



PROJET DE RECHERCHE RELATIF À
L'ÉVALUATION DE LA MISSION DE MISE EN
PLACE DE PROGRAMMES DE PROMOTION DE
SANTÉ ET DE PROMOTION D'UN
ENVIRONNEMENT SCOLAIRE FAVORABLE À
LA SANTÉ (À L'EXCEPTION DE LA VISITE
D'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE)

RAPPORT FINAL

9 septembre 2020

Introduction	1
1. Notre compréhension de la politique évaluée	2
1.1. Préambule	2
1.2. Éléments généraux.....	2
1.3. Aspects spécifiques à la première mission	4
2. L’approche méthodologique.....	7
2.1. Les objectifs de l’évaluation.....	7
2.2. L’approche générale	8
2.3. La collecte des données	10
2.3.1. Les études de cas	10
2.3.2. L’enquête en ligne en deux tours	13
2.4. La construction du mécanisme causal	14
3. L’allocation des ressources, le nerf de la guerre	17
3.1. Les transferts financiers de la Communauté française vers les organisations PSE... 17	17
3.1.1. Éléments généraux	17
3.1.2. Le cas du SPSE pris en exemple	18
3.2. Les transferts financiers et soutiens au niveau des ressources par d’autres acteurs .. 18	18
3.2.1. Éléments généraux	18
3.2.2. Le cas du SPSE pris en exemple	19
3.3. L’engagement du personnel par les organisations PSE.....	19
3.3.1. Éléments généraux	19
3.3.2. Le cas du SPSE pris en exemple	21
3.4. L’existence d’une formation initiale et continue du personnel PSE, notamment par l’ONE22	
3.4.1. Éléments généraux	22
3.4.2. Le cas du SPSE pris en exemple	23
4. La mise en œuvre de la politique : la politique de l’adaptation ?.....	25
4.1. L’existence d’un projet de service fidèle à l’esprit de la législation	25
4.1.1. Éléments généraux	25
4.1.2. Le cas du SPSE pris en exemple	29
4.2. Les activités PSE	30
4.2.1. Éléments généraux	30
4.2.2. Le cas du SPSE pris en exemple	33

4.3.	Le rapportage	34
4.3.1.	Éléments généraux	34
4.3.2.	Le cas du SPSE pris en exemple	36
5.	La diffusion des principes PSE : la difficulté de convaincre et de changer	37
5.1.	Les partages d'expériences et la formation continuée des équipes PSE	37
5.1.1.	Éléments généraux	37
5.1.2.	Le cas du SPSE pris en exemple	39
5.2.	Les interventions PSE en milieu scolaire	40
5.2.1.	Éléments généraux	40
5.2.2.	Le cas du SPSE pris en exemple	44
5.3.	Les interventions PSE intégrant les parents	45
5.3.1.	Éléments généraux	45
5.3.2.	Le cas du SPSE pris en exemple	47
5.4.	Les partenariats entre les organisations PSE et les établissements scolaires ou d'autres acteurs de la santé à l'école	47
5.4.1.	Éléments généraux	47
5.4.2.	Le cas du SPSE pris en exemple	51
5.5.	La légitimité de la PSE au sein du milieu scolaire	51
5.5.1.	Éléments généraux	51
5.5.2.	Le cas du SPSE pris en exemple	53
6.	La mission 1 de la PSE, vecteur de changement paradigmatique dans l'approche de la santé à l'école ?	55
6.1.	L'harmonisation du discours et des pratiques entre acteurs de l'environnement scolaire	55
6.1.1.	Éléments généraux	55
6.1.2.	Le cas du SPSE pris en exemple	56
6.2.	La présence d'une série de dimensions dans les activités de PSE indiquant une inscription dans une approche de promotion de la santé.....	57
6.2.1.	Éléments généraux	57
6.2.2.	Le cas du SPSE pris en exemple	57
7.	L'apport du process tracing dans l'analyse d'un cas particulier	58
8.	Nos réponses aux questions évaluatives.....	60
9.	Nos recommandations	64
	Bibliographie.....	67

Introduction

En 2001 et 2002, le Parlement de la Communauté française adoptait deux décrets visant à mettre en place une politique de promotion de la santé respectivement à l'école et dans l'enseignement supérieur non-universitaire. Adaptée à plusieurs reprises et transférée à l'ONE, la politique de promotion de santé à l'école a aujourd'hui bientôt 20 ans. Aussi, l'ONE a confié à l'Université de Liège une mission visant ainsi l'établissement de recommandations visant à baliser la première mission de la promotion de la santé à l'école (PSE). Ces recommandations doivent s'appuyer sur une analyse de la littérature, ainsi que sur une analyse des pratiques, des perceptions des acteurs et des outils de suivi et d'évaluation.

La recherche évaluative est ainsi guidée par trois questions :

1. Comment est mise en œuvre la première mission, telle que définie par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?
2. Quelles sont les perceptions des acteurs, vis-à-vis de la première mission, telle que définie par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?
3. Quelles sont les pratiques de suivi et d'évaluation relatives à la première mission, telles que définies par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?

La recherche évaluative a été menée entre septembre 2019 et septembre 2020.

Le présent document est le rapport final de cette recherche évaluative et est divisé en sept sections. La première section présente la politique évaluée tandis que la deuxième explicite l'approche méthodologique mise en œuvre. Cette dernière s'appuie sur une approche basée sur la théorie et mobilise le *process tracing* pour structurer les analyses du présent rapport. Ainsi, les sections 3 à 6 mettent en lumière quatre dimensions spécifiques de la politique de promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur non-universitaire. Il s'agit de l'allocation des ressources, de la mise en œuvre d'un programme de PSE, la diffusion des principes PSE au sein du personnel, des établissements et de leur environnement et le changement paradigmatique dans l'approche de la santé à l'école. Ces quatre dimensions structurantes permettent ainsi de présenter les résultats évaluatifs de manière ordonnée et systématique, facilitant la réponse aux questions évaluatives proposées dans la huitième section. La septième section présente l'apport de l'approche de *process tracing* dans le cadre de la recherche, tandis que la neuvième section propose une série de recommandations.

1. Notre compréhension de la politique évaluée¹

1.1. Préambule

Suite à la sixième réforme de l'État, la promotion de la santé à l'école est depuis 2015 une compétence de l'ONE, et non plus du Ministère de la Communauté française. À la suite de ce transfert de compétences, un nouveau décret unique a été adopté en 2019, en lieu et place des décrets existants (*cf. infra*). Il a pour objectif principal de moderniser le dispositif existant en répondant à certains défis : pénurie de médecins, gestion des ressources humaines dans les points-santé, définition des rôles au sein des équipes PSE et meilleure gestion de l'information et des données. De manière générale, ce décret n'est pas concerné par la présente recherche évaluative, mais permet de disposer d'éléments pertinents quant au cadre actuellement en vigueur et quant aux objectifs de l'ONE dans l'orientation de la PSE.

1.2. Éléments généraux

La volonté d'amplifier une approche holistique et intégrée de la santé en milieu scolaire se matérialise par l'adoption de deux décrets encadrant la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors université. Il s'agit des décrets du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors université. Ces deux décrets s'inscrivent dans l'esprit du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la Santé. Ces décrets ont été notamment modifiés en 2006 (*cf. infra*).

Le décret de 2001, visant l'enseignement fondamental et secondaire, a ainsi deux objectifs : la réorientation des missions du secteur de l'inspection médicale scolaire vers une perspective d'école en santé et la simplification de la gestion du secteur. Il est ainsi question de « renforcer les déterminants positifs de la santé en milieu scolaire, en favorisant une politique de promotion de la santé adaptée et des environnements favorables à une école en santé » (Parlement de la Communauté française, 2001, p. 2).

L'inspection médicale scolaire, qui dépendait de la loi du 21 mars 1964, devient alors un service de promotion de la santé à l'école qui s'inscrit dans une perspective plus globale, plus complexe et plus contextuelle. Cela implique dès lors de prendre en compte des déterminants biologiques et physiologiques, mais également des facteurs environnementaux, socio-éducatifs et relationnels (Parlement de la Communauté française, 2001). Pour sa part, le décret de 2002, relatif à l'enseignement supérieur non universitaire, poursuit la même philosophie, en souhaitant s'adapter aux spécificités des problématiques de la promotion de la santé des jeunes étudiants en gardant une cohérence par rapport aux niveaux fondamental et secondaire. Ces spécificités-ci sont notamment liées à la catégorie d'âge (18-25), aux profils particuliers des étudiants en termes de mobilité, de logement et d'accès aux soins, à leur nature de jeunes adultes responsables et aux structures de l'enseignement supérieur tendant plutôt vers un concept de

¹ Une version longue et amplement référencée de la politique évaluée est présentée en annexe 1.

campus que d'établissement scolaire (Parlement de la Communauté française, 2001).

Dans ce contexte, les articles 2 respectifs des décrets de 2001 de 2002 définissent les missions des services de promotion de la santé à l'école :

1. la mise en place² de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
2. le suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination ;
3. la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles ;
4. l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires ;
5. et, uniquement pour le décret de 2002, l'organisation de points-santé dont la mission est d'écouter les étudiants de l'enseignement supérieur non-universitaire, de leur apporter des informations et des conseils en santé, de leur proposer une consultation complémentaire et de les orienter, si nécessaire, vers les structures de santé existantes en Communauté française (art. 7 du décret de 2002).

Sur le plan structurel, ces différentes missions sont confiées :

- Aux centres PMS (CPMS-WBE) pour les établissements scolaires et d'enseignement supérieur organisés par la Communauté française. Ceux-ci se voient allouer du personnel infirmier et du personnel administratif complémentaire pour assurer ces missions.
- À des services de promotion de la santé à l'école (services PSE ou SPSE), soumis à une procédure d'agrément, pour les établissements scolaires et d'enseignement supérieur subventionnés par la Communauté française. Ces SPSE sont composés de personnel médical, de personnel infirmier (minimum un équivalent temps-plein) et de personnel administratif. Leur financement dépend principalement du nombre d'élèves concernés, de l'indice socio-économique de la zone et des frais de transport.

Relativement aux prestations à réaliser par ces entités, la législation prévoit que la durée minimum des prestations affectées au suivi médical des élèves est de 70%, tandis que les activités relatives à la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé doivent être de 20 %.

Le contrôle du respect des normes décrétales et réglementaires en matière de promotion de la santé à l'école est notamment réalisé au travers des rapports annuels transmis par les SPSE et les CPMS à l'administration de tutelle.

² Le terme « organisation » remplace le terme « mise en place » dans le décret de 2002.

1.3. Aspects spécifiques à la première mission

Spécifiquement, la première mission, qui est l'objet de la présente évaluation, est menée en fonction du projet de service³. Chaque service ou centre doit dès lors conclure, *a minima*, un projet de service pour l'ensemble des établissements scolaires ou supérieurs avec qui il a conclu une convention⁴. Selon l'exposé des motifs du décret (Parlement de la Communauté française, 2006, p. 4) :

Le projet de service a pour but d'inciter chaque service et chaque centre à se mettre en situation de projet et de l'encourager à poursuivre les projets en cours. Il s'agit d'amener l'équipe du service et du centre à préciser son identité au travers de ce projet de service. Celui-ci définit la politique de santé et les priorités que le service ou le centre entend développer dans les établissements sur la base des besoins de ceux-ci ainsi que des priorités de santé publique telles qu'établies dans le programme quinquennal et dans le programme communautaire opérationnel.

Il est important de souligner ici que le projet de service remplace, suite à l'adoption d'un décret modificatif en 2006, le projet-santé mis en place dans le cadre des décrets originels de 2001 et 2002. Le projet-santé avait pour vocation de présenter un programme de promotion de la santé à l'école spécifique à chaque école. Pour diverses raisons, dont la faisabilité d'une telle pratique au vu du nombre d'écoles pour les 41 CPMS-WBE et les 42 SPSE, le projet-santé par école a été remplacé par le projet de service, par CPMS-WBE / SPSE. Comme nous le verrons plus tard, ce changement est un facteur majeur dans la construction d'un lien entre les équipes PSE et le milieu scolaire.

Dans ce cadre, le projet de service est plus large que la mission 1 de la promotion de la santé à l'école. L'exposé des motifs identifie également les objectifs méthodologiques du projet de service, tel qu'il est conçu. Il s'agit de (Parlement de la Communauté française, 2002; 2006, p. 8) :

1. L'information adéquate des élèves sur les problèmes de santé qui les concernent ou pourront les concerner et sur la manière de les prévenir ;
2. L'acquisition par les élèves de compétences personnelles permettant de mieux affronter les situations à risque, les conflits et les pressions ;
3. Le développement chez les élèves de la capacité de discernement et la découverte de ses propres ressources : apprendre à se connaître, se faire confiance, oser dire oui ou oser dire non, acquérir de l'autonomie.

³ Avant 2006, il est question d'un « projet-santé » réalisé par le CPMS-WBE ou par le SPSE pour chacune des écoles. Ce changement est un moment-clé de l'évolution de la politique PSE. Il se matérialise par l'adoption du décret du 20 juillet 2006 modifiant le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et le décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités. Ce décret est complété par l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 8 mars 2007 relatif au projet de service, lui-même explicité par une circulaire ministérielle.

⁴ La circulaire explicative relative au projet de service (*cf. infra*) ajoute qu'un service ou un centre peut réaliser un ou plusieurs projets de service, si certaines particularités rendent la démarche pertinente.

Sur le plan des objectifs, la circulaire rappelle les deux objectifs finaux de la politique évaluée, c'est-à-dire « diffuser une culture de promotion de la santé en milieu scolaire » et « intégrer la démarche de promotion de la santé dans ses activités quotidiennes et ce dans chacune de ses missions ».

Selon la circulaire, pour les SPSE et les CPMS, le projet de service doit représenter l'aboutissement d'un travail de réflexion sur les forces, les faiblesses, les contraintes, les valeurs et les enjeux du SPSE ou du CPMS. Cette réflexion préalable est vue comme un élément essentiel à la construction d'un projet de service proche des réalités de terrain et partagé par l'ensemble des membres du SPSE / CPMS et comme un engagement dans un processus de renforcement et de maintien de la qualité du travail. Deux autres objectifs sont également potentiellement recherchés : la définition de l'identité et de l'organisation interne du SPSE / CPMS pour améliorer les conditions de travail et la mise en œuvre des missions et sa mise en visibilité favorisant la (re)connaissance dans le milieu scolaire.

L'élaboration du projet de service est guidée par une grille de développement qui est divisée en cinq parties :

1. Une description du SPSE ou CPMS (présentation du service, des missions et de la population sous tutelle) : dans un objectif de visibilisation auprès des écoles et des partenaires, cela inclut notamment les locaux, le matériel à disposition, les ressources humaines, le mode d'organisation, et des informations sur la variété et les caractéristiques des écoles sous tutelle.
2. La définition des priorités et de leur mise en œuvre selon le contexte dans lequel le SPSE ou le CPMS évolue (politiques de santé communautaires et locales en place, besoins de la population sous tutelle) : ces priorités doivent s'appuyer sur les principes généraux de promotion de la santé⁵.
3. Les objectifs que les SPSE / CPMS et les établissements scolaires cherchent à atteindre en termes de changements dans la mise en œuvre de la promotion de la santé, distinguant objectifs internes et ceux orientés vers les établissements scolaires.
4. L'élaboration d'un plan d'action du service en soulignant les stratégies, les actions concrètes, les outils et les ressources mobilisées, le public cible, le calendrier et les partenariats.
5. Les modalités de réalisation du bilan, en ce compris les dimensions du projet de service analysées dans le bilan et les démarches et/ou méthodes d'évaluation prévues pour mesurer l'évolution des effets attendus.

Ce projet de service est ainsi valide pour une durée de six ans. L'actuel projet de service couvre la période entre 2014 et 2020 (mais a été prolongé dans l'attente de l'adoption de nouveaux

⁵ Ceux-ci incluent :

- considérer la santé dans son aspect global en y incluant le bien-être physique, mental et social ;
- prendre en considération les différents déterminants de la santé ;
- aider les personnes à être davantage acteurs de leur santé
- privilégier l'engagement et la participation de la population ;
- prendre en compte le cadre de vie des individus.

arrêtés). Le projet de service fait l'objet d'un bilan annuel de son état d'avancement, repris dans le rapport annuel.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ce projet de service dans les différents SPSE et CPMS, l'APES (ULiege) a été chargé d'une mission d'accompagnement des services par la transmission de méthodes d'intervention et d'évaluation en promotion de la santé et plus particulièrement pour la promotion de la santé à l'école.

Depuis 2014, un nouveau modèle de rapport annuel a été introduit. Il inclut une section modifiée relative au projet de service : le rapportage de ce dernier s'inscrit dans un canevas spécifique issu de l'adaptation par l'APES du modèle de Le Moigne. Chaque « finalité » (ou objectif) fait l'objet d'un tableau, qui inclut également les différentes fonctions (analyser, observer, produire, mémoriser, durabilité, créer, communiquer et relier). Cette approche systémique doit soutenir les SPSE et CPMS dans la mise en place de leurs actions en matière de promotion de santé à l'école. Elle doit également permettre une lecture transversale des projets de service et d'offrir un soutien à la gouvernance de ceux-ci, selon la Ministre de l'Éducation, de la Culture et de l'Enfance, Joëlle Milquet (Parlement de la Communauté française, 2015).

2. L'approche méthodologique

2.1. Les objectifs de l'évaluation

La présente recherche dispose d'un objectif général et plusieurs objectifs spécifiques, tels que mentionnés dans l'appel à projets.

La recherche vise ainsi l'établissement de recommandations visant à baliser la première mission de la PSE, telle qu'abordée ci-dessus. Ces recommandations doivent s'appuyer sur une analyse de la littérature, ainsi que sur une analyse des pratiques, des perceptions des acteurs et des outils de suivi et d'évaluation.

Concrètement, cela implique de répondre aux questions évaluatives suivantes :

1. Comment est mise en œuvre la première mission, telle que définie par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?

Cette première question distingue deux éléments : le contenu de la politique et la manière dont elle est mise en œuvre en mettant en évidence la diversité de ces pratiques de terrain. D'une part, l'analyse du contenu consiste en une analyse des pratiques des acteurs (les centres PMS et les services PSE agréés). Cela touche notamment à la nature et au contenu des activités menées en lien avec la mission 1, à la nature des bénéficiaires, à l'implication des parties prenantes et à ses modalités et aux moyens alloués, tant humains que financiers. D'autre part, la manière dont la politique est mise en œuvre concerne principalement les freins et les leviers de la première mission.

