ces efforts fut rendu accessible aux participants dans un recueil de textes, qui synthétise les débats de nombreux ateliers lors de ces deux journées¹⁵.

Enfin, une évaluation du programme-cadre, dont les recommandations pour le développement du nouveau concept peuvent être utilisées, est disponible. Les résultats les plus importants de cette évaluation sont présentés dans la suite du texte.

Typologie des projets du programme-cadre « Ecoles et Santé »

Après la description de l'histoire d'« Ecoles et Santé », il vaut la peine de se pencher sur le travail pratique effectué dans le cadre de ce programme. Au moment de l'évaluation de la première phase du projet (voir ci-dessous), le programme-cadre avait soutenu financièrement au total 32 projets allant de la prévention axée sur différentes thématiques (dépendances, sida, suicide etc.) à des projets privilégiant une approche holistique et structurelle de promotion de la santé à l'école. Les moyens d'intervention utilisés sont divers, mais la grande majorité des projets

réalisent des séances de formation ou d'information et produisent du matériel didactique. Ils agissent le plus souvent au niveau de l'école obligatoire, bien que quelques-uns touchent le préscolaire, la formation des apprentis et celle des enseignants. Le programme couvre actuellement pratiquement tous les cantons avec au moins un projet. Les projets du programme-cadre peuvent être classés en quatre types¹⁶. Ces types sont illustrés ci-après plus en détail avec un exemple (tiré de la brochure de présentation des projets réalisé par le programme¹⁷). Ces projets correspondent à des types idéaux, car dans la mise en oeuvre, certaines caractéristiques distinguées peuvent évidemment se retrouver dans un même projet. Comme types de projets, on peut différencier :

- les projets structurels ;
- les projets portant sur une thématique spécifique ou traitant de problèmes particuliers ;
- les projets produisant des méthodes didactiques soit par du matériel, soit par des formations ;
- les projets d'évaluation, de gestion de la qualité et de recherche.

Projets structurels (projets d'établissement scolaire)

Ce type de projets privilégie une approche holistique de la santé à l'école. Ils mettent l'accent plutôt sur les conditions-cadre (le contexte), que sur les individus et leur comportement, même si ces aspects sont également pris en compte (approche par *setting* de la promotion de la santé). Ces projets peuvent également porter sur une thématique particulière, du moins dans un premier temps, mais leur but vise à terme à améliorer le système de l'établissement scolaire dans une perspective de bien-être global.

La mise en oeuvre de ces projets se fonde sur des interventions multidimensionnelles axées par ex. sur les acteurs (du concierge aux parents), l'architecture de l'école, etc. Leur conduite est orientée vers le long terme. Le projet « Peacemakers » (voir l'encadré) constitue un bon exemple de ce type de projet.

Projekt „Peacemakers“

Grundsätzliches

Ein interkantonales Netzwerk von Schulen wird aufgebaut, die Gewaltprävention als Prinzip für gesundheitsfördernde Schulentwicklung verwenden. In beteiligten Schulen:

- wird das Bedürfnis nach Gewaltprävention ortsbezogen (Neu: Schulhaus bezogen) analysiert und regelmässig aktualisiert
- werden Schüler und Schülerinnen in der gewaltfreien Konfliktbewältigungsmethode aus- und weitergebildet, damit sie Stufen- und Alters gerecht Konflikte gewaltfrei lösen können
- wird ein konstruktiver Umgang mit starken Gefühlen für Erwachsene wie auch für Schüler und Schülerinnen eingeübt
- wird das Selbstwertgefühl der SchülerInnen aufgebaut, damit Konflikte erkannt, benannt und angegangen werden können
- wird Hilfe zur Selbsthilfe

- werden Fortbildung für Erwachsene sowie für Schülerinnen und Schüler angeboten und organisiert.

Thema

Schüler und Schülerinnen werden nach einem bestimmten Verfahren ausgewählt und als Friedenstifter oder Friedensstifterinnen ausgebildet. Die Schüler sollten befähigt werden selbständig Alters-, und Stufen gerechte (eigene) Konflikte gewaltfrei lösen zu können. Über einen Zeitraum werden die Peacemakers von erfahrenen Leitern und Leiterinnen betreut und begleitet.

Begründung für das Projekt, Bedarf

Gewaltprävention in der Schule ist gesundheitsfördernd. Wenn Schüler und Schülerinnen in die Gewaltprävention einbezogen werden, können sie frühzeitig eingreifen und ihre Kenntnisse um die soziale Dynamik in der Schule vorbeugend nutzen.

Konzeptueller Ansatz, Theorie, Referenzen

Einige Schwerpunkte der Arbeit von NCBI:

- Konfliktlösung kann (wie Lesen und Rechnen) gelehrt und gelernt werden
- Auseinandersetzung mit den Themen: „Was ist Gewalt?“ und „Ist Gewalt immer schlecht?“
- jede Person kann Frieden stiften, d.h. Eskalation und Gewaltkreise unterbrechen
- Gewaltprävention bedeutet, Gefühle zu zeigen und Platz für Spass, Trauer und Wut zu schaffen
- geschlechtsspezifische Gewaltprävention
- Abbau von Vorurteilen zwischen Menschen verschiedener Herkunft.

Ziele, Zielgruppe

- Die ganze Schule setzt sich mit dem Thema „Frieden“ auf der persönlichen, Klassen-, Schul- und gesellschaftlichen Ebene auseinander
- Bewusstseinsförderung und Sensibilisierung der eigenen „Schulhaus-Streitkultur“
- Weiterbildungen zum Thema: „Gewalt überall, und ich?“, d.h. es gibt eine gemeinsame Sprache über Gewalt, Gewaltdynamik, Gewaltkette und es wird ein Verständnis über die wichtigsten Rollen: Täterin/Täter, Opfer, Zeuge/Zeugin gefördert
- Geschlechterspezifische Ansätze zur Gewaltprävention.