2. Quelles sont les perceptions des acteurs, vis-à-vis de la première mission, telle que définie par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?

Cette deuxième question vise principalement à saisir les opinions des acteurs (professionnels PSE, élèves, parents, écoles, centres PMS, etc.) relativement à une série de critères comme la connaissance du dispositif, sa pertinence, son efficacité et son efficience.

3. Quelles sont les pratiques de suivi et d'évaluation relatives à la première mission, telles que définies par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?

Il s'agit ici d'une analyse critique de la mise en œuvre du suivi et l'évaluation du dispositif, de leur adaptation et de leur utilisation.

Ces trois questions constituent la base de la recherche et conduisent à définir une démarche particulière pour y répondre. Celle-ci est traitée dans la sous-section suivante.

2.2. L'approche générale

Afin de répondre à ces questions évaluatives, l'approche évaluative mobilisée est de type réaliste et se veut « *theory-based* », participative et formative.

1. L'approche se veut « *theory-based* » dans la mesure où elle vise à mettre à jour la « boîte noire » du programme en reconstruisant la chaîne causale sous-tendant la politique publique. Il s'agit donc d'une mise en lumière de la conception et de la mise en œuvre de la politique publique, en ce compris les hypothèses sous-jacentes et la définition du problème politico-social que l'intervention souhaite résoudre. En d'autres mots, cette approche vise à produire un récit du déroulement théorique puis effectif de l'intervention publique, tel que compris par les acteurs et/ou interprété par les évaluateurs, en ce compris les valeurs qui encadrent la vision desdits acteurs. Elle permet de considérer les interventions réalisées par les CPMS-WBE et les SPSE, dans la diversité de leurs contextes politiques, sociaux et culturels. Il s'agit donc d'une approche s'inscrivant dans une recherche de causalités entre les différents éléments d'une intervention en soulignant la diversité des terrains de mise en œuvre pour de telles politiques : chaque acteur de la PSE a une façon de définir cette première mission et chaque école a une façon propre de prendre en considération son engagement (Albarello, Aubin, Fallon, et Van Haeperen, 2016).
2. L'approche se veut participative et formative : la participation des parties prenantes permet de construire une analyse évaluative tenant compte de la pluralité des positionnements des acteurs et de leurs contraintes. Une telle approche permet ainsi de rencontrer l'objectif « épistémique » de l'évaluation, c'est-à-dire de collecter une diversité de savoirs afin de poser les constats les plus adaptés à la complexité de l'environnement dans lequel ils s'inscrivent (Jacquet, 2017) et de fonder des recommandations de qualité. La participation permet en outre de faciliter l'approche formative de deux manières. D'une part, elle permet de disposer d'une grande diversité de savoirs permettant d'éclairer les acteurs sur la mise en œuvre d'une intervention. D'autre part, l'effet d'apprentissage lié à un processus participatif permet également de favoriser l'appropriation des résultats évaluatifs.

En l'absence d'une théorisation explicite de la politique évaluée (tant par les décideurs publics qu'au sein de la littérature académique), l'approche mobilisée combine la construction d'une théorie du changement au travers d'un modèle logique et la construction d'un mécanisme causal via le *process tracing*.

La construction de la théorie du changement vise à décrire les hypothèses qui justifient l'intervention et à mettre en relation l'intervention et les résultats attendus (Albarello *et al.*, 2016). Elle intervient dans un premier temps afin de proposer un premier cadre « théorique » et opérationnel de la manière dont la mission 1 de la politique de PSE est mise en œuvre. Elle est basée sur une large analyse documentaire des textes juridiques (décrets, arrêtés et circulaires) et sur des entretiens semi-directifs avec des acteurs-clés de la conception de la politique de PSE afin d'identifier les hypothèses et la chaîne causale sous-jacentes au dispositif évalué. Les

acteurs rencontrés sont à la fois des acteurs politiques et des acteurs administratifs, issus du monde de la PSE, de la promotion de la santé et de l'enseignement. Certains étaient présents au début de la mise en place du dispositif, d'autres n'en connaissent que les dernières évolutions. Sur la base de ces activités, un modèle logique représentant la théorie du changement et explicitant la manière dont la politique est – théoriquement – conçue par les décideurs publics a été établi. Il est présenté en annexe 2 et a permis d'orienter la suite de l'évaluation.

En effet, dans un deuxième temps, la présente évaluation s'est attachée à développer une approche de *process tracing* et de construire un mécanisme causal permettant de mieux comprendre comment et pourquoi les activités réalisées mènent (ou non) aux effets attendus.

En synthèse, Bezes, Palier, et Surel (2018, pp. 961-962) le définissent comme :

une méthode consistant à produire, identifier, tester, pondérer et/ou contextualiser des mécanismes causaux, étudiés « en action », afin d'établir et d'éprouver les relations qui existent entre un ensemble de facteurs explicatifs et des « résultats » (ou entre des « inputs » et des « outputs »).

Un mécanisme causal est un ensemble de composantes qui incluent des entités (ex. : une école, un élève, un centre PMS, etc.) qui réalisent des activités (ex. : action de sensibilisation sur les addictions, mise en place d'activités physiques, réflexion sur le bien-être à l'école) ou adoptent un comportement particulier. Ces différentes composantes doivent être considérées comme une séquence d'événements et d'effets intermédiaires qui permettent d'expliquer comment une action mène à un impact particulier. Le *process tracing* est dès lors l'outil proposé par Beach et Pedersen (2013) dans un large effort, en sciences sociales, de systématiser et renforcer les méthodes qualitatives. Il permet d'aller plus loin que les approches réalistes classiques comme celles de Pawson et Tilley (1997) en explicitant de manière systématique le mécanisme causal et en théorisant de manière détaillée et causalement comment une composante mène à une autre (Punton et Welle, 2015; Schmitt et Beach, 2015). Dans ce cadre, la recherche vise à analyser une inférence causale générative (Stern, 2015) dans laquelle il est important de comprendre en quoi consiste l'intervention et comment et pourquoi elle fonctionne ou non. L'évaluation doit ainsi permettre la mise en lumière des causalités qui peuvent conditionner les impacts de la promotion de la santé à l'école sur le public-cible.

En synthèse, le modèle logique précise la manière dont la politique doit – théoriquement – fonctionner. Il permet d'identifier les éléments centraux de la politique à analyser, en ce compris les effets attendus et certaines conditions de réalisation. Le mécanisme causal, via le *process tracing*, s'attache quant à lui à développer un modèle explicitant la manière dont la politique fonctionne en réalité pour atteindre les résultats attendus. Ainsi, le modèle logique guide les premiers pas de la collecte de données qui conduisent à l'établissement d'un mécanisme causal. Ce dernier est ensuite affiné de manière itérative par d'autres vagues de collecte de données.

2.3. La collecte des données

Deux dispositifs de collecte de données successifs ont été mis en place : des études de cas ont été suivies par une large enquête qualitative en ligne de type Delphi.

2.3.1. Les études de cas

Sur le plan méthodologique, l'objectif premier des études de cas était de confronter le modèle logique théorique à la réalité des pratiques et du vécu des acteurs de la PSE, dans l'objectif de construire un mécanisme causal en phase avec cette réalité des pratiques. Pour ce faire, une approche comparative dite des cas les plus différents (Caramani, 2010) est menée afin de disposer d'un premier paysage aussi pluraliste que possible des réalités des CPMS et des SPSE. Les études de cas prennent appui sur les dimensions du modèle logique identifié ainsi que sur différents champs de la littérature scientifique (notamment l'analyse des politiques publiques et la promotion de la santé à l'école)⁶. Par exemple, la littérature relative à la PSE identifie ses objectifs sur le plan théorique, les dispositifs existants à l'étranger ainsi que les facteurs d'influence de sa mise en œuvre. Cela permet notamment d'intégrer des aspects non-inclus par les acteurs politico-administratifs et associatifs rencontrés au sein du modèle logique.

Pour la sélection des cas, quatre critères ont été retenus, en accord avec le comité d'accompagnement : le réseau d'enseignement, le nombre d'élèves sous tutelle, la zone géographique et la nature des collaborations organisées en interne et en externe. En outre, une attention particulière est portée au choix de contextes socio-économiques pluraux et de la distinction entre zones urbaines et rurales.

Le choix du réseau d'enseignement est l'élément principal, dans la mesure où cela détermine la structure en charge de la PSE : les CPMS pour l'enseignement organisé par la Communauté française et les SPSE pour l'enseignement subventionné par la Communauté française. Au sein de ces derniers, une attention a été portée aux réseaux provinciaux, communaux et libres catholiques. Le nombre d'élèves est une distinction qui impacte notamment la conduite des différentes missions de PSE, dont l'organisation des bilans de santé. Pour l'année scolaire 2017-2018, 871.356 élèves étaient accueillis au sein de l'enseignement ordinaire (maternel à secondaire) et 36.311 élèves au sein de l'enseignement spécialisé (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2019). Au niveau de l'enseignement supérieur non-universitaire, le nombre d'étudiants avoisine les 130.000 selon le site de l'ARES. Au total, c'est plus d'un million d'élèves et d'étudiants qui sont sous la tutelle des 41 CPMS et des 42 SPSE en matière de PSE, soit une moyenne d'environ 12.000 élèves et étudiants par structure. Troisièmement, le caractère géographique est également important pour mesurer les différences entre différents contextes. Finalement, la nature des collaborations organisées vise à disposer de CPMS ou de SPSE qui établissent ou non des partenariats. Par exemple, plusieurs antennes PSE peuvent être rassemblées au sein d'un même SPSE. C'est le cas dans quatre des cinq provinces wallonnes

⁶ Une revue de la littérature sur la PSE est disponible en annexe 3. Elle est à la fois mobilisée pour informer le contexte général dans lequel évolue les évaluateurs mais également pour nourrir la réflexion relative à l'opérationnalisation des objectifs de la politique évaluée.

(Liège, Luxembourg, Namur et Brabant wallon), qui disposent chacune d'un ou plusieurs SPSE composés de nombreuses antennes. Outre ces quatre critères, deux critères additionnels ont été pris en compte pour choisir le sixième cas : le caractère urbain de l'environnement où évolue le service et l'indice socio-économique relativement faible de la zone. Aussi, sur cette base, six études de cas ont été définies. Elles sont synthétisées dans le tableau ci-après.

Ces études de cas s'appuient à la fois sur des échanges (entretiens semi-directifs et atelier) avec les différentes parties prenantes qui peuvent être impliquées dans la première mission PSE et sur une analyse des documents disponibles. La collecte de données relatives aux différentes études de cas a été menée durant les mois de janvier, février et mars 2020. En raison de la crise sanitaire liée à l'émergence du coronavirus, certains entretiens ont été menés par téléphone et un *focus group* a dû être annulé.

Les entretiens ont été conduits avec des membres du SPSE et des acteurs de l'école (directeurs, professeurs, PO et étudiants) ou actifs dans le contexte scolaire. Ils ont été menés sur la base d'un guide d'entretien et dont l'objectif visait à couvrir les éléments identifiés dans le modèle logique (*cf. infra*). En outre, un atelier a été réalisé, suivant la méthode de l'analyse en groupe dite MAG (Van Campenhoudt, Franssen, et Cantelli, 2009).

Afin de disposer de la plus grande diversité d'expériences possibles, des sous-études de cas ont été menées sur des thématiques propres à chaque étude de cas. Cette notion est empruntée de l'approche évaluative d'analyse de contribution, également centrée sur la théorie, proposée par Delahais et Toulemonde (2012).

Outre ces échanges avec les acteurs, les données collectées sont également issues des projets de service et des rapports d'activité. Il s'agit d'éléments centraux de la politique évaluée. Concrètement, les documents utilisés sont les projets de service établis en 2014 et les rapports d'activité de l'année scolaire 2018-2019. Cela permet d'identifier, sur le plan du discours institutionnel, les activités qui sont menées par les différents centres PMS et services PSE agréés. D'autres documents de nature contextuelle ont également été consultés.

Les données collectées (en ce compris les transcriptions intégrales des entretiens) ont fait l'objet d'une analyse itérative : sur la base des entretiens, trois membres de l'équipe ont rédigé une ou plusieurs études de cas, qui ont été relues et discutées par les autres, avec l'objectif de reconstruire le processus allant de l'allocation des ressources au changement paradigmatique souhaité. Une synthèse de ces analyses est disponible en annexe 4.

	SPOS	CPMS de Chênée	SPSE de la province du Luxembourg	SPSE de Frameries	SeLINA ASBL	SPSE de Schaerbeek
Réseau(x) d'enseignement	Officiel subventionné (Ville de Bruxelles)	Officiel organisé	Officiel et libre subventionné	Officiel subventionné	Libre subventionné	Officiel subventionné (communal)
Nombre d'élèves sous tutelle	Elevé	Faible	Elevé	Faible	Elevé	Moyen
Situation géographique	Bruxelles	Liège	Luxembourg	Hainaut	Namur	Bruxelles
Nature des partenariats	Intégration CPMS / SPSE	Intégration au sein de l'école	Huit antennes	Une seule antenne	Cinq antennes	Proximité avec le PO

Tableau 1. Sélection des études de cas

2.3.2. L'enquête en ligne en deux tours

Afin d'affiner le mécanisme causal et de disposer d'une vision plus large du paysage de la PSE en Communauté française, une enquête en ligne en deux tours a été mise en œuvre.

Ces deux tours permettent d'affiner successivement le mécanisme causal sur la base d'éléments concrets issus de l'expérience des participants. Les études de cas ont permis d'identifier les multiples enjeux essentiels à la mise en œuvre de la mission 1, qui ont eux-mêmes mené à la construction d'un questionnaire exploratoire de ces enjeux auprès d'une population plus large. Cela a permis de collecter une pluralité de pratiques et d'expériences qui ont ensuite été mises en débat à l'occasion du second tour de questions. Les deux questionnaires et l'analyse des réponses sont disponibles en annexe.

Le premier questionnaire a été mené du 21 avril au 3 mai. Un courriel a été transmis à l'ensemble des responsables de services PSE / centres PMS afin qu'ils transmettent l'invitation aux personnes en charge de la PSE (indépendamment de leur statut ou de leur fonction). Ces personnes étaient ainsi invitées à insérer leur e-mail afin de participer à l'enquête, constituant une base de données propre aux besoins de l'enquête et dans le respect du RGPD. Un rappel a été transmis aux directeurs de CPMS-WBE et de SPSE ainsi qu'aux participants inscrits pour assurer la participation la plus large possible.

Au total, 270 personnes ont participé à l'enquête (297 inscrit(e)s), avec un taux de complétion de près de 60% et un important corpus textuel de plus de 500 pages. En termes de couverture des CPMS-WBE et des SPSE, les répondantes appartiennent à 64 organisations distinctes : 32 CPMS et 32 SPSE (sur l'ensemble des 41 CPMS et 42 SPSE), répartis dans les cinq provinces wallonnes et la Région de Bruxelles-Capitale. Cette participation massive est sans aucun doute un signal important du secteur en demande de consultation.

Les répondantes sont quasi essentiellement des femmes (258 sur 265), actives sur le terrain pour la plupart : moins d'une répondante sur dix déclare ne pas assurer d'activités relatives à la mission 1 sur le terrain, notamment par manque de temps.

Trois répondantes sur quatre sont engagées en PSE depuis plus de six ans, tandis qu'un quart est active dans le secteur depuis plus de 20 ans et a vécu l'ensemble des réformes. La majorité des répondantes travaille dans un service PSE, tandis qu'environ 30% sont actives dans un CPMS ; le reste est actif en PSE au sein d'autres structures (dont des groupements PSE/CPMS).

Le deuxième tour a été conduit entre le 16 juin et le 10 juillet. L'ensemble des participants du premier tour du questionnaire (270 personnes) ont été conviés par mail à participer au second tour. En outre, les personnes du milieu scolaire identifiées dans une des questions du premier tour par les répondants (117 personnes) ont également été invitées à répondre à ce deuxième questionnaire, à nouveau en respectant les règles du RGPD.

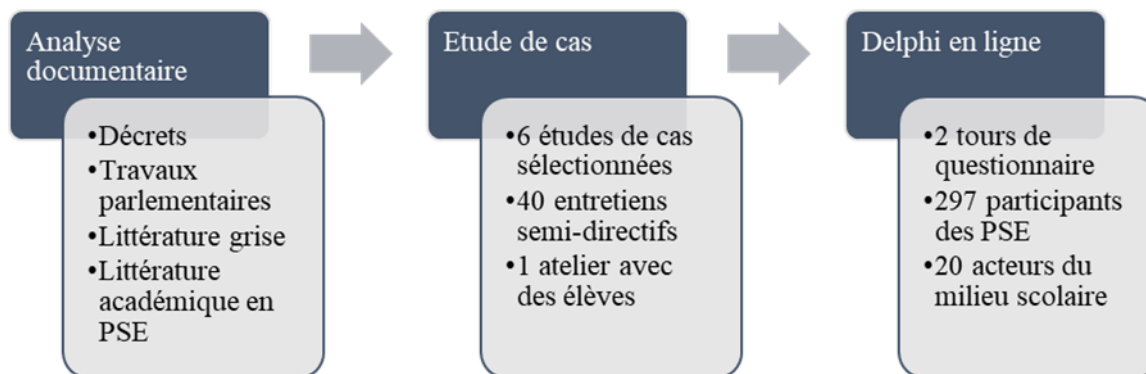
Au total, 129 personnes ont participé à l'enquête, 110 répondants sont des membres des équipes PSE, 19 personnes sont des acteurs de l'école, principalement des directeurs, issus de l'enseignement subventionné par la Communauté française.

Le tableau ci-dessous présente la composition des deux tours du questionnaire en fonction de la formation initiale des répondants des équipes PSE.

Organisation	Formation initiale	Tour 1	Tour 2
SPSE	Médecin	36	17
	Infirmière	98	42
	Assistante administrative	4	2
	Assistante sociale	9	5
	Autre	8	5
	Non précisé	2	0
CPMS	Médecin	1	1
	Infirmière	66	21
	Psychologue	6	1
	Autre (sage-femme)	3	1
	Non précisé	3	1
Regroupement	Médecin	6	2
	Infirmière	18	10
	Psychologue	2	1
	Assistante sociale	6	1
Autre		2	0
Total		270	110

Tableau 2 : Répartition des répondants PSE aux deux tours de l'enquête en ligne selon leur formation initiale.

Le schéma ci-après présente graphiquement la manière dont a été mis en œuvre le processus de collecte de données.



2.4. La construction du mécanisme causal

Sur la base de l'analyse des différentes données collectées, nous avons établi un mécanisme causal. Il est important de rappeler que ce dernier est distinct du modèle logique représentant la théorie du changement construit en début de processus. Ce modèle logique présente l'ensemble des éléments prévus par les décideurs publics dans le cadre de la mise en œuvre de la mission 1. À l'inverse, le mécanisme causal est une abstraction et une représentation de la manière dont la mission 1 de la PSE peut atteindre ses objectifs, en fonction d'une série de composantes, liées par une chaîne causale. Il ne reprend par essence et dans un souci de parcimonie que les éléments nécessaires à l'atteinte du résultat identifié. Dans le présent cadre, le mécanisme

causal doit dès lors être lu comme un modèle général permettant d'expliquer comment et pourquoi la politique de PSE est mise en œuvre d'une manière donnée.

Le processus de construction de ce mécanisme causal repose sur une analyse des données collectées au fil de la recherche évaluative et sur des discussions régulières au sein de l'équipe de recherche afin de l'affiner et de le mettre à l'épreuve.

Ainsi, la cause initiale est l'adoption d'une politique de PSE (incluant la mission 1) et le résultat est un changement de paradigme dans l'approche de la santé en milieu scolaire. La cause a déjà été clairement définie dans l'analyse ci-dessus relative à la politique évaluée. Le changement paradigmatique de l'approche en matière de santé nécessite d'être explicité.

Ce dernier est en effet un élément-clé : il est ici question de passer d'une approche principalement curative et préventive à une approche holistique et intégrée de promotion de la santé. Dans ce cadre, les textes juridiques définissent les principes généraux de cette approche de promotion de la santé. Il s'agit ainsi de :

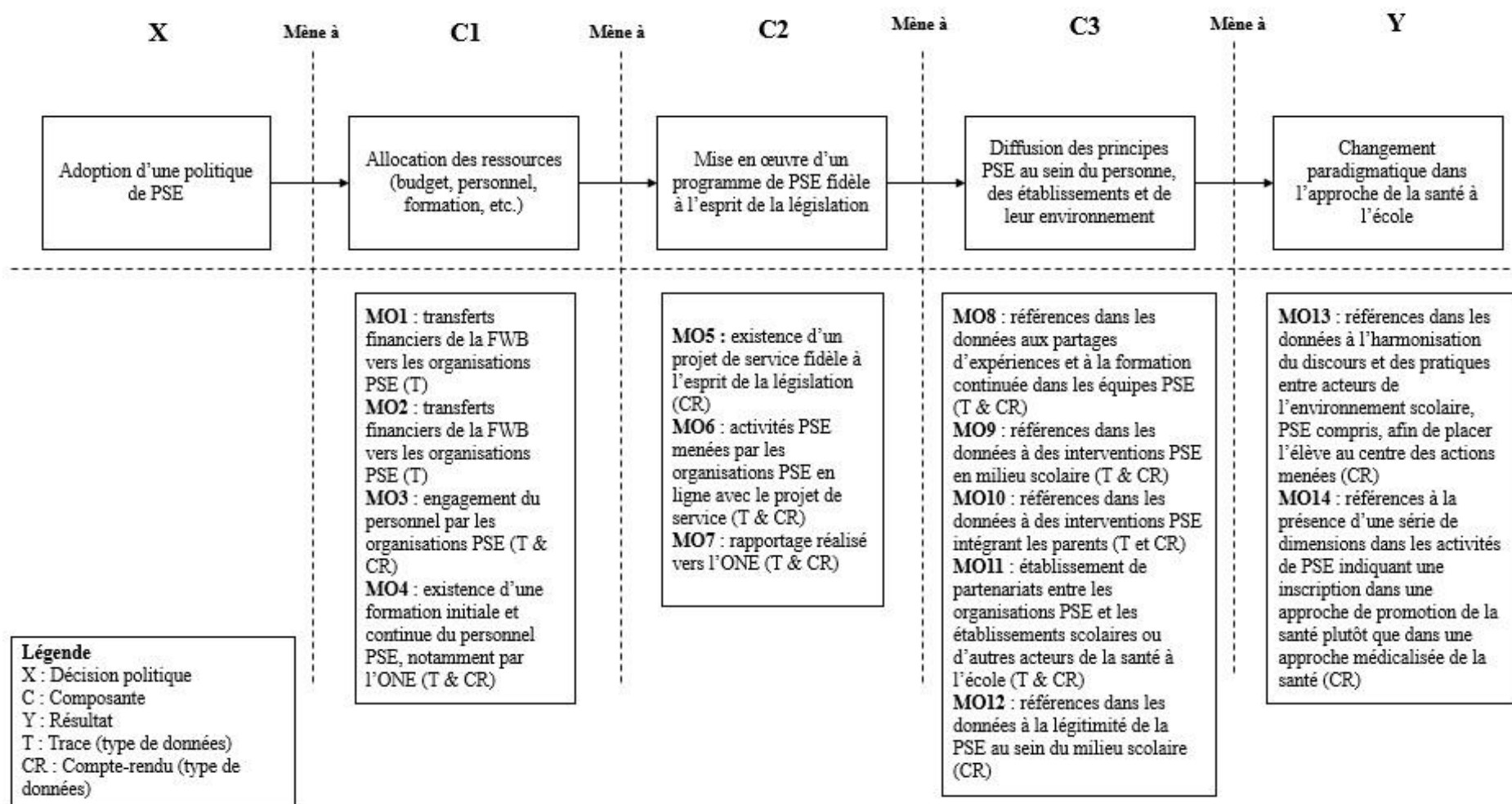
- Considérer la santé dans son aspect global en y incluant le bien-être physique, mental et social
- Prendre en considération les différents déterminants de la santé ;
- Aider les personnes à être davantage acteurs de leur santé
- Privilégier l'engagement et la participation de la population ;
- Prendre en compte le cadre de vie des individus.

Cette approche de promotion de la santé vise ainsi à fondamentalement changer la manière dont l'ancienne inspection médicale scolaire travaillait, par l'adoption des décrets de 2001 et 2002, par un processus de formation initiale dès 2003 et par des activités de formation continuée et d'accompagnement mener depuis cette période jusqu'à nos jours.

Le mécanisme causal présente dès lors trois composantes spécifiques (C) permettant de lier causalement la décision politique (X) au résultat (Y). Il s'agit de l'allocation de ressources, de la mise en œuvre d'une PSE fidèle à l'esprit de la législation et de la diffusion des principes de PSE auprès des différents acteurs.

Dans les sections à venir, chaque composante du mécanisme causal sera explicitée en détail, au regard données collectées au sein des études de cas, de l'enquête en ligne et des documents à notre disposition. L'analyse intégrale de ces données se trouve en annexe de ce rapport. Pour chaque composante, une série d'éléments généraux sont énoncés : ils représentent une synthèse thématique d'un ensemble de cas particuliers et contextualisés. Dans certaines sections, la position d'un directeur d'école est présentée en encadré.

Par ailleurs, ce mécanisme causal peut être également conçu comme un outil de suivi et d'analyse de la mise en œuvre du décret. Dans ce cadre, le cas d'un SPSE en particulier sera présenté en miroir du mécanisme causal. Cela permet de proposer un exemple de comment ce mécanisme peut être mobilisé. Le choix de ce SPSE est également lié à la disponibilité des données : il s'agit du cas pour lequel nous disposons le plus de données, à la fois en provenance du SPSE et venant des établissements scolaires y liés.



3. L'allocation des ressources, le nerf de la guerre

Comme pour toute politique publique, l'allocation des ressources (financières, humaines ou intangibles⁷) est une question-clé de la mise en œuvre de la PSE. Si celle-ci n'est pas le cœur de la présente évaluation, elle reste cependant une dimension centrale de la mise en œuvre de la mission 1 et définit le cadre dans lequel cette mission 1 est réalisée.

Dans ce sens, il s'agit de la première composante du mécanisme causal établi : l'allocation de ressources en suffisance est un prérequis à la réalisation de la mission 1. Sans ressources financières en suffisance, les moyens manquent pour engager du personnel en suffisance. Le temps disponible pour les travailleurs de l'organisation devient dès lors contraint et des choix sont posés en matière de priorité. Comme nous le verrons dans la section 4, la disponibilité de certaines ressources conditionne de manière fondamentale la réalisation de la mission 1.

Pour analyser spécifiquement les ressources, quatre manifestations observables de cette composante sont identifiées au travers des données :

- MO1 : transferts financiers de la FWB vers les organisations PSE
- MO2 : transferts financiers et soutien au niveau des ressources par d'autres acteurs
- MO3 : engagement du personnel par les organisations PSE
- MO4 : existence d'une formation initiale et continue du personnel PSE, notamment par l'ONE.

Celles-ci sont successivement analysées au fil des sous-sections ci-après.

3.1. Les transferts financiers de la Communauté française vers les organisations PSE

3.1.1. Éléments généraux

La mise en œuvre de la PSE implique le financement des entités en charge de la PSE. Les CPMS-WBE se voient attribuer des fonds complémentaires pour engager du personnel en charge des missions de PSE, tandis que les SPSE agréés sont financés, dans la majorité des cas, à titre principal par une subvention provenant de l'ONE.

Ces ressources financières sont une condition nécessaire à la mise en œuvre de la politique : sans transfert financier vers les entités en charge de la PSE, celles-ci ne peuvent engager le personnel nécessaire pour mettre en place les activités de PSE. Il est donc essentiel qu'un transfert financier ait lieu entre la Communauté française vers les CPMS-WBE (via le service des centres psycho-médico-sociaux du ministère de la Communauté française) et vers le SPSE (via l'ONE).

⁷ Par ressources intangibles, il est par exemple question d'accès à des connaissances spécifiques, de mise à disposition de compétences spécifiques, de soutien politique ou de légitimité. Ce sont différentes ressources qui permettent de faciliter la mise en œuvre d'une politique publique.

Les données à notre disposition indiquent effectivement que ces transferts financiers ont toujours lieu, mais que l'absence de ceux-ci mettrait à mal la conduite de l'ensemble des missions de la PSE, en ce compris la mission 1.

Par ailleurs, certains acteurs de terrain indiquent qu'une solution pour renforcer financièrement les organisations de PSE serait de leur fournir du matériel ou de mettre à leur disposition des bâtiments adaptés aux bilans de santé.

3.1.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Le service PSE reçoit un financement de l'ONE lié à sa population sous tutelle.

3.2. Les transferts financiers et soutiens au niveau des ressources par d'autres acteurs

3.2.1. Éléments généraux

Au-delà des ressources financières allouées en vertu du décret, la législation ne rend en rien obligatoire l'ajout de financements et soutiens complémentaires. Néanmoins, les données indiquent que les ressources financières octroyées aux CPMS-WBE et aux SPSE ne suffisent généralement pas à réaliser l'ensemble des missions qui leur sont allouées. Souvent, la mission 1 apparaît dès lors comme moins prioritaire par rapport aux autres missions, notamment les bilans de santé.

D'autres modalités de financement ont ainsi été identifiées : le financement complémentaire par le pouvoir organisateur, la réponse à l'appel à projets et la mise à disposition de biens immobiliers.

Tout d'abord, le pouvoir organisateur des SPSE peut apporter un financement complémentaire à celui offert par l'ONE. C'est notamment le cas dans différents SPSE provinciaux et communaux, où les pouvoirs publics considèrent la PSE comme une priorité politique.

Ensuite, le Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles peut lancer des appels à projets pour financer des initiatives ponctuelles en matière de promotion de la santé à l'école. Les données collectées indiquent que des CPMS-WBE et des SPSE répondent régulièrement à ces appels. Des écoles peuvent également répondre à ces appels dans certains cas.

Enfin, certains pouvoirs organisateurs (notamment provinciaux et communaux) ou d'autres organisations (à l'instar de la Mutualité chrétienne) mettent à disposition des bâtiments hébergeant les SPSE.

L'analyse des données montre ainsi que ces ressources complémentaires (principalement le financement complémentaire par le pouvoir organisateur) sont pour de nombreuses organisations en charge de PSE une nécessité afin de réaliser la mission 1. L'existence d'un réseau d'acteurs et d'organisations locales actives en matière de PSE est également considérée comme un soutien important pour la mise en place de la mission 1.

3.2.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Le service PSE reçoit un financement complémentaire de son pouvoir organisateur. Ces ressources supplémentaires permettent l'engagement d'un médecin à temps plein pour faire la coordination du service, mais également l'achat de matériel pour la mise en œuvre de la mission 1.

Outre les transferts financiers, deux autres ressources importantes pour ce SPSE peuvent être mises en évidence. D'une part, il s'agit du soutien et de l'intérêt que porte le pouvoir organisateur à la thématique de PSE. Cela se matérialise, par exemple, dans la participation active à des projets portés par les équipes du SPSE. D'autre part, le pouvoir organisateur permet l'accès à un réseau d'acteurs favorisant le partage d'outils « clé sur porte » proposés par d'autres professionnels de la promotion santé et permettant la réalisation de la mission 1.

Ces ressources complémentaires entraînent chez les équipes de ce SPSE le sentiment d'être « satisfaites » et « bien loties » au niveau des ressources qui sont mises à leur disposition.

3.3. L'engagement du personnel par les organisations PSE

3.3.1. Éléments généraux

Au-delà des ressources financières, le personnel des organisations en charge de PSE est une dimension essentielle de la politique évaluée. Comme indiqué précédemment, les SPSE se voient allouer des fonds pour engager du personnel médical, infirmier et administratif, tandis que les CPMS-WBE peuvent engager du personnel infirmier en fonction du nombre d'élèves sous tutelle. Si au moins un médecin doit disposer d'un certificat en médecine scolaire, aucune formation complémentaire n'est légalement requise pour les autres travailleurs des CPMS-WBE et des SPSE en charge de PSE.

Nos analyses montrent que les organisations en charge de PSE rencontrent des difficultés vis-à-vis de leurs ressources humaines en lien, dans le cadre de mission 1. Ces difficultés sont principalement liées au manque de personnel dans de nombreux CPMS-WBE et SPSE, limitant le temps disponible pour mener des interventions de PSE. Cela s'explique entre autres par le fait que les bilans de santé obligatoires (BSO) rythment le travail réalisé, notamment dans les SPSE, et que la mission 1 n'est souvent pas perçue comme prioritaire. D'autres missions, principalement les BSO qui occupent une place centrale dans les activités des organisations, sont perçues comme prioritaires, voire obligatoires, au contraire des initiatives liées à la mission 1. Par ailleurs, ces dernières nécessitent des modalités organisationnelles différentes des BSO qui sont souvent organisés en une seule fois en début d'année.

Parmi les autres difficultés, nous identifions également :

- Le non-remplacement du personnel absent ou écarté dans certaines organisations.
- La charge de travail importante, liée tant aux BSO qu'aux aspects administratifs. Dans les CPMS-WBE, le travail tridisciplinaire est également mentionné comme une activité chronophage.
- Le turnover important du personnel, qui a un impact négatif sur la collaboration avec les écoles dans l'organisation d'intervention de PSE et qui limite la continuité des

initiatives dans le milieu scolaire. Le turnover impose également d'organiser l'accueil des nouveaux arrivants, par un personnel déjà surchargé.

- La faible attractivité du secteur de la PSE, avec des salaires et des statuts variables entre organisations. Les horaires sont néanmoins souvent perçus comme un avantage de la fonction.
- La perception d'un secteur « archaïque », peu orienté vers la prévention et centré sur les BSO et non sur l'action de la première mission de PSE. Cette dernière et sa diversité sont quant à elles perçues comme un élément engageant pour les infirmières en PSE.
- Le manque de médecins et les difficultés d'engager de tels profils prêts à s'impliquer dans les organisations PSE. Les conditions salariales ainsi que l'attractivité limitée de la profession de médecin scolaire semblent les principales explications à cet état de fait.
- La charge de travail varie fortement en fonction des publics, notamment dans le cadre de publics précaires ou issus de l'enseignement spécialisé.

Nos analyses indiquent que la mission 1 n'est réalisée à hauteur des prescrits légaux que dans les cas où le personnel est présent en suffisance. Quand ce n'est pas le cas, les autres missions, notamment les BSO, sont vues comme prioritaires (voire obligatoires). Cela ne veut pas dire que cette mission 1 n'est pas réalisée de façon professionnelle mais que la population n'est pas entièrement couverte et que les besoins exprimés (s'ils le sont) ne sont pas rencontrés.

Parmi les solutions identifiées par les acteurs de terrain, la réduction des charges administratives est mentionnée, au même titre que le renforcement du pôle de compétence spécifique de la thématique de PSE. Ce dernier aspect peut être mis en place dans le service en chargeant un intervenant de cette mission et de l'organisation des activités. Cette personne peut alors assumer tout au long de son travail une logique de gestion de projet et se mettre au service des partenariats qu'elle accompagne sans devoir – en urgence – se décommander pour assurer des BSO⁸.

Une autre proposition est de renforcer le secteur de la PSE en tant que groupe professionnel. Cette professionnalisation est actuellement complexe du fait que les intervenants ne mobilisent pas une formation reconnue et adaptée aux modalités organisationnelles par projet de la PSE. En outre, la collaboration entre acteurs et la structuration du secteur ne sont pas réellement organisées par les professionnels eux-mêmes afin de renforcer leur position symbolique et sociale au sein de l'organisation. L'ONE pourrait proposer un cadre afin d'attribuer certaines activités de la mission 1 à des personnes dédiées à la réalisation de cette mission. Cette proposition est souvent mise en avant, pour assurer une gestion de projet plus efficace par des personnes qui y sont dédiées et qui se spécialisent. Il n'y a cependant pas nécessairement d'unanimité sur cette pratique parmi les acteurs interrogés.