Projektleitung und Trägerschaft

NCBI-Schweiz, Alte Landstrasse 89, 8800 Thalwil, Tel. 01 721 10 50, E-Mail: ncbiron@smile.ch, Internet: www.ncbi.ch, www.kronenwiese.ch (Oberstufe-Projektwoche-Beispiel), www.stansstad.ch (Primarschule-Projektwoche-Beispiel)

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, 2001: 47-49 (Ausschnitte, in Details verändert)

Projets portant sur une thématique ou des problèmes spécifiques

Ces projets sont axés sur une approche ciblée et orientée principalement sur les individus et leur comportement. Ils visent à former les individus dans le domaine des risques ou en ce qui concerne une meilleure utilisation de leurs propres ressources, afin de prévenir certains problèmes (prévention). Différentes méthodes de mise en œuvre sont utilisées p. ex. des modules de formation continue, des actions publiques d'information (conférences, *workshops*), qui peuvent effectuer ponctuellement des interventions de relations publiques ou de formation continue. Un exemple de ce type de projet peut être trouvé dans le projet « Heute über Aids reden » (voir l'encadré).

Projekt „Heute über Aids reden“

Grundsätzliches

Das Projekt leistet einen Beitrag zu den drei übergeordneten nationalen Zielen des nationalen HIV/Aids-Programmes der Schweiz:

- Verhinderung der Ausbreitung von HIV;
- Förderung der Solidarität;
- Verminderung der negativen Auswirkungen von HIV und Aids.

Die Projektziele sind entsprechend abgeleitet:

- Das Bewusstsein bei Jugendlichen für Schutzverhalten wird gefördert;
- Jugendliche haben eine persönliche Erfahrung in der Begegnung mit HIV-positiven Menschen;
- Die Lebensqualität von HIV-positiven Menschen wird durch eine anerkannte Aufgabe, welche deren
- soziale Integration fördert, verbessert;
- Die Qualität des Projektes wird den aktuellen Rahmenbedingungen angepasst.

Thema

HIV/Aids-Prävention von HIV-positiven Menschen für Jugendliche und Erziehende; Förderung der Solidarität mit HIV-positiven oder an Aids erkrankten Menschen.

Begründung für das Projekt, Bedarf

Zurzeit leben in der Schweiz über 20'000 Menschen mit dem Virus. Weltweit sind es ca. 40 Mio. Menschen und täglich kommen weitere Neuinfektionen dazu. Es gibt keine Therapie, mit der Aids geheilt werden kann und keine Impfung. Prävention ist daher nach wie vor der beste Schutz. Trotz Verbesserungen im Umgang mit betroffenen Menschen gibt es noch immer Vorurteile und Ängste.

Konzeptueller Ansatz, Theorie, Referenzen

Durch einen offenen Dialog mit HIV-positiven Menschen wird präventives Verhalten gefördert, Vorurteile und Ängste abgebaut sowie Verständnis und Solidarität geschaffen. HIV-positive Menschen berichten Jugendlichen über ihr Leben mit dem HI-Virus, wie es zur Übertragung kam und wie man sich davor schützen kann. Themen wie Sexualität, sexuelle Vorlieben, Beziehungen, Moral, Religion, Krankheit und Tod werden behandelt. Das Projekt basiert auf der Verhaltens- und der Verhältnisprävention. Präventives Verhalten wird gefördert, indem die möglichen Folgen von Risikoverhalten nicht nur rational begreifbar, sondern auch emotional erfahrbar werden. Das Projekt bedient sich eines themenzentrierten Ansatzes mit Gruppendiskussion. Lernfähigkeit und Fähigkeit zu Verhaltensänderung werden vorausgesetzt.

Das Projekt ergänzt das Angebot der Schule. Es wird von verschiedenen kantonalen Erziehungsdepartementen ideell unterstützt.

Ziele, Zielgruppe

Das Projekt leistet einen Beitrag zu den drei übergeordneten Zielen des nationalen HIV/Aids-Programmes der Schweiz:

- Verhinderung der Ausbreitung von HIV
- Förderung der Solidarität
- Verminderung der negativen Auswirkungen von HIV und Aids.

Es richtet sich an Jugendliche und Erziehende.

Kontaktadresse Deutschschweiz

Silvia Hausammann, Aids-Hilfe Schweiz, Konradstrasse 20, Postfach 1118, 8031 Zürich, Tel. 01 447 11 11, Fax 01 447 11 12, E-Mail: silvia.hausammann@aids.ch

Kontaktadresse Französische Schweiz

Sylviane Guérin 11, rue de la Navigation 1201, Genève, Tel. 022 738 28 38, E-Mail : projet.ecoles@aids.ch

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, 2001: 37-39 (Ausschnitte)

Projets produisant des méthodes didactiques

Ces projets proposent exclusivement des moyens de formation pour les enseignants, ou des outils d'enseignement. Le matériel ou la formation peuvent porter sur une thématique particulière et se confondre avec les projets portant sur une thématique spécifique, mais contrairement à ces derniers, les aspects didactiques de la formation et de l'enseignement priment sur la thématique. Leur approche est aussi centrée sur les individus et privilégie une démarche de prévention des risques et une meilleure utilisation des ressources personnelles. Leur mise en oeuvre est basée sur la formation et le matériel scolaire, sans autre intervention de type 'relation publique'. Ce type de projet connaît une durée limitée : il se termine en général avec la réalisation du matériel et sa diffusion. Une formation peut, quant à elle, être donnée de manière ponctuelle. Le projet *P3 Bejune* représente un exemple de ce type de projet.