⁸ Ces choix à organiser entre les différentes missions peuvent avoir des répercussions sur le bien-être au travail des intervenants. En effet, les intervenants n'ont pas tous les mêmes préférences : certains préfèrent le travail administratif, d'autres les animations. Néanmoins, la planification est plus complexe pour les projets liés à la mission 1 et ceux-ci sont particulièrement chronophages, nécessitant du temps libre de la part du personnel, surtout pour assurer le projet en partenariat avec des groupes extérieurs. Des tensions peuvent s'installer entre les acteurs qui bousculent leurs agendas respectifs.

Une dernière proposition est de modifier la manière dont les ressources sont allouées, en se basant non plus sur un forfait en fonction du nombre d'élèves mais sur un nombre minimum de personnel financé par l'ONE qui tiendrait compte des évolutions barémiques des travailleurs du secteur.

De nos analyses, il apparaît que l'engagement de personnel sur la base du forfait est un élément nécessaire à la réalisation de la mission 1, même si les moyens financiers limités ne permettent pas toujours de disposer de personnel en suffisance au regard des missions à réaliser.

Les directions se plaignent du manque de personnel PSE

Ok pour le niveau visite médicale mais pour ce qui est de promotion de la santé ils n'ont pas assez de temps ni de personnels et il faut vraiment les tirer et les supplier pour intervenir.

Les missions du PSE sont claires et valables mais la réalisation par manque de personnels et de temps laisse à désirer

Je ne suis pas du tout sûr que si toutes les écoles sollicitaient la participation de PSE pour réaliser un plan de promotion de la santé, ceux-ci seraient capables de répondre à la demande. C'est d'ailleurs cette incapacité à répondre à la demande par manque de personnel et de temps qui dans une part la limite.

Nous faisons appel au CMPS pour nous soutenir mais leur intervention me semble très lente... Au lieu que je pleure auprès d'eux pour qu'ils viennent cela devrait être eux qui lancent des actions.

3.3.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Du personnel est bien engagé dans ce SPSE. Au niveau du corps médical, en plus des médecins engagés en 1/4 ETP qui s'investissent uniquement dans la réalisation des bilans de santé, un médecin coordinateur vient d'être engagé à temps plein pour s'impliquer dans les autres missions du PSE.

Du personnel infirmier est également engagé pour la réalisation des différentes missions de la PSE.

Le service a déjà eu recours à une ou plusieurs stagiaires pour la réalisation d'animations et d'outils de PSE.

Des difficultés dans le recrutement de nouveaux travailleurs, en particulier pour les médecins scolaires, ont été rencontrées par le service lors de la recherche d'un médecin coordinateur du

service. Selon eux, ceci est causé par le manque d'attractivité du travail de PSE, surtout au niveau du corps médical.

3.4. L'existence d'une formation initiale et continue du personnel PSE, notamment par l'ONE

3.4.1. Éléments généraux

L'existence d'une formation initiale et d'une formation continue du personnel PSE est un enjeu essentiel pour construire un référentiel commun autour de la thématique de la PSE et pour développer un groupe professionnel spécifique aux acteurs de la politique de PSE. Le développement d'une culture de la PSE et l'atteinte des objectifs de la politique passe par ces outils de formation.

C'est un élément que les décideurs publics francophones ont rapidement compris, en mettant en œuvre peu après l'adoption des décrets de 2001 et 2002 de nombreuses formations à la PSE pour guider les acteurs de terrain dans la mise en œuvre de la réforme.

De manière générale, les acteurs interrogés se sentent suffisamment formés à la PSE, que cela soit au travers de leur formation initiale, de formation continue ou par leurs activités dans les écoles⁹. Certains ne se forment pas ou peu en raison d'un manque de temps ou à des difficultés organisationnelles ou financières, surtout dans les SPSE. Une autre difficulté est que les formations ne sont pas nécessairement directement transférables sur le terrain, mais les intervenants ont peu de temps pour développer leur maîtrise. Ils se concentrent sur les autres missions que la mission 1 et se contentent de répondre aux demandes des écoles satisfaites par une réponse isolée à un problème urgent. De plus, la valorisation des formations au sein des organisations en charge de PSE est variable.

Toutefois, l'offre de formation continue en PSE semble exister. L'enquête réalisée indique que les compétences comme les soft skills, la gestion de projet, la gestion de groupe et la gestion des outils numériques et des réseaux sociaux sont très demandées. Beaucoup d'infirmières se sentent peu outillées en la matière tout en reconnaissant l'importance de ces compétences. Le choix des formations est généralement réalisé par les infirmières, qui soulignent l'intérêt des partages d'expérience au sein des formations.

Ces constats sont plus limités pour les médecins scolaires, pour qui la formation initiale est peu fournie et l'offre de formation continue peu développée.

Un autre aspect lié à l'existence de ces formations initiales et continuées en PSE est le rôle joué par l'ONE. Il organise régulièrement des journées thématiques sur la PSE où sont invités les acteurs de terrain.

⁹ Au niveau des SPSE, un grand nombre d'infirmières mettent en avant leur formation de base (gestion communautaire ou infirmière sociale ou santé publique) et se sentent à l'aise pour les missions PSE. Au niveau des CPMS-WBE, les acteurs interrogés se réfèrent plus souvent à une formation sur le terrain.

Ainsi, la formation initiale et continuée est un enjeu central dans l'acculturation des travailleurs du secteur aux principes de la PSE. Si ces aspects peuvent être inscrits dans les formations initiales des infirmières, elles sont moins présentes (ou moins valorisées) dans les formations en médecine.

Les directions pensent que le personnel PSE a les compétences nécessaires

Tous ces domaines relèvent bien de leur rôle et c'est bien que cela vienne d'un organisme extérieur et compétent

Nous travaillons main dans la main depuis longtemps et j'ai besoin de leur expérience pour me permettre d'effectuer mon travail au mieux.

Nous avons bien besoin du regard de l'équipe PSE pour la bonne évolution physique et mentale de chaque enfant. Entendre leurs avis, venir en classe faire des animations sur l'alimentation, sur les écrans, sur la drogue, la cigarette, l'alcool... tout cela en prévention dès que l'enfant est en âge de comprendre de quoi on parle. En P5/P6 plus particulièrement, les enfants prennent conscience de beaucoup de choses

Je comprends les écoles qui demandent de l'aide aux PSE en cas de problème car les instits sont incompetents pour les résoudre et cela témoigne d'une bonne volonté des écoles de réagir à ces problèmes

Avoir un ou une infirmier(e) attaché(e) à l'école pour les soins et en même temps une logopède pour aider les enfants en difficulté et en soutien avec les enseignantes

À l'heure actuelle, il est indispensable d'avoir une équipe CPMS/PSE à temps plein dans notre école. Les familles vont mal, les enfants sont les premiers à en souffrir. Nous sommes confrontés à des difficultés de plus en plus nombreuses. Un.e assistant.e social.e , un.e psychologue et un.e infirmier.e en permanence dans nos écoles pourraient nous permettre de répondre au mieux aux difficultés qui se présentent. Ces experts feraient partie de l'équipe et répondraient à une véritable demande. On ferait une réelle avancée dans l'accompagnement des familles les plus précarisées.

3.4.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Dans ce SPSE, un médecin scolaire peut être engagé sans avoir le certificat de médecine scolaire. La formation en médecine scolaire peut être réalisée simultanément à une pratique *de facto* en SPSE. Lors de la présentation des CV des différents médecins engagés dans ce SPSE, pour l'un d'eux, à contrario des autres, aucune mention à sa formation en médecine scolaire n'est spécifiée. Il est regretté que cette formation de médecine scolaire ne soit pas plus promue

et valorisée dans le cursus des futurs médecins, et ce, afin de lutter contre la pénurie de médecins scolaires.

Au niveau du personnel infirmier, les spécialités des infirmières de ce SPSE sont très diversifiées : hospitalières, pédiatriques, soins à domicile, santé communautaire... Certaines précisent que leur formation en santé communautaire est un atout pour la mise en œuvre des programmes de promotion santé (M1).

Des formations continuées sont bien organisées par de nombreux organismes différents ; l'ONE y compris. Ceci est d'ailleurs souligné positivement. L'offre de formation est jugée suffisante y compris en fonction de leurs besoins et des priorités présentes dans le projet de service. Le rapport d'activité montre que l'ensemble des infirmières de ce SPSE participent *a minima* à deux jours de formation continue conformément à ce qui est prévu par le décret PSE de 2002. Le contenu et la forme de ces formations sont très variés. Toutefois, il est à noter que le personnel ne se perçoit pas suffisamment formé pour mettre en place la M1.

4. La mise en œuvre de la politique : la politique de l'adaptation ?

La deuxième composante du mécanisme causale est la mise en œuvre d'un programme de PSE fidèle à l'esprit de la législation. Par fidèle à l'esprit de la législation, il est entendu que le programme PSE s'inscrit, comme indiqué dans les documents analysés, dans la conception de la PSE telle que prônée par l'OMS et la littérature en la matière. Il est ainsi question d'une approche globale de la santé, intégrant le bien-être physique, mental et social prenant en considération les différents déterminants de la santé et aidant les personnes à être davantage acteurs de leur santé. Cette approche doit favoriser l'engagement et la participation de la population, tout en tenant compte du cadre de vie dans lequel chaque individu évolue.

En ce sens, la variabilité des ressources illustrée dans la section précédente est couplée à une pluralité des visions de ce qu'est la PSE. Certaines de ces visions sont en ligne avec les principes définis au niveau international ou au sein de la législation, d'autres sont plus réductrices et centrées sur la santé individuelle et la prévention. Cela conduit à une multiplicité des mises en œuvre des programmes de PSE.

Une mise en œuvre de la mission fidèle à l'esprit de la législation apparaît néanmoins nécessaire pour atteindre l'objectif identifié de changement paradigmatique dans l'approche de santé à l'école. En effet, le développement d'un programme et d'activités de PSE s'inscrivant dans une vision holistique, intégrée et participative de la santé apparaît comme un vecteur-clé de ce changement paradigmatique, par sa capacité à diffuser, ensuite, les principes de la PSE auprès des différents acteurs (la question de la diffusion des principes est traitée dans la section 5).

Pour analyser spécifiquement les questions relatives à la mise en œuvre, trois manifestations observables de cette composante sont identifiées au travers des données :

- MO5 : existence d'un projet de service fidèle à l'esprit de la législation.
- MO6 : activités PSE menées par les organisations PSE en ligne avec le projet de service.
- MO7 : rapportage réalisé vers l'ONE.

Celles-ci sont successivement analysées au fil des sous-sections ci-après.

4.1. L'existence d'un projet de service fidèle à l'esprit de la législation

4.1.1. Éléments généraux

Depuis 2006, le projet de service doit définir la politique de santé et les priorités que le CPMS-WBE ou le SPSE entend développer pour les établissements scolaires, sur la base de leurs besoins et des priorités de santé publique définie par le Gouvernement. Son existence est dès lors requise pour la mise en œuvre de la mission 1, qui consiste pour rappel en la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé. Il doit par ailleurs être présenté à la direction de chaque école avec qui un partenariat est signé.

Il s'agit d'un document qui entraîne de nombreux débats parmi les travailleurs du secteur tant par son élaboration que par son contenu (en ce compris la vision de la PSE). Nous abordons donc ci-après ces deux aspects ci-après.

4.1.1.1.Élaboration du projet de service

Les différentes données collectées indiquent que ce sont principalement les infirmières qui participent à la rédaction de ce projet de service (dont le dernier a été réalisé en 2014). Les médecins semblent plus difficiles à impliquer au vu des contraintes horaires et de leurs statuts, souvent indépendants. Néanmoins, ceux qui participent à cette conception insistent sur la dimension collective de la rédaction du projet de service, soit parce qu'il s'agit de la culture de l'organisation, soit parce que cela est indispensable pour faire remonter les observations du terrain et les projets des intervenants. Dans les plus grandes organisations, l'organisation du « collectif » a tendance à se mettre en place par paliers, de manière hiérarchique. Cela permet de faire émerger des idées à partir du terrain et des antennes, qui sont ensuite intégrées pour l'ensemble de l'organisation dans la rédaction d'un rapport. Ainsi, les réalités, besoins et initiatives des antennes des SPSE sont par exemple mis en cohérence au sein d'un document unique.

Dans les centres PMS-WBE, l'approche collective peut intégrer les infirmières uniquement dans une approche disciplinaire ou associer l'ensemble des intervenants dans une logique tridisciplinaire. Les données collectées indiquent l'importance de l'approche de terrain et l'expérience des intervenants non infirmiers.

Néanmoins, certains SPSE ne mobilisent pas de démarche collective et seule une personne est en charge de la rédaction ; aucune information n'est disponible à ce sujet sur les CPMS-WBE.

La rédaction du projet de service est un processus chronophage et exige des participants une posture de mise à distance critique et réflexive des pratiques quotidiennes. Cette attitude est essentielle pour développer une approche stratégique dans la définition du projet de service, conformément aux prescrits légaux. Il est possible que l'approche proposée soit fondée sur un diagnostic particulier, qui varie selon les contextes, et s'appuie notamment sur les bilans de santé ou sur les demandes des écoles.

Une des difficultés majeures, cependant, de cette approche stratégique est qu'elle est difficile à mener du fait que les objectifs associés à la promotion de la santé sont assez larges, vaguement définis et peu quantifiables.

Dans certains CPMS-WBE, une approche stratégique peut associer les projets de centre (PMS) et de service (PSE), favorisant l'appropriation de la notion de PSE auprès d'autres acteurs des CPMS-WBE. Néanmoins, cette approche est également source de tensions, notamment du fait de la lourdeur administrative de la PSE et de son caractère opérationnel limité pour des acteurs de terrain qui sont avant tout mobilisés autour du projet de centre. Les questions de lourdeur administrative du processus sont également soulignées au sein des SPSE, de même que la nature trop théorique du produit final qu'est le projet de service.

En ligne avec les principes d'une réelle gestion stratégique, certaines infirmières mentionnent aussi leur démarche d'évaluation lorsqu'ils réfléchissent aux modalités de construction du

projet de service. Cette démarche permet d'améliorer l'efficacité des projets PSE-M1 à long terme, quand elle permet d'identifier les points forts / faibles des activités réalisées, d'éventuellement recentrer les activités en tenant compte des objectifs prioritaires.

Une proportion importante des organisations PSE, principalement des SPSE, mentionne un accompagnement extérieur utile, voire indispensable, souvent réalisé par l'APES, par les CLPS ou, rarement, par des ASBL tierces. Cet accompagnement touche aussi bien à l'organisation de la démarche collective (dynamique de groupe) qu'au soutien en termes opérationnels (comment remplir ces tableaux ?) ou stratégiques (comment mettre en place une démarche stratégique dans la gestion du PSE ?). Les centres PMS-WBE ont en grande majorité développé leur projet de service sans accompagnement.

Une critique majeure envers le projet de service concerne sa contribution potentielle à limiter les activités des intervenants, à « cadenasser les pratiques ». Par exemple, il peut tendre à complexifier les réponses à des demandes ponctuelles et urgentes des écoles, soutenant une approche « programme ».

Finalement, le projet de service est conçu comme un outil de communication vers les partenaires, particulièrement vers les écoles, même si ceci n'est pas toujours le cas (pour plus de précisions, voir 5.2.1.1.). En effet, plusieurs directions d'école souhaiteraient plutôt la co-construction d'un plan local annuel adapté à leurs besoins plutôt qu'un projet de service qui est peu opérationnel pour eux. Il est également régulièrement perçu comme un outil adaptable en fonction des objectifs stratégiques et reste un point de passage obligé pour la rédaction du rapport annuel.

Les directions souhaitent-elles un projet de service dans l'école par l'école ?

Un plan obligatoire de promotion de la santé à l'école, déclinant une série d'engagement de celle-ci par année scolaire en matière d'actions, dont la réalisation ferait l'objet d'une évaluation annuelle présentée au Conseil de participation.

Idéalement, accompagner les équipes dans l'élaboration de leur plan de promotion de la santé à l'école et les soutenir dans la mise en œuvre de celui-ci. ...

4.1.1.2. La vision de la PSE

Faute d'analyser en détail l'ensemble des projets de service de manière systématique, la perception qu'ont les acteurs de terrain de la PSE est une information-clé pour comprendre comment le concept de PSE est conçu, perçu et potentiellement intégré au sein du projet de service, conçu comme une réalisation collective.

Pour rappel, la législation définit la PSE comme :

[...] le processus visant à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques.

La plupart des acteurs de terrain interrogés considèrent qu'il s'agit, tout ou en partie, d'une définition proche de leurs réalités locales. Néanmoins, la réussite de l'ambitieux projet PSE-M1 nécessite un investissement complexe, comme l'indique une répondante à l'enquête en ligne :

Que tous les facteurs qui interviennent dans la PS soient pris en charge : ceux de la santé, psycho-sociaux, économiques, culturels, environnementaux... Que les écoles soient preneuses de tels projets. Qu'un réseau de partenaires soit présent et prêt à prendre en charge les projets. Que ces projets s'inscrivent dans le temps au sein des écoles....

Penser une école plus ouverte sur l'extérieur et incluant les parents mais aussi les acteurs associatifs. Penser le bien être des jeunes (les compétences psychosociales) mais aussi des adultes en intégrant cela dans les cours même... Ce sont des questionnements essentiels pédagogiques certes mais en lien direct avec l'estime de soi des élèves. Travailler les compétences psychosoc [...]

Toutefois, les acteurs de terrains peinent à offrir une définition positive de la mission 1. Leurs expériences et leurs vécus concernant les activités emblématiques de la mission 1 sont très différents, illustrant une pluralité de conceptions de la PSE. Les BSO et la vaccination sont par exemple régulièrement mentionnés, alors qu'elles ne dépendent pas directement de la mission 1. Il apparaît en effet que de nombreux acteurs de terrain ne conçoivent pas la PSE au sens de la législation et des principes définis au niveau international. Au contraire, il apparaît régulièrement que ces acteurs mettent en œuvre des activités d'éducation à la santé, soit eux-mêmes, soit en mobilisant des acteurs extérieurs. Dans certains SPSE, il apparaît également que les BSO sont considérés comme le centre des activités de PSE alors que l'activité prise au sens strict ne peut réellement être considérée comme une activité de PSE, étant fondamentalement individuelle.

Parmi les principales thématiques identifiées, l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) est très présente, de même que les interventions en lien avec l'hygiène bucco-dentaire. La prédominance de l'EVRAS peut être liée aux obligations scolaires en la matière ainsi qu'à la nature transversale de la thématique (à l'instar de l'hygiène bucco-dentaire qui permet d'aborder l'alimentation).

De nombreuses activités sont réalisées en partenariats : les partenariats avec des organisations externes à l'école sont principalement les PMS et les centres de planning familial. Dans de nombreux cas, les écoles ont participé à la définition de l'activité ou elles ont été à la source de l'activité (demande spécifique d'une école). Les exemples considérés comme emblématiques s'inscrivent le plus souvent dans une approche d'engagement des enseignants ainsi que des

élèves, avec une visée à long terme et avec une logique de projet adapté sur le diagnostic de terrain.

Aussi, l'hétérogénéité des organisations PSE nécessite une analyse approfondie de leur projet de service et des conceptions portées par les interventions mises en œuvre en matière de PSE pour identifier avec précision leur intégration dans la conception de la PSE portée par la législation.

Comment les directions voient la PSE : Dans l'idéal, la PSE serait ...

De pallier aux déficits en matière de soins de santé....

L'aspect routinier joue un mauvais rôle mais peut-être un peu de pub relookée sur le rôle de ces bilans ou d'explication auprès des instits serait utile pour changer les mentalités car tous les enfants n'ont pas la chance d'être vu régulièrement par un médecin à titre préventif

Améliorer le bien-être en tenant compte des rythmes scolaires, des espaces de la classe variés (classes flexibles), de moments de rupture entre les activités, favoriser des activités à l'extérieur (potager, découverte de la forêt, jeux avec des éléments naturels, ateliers culinaires...), yoga et/ou autres activités de détente du corps et de l'esprit, le chant, la musique. Favoriser la créativité (peinture, dessin, terre, journal créatif, menuiserie, couture...) .. Faire classe dehors.

Il est clair que je pense n'avoir jamais fait appel au service de promotion de la santé. Par manque de temps très certainement et par manque d'informations concernant les actions que ce service peut proposer.

4.1.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Le SPSE pris en exemple a rédigé un projet de service. Il s'intègre dans l'esprit de la législation et des différents critères proposés dans la circulaire relative au projet de service. La thématique mise en évidence est l'alimentation. Ce choix est justifié par des recherches qui ont problématisé ce sujet pour la population des écoles y liées ainsi que par la priorité du pouvoir organisateur de traiter cette question.

La dernière version du projet de service date de 2015. Il a été rédigé en équipe, toutefois, il est précisé que l'implication du corps médical dans sa rédaction était limitée (priorité aux visites médicales). Une aide a été demandée à des organismes de formations pour soutenir la rédaction du projet de service. Le projet de service est connu des membres de l'équipe du SPSE, la plus-value de cet outil pour mettre en œuvre la mission 1 de PSE est d'ailleurs formulée.

Au niveau des écoles, elles ne sont pas impliquées dans sa rédaction et la présentation du projet de service aux directions d'établissements scolaires n'est pas systématique.

4.2. Les activités PSE

4.2.1. Éléments généraux

Pour mener à une mise en œuvre de la PSE fidèle à la législation, il est important que la mission 1 s'appuie sur le projet de service et que les activités réalisées en découlent.

Il est par ailleurs important de distinguer les modalités d'utilisation du projet de service des modalités d'élaboration des activités liées à la mission 1.

4.2.1.1. L'utilisation du projet de service

L'utilisation du projet de service est variable. Certains acteurs de terrain s'appuient intégralement sur ce dernier, d'autres ne le connaissent et ne l'utilisent pas (notamment parce qu'ils n'ont pas participé à son élaboration).

Quand il est utilisé, il est possible d'identifier un double usage. D'une part, il peut être fonctionnel, voire instrumental. Il est utilisé comme appui dans la rédaction du rapport annuel obligatoire pour rendre compte des activités et pour produire une évaluation de celles-ci et ainsi proposer des ajustements ou des nouveaux objectifs. D'autre part, le projet de service peut être mobilisé comme référentiel du programme d'action qui soutient les activités menées par les antennes. Ce référentiel est utilisé à la fois de façon opérationnelle (pour informer et communiquer) et de façon stratégique (en créant une base commune entre les intervenants en termes d'objectifs, de priorités et de culture PSE). Ce référentiel est produit par les intervenants et représente leur fil conducteur pour établir l'agenda, le choix des activités, la priorité des objectifs (et éventuellement une réorientation de celles-ci).

Des nuances existent toutefois dans cette brève typologie : il ne s'agit pas nécessairement d'un référentiel que toute l'équipe mobilise ou maîtrise comme cela a été souligné ci-dessus.

Quand il n'est pas utilisé, les raisons sont principalement structurelles. Il apparaît en effet que les CPMS-WBE tendent à moins utiliser le projet de service, disposant déjà du projet de centre. Les raisons de ne pas ou peu utiliser le projet de services sont multiples. Certains mentionnent son manque de flexibilité par sa durée de six ans, qui limite également l'appropriation par les nouveaux travailleurs qui n'ont pas participé au processus de construction de celui-ci. Dans certains CPMS-WBE, il n'est pas utilisé parce que le projet de centre est privilégié, tandis que certains SPSE utilisent les outils de suivi complémentaire fournis par leur pouvoir organisateur en retour du financement accordé. De plus, il arrive que le projet de service soit peu utilisé dans la mesure où les équipes PSE sont souvent concentrées sur les BSO et la vaccination.

Souvent, il est utilisé à distance, comme un référentiel qui encadre – de loin – les activités : les intervenants le connaissent puisqu'il a été construit de façon collective, mais n'en font pas la base de leurs activités.

4.2.1.2.L'élaboration des activités liées à la mission 1

L'élaboration du programme de travail est réalisée tantôt en fonction de demandes spécifiques des écoles, tantôt en fonction d'une stratégie établie par le SPSE. Plusieurs axes émergent des données pour élaborer une stratégie de PSE et les activités qui en découlent :

- La prise en compte des demandes des écoles, dans des activités ponctuelles selon une stratégie *ad hoc* et peu structurée. De nombreux acteurs de terrain soulignent l'importance d'éviter ce type d'activités, les problèmes ne se résolvant pas dans l'urgence mais sur le long-terme. Ces activités peuvent cependant être une manière d'amorcer la relation à l'école. C'est l'inscription dans une démarche pluriannuelle qui permet de construire des projets intégrés avec l'école, considérant la difficulté d'un calendrier scolaire déjà chargé et la nécessité de s'associer au projet d'école. Annualiser les activités permet ainsi de simplifier la planification et de s'inscrire dans la durée. Dans certaines écoles très précarisées, ces interventions ponctuelles sont parfois laissées aux CPMS, les BSO demandant plus de temps à réaliser.
- Le développement d'un programme d'intervention sur base de données relatives à la situation sanitaire, issues des BSO ou d'autres études de santé publique.
- La construction de l'autonomie des enseignants, dans une approche à long-terme, dont un frein peut être un manque de soutien de l'établissement scolaire. L'objectif est d'établir une relation de confiance et de montrer l'efficacité de la PSE sur le terrain pour autonomiser ensuite les enseignants (pour plus de précision, voir 5.2).
- Les propositions de l'équipe PSE, qui proposent des actions qui visent les publics scolaires sans un lien direct avec le milieu scolaire, notamment lors des BSO. Il peut par exemple s'agir d'une animation sur une thématique particulière réalisée en salle d'attente de la visite médicale avec les élèves présents.
- Le travail collaboratif avec des partenaires extérieurs, favorisant une approche multidisciplinaire permet d'organiser des interventions qu'il ne serait pas possible d'organiser seul. Il faut cependant tenir compte des spécificités locales des écoles et des ressources à disposition au sein de l'organisation PSE.
- Le recours à des « produits d'appel » pour les écoles est également mobilisé par les équipes PSE pour élaborer leur stratégie de M1. Par produit d'appel, il veut dire des activités « clé sur porte » attractives pour les écoles qui représentent une porte d'entrée pour les équipes PSE vers le milieu scolaire. À titre d'exemple, certains SPSE mettent en place des journées sur une thématique PSE en dehors de l'école ou au sein de leurs locaux.

Des différences existent entre CPMS-WBE et SPSE en raison de la proximité physique des premiers au milieu scolaire. Les CPMS-WBE intègrent ainsi plus aisément la PSE dans la vie scolaire. Pour élaborer ce programme de travail, les informations utilisées proviennent de diverses sources. Il peut s'agir d'outils externes, comme Internet, le centre de documentation du CLPS ou provincial, les anamnèses médicales et sociales, les bilans de santé, les conseils de classe, mais aussi les données sanitaires du service transmises par l'ONE.

Sur le plan interne, d'autres outils sont utilisés, comme les vaccinations, les demandes des écoles, ou des enquêtes auprès des élèves. Spécifiquement, les données d'anamnèse, les

questionnaires « habitudes de vie », l'entretien individuel avec l'élève sont parfois utilisés pour d'autres projets que les bilans de santé, mais ce n'est pas une pratique généralisée.

Sans surprise, des informations de ce genre sont utilisées pour identifier des besoins au sein des populations ou pour dessiner des projets d'animations sur des thèmes spécifiques : surpoids, caries, harcèlement, ou infrastructures scolaires.

Néanmoins, ces informations sont régulièrement utilisées uniquement dans le cadre des bilans de santé, notamment par manque de temps, de compétence ou d'intérêt. Parfois, pour les CPMS-WBE, une utilisation individuelle de ces informations (en continuité avec le bilan de santé) est réalisée pour en discuter en équipe tridisciplinaire et éventuellement contacter les parents. Ces réponses dépassent rarement le niveau individuel et ne touchent en rien à ce qui est protégé par le secret médical. C'est aussi le cas, plus généralement, d'autres données issues notamment du questionnaire sur les « habitudes de vie ». Cette question de la confidentialité semble ainsi être une difficulté dans la construction d'un programme, dans la mesure où certains acteurs considèrent que certaines informations ne peuvent être utilisées pour construire un programme d'action d'ordre collectif.

Sur le plan externe, la consultation des acteurs de l'école est organisée sous forme de discussion et/ou de questionnaire. L'objectif est de recueillir les « plaintes » et les demandes de l'école afin d'identifier leurs besoins. Les visites d'établissements scolaires et les observations faites sur place sont également citées comme source d'informations pour la mission 1. De même, l'échange d'informations entre professionnels de PSE, qu'ils soient ou non issus de la même organisation, offre des informations pertinentes, qui sont partagées par des fiches animations, des évaluations post activités, des réunions de service ou des présentations des journaliers d'activités.

Les montées en généralité plus formalisées sont plus rares mais existent. Il s'agit de productions d'analyse « statistique » des données biométriques et du questionnaire sur les habitudes de vie. Certains acteurs pensent en effet que c'est l'immersion dans le terrain de l'école qui permet d'être conscient des besoins des élèves et de définir le programme d'intervention.

Une fois les données collectées, seule une minorité les utilise pour mettre en place des activités de PSE (détermination des thèmes, du public-cible, de la méthodologie d'animation, des formations nécessaires, des outils à chercher, etc.). En parallèle, les informations qui viennent des visites médicales sont utilisées indirectement ; elles permettent aussi de mieux connaître le public avant une intervention (informations individuelles ou collectives au niveau de la classe) et d'améliorer le fonctionnement de la visite médicale. Ces données sont également récoltées pour des acteurs externes pour créer des outils qui seront réutilisés par certains services dans un second temps.

Lorsque la mission 1 est appréhendée comme une approche individuelle, les données présentes dans les anamnèses de l'élève sont mobilisées pour proposer une activité à une classe liée à une maladie d'un élève ou pour orienter le discours pendant la visite médicale.

Les équipes PSE qui n'utilisent pas ces données pour mettre en place des activités de promotion de la santé le justifient pour différentes raisons, dont le manque de temps (renforcé par la priorité parfois donnée aux réponses ponctuelles aux besoins des écoles) et le manque de formation. Par

ailleurs, l'approche individuelle de la PSE proposée dans le chef de certains acteurs justifie également le recours limité aux données agrégées pour réaliser la mission 1.

Ainsi, le projet de service est principalement perçu comme un référentiel qui permet d'encadrer certaines activités, mais n'est pas nécessairement considéré comme le document de base de la planification des interventions réalisées dans le cadre de la mission 1. Celles-ci s'inscrivent cependant généralement dans ledit projet de service.

4.2.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Dans ce SPSE, la mission 1 de PSE se traduit majoritairement par des animations dans les classes. Cependant, d'autres initiatives comme un concours pour promouvoir l'eau dans une école a été organisé en partenariat avec les acteurs scolaires et le pouvoir organisateur. Les animations sont soit une réponse à une demande du milieu scolaire : demande ponctuelle (port du cartable, sommeil, harcèlement scolaire, hygiène..) ou pérennisée (EVRAS), soit suite à leurs observations lors des bilans de santé (animation sur l'hygiène des dents après l'observation de présence de beaucoup de caries dans une classe) ou encore directement en lien avec l'alimentation saine et s'intègre dès lors dans le projet de service. Par exemple, des animations ont été créées en réponse au constat d'un IMC très élevé dans leur population sous tutelle après analyse des données des bilans de santé et des conclusions d'un travail universitaire santé s'intéressant au fonctionnement de ce SPSE. En plus des résultats des bilans de santé, d'autres sources sont également utilisées pour mettre en œuvre la mission 1 de PSE. Il s'agit par exemple des anamnèses des élèves, de différents questionnaires ou encore de discussion avec les étudiants lors des visites médicales. Toutefois, ce type de source est surtout utilisé pour modifier leur posture ou trouver un angle d'approche « accrocheur » lors des animations EVRAS.

Les activités de la mission 1 de PSE sont menées par les infirmières du SPSE. Les médecins n'ont actuellement pas cette charge : ils sont affectés en priorité aux consultations lors des visites médicales. Néanmoins, le récent recrutement d'un médecin à temps plein pourrait modifier ce mode de fonctionnement.

Afin de mettre en œuvre les animations de PSE, plusieurs ressources peuvent être mobilisées : des partenariats avec des acteurs externes pour l'utilisation d'outils « clé sur porte », pour une demande d'intervention auprès des classes ou pour co-créeer un projet. Dans ce dernier cas de figure, le planning familial et des stagiaires ont été plusieurs fois cités comme acteurs privilégiés.

L'implication du pouvoir organisateur dans le SPSE impacte la mise en place des activités M1. En effet, ce dernier participe, d'une part, financièrement à l'acquisition du matériel nécessaire à leur réalisation, d'autre part, il soutient les initiatives atypiques en prenant part activement à la mise en œuvre de ces dernières.

La plus grande partie du temps de travail de l'équipe du SPSE est consacrée à la réalisation des bilans de santé et à la vaccination. Les activités de PSE-M1 sont mises en place en fonction du temps qu'il leur reste. D'ailleurs, afin d'être plus disponibles pour ce type d'activités, les infirmières de ce SPSE souhaiteraient déléguer une partie de leurs tâches administratives.

4.3. Le rapportage

4.3.1. Éléments généraux

Le rapportage est le troisième aspect nécessaire à une mise en œuvre fidèle à la législation. Il doit permettre à la fois aux CPMS-WBE et aux SPSE de poser un regard réflexif sur leurs activités, tout en informant le service PSE de l'ONE de celles-ci. Ce dernier a par ailleurs un rôle de contrôle visant à orienter la politique dans le respect des prescrits légaux.

La question du rapportage est un enjeu-clé de la PSE et constitue par ailleurs un des points d'attention de la présente évaluation. Elle est par ailleurs source de nombreux débats auprès des acteurs de terrain.

Le rapportage de l'ensemble des missions de PSE apparaît comme une activité collective impliquant de nombreux acteurs de terrain. Différentes formes d'implication à cette tâche peuvent toutefois être identifiées : collecte des données, transmission des données, discussions et réunion d'équipe, rédaction, et compilation et synthèse des données et documents. Ce processus peut ou non être informatisé et a des temporalités distinctes en fonction des missions. En effet, il est plus fréquent de collecter les données des bilans de santé ou des vaccinations au fil de l'année, alors que la réflexion et la rédaction des aspects relatifs à la mission 1, en ce compris le tableau de Le Moigne, sont souvent réalisés à un moment précis, ce qui n'est pas sans conséquence sur la charge de travail des rapporteurs.

Dans le processus de rédaction, la répartition de ces différentes tâches est clairement définie. Les personnes occupant des postes de responsable et de coordination sont, le plus souvent, en charge des étapes de rédaction et d'exercice de compilation et de synthèse des données et des documents.

De manière générale, les deux critiques majeures liées à l'activité de rapportage sont son caractère chronophage et le manque de retour sur le rapport remis de la part de l'ONE. Cela entraîne une certaine forme de frustration, d'autant que de nombreux acteurs considèrent que le rapport d'activité ne rend pas compte du travail réalisé par les services. Ceci vient renforcer la perception d'un manque de reconnaissance et de valorisation du travail des équipes PSE et affaiblit leur investissement dans leur activité.

Spécifiquement au rapportage de la mission 1, ce processus est également relativement participatif et mobilise un processus souvent similaire, s'appuyant sur un journal d'activités, les rapports propres à une animation, le rapport annuel des activités et le tableau de Le Moigne. Parfois, les logiciels de collecte des données BSO ou de vaccination sont utilisés, pouvant s'inscrire dans une stratégie de numérisation pour agréger les données d'animation.

Un élément central et clivant du processus de rapportage de la mission 1 est le tableau de Le Moigne, qui est partie intégrante au rapport d'activités. La rédaction de ce tableau est un travail d'équipe tant au sein des CPMS-WBE (soit l'équipe paramédicale, soit l'équipe des infirmières avec la direction, soit la direction après concertation avec les infirmières) que des SPSE (où le travail peut, le cas échéant, se faire par antenne avant d'être agrégé et où les médecins sont parfois impliqués).

Les utilisations du tableau de Le Moigne sont multiples. Il est surtout utilisé pour le rapportage de projet de service et/ou de la mission 1. La distinction n'apparaît pas toujours clairement dans le chef des acteurs de terrain, qui se prononcent parfois pour un rapportage de la mission 1 plutôt que du projet de service en tant que tel. Certains l'utilisent pour évaluer le projet de service, faire une analyse des activités et définir des objectifs de façon ciblée, d'autres comme un outil de réflexion pour définir les priorités ou comme outil fédérateur de l'équipe, sans que les utilisations puissent être nécessairement exclusives.