Projet de l'espace BEJUNE : promotion de la santé, prévention des conduites addictives au niveau de la préscolarité (P3)

Fondements

Le projet s'inscrit dans une conception large d'éducation pour la santé. Il est un outil de promotion de la santé puisqu'il vise le bien-être en assurant à la personne un plus grand contrôle sur sa propre santé dans l'idée de l'améliorer. Un outil de prévention primaire puisqu'il vise à développer et à renforcer des comportements sains, des attitudes de résistance et des aptitudes souhaitables propices à la santé. Un outil faisant référence à la philosophie, à l'éthique et aux principes et objectifs assignés à la préscolarité. Pour réussir à l'école, il ne suffit pas d'avoir des compétences liées au quotient intellectuel, les compétences liées aux domaines socio-affectif et psychomoteur sont de toute évidence importantes. Le projet propose d'introduire dans les pratiques des enseignantes et des enseignants d'école enfantine 5 techniques, pour la plupart, connues à l'école enfantine, mais renouvelées et inscrites dans le champ de la santé. Ces techniques (les activités triadiques; les contes merveilleux; les jeux d'appivoisement; la marionnette raconte; les randonnées) favorisent chez les élèves le renforcement de leurs compétences sociales et affectives, de la confiance en soi et de l'estime de soi.

Justification du projet, besoins

Le projet considère que l'école doit prendre en considération le bien-être de l'élève et du groupe, leur apprendre à s'affirmer et à faire des choix judicieux, à développer l'estime de soi et la confiance en soi qui leur permettront de se faire respecter tout au long de leur vie. Et pour cela, l'école doit offrir un lieu de confiance, de sécurité et un espace favorable à l'apprentissage qui permet à l'élève et au groupe-classe de fortifier leur santé tant physique que mentale, affective et sociale. Ce projet propose des réponses concrètes, cohérentes et structurées, tout en y intégrant les récentes recherches touchant à ce champ propre de la promotion de la santé. Loin de constituer des recettes à appliquer telles quelles, l'outil proposé offre une souplesse d'utilisation raisonnée pour approcher ces questions.

Données conceptuelles, théorie, références

La conception psychopédagogique des techniques proposées repose sur trois piliers:

- développement socio-affectif: la prise en compte du développement socio-affectif des enfants est facilitée par des activités dans trois domaines: la conscience de soi, la confiance en soi engendrant la confiance en autrui et l'interaction sociale;
- inspiration psychanalytique: le renforcement du moi et l'exercice de l'imaginaire et du symbolique repose sur la lecture ou la narration de « contes de fées » choisis et sur le récit de type « randonnée » qui utilisent le « retour du même » et entraînent un sentiment de sécurisation;
- approche systémique: par la distinction clairement manifestée des frontières entre famille, cour d'école, salle de classe, lieux publics et le recours à une logique circulaire, l'introduction de rites d'accueil, de passage, de début et de fin de journée tend à gérer les conflits et prévenir les comportements déviants.

Buts, groupes-cibles

- former à l'animation de groupes d'adultes 13 enseignantes de l'école enfantine de l'espace BEJUNE;
- réaliser un moyen d'enseignement qui tient de support de cours à la formation;
- concevoir et organiser 7 conférences de présentation du programme P3 obligatoires pour l'ensemble des enseignantes des écoles enfantines des trois cantons (BE JU NE);
- former les enseignantes du préscolaire à des techniques qui permettront aux élèves des classes enfantines de développer des habitudes et des comportements renforcés dans le milieu familial et touchant à différents aspects de leur vie quotidienne (alimentation, soins du corps, besoins élémentaires en sommeil, en repos et en activité, expression des émotions, estime de soi, confiance en soi et en autrui, stratégies d'évitement des risques). La formation de base dure 24 périodes et elle est suivie de 6 périodes de guidance réparties sur une ou deux années scolaires;
- évaluer l'impact de ces activités et mettre en place des moyens d'information à transmettre aux enseignantes de 1P-2P pour assurer une prolongation de ces activités et un bon suivi.

Adresse de contact

Françoise Pasche Gossin, Cheffe de projet, route de Diesse 11, 2516 Lamboing, Tél. et fax 032 315 27 92, E-mail : spike@swissonline.ch

Source : Bundesamt für Gesundheit, 2001: 12-14 (passages, en partie adaptés)

Projets d'évaluation, de gestion de la qualité et de recherche

Les activités de ces projets portent sur les autres types de projets du programme-cadre « Ecoles et santé », qui sont soutenus par ces metaprojets d'évaluation, de gestion de la qualité et d'autres recherches.

La pondération des types de projets

Lors du premier appel d'offres, la priorité a été donnée à l'approche structurelle¹⁸. Il n'est donc pas surprenant que cette catégorie soit plus importante par rapport à celle des projets portant sur une thématique spécifique. Toutefois, le nombre de projets visant la réalisation de matériel scolaire ou d'une formation didactique équivaut à celui des projets structurels (voir tableau 1).

Les projets retenus dans le deuxième appel d'offres sont numériquement comparables à ceux du premier concours. On constate cependant, que cette fois-ci l'accent a été mis sur des projets thématiques. Même s'ils sont toujours légèrement moins nombreux que les projets structurels, ils dépassent numériquement les projets

de méthodes didactiques. En outre, un projet de gestion de la qualité a été ajouté au programme-cadre « Ecoles et Santé ».

Différences de fond et de structure

Tandis que les projets structurels sont directement tributaires des conditions-cadre locales, le savoir-faire et les connaissances des projets axés sur une thématique spécifique peuvent être utilisés à une plus large échelle et constituer un apport précieux pour l'ensemble du programme. Ces projets (thématiques) sont davantage susceptibles de faire appel à des experts du domaine sanitaire (ou d'autres domaines non-directement liés à l'instruction publique).