Surtout, le tableau de Le Moigne est considéré comme inutile (ou inutilisable) pour les activités de la mission 1. Trop complexe pour la plupart du personnel PSE, son processus de rédaction est chronophage et est perçu comme du temps perdu. D'autres parlent d'un écart trop important entre les pratiques de terrain et « l'intellectualisation » de ces pratiques demandées par la complétion du tableau.

Pour le rapportage de la mission 1, le tableau de Le Moigne est par ailleurs perçu comme non représentatif du temps consacré à la mise en place d'une activité et ainsi dévalorisant pour les équipes. Sa complétion semble surtout relever du fait qu'il soit obligatoire.

Les équipes PSE mobilisent en parallèle d'autres outils de gestion de projet, indiquant implicitement l'appropriation limitée du tableau. Il est notamment question de rapport d'activités, de fiche-projets et de tableaux de bord moins conséquents, mais aussi de dispositifs d'évaluation post-animations et/ou activités. Ces évaluations peuvent être proposées à des élèves, aux responsables d'écoles, aux partenaires extérieurs ou aux membres des équipes PSE qui ont réalisé l'action.

Le rapportage pourrait ainsi gagner à permettre une plus grande reconnaissance de la diversité des tâches réalisées et, en corollaire de ce qui a été énoncé sur les ressources, que cette diversité soit prise en compte dans les moyens et le temps accordés. Des outils existent déjà en ce sens et pourraient être adaptés, comme les fiches projet, les fiches d'activité, les projets d'accueil en crèche ou les rapports des auxiliaires paramédicales. Les propositions de certains acteurs de terrain permettent par ailleurs de lister une série d'éléments caractéristiques des projets menés pouvant être (mieux) pris en compte dans le rapport d'activité. Il s'agit :

- Des thèmes abordés.
- D'une description de l'objectif poursuivi par le projet.
- Du nombre d'élèves touchés.
- D'une description de la population sous tutelle (type d'enseignement, niveau de précarité, présence de difficultés dans les familles [négligences, maltraitances, ...]).
- Des collaborations mobilisées pour ce projet : identification de qui était partie prenante et de la qualité des collaborations avec les partenaires externes, le milieu scolaire et les parents.
- De l'origine de l'initiative (équipe PSE ou demande du milieu scolaire).
- Du niveau de pérennité du projet (nouveau projet mis en place ou actions stabilisées).

- De la description des moyens mobilisés : temps et nombre de personnes de l'équipe qui ont travaillé sur ce projet + matériel, etc.
- De la description des freins et facilitateurs à la mise en place de ce projet.
- De l'existence d'un suivi après l'animation et de quelle nature.
- Du type de réseau dans lequel les équipes PSE travaillent.

Sur la forme, il pourrait également être plus attrayant selon certains acteurs de terrain.

4.3.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Le SPSE pris en exemple rédige annuellement un rapport d'activité à destination de l'ONE. Il y a deux manières de s'impliquer dans la réalisation du rapportage. D'une part, la majorité du personnel récolte les données durant toute l'année. Cette collecte se fait via le logiciel IMS+, y compris pour les informations relatives à la mission 1. D'autre part, c'est l'infirmière responsable qui est en charge de la synthèse des données et la rédaction du tableau de Le Moigne. Ceci est réalisé uniquement en fin d'année et un retour vers le reste de l'équipe est organisé. Cette manière de fonctionner permet une dynamique d'échange limitée. Ainsi, la majorité du personnel ne se sent pas impliqué dans les activités de rapportage.

Pour ce SPSE, le tableau de Le Moigne a avant tout une fonction de rapportage. Il est réalisé pour rapporter les activités en lien avec la mission 1, que ces dernières s'intègrent ou non dans le projet de service. Même s'il est affiché dans les deux antennes et envoyé au pouvoir organisateur, cet outil est peu connu et mobilisé.

5. La diffusion des principes PSE : la difficulté de convaincre et de changer

La troisième composante du mécanisme causal est la diffusion des principes PSE au sein du personnel des organisations de PSE, des établissements scolaires et de leur environnement plus large. À l'instar de la mise en œuvre reposant directement sur la disponibilité des ressources, la diffusion de principes de PSE repose sur la mise en œuvre de programme de PSE.

Cette diffusion des principes vise d'abord le personnel des organisations de PSE, travaillant ensemble dans un but commun d'approcher la santé de manière holistique et collective. Elle vise ensuite les établissements scolaires, leurs élèves, leur direction, leur équipe éducative et leurs autres membres du personnel. Ceux-ci sont des acteurs-clés de la PSE, au sens où ils agissent directement dans le milieu scolaire. Elle vise finalement l'environnement plus large des établissements scolaires, en ce compris les parents d'élèves et les associations ou groupements actifs dans la vie des élèves (associations sportives, culturelles, de jeunesse, de santé, etc.).

Une diffusion large des principes de la PSE favorise ainsi leur légitimité et encourage le changement paradigmatique vers une approche holistique, intégrée et participative de la santé.

Pour analyser spécifiquement les questions relatives à la diffusion des principes de la PSE, cinq manifestations observables de cette composante sont identifiées au travers des données :

- MO8 : références dans les données aux partages d'expériences et à la formation continuée dans les équipes PSE.
- MO9 : références dans les données à des interventions PSE en milieu scolaire.
- MO10 : références dans les données à des interventions PSE intégrant les parents.
- MO11 : établissement de partenariats entre les organisations PSE et les établissements scolaires ou d'autres acteurs de la santé à l'école.
- MO12 : références dans les données à la légitimité de la PSE au sein du milieu scolaire.

Celles-ci sont successivement analysées au fil des sous-sections ci-après.

5.1. Les partages d'expériences et la formation continuée des équipes PSE

5.1.1. Éléments généraux

Les partages d'expériences et les lieux de formation sont des lieux favorisant la diffusion des principes PSE et la construction parmi les acteurs d'une culture PSE commune.

Les partages d'expérience en interne des CPMS-WBE et des SPSE ont principalement lieu au travers de réunions internes. Celles-ci sont importantes, en ce compris pour la mission 1, afin de partager des informations et d'ajuster certains choix stratégiques. Ces réunions ne sont cependant pas systématiques et varient selon les modalités de gouvernance de l'organisation, les demandes spécifiques et le temps disponible. Dans ce cadre, la taille de la structure est importante : une plus grande structure aura tendance à disposer d'une ou plusieurs personnes spécialisées dans la mission 1 qui auront la charge de diffuser les principes de PSE et de favoriser une évolution de l'approche de la santé en milieu scolaire. Dans les plus petites

structures, il est difficile de détacher une personne spécifique pour la mission 1, au vu de l'importance et de la prégnance des autres missions (notamment les bilans de santé obligatoires).

Dans les CPMS-WBE, des réunions tri-disciplinaires sont souvent organisées et les mêmes infirmières circulent entre PMS et PSE, ce qui favorise une articulation des projets. Cela ne semble cependant pas être le cas dans tous les CPMS-WBE, considérant parfois que les sujets sont différents.

Dans les SPSE, une réunion annuelle est organisée avec le CPMS, outre les réunions internes mensuelles ou trimestrielles.

Outre ces réunions, le rôle de l'ONE dans le développement de la culture PSE, prévue par le décret, a été mis en lumière dans les données collectées. Le principe même de collaboration entre ONE et organisations en charge de PSE est considéré comme un objectif important pour tout le secteur de la PSE. L'ambition est de taille : les intervenants soulignent les compétences de l'ONE en matière de promotion de la santé et la qualité de leurs interventions. L'ONE et les équipes PSE travaillent sur des questions très proches et pourraient sans doute davantage coopérer sur le terrain.

La collaboration pourrait aussi renforcer la qualité du secteur de la PSE, tant par un soutien politique que par le partage d'outils ou de données. Parmi les solutions mises en avant par les acteurs de terrain, se trouvent notamment des outils collaboratifs et des réunions tous réseaux confondus pour contribuer à une meilleure unification du secteur et des outils communs pour les animations dans les écoles. Celles-ci pourraient également être organisées en collaboration par les PSE et l'ONE (*cf. infra*).

Par ailleurs, la valeur ajoutée de l'ONE, dont les compétences en PSE sont reconnues, en termes de partage d'expériences et de formation est essentielle et centrale dans la diffusion des principes de PSE. Ainsi, les apports de l'ONE peuvent être multiples :

- L'ONE peut donner un soutien professionnel pour améliorer la qualité des activités déployées sur le terrain par les travailleurs PSE.
- L'ONE peut agir comme un centre de ressources disposant de compétences professionnelles en matière de promotion de la santé pour les jeunes enfants, plutôt que comme une autorité hiérarchiquement supérieure, facilitant le partage d'expériences par une plateforme commune. Il ne s'agit pas de définir des projets clés sur porte mais de fournir une base professionnelle et adaptable au milieu scolaire.
- L'ONE peut continuer de développer des formations, intégrant des moments d'échange et de partage d'idées et d'actions concrètes mises ou à mettre en place. Les groupes cibles pour de telles formations peuvent être des infirmières, des médecins, d'autres intervenants de terrain, et même les enseignants eux-mêmes.
- L'ONE peut venir en soutien aux activités relatives à la mission 1 sur le terrain et renforcer la qualité des animations par des supports professionnels, par du matériel, par un accompagnement ou une guidance.
- L'ONE peut également soutenir les acteurs de la PSE en ouvrant son réseau, en dressant la liste des collaborations possibles au sein des territoires et en étant plus présent sur le

terrain, faisant ainsi le lien entre les directions et les services PSE en sensibilisant les écoles.

- L'ONE peut également communiquer davantage et rendre plus visible qu'elle est maintenant en charge de la thématique de la PSE.

Ces différents éléments sont à considérer quand il est question d'étudier la diffusion des principes de PSE au travers de partage d'expériences et de formation continue.

5.1.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Plusieurs espaces d'échanges permettent aux membres de ce SPSE de partager leurs expériences et d'améliorer leurs connaissances en matière de PSE.

En interne, il est fait référence à des discussions informelles entre collègues qui peuvent mener à un travail de collaboration pour réaliser des animations à plus grande échelle qui intègre plusieurs membres du service. L'échange d'outil d'animation est également possible même si ce dernier n'est pas systématisé. Le projet de service est cité comme un instrument qui peut favoriser des moments de discussion en équipe autour de projets et d'idées d'animations. Ceci n'est pas le cas pour le rapportage.

Au niveau externe, des discussions autour de projet d'animations ont lieu avec différents acteurs, à titre d'exemple sont cités : le planning familial, les PEPs, Souriez.be). Leurs expertises sur des sujets spécifiques et le matériel d'animation qu'ils possèdent sont recherchées par les infirmières du SPSE. Ces discussions aboutissent parfois à des collaborations sur le long terme pour des animations spécifiques.

Le partage d'expérience est également encouragé par le pouvoir organisateur qui propose de mettre à disposition ses connexions et son réseau d'acteurs pour la création de nouvelles initiatives.

Pour le corps médical, l'association des médecins scolaires est également citée comme un endroit clé pour le partage des pratiques et l'amélioration des connaissances en matière de médecine scolaire.

Afin d'améliorer la diffusion des pratiques, la mise en place d'une plateforme pour échanger les outils d'animations entre tous les services PSE, voire incluant les acteurs externes est suggérée.

5.2. Les interventions PSE en milieu scolaire

5.2.1. Éléments généraux

Afin de diffuser les principes de PSE, il est important pour les CPMS-WBE et pour les SPSE d'être présents et actifs au sein du milieu scolaire, avec pour objectif de faire comprendre le rôle de la PSE. La législation prévoit que 20% du temps de travail des équipes PSE soient alloués à la mission 1, pour 70% aux bilans de santé obligatoire.

Théoriquement, les équipes PSE doivent agir afin d'autonomiser les acteurs afin que chaque projet puisse être, à terme, porté par l'école elle-même.

5.2.1.1. La présentation du projet de service

Les textes légaux prévoient une présentation du projet de service par l'équipe auprès de chaque établissement scolaire. Néanmoins, cette présentation est loin d'être systématique. Cela s'explique notamment par le manque de compréhension du projet de service par les équipes PSE elles-mêmes. Cela entraîne une appropriation limitée de l'outil par les professionnels de la PSE et réduit la diffusion de ce dernier auprès d'acteurs externes tels que les responsables d'établissements scolaires. Le caractère obligatoire du transfert de ce document est par ailleurs méconnu par de nombreux acteurs de la PSE. D'autres raisons de cette absence de présentation formelle sont le manque de temps des équipes PSE, la forte sollicitation des écoles dans d'autres matières et la priorisation de régler l'agenda des visites médicales. Cela mène dans plusieurs cas à une méconnaissance du projet de service.

5.2.1.2. La construction d'un lien de confiance

Au-delà de la présentation du projet de service, les contacts entre les CPMS-WBE / SPSE et les écoles sont relativement variables. Souvent, ils sont réguliers, sans qu'une distinction puisse être réellement faite entre les différentes missions. Parfois, ils sont inexistantes. Il apparaît indispensable de créer des liens à long-terme avec les acteurs de l'école pour créer un espace de confiance permettant d'aborder rapidement des dossiers difficiles ou de répondre rapidement à des demandes ciblées. Aussi, une base solide est nécessaire pour construire des projets, souvent chronophages, avec des enseignants qui sont contraints par le temps. Cela permet d'assurer la continuité de l'engagement dans un projet. Si une telle dynamique n'existe pas, les organisations PSE ne peuvent qu'assumer des missions individuelles. Un des enjeux est la prise de conscience de l'école que les activités PSE se déploient dans une certaine logique éducative avec des séquences spécifiques et qu'elles ne peuvent être des actions ponctuelles répondant à des besoins tout aussi ponctuels. Ces aspects semblent être mieux compris dans les écoles accueillant des populations plus précarisées.

Les principaux freins à la mise en place de ce lien avec l'école sont nombreux :

- La différence de temporalité entre la PSE s'inscrivant dans le long-terme et le milieu scolaire disposant de son propre rythme.

- La perception par l'école d'un rôle de « pompier » (voire de « parapluie¹⁰ ») du PSE qui est contacté pour régler des problèmes ponctuels.
- La perception au sein de certains CPMS-WBE / SPSE d'une absence d'intérêt des écoles pour un tel lien.
- Le manque de connaissance des missions de PSE et de leur utilité par les acteurs scolaires.
- La mobilité des infirmières qui ne gardent pas toujours la même école.
- Le turnover dans les écoles elles-mêmes.
- La communication limitée des CPMS-WBE / SPSE sur les missions de la PSE.
- Le peu de temps disponible du côté des enseignants.
- La charge de travail importante des infirmières PSE qui ne peuvent être régulièrement présentes dans le milieu scolaire.
- Les réticences pour certains thèmes EVRAS.
- Les relais limités au sein de l'environnement scolaire, notamment dans l'enseignement fondamental où il n'y a pas d'éducateurs semblant faciliter ce lien.

Comment rendre la PSE visible pour les écoles selon les directeurs ?

Rien n'est obligatoire en la matière et au même titre que les écoles doivent se doter d'un projet d'établissement, il serait utile qu'elle dispose d'un plan de promotion de la santé s'étalant sur toute la scolarité et visant tous les axes de cette dernière telle que définie par l'OMS

J'ai déjà une relation de confiance et de collaboration, ce qu'il manque c'est une permanence comme par exemple un membre du personnel présent dans l'école un jour par semaine.

La disponibilité de réagir rapidement lors d'un problème avec une famille, un enfant. Idéalement, il serait important d'avoir une assistante sociale attachée à l'école ayant son bureau au sein de l'établissement.

Pour développer ce lien avec l'école, il faut des contacts réguliers et dans la durée avec une même personne identifiée « PSE » par l'école, notamment via des permanences à l'école et/ou des visites hebdomadaires. Les relations entre acteurs doivent être le plus stable possible. Cela est souvent complexe pour les SPSE, mais la situation est différente pour les CPMS-WBE dont les bureaux se situent dans l'établissement scolaire, favorisant une relation durable. Une attention aux demandes du terrain apparaît nécessaire pour assurer une meilleure collaboration en se présentant comme une ressource pour l'école (ex. : documentation à disposition, mise en

¹⁰ Dans l'expression « parapluie », il est entendu que l'école appelle le PSE pour signaler tardivement un problème afin de couvrir sa responsabilité ou « sa conscience ».

relation avec des partenaires). La participation à des réunions organisées par l'école peut également renforcer ce lien ; il peut s'agir de notamment de conseils de participation, de conseils de classe, de réunions de parents, de réunions en lien avec les cellules bien-être, de réunions des cellules de concertation locale voire des concertations ponctuelles.

5.2.1.3. La conduite de projet en milieu scolaire

Ces relations de confiance se construisent notamment au travers de projets de PSE. Les interventions en PSE sont réalisées à titre principal par des infirmières. Les médecins (pour les SPSE), les psychologues et assistantes sociales (pour les CPMS, surtout) sont quant à eux moins impliqués, à l'instar de la rédaction du projet de service.

Il apparaît clairement que la réussite des projets PSE au sein des établissements est fortement dépendante de son ancrage local : il doit être en partie porté par l'école. Les objectifs de la PSE peuvent sembler légitimes mais, au niveau de leur traduction locale dans un établissement, la construction d'un partenariat positif ne va pas de soi. Les principales difficultés sont l'intérêt limité des enseignants, le modèle d'école « consommatrice » d'activités ponctuelles de PSE, l'absence physique des équipes PSE sur le terrain, ou un dialogue trop limité avec les acteurs de terrain pour connaître leurs besoins. Les activités ponctuelles restent cependant une opportunité pour les équipes PSE de s'insérer dans le milieu scolaire et un équilibre est nécessaire entre celles-ci et les actions s'inscrivant dans une temporalité plus longue.

Néanmoins, les relations varient qu'il s'agisse du développement de projets spécifiques ou de la mise en place d'un réseau de projet. Ces derniers impliquent des partenaires extérieurs, avec plus de personnes internes pour assurer la prise en compte de toutes les dimensions du projet. Cela demande un autre accompagnement dans l'école. C'est notamment le cas de certaines interventions EVRAS particulièrement exigeantes en rencontres avec des partenaires extérieurs variés à toutes les étapes du projet. De plus, considérant les contraintes horaires des enseignants, le PSE se doit d'être flexible. Si les initiatives viennent des enseignants, il est possible de les accompagner, quitte à revoir le planning du PSE. Surtout, les enseignants peuvent libérer du temps puisque le projet entre dans leur agenda pédagogique.