En revanche, les projets structurels et de méthodes didactiques sont plus orientés vers les institutions pédagogiques. En effet, on note que les instances responsables des projets de ce type relèvent principalement des départements de l'instruction publique, alors qu'on trouve des instances sanitaires ou spécialisées sur un thème (par ex. Aids-Hilfe Schweiz) pour les projets de type thématique spécifique. La collaboration entre intervenants de différentes disciplines soulève à la fois la question des relations d'ordre scientifique (interdisciplinarité et relations entre intervenants) et d'ordre institutionnel (partage des responsabilités, financement). Les niveaux géographiques d'intervention méritent également une réflexion : un projet thématique, intéressant l'ensemble du programme, peut se trouver au niveau cantonal en concurrence directe avec un projet structurel agissant au niveau local.

Questions fondamentales

L'évolution de la proportion des types de projets observée entre les deux mises au concours¹⁹, pose le problème de la diversité des projets et des priorités à fixer pour la suite du programme-cadre. On constate que, si le programme-cadre privilégie toujours les projets structurels, la tendance initiale vers des projets didactiques, évolue vers des projets axés sur des thématiques spécifiques, qui jouissent éventuellement d'une plus grande acceptation dans certains milieux. Se posera également la question de savoir si la gestion de la qualité et l'évaluation peuvent faire l'objet de projets particuliers ou doivent être pleinement intégrées aux projets existants.

Tableau 1: Nombre de projets par type

Types de projets	Nb de projets par type lors de la 1 ^{ère} mise au concours 1997	Nb de projets par type lors de la 2 ^{ème} mise au concours 1999
Structurels	5 (en réalité 11 avec 6 projets du AK-GSK) ²⁰	8
Thèmes spécifiques	4	5
Méthode didactique	6	3
Evaluation / gestion de qualité	---	1
Total 32 projets	15 (dont 7 sont encore en cours en 2001)	17

Résultats de l'évaluation de la première phase du programme

Comme pour tous les programmes-cadres qui sont lancés/soutenus par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), «Ecoles et Santé» est également évalué scientifiquement. Le Centre de compétences en évaluation de l'OFSP a mandaté l'Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP) et le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM/SFM), afin d'examiner la première phase du programme d'impulsion (de 1997 à juin 2002). Le mandat d'évaluation est d'une part rétrospectif, soit de faire la synthèse des expériences de la première phase du programme jusqu'en 2001 ; et d'autre part prospectif, à savoir de réaliser un inventaire des données disponibles et mesurables du programme, en vue du développement d'un système de monitoring (suivi et évaluation) des projets lors de la 2^{ème} phase du programme à partir de 2003. Cette étude s'adresse en premier lieu aux responsables du programme ou des projets ainsi qu'aux instances (sections, services) administratives et politiques de la Confédération ou des cantons qui ont collaboré avec le programme. Les résultats les plus importants de ce rapport d'évaluation sont présentés par la suite sur la base du résumé de l'étude.

Méthodes

L'évaluation est basée sur une analyse de la documentation du programme et des projets ; sur 28 entretiens semi-structurés avec des responsables du programme ou des projets et des spécialistes dans les cantons ; et enfin sur de l'observation (participante) notamment lors de la réunion annuelle des responsables de projets. L'évaluation est axée autour de deux dimensions principales :

- l'analyse de l'ensemble du programme, de sa stratégie et de son fonctionnement, notamment de sa collaboration avec Radix pour le RES-CH.
- des études de cas pour saisir plus en détails l'évolution des projets, leur contexte régional, l'ancrage institutionnel, la mise en réseau et leur collaboration avec le programme.

Résultats: un programme porteur...

Le caractère innovateur du programme, dans une perspective nationale et même européenne, est salué par l'ensemble des personnes interviewées qui soulignent qu'il a initié des projets qui ne l'auraient pas été autrement. En outre, le programme a su impliquer des partenaires importants de milieux différents, dès le début (CDIP) ou ultérieurement à l'instar de Promotion santé suisse²¹.

L'extraordinaire variété des projets, tant du point de vue des contextes régionaux, que des stades de développement, des niveaux d'intervention et des types d'approche, a été source d'expérimentation et d'effervescence. La grande majorité des personnes interviewées reconnaissent à la direction du programme d'avoir su répondre de manière appropriée à cette diversité, par une attitude constructive et flexible. Ce contact privilégié avec les projets a permis une consultation de la base, malgré l'absence de structures formelles de participation à la décision.

... avec quelques déficits structurels

Parmi les principales faiblesses, les observateurs relèvent notamment que le programme n'a pas réussi à mieux se profiler et notamment à trouver une philosophie commune, d'une part parce que le thème de la promotion de la santé peine encore à s'imposer dans les pratiques des cantons. Dès lors, le besoin d'orientation par rapport aux implications concrètes de la promotion de la santé au niveau de la mise en œuvre n'a pu être que partiellement comblé par le programme. D'autre part, ce manque de profil révèle des difficultés internes au programme à coordonner – avec les ressources disponibles – non seulement l'hétérogénéité des projets, mais aussi à rassembler les intérêts parfois divergents des organes impliqués. Par ailleurs, les rôles et responsabilités des différents partenaires du programme sont assez flous et un décalage existe entre le mandat formel (notamment celui du GT-CDIP) et la pratique, ce qui provoque nombre de confusions ou d'attentes (fondées ou non) déçues.

Ce constat va de pair avec le fait que les processus de décision (réorientations stratégiques du programme, priorités dans la sélection des projets, etc.) ainsi que les canaux d'information sont peu transparents. En outre, l'accompagnement des projets apparaît insuffisant, en raison de ressources (personnelles) trop limitées. Enfin, les exigences du programme par rapport aux projets prêtent à confusion, notamment en ce qui concerne les implications de la collaboration entre l'OFSP et le RES-CH, les objectifs de mise en réseau et d'institutionnalisation, ainsi que le soutien concret du programme par rapport à ces objectifs.

Une phase décisive pour le programme

Plusieurs témoignages soulignent que le programme, dont la poursuite jusqu'en 2010 a formellement été décidée, se trouve actuellement à un tournant important : il vise à passer d'une phase plutôt expérimentale à une phase de consolidation, caractérisée par une professionnalisation nécessaire des processus et des structures (gestion de projet, gestion de qualité, etc.). Cette étape charnière comporte de nombreuses potentialités, mais elle est également synonyme d'une fragilité accrue du programme (pouvant entraîner des remises en question plus fondamentales). Il apparaît que les responsables ont conscience de ses faiblesses et ont déjà adopté des adaptations nécessaires. Un nouveau concept pour la 2^{ème} phase du programme, qui devra intégrer les recommandations de la présente évaluation, est d'ailleurs en cours d'élaboration.

Recommandations: réflexions sur l'organisation future

Les recommandations que nous proposons sont de trois ordres : premièrement, le programme devrait développer une réflexion commune autour de son orientation future et notamment en ce qui concerne la mise en œuvre d'une promotion de la santé holistique. Cette étape devrait également servir à mieux définir son profil. Si des différences d'approches entre le programme et le Réseau d'écoles promotrices de santé existent, elles devraient être ouvertement débattues.

... clarifications structurelles...

Deuxièmement au niveau organisationnel, la répartition des tâches stratégiques et opérationnelles devra être clarifiée et mieux correspondre à la pratique : quels partenaires décident, au sein de quel organe et à quel échelon ? De même, le rôle de Radix au sein du programme (et vice-versa) devrait être mieux défini (rapport entre le Réseau et les écoles impliquées dans le programme). Il s'agirait également de formaliser les processus de décision et de prévoir des canaux d'informations entre partenaires, ainsi que pour les projets. En bref : le programme est arrivé dans une phase de son développement où il devient indispensable de rationaliser ses tâches par une gestion professionnelle (sélection et accompagnement des projets, documentation, etc.). Pour orienter le travail futur, une formulation plus précise des finalités et objectifs intermédiaires du programme s'impose. Ceci suppose la mise à disposition des ressources et structures nécessaires.

... et développement de critères de sélection clairs pour les projets soutenus

Il s'agit troisièmement de décider, en accord avec la nouvelle orientation, s'il est judicieux de maintenir une très large palette de projets au terme de la phase d'expérimentation. Il s'agirait de mieux expliciter les choix fondamentaux (quels types de projets et publics cibles seront privilégiés ? quelles thématiques ?), les priorités parmi les critères de sélection. Les modalités du mandat des projets concernant leur institutionnalisation, leur mise en réseau et leur collaboration avec le Réseau d'écoles promotrices de santé devraient être non seulement adaptées dans les grandes lignes aux différents types de projets, mais également formulées en fonction de chaque projet spécifique. Par ailleurs, l'évolution vers la professionnalisation implique également de promouvoir les principes d'une gestion des projets. Plusieurs possibilités existent : formations (externes), accompagnement plus soutenu des projets, critères de sélection plus stricts lors des concours et formation interne au programme. Enfin, dans l'optique d'assurer un contrôle de qualité, une formulation plus précise des finalités et des objectifs intermédiaires (mesurables) s'impose pour chaque projet. Le 2^{ème} module de l'évaluation, qui propose les bases d'un système de *monitoring* des projets, constitue d'ailleurs un pas dans cette direction.

En conclusion: quelques remarques fondamentales concernant la théorie et la pratique de la promotion de la santé

Parmi les difficultés évidentes mises à jour dans le cadre de l'évaluation, nous devons mentionner un point d'importance particulière : la divergence entre les lignes directrices générales de la promotion de la santé préconisées par la Charte d'Ottawa de l'OMS²² et la mise en oeuvre de ces principes dans la pratique. Alors que dans les déclarations d'intention le principe de la promotion de la santé est unanimement privilégié, on rencontre dans la pratique – et à notre avis également dans le programme-cadre « Ecoles et Santé » – des tensions entre les approches préventives, qui sont établies de longue date, et une promotion globale de la santé. Les raisons en sont multiples :

- La compétence institutionnelle pour la promotion de la santé - qui doit être appliquée de façon transversale (multisectorielle) - est toujours peu claire. Dans

quelle mesure les instances concernées doivent-elles elles-mêmes se mobiliser dans cette affaire, à savoir soit par exemple les écoles ou le secteur de la santé (OFSP), soit les organisations créées à cette fin?

- La socialisation professionnelle dans le système de santé défend encore une approche fortement axée sur la pathogenèse.
- La mise en œuvre de projets globaux orientés sur les processus est complexe puisqu'elle comprend de multiples champs d'action et de nombreuses disciplines (médecine, architecture, pédagogie, développement de l'organisation etc.). Comme il s'agit d'une démarche entraînant potentiellement des changements de structure, elle est bien souvent perçue comme un défi.
- Il existe à ce jour peu de modèles de *bonnes pratiques*, qui indiquent une mise en œuvre réussie du principe de promotion de la santé et prouvent de façon scientifique les mécanismes d'action. Des preuves d'efficacité sont justement davantage réclamées en matière de promotion de la santé, parce que les processus qui la sous-tendent sont plus complexes qu'en matière de prévention classique.

Tous ces motifs conduisent au fait que, malgré les intentions déclarées officiellement au sujet d'une large acceptation de projets de promotion de la santé, il faut encore et toujours „se battre“, ce qui a d'ailleurs été dénoncé à plusieurs reprises par les responsables de projets interrogé(e)s et ce qui a aussi été constaté à la réunion de Fribourg.