Ainsi, établir des partenariats demande du temps et de nombreuses réponses mettent en évidence ce problème. L'investissement pour une mission 1 de qualité impose de diminuer le nombre d'écoles par CPMS-WBE / SPSE. Or, ceux-ci se plaignent déjà très fortement de manquer de temps (ou de ressources humaines/financières) du fait de la charge liée aux bilans de santé et à certaines lourdeurs administratives liées au rapportage.

Que pensent les directeurs des interventions PSE en milieu scolaire ?

Une prise de contact avec une personne ressource (toujours la même) dès septembre avec l'équipe éducative... Planifier des projets par classe ou par besoin.

J'aurais besoin d'animations EVRAS à tous les niveaux. Or, le PSE ne propose des animations que pour nos P6.

Organiser plus d'ateliers pratiques dans les classes.

Il apparaît cependant des données collectées que les directions d'école sont très conscientes de l'apport d'activités menées par l'équipe PSE. Ils perçoivent dans ces activités une valeur ajoutée pour les élèves, tant sur le plan des individus touchés (activité individuelle et/ou collective) que sur l'objectif de l'activité (éducation à la santé et/ou de mise en place d'un environnement favorable à la santé). Cette conscience de l'apport de la PSE est un levier fondamental pour l'établissement d'un partenariat entre les équipes PSE et l'école. Des exemples de ces types d'activité issus de l'enquête en ligne sont présentés dans le tableau, à la page suivante. Il est important de souligner que les dimensions identifiées ne sont pas exclusives : un projet peut avoir un impact simultané en termes santé tant sur le plan individuel que collectif, tout comme il peut viser l'éducation à la santé et la mise en place d'un environnement favorable à la santé en même temps.

Des partenariats peuvent également être mis en place avec les élèves, soit au travers d'une approche systémique intégrant les enseignants et les acteurs de la PSE, soit dans un dialogue sur certains thèmes.

Finalement, un des enjeux majeurs pour intégrer la PSE au sein de l'école et favoriser la diffusion de ses principes est le développement d'une approche transsectorielle incluant la PSE et l'enseignement (voire d'autres secteurs) à décliner au niveau politique. Dans ce cadre, il peut être envisagé la mise en place de formation en PSE à destination notamment des enseignants et des pouvoirs organisateurs.

La diffusion des principes de PSE au sein du milieu scolaire semble complexe mais réalisable, en tenant compte des contraintes des acteurs de la PSE et des équipes éducatives. Les équipes PSE restent tributaires des volontés et des besoins des acteurs scolaires, en particulier pour la mission 1 qui est la moins bien comprise.

	Individuelle	Collective
Éducative	<p>Projet Publicité PSE (Cas 34)¹¹</p> <p>Création et affichage de posters santé renouvelés régulièrement.</p> <p>a Ces affiches sont exposées dans les écoles à l'attention à la fois des élèves ainsi que des parents.</p> <p>Elles transmettent un message de santé « accrocheurs » : « une soupe par jour, en forme toujours ».</p>	<p>Projet « Bien dans sa tête, bien dans son corps » (Cas 4)</p> <p>Accueil d'élèves dans les locaux du PSE durant une matinée pour faire des jeux coopératifs sur la pyramide alimentaire, le sommeil, test de différentes activités sportives, dégustation de soupe...</p> <p>Ces différentes activités permettent de transfert des connaissances santé par des activités collectives.</p>
Environnementale	<p>Projet Accueil des enfants souffrant d'une maladie chronique (Cas 3)</p> <p>Création d'un protocole formalisant la démarche d'accueil d'un enfant atteint d'une maladie chronique au sein de l'école. L'idée est de baliser les démarches et les rôles des directions-parents-enfants-PSE pour que l'enfant puisse vivre une scolarité « qui a du sens et du goût sans crainte ».</p>	<p>Projet Collations saines (Cas 18)</p> <p>Mise en place d'un potager entretenu par les élèves et les enseignants et mise en place de soupes comme collations.</p> <p>La mise en place du potager modifie l'environnement scolaire et met en place de plusieurs réflexions sur l'alimentation saine, le respect de la nature, le bien être...</p>

Tableau 2. Exemples d'activités emblématiques de la PSE-M1 au regard de quatre dimensions

5.2.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Plusieurs mentions dans le discours des acteurs interrogés indiquent que les infirmières du SPSE sont bien présentes dans les écoles pour réaliser des animations de santé. Ces animations santé sont organisées avec l'accord des acteurs scolaires. Toutefois, lors de leurs visites dans les établissements scolaires, elles sont également sollicitées pour répondre à de nombreuses questions et conseiller les équipes éducatives sur des problématiques diverses. Ceci se justifie, selon elles, par l'absence d'une infirmière permanente dans les établissements scolaires.

¹¹ Pour plus de précision, voir page 279 dans le dossier d'annexes

La présence des infirmières du SPSE dans les écoles est influencée par deux facteurs. Le premier est le nombre d'écoles qui sont attribuées à chaque infirmière. En effet, chaque infirmière du SPSE est responsable de certaines écoles données. Or cette attribution est calculée en fonction du nombre d'élèves et non pas en fonction du nombre d'enceinte scolaire. Ainsi le SPSE est responsable de 25 écoles, toutefois, certaines infirmières sont en charge de 5 écoles alors que d'autres uniquement 3. Cela influence le temps disponible au sein de chacune des écoles. Le second facteur est que leur présence est tributaire de la motivation des acteurs scolaires. Développer un lien de confiance avec les directions en étant le plus possible en visite dans les établissements scolaires est ainsi mis en évidence pour favoriser la réalisation de la mission 1 des SPSE. Une plus forte présence pour faire des animations dans les écoles est également un souhait présenté par un acteur scolaire interrogé.

Des membres de ce SPSE proposent plusieurs initiatives afin d'améliorer la collaboration entre les écoles et le SPSE et ainsi favoriser la diffusion des principes de PSE : faire les visites médicales au sein des établissements scolaires, avoir une personne de référence dans l'école pour faire suivre les informations entre l'école et le SPSE, avoir une ou plusieurs infirmières PSE par école pour réaliser la mission 1 et s'intégrer dans le projet d'école.

5.3. Les interventions PSE intégrant les parents

5.3.1. Éléments généraux

La PSE est souvent conçue comme un partenariat entre le service, l'école et la famille. Dans la réalité, l'établissement de tels partenariats semble une mission impossible avec les familles. Pourtant, la diffusion des principes de PSE vers l'environnement familial des élèves est un élément-clé assurant la durabilité et la légitimité de la PSE.

Prendre contact avec les parents pour les informer est complexe. Cela est dès lors encore plus complexe de les engager dans des propositions de changements, voire des partenariats.

L'intervenant peut proposer des lignes d'action spécifiques : contacter le CPAS ou l'AMO, modifier les conditions familiales du cadre de vie (sommeil, alimentation ...) ou le soutien scolaire (se lever à temps pour conduire son enfant à l'école). Cependant, il ne peut pas agir à la place des parents. Cette dynamique d'enrôlement du parent dans le projet de changement semble un point aveugle de la réflexion (ce qui contribue à l'impuissance des intervenants). Si un contact est pris, il est souvent difficile de faire en sorte que le message soit reçu comme un message positif et non pas comme une critique. Cette difficulté d'associer les parents est aussi mise en avant par des intervenants PSE qui ont réussi à associer les élèves et l'école à un projet. Il apparaît cependant qu'il est plus simple, si cela est adapté, de construire un projet durable sans les parents dans un premier temps puis de les intégrer ensuite, au travers de l'enfant « messenger » / « ambassadeur » du projet.

Le plus souvent, ce partenariat avec les familles est envisagé dans une dynamique individuelle, pour identifier et améliorer les déterminants de santé individuels de l'élève considéré. Il s'agit d'une approche individualiste qui prend peu en compte les dimensions collectives des déterminants de santé.

Différents freins existent dans cette mise en relation : le nombre croissant de familles en situation de précarité et la dimension multiculturelle semblent impacter négativement cette dynamique de communication PSE-Famille envisagée dans la logique individuelle. Le suivi des BSO (problème de vue, d'audition ou de surpoids) semble être une occasion de prise de contact avec les familles. Dans certains cas, il est possible qu'il s'agisse du seul contact médical que l'élève aura pendant sa scolarité.

Le rôle de l'école est également un enjeu : elle peut refuser d'agir du fait qu'elle considère qu'elle sort de sa mission (ou de sa neutralité) en cherchant à agir sur un déterminant systémique qui a une connotation moins consensuelle. Si l'école ne désire pas investir la thématique en son sein (comme une thématique collective – déterminants de santé collectifs), mobiliser la famille devient complexe. Plusieurs exemples concrets de relations entre la PSE et les familles sont ainsi identifiés :

- Le brossage des dents semble acquis comme intervention consensuelle et donc organisée au sein de l'école, mais le suivi familial n'est pas garanti et ne peut être facilement contrôlé.
- Le mode d'alimentation (collation ou boissons) peut entrer en conflit avec les préférences familiales, ne menant pas toujours à des changements. Le changement est possible si le SPSE/CPMS-WBE agit sur les familles elles-mêmes, ce qui est plus facile si les familles sont associées dans le projet collectif (pas de regard négatif individuel). Cette thématique peut également entrer en conflit avec les préférences de l'école qui souhaitent garder les bénéfices des ventes et éviter les conflits avec les parents.

Travailler avec les parents : nécessaire et difficile

Milieu socio culturel peu favorable dans notre école donc c'est absolument nécessaire

Notre équipe PSE nous guide dans l'accompagnement des familles (soutien scolaire, suspicion de maltraitance ou négligence...).

Je partage que l'école a un rôle essentiel à mener auprès des familles dans le cadre d'une alimentation saine.... bien sûr que l'école a un rôle à jouer car les parents ne sont pas toujours conscients de ce qui est bon ou pas pour la santé Les parents se déchargent énormément sur l'école et sont rarement réceptifs aux différents projets proposés.

C'est une vraie question, tant il y a choc parfois entre le modèle culturel de la famille et de l'école. Cela étant, on reste dans une éducation à la santé à l'école et il convient pour cette dernière à réaliser sa mission en respectant les familles.

Plusieurs solutions sont ainsi proposées :

- Construire les projets avec les parents et les enseignants, notamment en les impliquant dans le choix des thématiques ou via les organes de l'école.
- Organiser des activités dont le public-cible est mixte (élèves – parents) : petits déjeuners, fancy-fair, soirée d'information, activités en weekend. Cela est cependant limité par la disponibilité des élèves et de leurs parents en soirée ou le weekend, et par un effet de sélection des parents déjà intéressés.
- Réfléchir à la suppression de l'obligation des bilans de santé pour favoriser la réflexion au sein des familles.
- Prendre le temps de se réunir entre acteurs de terrains : ONE, directions de l'école, enseignants et parents.
- Mieux communiquer, de manière plus ludique et en étant appuyé par les directions des écoles.

Les parents restent un vecteur-clé de la diffusion des principes de PSE, au sens où ils ont le pouvoir de structurer de nombreux déterminants de la santé de leur enfant. Le changement paradigmatique de l'approche de la santé à l'école passe également par leur implication dans ce changement, s'il se veut pérenne.

5.3.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Le SPSE pris en exemple a mis en place plusieurs initiatives pour intégrer les parents que ce soit via des activités (invitation à des petits déjeuners santé), par le biais de synthèse des résultats des visites médicales ou même plus collectivement via le comité de parent lors des réunions de concertation organisées par les écoles. Cependant, la participation à ces initiatives est limitée, voire souvent inexistante. Le faible degré d'implication pourrait s'expliquer, selon les infirmières PSE, par la précarité des familles « dont les difficultés financières ne permettent pas ce suivi ».

5.4. Les partenariats entre les organisations PSE et les établissements scolaires ou d'autres acteurs de la santé à l'école

5.4.1. Éléments généraux

La mise en place de partenariats est un enjeu-clé pour les CPMS-WBE et les SPSE dans la diffusion des principes de PSE dans l'environnement scolaire au sens large.

Relativement aux partenariats avec l'école, les principaux éléments ont été abordés ci-avant, en lien avec les interventions PSE en milieu scolaire (*cf. supra*). D'autres partenariats sont cependant à considérer, notamment avec les CPMS.

5.4.1.1. Les partenariats avec les CPMS

Si certains SPSE travaillent de manière rapprochée avec un CPMS (en dehors des CPMS-WBE), cette coopération ne va pas toujours de soi, notamment en raison de

fonctionnements différents ou de visions divergentes de la PSE ou des missions allouées à chacun. Il existe cependant une logique de concurrence entre les SPSE et les CPMS, renforcée par l'absence de frontières claires entre les missions et les responsabilités de chacun.

Cette coopération semble pourtant avoir de nombreux avantages, dont une prise en compte de l'enfant dans sa globalité, une meilleure réactivité de l'équipe, une meilleure communication entre PSE et PMS, une meilleure accessibilité au milieu scolaire et une meilleure connaissance des élèves, parents, écoles et services extérieurs, et une équipe pluridisciplinaire.

Dans le cadre d'une telle collaboration, l'infirmière disposant à la fois des casquettes PMS et PSE joue un rôle central, au sens où elle est le point de contact avec la direction de l'école.

Les principales difficultés en cas de collaboration proche entre SPSE et CPMS sont l'absence de médecin PSE en CPMS, les contraintes de confidentialité et d'échange de données, et la charge de travail (au regard du nombre d'élèves par membre du personnel). Sur ce dernier point, comme dit précédemment, le manque de moyens humains conduit régulièrement à mettre de côté la mission 1. Par ailleurs, un tel partenariat nécessite un investissement préalable important pour définir les rôles, tâches, horaires et visions de chacun, sans quoi la collaboration ne peut fonctionner sans créer de frustrations et de conflits. Afin de faciliter ces collaborations, certains SPSE rédigent une charte entre SPSE et CPMS, permettant de baliser les interactions et de reconnaître les compétences de chacun.

Un élément central à prendre en compte est la confusion qui existe, pour les acteurs scolaires et pour les parents, entre les missions PSE et les missions PMS. Il y a beaucoup plus de suspicion de confusion du côté des SPSE que du côté des PMS-WBE. Plusieurs raisons semblent expliquer cette confusion :

- Les deux types d'organisations ne se positionnent pas de la même façon sur le terrain scolaire : les CPMS-WBE ont un nombre d'écoles / élèves limité et ils sont souvent sur le site même alors que ce n'est pas le cas des SPSE.
- Certains changements des réformes de 2001 et 2002 n'ont pas encore été intégrés, notamment par les parents et les acteurs de l'école, notamment sur le plan de la dénomination.
- Il existe des points communs entre PMS et PSE, dont le public et le champ d'action de certaines missions et les différences en matière de santé sont limités.

Afin d'améliorer cet état de fait, plusieurs propositions sont émises pour les SPSE, les CPMS-WBE n'étant pas concerné, vu que PMS et PSE sont au même endroit, en leur sein. Ce modèle reposant sur une approche tridisciplinaire est apprécié. Pour les SPSE, l'intégration des deux missions permettrait de développer une approche plus globale de la santé, en ce compris la santé mentale et la situation socio-économique des familles.

Quatre scénarios sont possibles pour réduire cette confusion :

- Informer davantage l'école et les partenaires externes sur les missions de chacune des équipes en matière de mise en place de programme de promotion de la santé à l'école et d'un environnement scolaire favorable à la santé. En plus, définir un référentiel commun de PSE (avec 2 traductions, une pour le PSE, une pour le PMS).

- Organiser la coopération entre les services pour mettre en place les programmes de promotion de la santé en milieu scolaire, et ce, en tenant compte des différents déséquilibres (informations ; présence à l'école ; définition de la santé) et des points communs.
- Rapprocher voire fusionner les SPSE/CPMS afin qu'ils mettent en place des programmes de promotion de la santé à l'école conjoints.
- Renforcer la différence entre SPSE et CPMS pour la mise en place de programme de PSE et recentrer le PSE sur le pôle médical avec un renforcement des compétences et des ressources.

Aucun consensus ne se dégage cependant sur l'un ou l'autre scénario, les deux derniers étant les plus clivants. Le rapprochement voire la fusion des entités existe déjà dans certaines pratiques actuelles et fonctionne bien. De plus, ce scénario représente une plus-value pour les élèves (approche globale de sa santé), pour les infirmières (travail plus diversifié et plus complexe) comme pour les écoles (meilleure compréhension et plus grande clarté des rôles et missions).

Le renforcement de la différence entre SPSE et CPMS, tout aussi clivant, offre plusieurs avantages. La clarification des rôles permettrait de diminuer la confusion entre les équipes et d'améliorer ainsi la visibilité des services pour les autres acteurs y compris les parents. Elle permettrait également une répartition du travail plus équitable en diminuant la concurrence entre les services et favorisant l'approfondissement d'une seule mission. Ce scénario est également relativement simple à mettre en œuvre, mais s'éloigne des recommandations de l'OMS en matière de PSE et d'une vision collective et globale de celle-ci.

5.4.1.2. Les autres partenariats

Ces partenariats concernent surtout les autres entités en charge de question relative à la santé. L'appel aux partenariats s'inscrit souvent dans une logique d'approche collective de la PSE : les acteurs de l'école forment un collectif et les questions de la PSE sont couvertes aussi de façon collective.

Dans le cadre de la mission 1, les partenaires sur lesquels s'appuient les centres et les services sont nombreux, même si certains déclarent réaliser peu, voire pas du tout, de travail avec des partenaires extérieurs. Sans ces derniers, il est plus facile de gérer les agendas d'interventions, seul ou avec des collègues immédiats.

Généralement, les partenaires sont perçus comme des ressources essentielles : ils sont spécialisés dans des thématiques particulières. Ils peuvent soit contribuer à assumer des animations, soit fournir du matériel pédagogique et faciliter ainsi le montage de l'intervention par le SPSE. La seconde option demande moins de collaboration avec le partenaire extérieur et donc moins de temps pour le service PSE. Certains SPSE tendent à adopter une approche plus opportuniste : l'avantage de travailler avec des partenaires est de combler leur manque de temps, bien que cela demande un temps de préparation important en amont.