Un grand défi

La promotion de la santé dans les écoles doit se légitimer par rapport aux mandants et aux financeurs, si elle veut effectivement jouer un rôle dans le paysage de l'éducation déjà fortement chargé et dont les ressources sont faibles. Afin que des projets soient acceptés par les décideurs régionaux et locaux, ils doivent présenter des objectifs clairs et des concepts soutenus largement, et ce, malgré leur caractère en partie expérimental. Les interventions proposées ne peuvent réussir toutefois que si elles s'intègrent dans le développement (organisationnel) des écoles et dans les réformes de l'éducation en cours et prennent en considération les conditions-cadres de ces processus. Par ailleurs, les différents projets doivent être en mesure de rendre les étapes de leur intervention intelligibles et encourager la transparence des effets obtenus, si possible par des éléments mesurables.

L'idée directrice d'une promotion de la santé dans le sens de la Charte d'Ottawa est basée sur la constatation que la promotion de la santé ne fait sens que dans le cadre d'une politique totale largement soutenue. Du point de vue du contenu, ce principe représente le dénominateur commun le plus important des projets du programme-cadre qui se distingue d'ailleurs par une grande diversité des emplacements, des orientations, des acteurs et des intérêts. Comme mentionné, il prend aussi part au Réseau européen des écoles promotrices de santé (REES) et il n'est jusqu'ici contesté officiellement par aucun des participants.

Mise en oeuvre des principes de la promotion de la santé

On peut toutefois se demander, vu les résultats de l'évaluation, jusqu'à quel point l'entente « officielle » va au-delà de simples déclarations d'intention et aussi si elle tiendra ses promesses au cours de la mise en oeuvre – et ce, à l'intérieur comme à l'extérieur du programme-cadre. On parle à peine des raisons de rejeter les principes de la promotion de la santé *per se* ou de contester la présentation d'une interdépendance de principe entre l'environnement et la santé. Le fait que les stratégies de prévention traditionnelles – en partie malgré un manque d'efficacité et de durabilité – ont reçu jusqu'ici plus d'attention et de ressources que la promotion de la santé, laisse à réfléchir. En effet, dès qu'on considère concrètement la mise en oeuvre – au-delà d'un *anything goes* – et qu'on met en question les approches concrètes, les avis se séparent fortement.

Dans le cadre du concept « Ecoles et Santé » pour les années 2003–2010, ces questions devraient être fondamentalement clarifiées. Des différends éventuels ne pourront pas être évités – même si le (fragile) consensus existant sera ainsi malmené. Aussitôt qu'il s'agit de fixer et d'assigner des priorités à des ressources, de telles questions deviennent pertinentes et conduisent souvent à des malentendus et à des conflits²³. Ainsi, certains reprochent à la prévention traditionnelle son manque d'effet durable, tandis que d'autres contestent dans les approches de promotion de la santé, qui visent l'environnement et les relations, le lien avec la santé et remettent en question les compétences institutionnelles respectives.

Bases pour un système intégré de suivi et d'évaluation (2^{ème} module de l'évaluation)

Ayant pour objet d'améliorer non seulement les comportements individuels, mais également les relations sociales et les conditions de vie générales, la promotion de la santé privilégie une approche structurelle, multisectorielle et à objectifs multiples de la santé à l'école. Les divers champs d'action et nombreuses disciplines que comprend le principe de promotion de la santé, ont pour conséquence de rendre complexe la mise en oeuvre des projets suivant cette approche. Ainsi, des données probantes d'efficacité sont davantage réclamées. Une des lacunes souvent reprochée au programme-cadre « Ecoles et santé » – par des personnes affiliées ou extérieures au programme – concerne justement le manque de données relatives à ses résultats et à ceux des projets qu'il regroupe. Il s'agit d'ailleurs d'une critique couramment adressée à des projets du domaine de la promotion de la santé.

Le deuxième module d'évaluation de ce programme-cadre avait précisément pour mandat de combler ce manque et de développer les bases d'un système intégré de suivi et d'évaluation pour l'ensemble du programme et ses projets. Cette exigence est partie du constat que les indications sur l'efficacité, voire l'impact, et les bonnes pratiques ne peuvent être obtenues que par le biais d'un système de suivi régulier des interventions. Elle suppose également que ce système pourra être utilisé en tant qu'outil politique, car il permet de « visibiliser » l'apport des interventions.

La logique générale de ce système de suivi et d'évaluation consiste à rassembler les différents niveaux du programme global, à savoir : celui de projets particuliers, celui de l'ensemble des projets et enfin celui du programme. En outre, ce système vise à intégrer les particularités et les différences des projets en fonction de : leur approche, leur stade de développement, leur lieu d'intervention, leurs buts, les aspects

contextuels. Au vu de cette diversité, un système complexe de critères comportant un certain degré d'abstraction s'imposait pour évaluer sur une base comparative les projets à partir d'indicateurs. Enfin, ce système s'articule autour des différents degrés de suivi : il s'appuie ainsi non seulement sur la gestion de la qualité des projets particuliers, mais intègre aussi l'évaluation de la mise en œuvre jusqu'à l'évaluation des effets de l'ensemble du programme.

Les bases de ce système de suivi et d'évaluation visent à obtenir des données probantes à différents niveaux, sur les projets et le programme-cadre, afin d'atteindre les buts suivants²⁴ :

- *Comparer les projets et identifier les bonnes pratiques en analysant les forces et faiblesses en terme de pertinence, processus, et efficience.*

Le système réalise une vue globale des différents stades de développement des projets et du programme qui permet de mieux les connaître et ce, de manière comparable. Il permet de comparer ainsi les projets en fonction de degré minimaux de réussite et d'identifier les bonnes pratiques en ce qui concerne dans un premier temps leur réalisation et leurs résultats immédiats, mais aussi à plus long terme leur impact : les pratiques qui doivent être maintenues et celles qui doivent être adaptées et améliorées, notamment par la révision des objectifs du projet.

- *Mesurer l'impact à long terme des projets/programme*

L'estimation de l'impact concerne p. ex.²⁵ : 1) l'amélioration de l'état de santé des enfants ; 2) l'amélioration de la capacité et des compétences d'apprentissage et d'attention, 3) le développement de comportements sains ; 4) l'amélioration de la qualité de l'environnement de santé physique et psychique ; 5) la durabilité du programme dans les écoles.

- *Être une aide à la décision et à la pratique.*

Il devrait ainsi servir à formuler le plan du programme et celui des projets. Dès lors la définition des priorités devrait être facilitée et se situer dans une stratégie cohérente.

La démarche a consisté à élaborer les bases d'un système de suivi par l'inventaire des indicateurs existants ou imaginables communs aux projets et pour le programme que nous avons rassemblé dans des grilles distinctes. Elle a reposé en priorité sur l'analyse de la documentation des projets et celle du programme. Quatre grilles ont été réalisées qui représentent autant de bases à mettre en œuvre : deux portent sur les projets et distinguent leur phase de sélection et celle de la mise en œuvre. Les deux autres concernent le programme global et proposent des indicateurs pour le suivi ainsi que pour l'évaluation de son impact à partir des enquêtes suisses sur la santé :

- *La formulation d'indicateurs pour l'évaluation des projets concernant leur phase de sélection.*

Cette grille doit permettre, d'une part, de sélectionner rapidement, de manière relativement standardisée et transparente, les projets lors des appels d'offres. Elle propose ainsi un mode de pondération des projets. Elle est fondée en majeure partie sur les critères élaborés par un groupe de travail du programme (p. ex. : correspondance avec des besoins réels, correspondance avec la

stratégie du programme, degré d'innovation, ancrage et mise en réseau déjà prévu, compétence des responsables du projet dans la gestion de projet, etc.)

- *La formulation d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation des projets concernant leur phase de mise en œuvre jusqu'à leur conclusion.*

Pour ce faire, nous nous sommes basés sur les rapports d'activités intermédiaires et finaux de dix projets. Ceux-ci ont été choisis en accord avec le groupe de suivi de l'évaluation. Ils regroupent des projets de la 1ère phase comme de la 2ème phase du programme (1999-2002). Ils comportent l'avantage de rassembler les quatre types de projets présents dans le programme-cadre et trois régions culturelles et linguistiques différentes.

- *La formulation d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation du programme dans son ensemble.*

Cette grille rassemble les principaux résultats issus du suivi et de l'évaluation des projets pour l'ensemble du programme (p. ex nombre et types d'écoles touchées). Elle y adjoint des indicateurs de processus et de résultat relevant spécifiquement (de l'entité) du programme (p. ex. visibilité du programme). Elle repose essentiellement sur la documentation du programme.

- *Le tour d'horizon des bases de données existantes pouvant être utilisée pour l'évaluation du programme « Ecoles et santé ».*

Il s'agissait notamment d'apprécier dans quelle mesure des données recensées dans différentes enquêtes, menées régulièrement en Suisse (p. ex. : les enquêtes suisses sur la santé des écoliers ou adolescents, évaluations du réseau..., etc.), pourraient être utilisées directement ou adaptées pour informer les systèmes d'évaluation, notamment en ce qui concerne l'impact à moyen ou long terme du programme.

Les principales difficultés que nous avons rencontrées dans ce travail sont dues au fait que les objectifs des projets n'ont pas toujours été clairement définis et qu'ils sont souvent dispersés dans la documentation. Ainsi, la définition d'indicateurs en lien avec les objectifs fait souvent défaut dans les rapports d'activité comme dans les auto-évaluations. Ceci est lié au fait que le cadre logique d'action n'a pas été, dans la plupart des cas, suffisamment détaillé, ni globalement formalisé. Notre travail a donc été de reconstruire rétrospectivement le processus de mise en œuvre des projets à partir des informations dont nous disposions.

En outre, plusieurs questions relatives au mandat des projets restent ouvertes : les projets doivent-ils avoir la même contribution dans le cadre du programme ou celle-ci peut-elle être adaptée en fonction de leur approche, leur état d'avancement et leur contexte institutionnel ? Dans ce sens, si l'inventaire des indicateurs pourra servir de base à l'élaboration d'un système pour le suivi et l'évaluation des interventions, il devra cependant être revu en fonction de l'orientation que prendra le programme à partir de 2003. Le deuxième module de l'évaluation représente un outil vers la formulation d'un système d'indicateurs. Il s'agit donc d'une première étape, dont la phase suivante consistera à mettre en œuvre les bases ici élaborées. Par la suite, le système devra intégrer les différences entre les projets (variations cantonales, différences dans les stades de développement et dans les approches, etc.).

Pour que le système d'indicateur ait des chances de devenir opérationnel et utile à l'ensemble, il est aussi impératif que les indicateurs relevés dans cette étude soient par la suite testés et approuvés en associant les différents protagonistes du programme.

Remarques finales

Avec cette première et vaste tentative dans le secteur de la promotion de la santé – à côté des mesures également innovatrices de la lutte contre le SIDA – l'OFSP s'aventure, avec le programme-cadre « Ecoles et Santé », non seulement dans un domaine inconnu, mais il se déplace aussi précisément dans un champ tendu et controversé. Durant la prochaine phase du programme, une clarification, au moins provisoire, des questions fondamentales ne pourra plus être reportée, même si elle a pu être justifiée jusqu'ici par des raisons pragmatiques (acceptation étendue, encouragement à l'innovation).

Des principes communs doivent recourir aux expériences et aux connaissances actuelles d'autres pays qui se basent sur un processus d'apprentissage institutionnel et une conceptualisation continue. Il va de soi que les conditions d'admission ne peuvent pas être placées trop haut, car le risque de la prise en compte d'un trop petit nombre de projets existerait alors. Malgré tout, le programme doit fixer des conditions transparentes et placer des limites claires. Cela est nécessaire pour renforcer la cohésion interne et les possibilités d'échange entre projets, mais également pour développer un profil clair par rapport aux autorités compétentes et aux autres acteurs. Le label „Ecoles et Santé” devrait signifier la compétence et la qualité de la promotion de la santé dans l'éducation. Dans les grandes lignes, toutes les étapes évoquées ont déjà été entreprises – parfois sur une base informelle et spontanée – dans la première phase de programme. Maintenant, elles doivent être reprises, systématisées et ouvertement énoncées, de sorte que les processus de décision deviennent aussi intelligibles et transparents.

Bibliographie

- **Basler, Andres; Hess Beat; Oertle Bürki, Cornelia, 1999:** Schulen und Gesundheit - Zwischenbericht AG Gesundheitserziehung und – förderung. EDK und BAG, Bern.
- **Bundesamt für Gesundheit, 2001:** Schulen und Gesundheit – Die laufenden Projekte 2000/2001. Bern.
- **Chimienti, Milena; Efionayi-Mäder, Denise ; Cattacin, Sandro, 2002:** Programme-cadre *Ecoles et Santé*. Bases pour un système de suivi et d'évaluation (Module 2). Neuchâtel-Lausanne: FSM/SFM-IDHEAP. <http://www.health-evaluation.admin.ch>
- **Efionayi-Mäder Denise; Chimienti, Milena; Cattacin, Sandro, 2002:** *Evaluation des Rahmenprogramms Schulen und Gesundheit (Modul 1)*. Neuchâtel-Lausanne: FSM/SFM-IDHEAP. <http://www.health-evaluation.admin.ch>
- **Hess, Beat, 2000:** Schulen und Gesundheit – Die laufenden Projekte 2000. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

- **Oertle Bürki, Cornelia, 1996-1997:** Rahmenprogramm Schulen und Gesundheit. Grundlagenpapiere für die Projektauswahl: Erarbeitung, Erprobung, Anpassung. Projektbericht der 1. und 2. Projektarbeit im Rahmen des Nachdiplomstudiums Management im Gesundheitswesen an der Universität Bern.
- **OFSP, 1997:** Programmes de prévention de l'OFSP pour les jeunes. OFSP, Berne
- **Stamm, René, 1997:** Ecoles et santé – Définition des objectifs du programme-cadre. Document interne OFSP.

¹ Des informations sur la partie suisse du projet se trouvent sur la page de Radix Promotion de la Santé: <http://www.radix.ch/edud/html>; des informations (en langue anglaise) sur le Réseau européen se trouvent sur la page: <http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/health/network6.htm>.

² Il n'était, par exemple, pas clair si le projet devait se concentrer sur des travaux de recherche, des prestations de services ou sur le suivi de projets dans les écoles (Rapport d'activité 1995).

³ D'autres Etats à la structure fédérale connaissent tout de même des instances de direction centrales (ministères de l'Education et de la Santé).

⁴ Nous n'utilisons *pas* le concept d'éducation à la santé -qui selon notre compréhension recouvre en premier lieu la salle de classe (cours visant le changement des manières de se comporter et des modes de vie)- comme synonyme de la promotion de la santé à l'école, qui est comprise dans un tout (lieux de pause, cantine, structures, etc.). Cf. chapitre 2.1.

⁵ Dans le texte original : World Health Organisation WHO, 1986. Ottawa Charter of Health Promotion. Ottawa. Le texte complet est accessible sur internet à l'adresse: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.htm>.

⁶ www.radix.ch

⁷ Le mandat du GT-CDIP s'est terminé à la fin 2001. Les bases pour la suite du programme pour la phase 2003-2010 est en planification. Le groupe de rédaction „conception Ecoles et santé“ (cf. Interview Mme Svoboda) sera utilisée dans cette optique durant l'année 2002.

⁸ Source: OFSP/BAG 1997.

⁹ Stamm, 1997.

¹⁰ Ces deux points sont cités dans un documents interne: Objectifs globaux.

¹¹ Oertle, 1997.

¹² Les applications des nouveaux développements s'orientent, entre autres, sur un document non encore publié de Maëlle I. Perez: «Ecoles et Santé» 1995-2001 – Grundlagenpapier. Bern.

¹³ Cf. l'interview de Romana Swoboda, l'animatrice de cette équipe de rédaction, dans le présent recueil d'article.

¹⁴ A omparer avec le rapport dans ce cahier sur la méthode «open Space» en général et en particulier le colloque «Vision + Participation». Forum Fribourg.

¹⁵ Cf. le Rapport 2002: «Vision + Participation». Forum Fribourg

¹⁶ Pour la réalisation de cette typologie nous nous sommes laissés inspirer par une catégorisation qui a déjà été établie par le GT-CDIP(Basler, Hess und Oertle, 1999).

¹⁷ Cf. BAG/OFSP 2001.

¹⁸ Cf. Basler, Hess et Oertle, 1999

¹⁹ Nous nous basons sur le nombre (et non l'importance) des projets.

²⁰ Comme le AK-GSK, qui constitue un programme au sein du programme-cadre et regroupe six projets (structurels), n'a été comptabilisé qu'une fois, nous n'avons pas compté le nombre véritable de projets.

²¹ Ceci est la désignation actuelle. L'organisation était auparavant connue sous la désignation de fondation suisse pour la promotion de la santé, Fondation 19.

²² www.gesundheitsfoerderung.ch

²³ Jusqu'en 1996, l'OFSP disposait d'un service pour la promotion de la santé, dont le titre a changé de nouveau par la suite en Prévention au SIDA et à la toxicomanie.

²⁴ Il s'agit de buts généraux qui se retrouvent dans la plupart des systèmes de suivi et d'évaluation cf. Health Education Research – Theory & Practice, Vol. 15 no 6 2000, pages 719-728 “Developing indicators to enhance school health” Lawrence St Leger.

²⁵ Cf. ENHPS 1999.