Parmi les principaux partenaires, sont notamment identifiés : la police, les AMO, les observatoires de la santé, le SAJ, le SPJ, le GrIS, les CPAS, SOS Enfants, les écoles d'infirmières, les centres de santé mentale, le FARES, les médecins spécialistes, les dentistes, les kinés, les plannings familiaux ou encore la plateforme SIDA et la plateforme assuétudes.

Le Centre planning familial est le premier partenaire, autant pour les PMS-WBE que pour les SPSE. Il est mentionné très souvent en lien avec l'EVRAS ou pour des animations lors des visites médicales, mais la coopération avec ces centres n'est pas sans poser de problème. La collaboration est souvent difficile à maintenir sur la durée et du fait que les approches sont parfois différentes : les centres de planning familial n'adoptent pas nécessairement une approche de PSE mais sont plutôt centrés sur une approche individuelle de la santé.

Parmi les autres acteurs, le CLPS fournit des outils aux intervenants, des documentations et des informations spécialisées pour aider les services à préparer les animations. Comme mentionné précédemment, l'ONE est à la fois centre d'expertise (avec les contacts des PEPs de l'ONE) et de ressources pour le prêt de matériel. Il semble beaucoup mobilisé par les SPSE. Les mutuelles sont également des partenaires présents, tout comme les AMO,

De manière générale, les CPMS-WBE et les SPSE sont satisfaits de leur réseau de partenaires. Cependant, parfois, il y a peu de ressources dans l'environnement proche, notamment en raison de la faible densité de la population. Cela est particulièrement problématique pour les thématiques complexes demandées dans l'enseignement secondaire. Une autre raison de ce manque de ressources est l'agenda déjà très chargé de ces potentiels partenaires. En outre, il existe des limites financières pour le recours à ces ressources : les écoles n'ont pas des moyens financiers pour payer des services coûteux.

Ainsi, il semble important de trouver un partenaire qui partage la même vision en matière d'intervention avec les écoles et en matière de collaboration : les réseaux de confiance sont plus efficaces (moins chronophages).

Selon les directeurs, les écoles ne connaissent pas le projet de service bien que la PSE soit connue et discutée avec le pouvoir organisateur

Nous nous réunissons 2x/mois avec l'ensemble des directions et le PO. La collaboration avec les équipes PSE-CPMS est souvent débattue..... car elles revêtent une grande importance... nous évoquons parfois le problème d'hygiène ou de la santé des enfants.

Lors de nos réunions de direction, ce point peut être mis à l'ordre du jour avec parfois un thème à discuter, un membre de l'équipe PSE ou CPMS qui peut être invité pour nous parler d'un document intéressant, de nouvelles animations à proposer aux équipes.

5.4.2. Le cas du SPSE pris en exemple

La collaboration entre ce SPSE et le milieu scolaire prend plusieurs formes.

Premièrement, il existe des partenariats systématiques entre certains établissements scolaires et certaines infirmières pour reconduire des activités d'année en année à certaines catégories d'âge. À titre d'exemple, chaque année, il est organisé une animation sur l'hygiène dentaire aux deuxièmes primaires d'une école donnée.

Deuxièmement, il y a des partenariats de confiance, où la relation construite entre les écoles et les membres du SPSE amène les enseignants et la direction à faire appel au SPSE pour travailler sur des thématiques particulières présentes dans leur projet d'école.

Troisièmement, il existe un partenariat intégré où les écoles et les membres du SPSE travaillent ensemble depuis longtemps et partagent les mêmes objectifs et visions de PSE. Dans ce cadre, les enseignants sont animateurs et un suivi après les animations est réalisé par ces derniers et par l'infirmière qui passe deux fois par semaine dans chacune de ces écoles.

L'élément commun entre ces trois types de partenariat est que la motivation des enseignants et l'encouragement des directions d'écoles sont des facilitateurs majeurs pour la mise en place de programmes de promotion santé à l'école. Lorsque ces éléments ne sont pas rencontrés, les interventions des infirmières PSE sont plutôt caractérisées comme des animations ponctuelles. Deux freins majeurs à la collaboration entre les équipes PSE et les acteurs du milieu scolaire ont été mis en évidence. D'une part, le manque de connaissance des missions du PSE pour les équipes éducatives (on ne parle pas du PSE dans leur cursus), d'autre part, la présence limitée du personnel PSE au sein des établissements scolaires (plus la présence est élevée, plus une relation de confiance s'établit, plus la collaboration est riche).

Des collaborations sont également nouées avec des acteurs externes : planning familial, PEPs, souriez.be... Différentes contributions leur sont également demandées. Parfois, le partenariat est surtout lié à des demandes de matériels, de formations (souriez.be, PEPS), dans d'autres cas, c'est plutôt l'expertise d'un sujet spécifique qui est recherché. Ainsi, pour ce cas de figure, soit les experts de la thématique sont amenés à présenter leur animation soit il y a une co-construction et co-animation avec le partenaire extérieur (Planning familial). Un frein à la collaboration avec certains partenaires externes est souligné par un intervenant : l'absence de subsides spécifiques dédiés à la rémunération de ces partenaires.

La collaboration avec les équipes des PMS n'est pas systématique. En outre, elle se concentre surtout autour des problèmes de maltraitance.

5.5. La légitimité de la PSE au sein du milieu scolaire

5.5.1. Éléments généraux

La légitimité de la PSE au sein du milieu scolaire, notamment de la mission 1, est une dimension centrale pour y favoriser la diffusion des principes de PSE. En effet, les acteurs de l'école ne se saisiront pas de ces concepts s'ils ne les considèrent pas comme légitimes.

La légitimité touche à la fois à la (re)connaissance des organisations en charge de PSE et à leur valorisation.

5.5.1.1. La (re)connaissance de la mission 1

Les CPMS-WBE et les SPSE considèrent que la mission 1 est relativement comprise par les partenaires. Si beaucoup réalisent l'importance de la mission 1, son interprétation varie fortement d'un acteur à l'autre, notamment en raison de modalités de mise en œuvre différentes.

Il est difficile d'affirmer que les acteurs de terrain mobilisent tous une même définition de la mission 1. Il semble qu'il y a des confusions au niveau des partenaires, notamment en confondant le projet de service et la mission 1. Par ailleurs, les missions les plus visibles, de l'extérieur, sont les BSO et les vaccins, et non la mission 1. Les missions de base ne sont donc pas comprises de la même manière par les écoles et les partenaires (ni par les différents CPMS-WBE / SPSE). Cela conduit souvent les écoles à considérer le PSE comme un « pompier » : les activités qui sont demandées par les écoles ne s'inscrivent pas toujours dans la durée et plus individuelles que collectives ; les écoles s'attendent à ce que l'intervention résolve le problème. Les attentes des directions semblent par ailleurs surtout concerner les aspects curatifs et préventifs. Il est dès lors difficile de mener un projet sur le long-terme. Certains directeurs reconnaissent le travail en PSE, mais ils sont conscients qu'au-delà des BSO, vaccins, visites, les actions à long terme représentent un lourd engagement (pour eux comme pour les PSE).

De manière générale, il semble que la place de la promotion de la santé dans la société est limitée : des initiatives ponctuelles, sans suivi ni engagement à long terme ... Peu de partenaires (y compris dans l'école) semblent prendre au sérieux le fait qu'ils peuvent avoir un impact sur la santé (globale et collective).

La PSE est une action légitime et toutes les dimensions de la PSE importantes, selon les directeurs

Le respect des besoins de tous les enfants est essentiel pour que nous puissions effectuer correctement notre travail. Un enfant bien dans sa tête et dans son corps est épanoui. Il peut entrer en communication avec les autres de façon positive.

Être à côté des titulaires qui observent des soucis de santé avec des enfants de leur classe, les soutenir, leur donner des conseils, intervenir auprès des parents concernés pour que les parents sentent qu'un organisme reconnu travaille avec l'école.

5.5.1.2. La valorisation de la mission 1

La question de la légitimité peut également s'approcher par la valorisation de la mission 1. Les acteurs de terrain considèrent que cette valorisation est insuffisante et propose de nombreux outils de renforcement pour cette mission 1, dont certains ont déjà été abordés précédemment. Il s'agit notamment :

- De renforcer sa place dans la proportion de temps des missions de la PSE.
- De lier le financement aux activités réalisées dans le cadre de la mission 1 et au niveau de formation des équipes.
- De renforcer la place de la PSE comme partenaire privilégié dans les décrets relatifs à l'enseignement, en intégrant la PSE dans le cursus d'apprentissage des élèves et en information à son sujet dans le milieu scolaire.
- De renforcer le pôle PSE de l'ONE pour créer une culture professionnelle en la matière.
- D'améliorer la communication autour du travail et des apports potentiels de la PSE, pour renforcer la valeur et la norme sociale que représente la PSE, notamment en l'intégrant plus visiblement dans les missions de l'ONE. En ce sens, des approches ciblées vers les écoles et les parents pourraient être envisagées pour donner de la visibilité à la PSE via l'ONE.
- De moderniser l'image de la PSE en proposant des contenus vidéos, en utilisant d'autres canaux de diffusion ou en allant à la rencontre des parents et des enfants, afin de sortir de l'image limitant la PSE aux BSO et aux vaccins.
- De proposer un rapportage en adéquation avec le travail réalisé dans le cadre de la mission 1 et d'effectuer un retour sur les appréciations du rapportage.

Par ailleurs, comme indiqué précédemment, la mission 1 peut construire des programmes de PSE sur la base des données collectées dans le cadre d'autres missions. En s'appuyant sur ces données, les CPMS-WBE et les SPSE peuvent renforcer leur légitimité au sein de l'école en proposant des projets spécifiques et en informant la direction d'établissement sur certains éléments, notamment liés au cadre de vie.

5.5.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Pour le cas de ce SPSE, certains documents et discours indiquent une certaine forme de légitimité reconnue au secteur PSE par les acteurs scolaires. Par exemple, un courrier rédigé par l'équipe pédagogique à destination des parents présentant le calendrier des activités proposées par le SPSE en matière de collations saines. En outre, une direction d'école a affirmé que les activités des SPSE étaient « absolument nécessaires » dans son établissement au vu du milieu socioculturel de sa population scolaire. Enfin, une mention à des partenariats étroits et sur le long terme entre certains membres du personnel et certaines écoles viennent appuyer la reconnaissance de la légitimité du SPSE pour certains acteurs scolaires. Il est toutefois précisé que cette collaboration résulte d'un travail important pendant de nombreuses années afin d'établir une relation de confiance entre les deux milieux.

Cependant, ce sentiment de légitimité n'est pas perçu par la majorité du personnel de ce SPSE. En effet, selon eux, il existe une forte méconnaissance de leur fonction et de leurs rôles auprès

des enseignements et des parents, ceci est notamment observé par la confusion entre leur service et le CPMS. Or, il a été précisé qu'un moteur important pour la mise en place de programme de promotion santé à l'école est la motivation des équipes éducatives et la continuité des messages en dehors de l'enceinte scolaire dans la sphère familiale.

Leur sentiment d'une reconnaissance limitée de leur travail est plus large et s'applique également à d'autres acteurs que ceux du milieu scolaire. En effet, il est avancé que des professionnels de santé externes au SPSE pourraient être suspicieux quant à la qualité des données qui proviennent des bilans de santé. Ce type de position vient renforcer la perception d'une image négative du secteur et affaiblit leur sentiment de légitimité.

Une demande d'amélioration de la visibilité du secteur est soutenue par l'ensemble des acteurs. Plusieurs pistes sont évoquées : parler de la PSE aux futurs enseignants et aux futurs médecins durant leurs cursus, être plus présent dans les écoles pour développer une relation de confiance avec les acteurs scolaires, ou encore faire des campagnes publicitaires pour mettre en avant leur travail.

6. La mission 1 de la PSE, vecteur de changement paradigmatique dans l'approche de la santé à l'école ?

L'objectif final identifié dans le cadre de la mission est celui du changement paradigmatique dans l'approche de la santé à l'école. Elle s'appuie sur les ressources, la mise en œuvre d'un programme, qui conduit à la diffusion de principes, œuvrant à un changement paradigmatique.

S'il est difficile de mesurer explicitement ce changement paradigmatique, deux manifestations observables permettent d'en identifier certaines dimensions :

- MO13 : données indiquant l'harmonisation du discours et des pratiques entre acteurs de l'environnement scolaire, PSE compris, afin de placer l'élève au centre des actions menées.
- MO14 : données indiquant la présence d'une série de dimensions dans les activités de PSE indiquant une inscription dans une approche de promotion de la santé plutôt que dans une approche médicalisée de la santé.

Ces deux manifestations observables sont analysées dans les sous-sections ci-après.

6.1. L'harmonisation du discours et des pratiques entre acteurs de l'environnement scolaire

6.1.1. Éléments généraux

Un premier indicateur de changement paradigmatique dans l'approche de la santé à l'école se lit dans les discours des acteurs de terrain et dans leur harmonisation. La question de l'harmonisation est liée à celles de la confiance et de l'établissement d'une relation à long-terme. Au fil de la diffusion des principes de PSE, les acteurs construisent un vocabulaire commun et des pratiques communes, adaptées au contexte local dans lequel ils évoluent.

À l'heure actuelle, cette harmonisation du discours et des pratiques n'est pas présente. Comme les sections précédentes l'indiquent, il existe de nombreuses disparités entre les organisations en charge de PSE notamment sur le plan des ressources disponibles, de la vision de la PSE, des activités mises en œuvre ou encore des interactions avec le milieu scolaire. Cette harmonisation doit cependant maintenir une marge de manœuvre au niveau local.

Cette harmonisation passe pour beaucoup par une amélioration de la visibilité de toutes les missions PSE (en ce compris la mission 1) afin d'en augmenter l'efficacité. Elle pourrait également passer par l'adoption d'un cadre normatif plus contraignant en matière de collaboration. L'implication des écoles pourrait également être renforcée par décret, tout en tenant compte des multiples autres tâches dont les directions ont la charge.

Le risque majeur de cette harmonisation est cependant celui de la standardisation dans un contexte où les besoins sont toujours spécifiques. Un second risque est lié aux besoins de suivi et de rapportage engendré par une telle harmonisation, alors que les enseignants ont déjà une charge de travail importante.

6.1.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Dans l'ensemble des données collectées concernant ce SPSE, une seule référence explicite montre l'harmonisation entre pratiques et discours des acteurs pour mettre l'élève au centre.

Le fait de travailler depuis longtemps, 21 ans, avec les mêmes écoles, une confiance s'est installée : moi, les professeurs et les directions sommes des acteurs ayant le même objectif ; le bien-être de l'élève et sa protection. Je passe deux fois semaines dans chaque école, j'en ai 5, pour des documents, une pharmacie, une information... et je rêverai de faire les visites médicales à l'école...

Cette vision partagée est le résultat, selon cette répondante, d'une forte présence au sein de l'enceinte scolaire additionnée à une collaboration de longue durée.

Dans les autres discours, le phénomène d'harmonisation discours/pratiques de l'ensemble des acteurs est plus difficile à trouver. Toutefois, nous pouvons avancer que le succès de certaines initiatives peut être le reflet d'une partie de cette harmonisation.

Depuis 2014, notre projet de service est l'alimentation. Nous avons créé énormément d'outils et d'animations. Nous avons pu également constater des améliorations sur le terrain. En effet, la plupart de nos écoles favorisent l'eau comme unique boisson et réalisent des collations saines.

Si le fait de mettre l'élève au cœur du dispositif n'est pas ici clairement exprimé, cet exemple est intéressant pour mettre en lumière les différents éléments qui permettent une vision partagée par les différents acteurs d'un programme de PSE-M1 qui a abouti.

- Diagnostic d'un problème de surpoids et d'obésité dans la population sous tutelle sur base des données des bilans de santé.
- Mise en évidence de la thématique de l'alimentation saine dans le projet de service.
- Définition du sujet de l'alimentation équilibré comme priorité du pouvoir organisateur.
- Soutien et engagement des acteurs de l'école.

Cet exemple de vision partagée autour du programme d'alimentation saine et qui se concrétise sur le terrain n'est pas habituel. En effet, plusieurs tensions entre les visions de PSE de ces différentes actions existent. À titre d'exemple, il a été mis en évidence l'existence de conflits sur la vision de la première mission des PSE au sein même de l'équipe du SPSE (entre différents membres du personnel), entre le pouvoir organisateur et l'équipe du PSE concernant la dimension individuelle ou collective de traiter certaine thématique, ou encore entre l'approche One Shot vs partenariale de certaines écoles vis-à-vis du SPSE.

6.2. La présence d'une série de dimensions dans les activités de PSE indiquant une inscription dans une approche de promotion de la santé

6.2.1. Éléments généraux

L'analyse détaillée des exemples d'interventions identifiées permet de mettre en lumière plusieurs caractéristiques d'une intervention réussie et perçue positivement.

Il est possible d'épingler plusieurs caractéristiques présentes dans ces exemples : les types de partenariats (avec les responsables politiques ou les PO, avec les enseignants, avec une participation active des élèves, avec une implication des parents (rare) ou du moins une information à leur attention ; avec d'autres partenaires) ; des activités définies sur base d'un diagnostic de la situation et donc d'une approche de terrain ; des activités font l'approche d'une évaluation (quel que soit le type d'évaluation, il suffit qu'elle soit mentionnée) ; l'activité s'inscrit dans un terme plus long que l'activité elle-même (par ex. une année...).

La présence de ces dimensions dans un cas concret est un indicateur d'un changement paradigmatique vers une approche holistique de la santé.

6.2.2. Le cas du SPSE pris en exemple

Au sein de ce SPSE, plusieurs animations de promotion santé sont organisées dans les classes par les infirmières. Si parfois les thématiques sont liées à la demande des écoles (le poids des cartables, l'EVRAS), plusieurs animations s'intègrent dans le projet de service (celles liées à l'alimentation équilibrée). Ce dernier a défini la priorité de l'alimentation saine en réponse, d'une part, à l'augmentation des cas de surpoids et d'obésité dans la population sous tutelle identifiée grâce aux données des bilans de santé, d'autre part, à l'intérêt de la thématique pour le pouvoir organisateur. Ces activités ont une dimension collective, sont basées sur le diagnostic d'une situation, elles sont adaptées à leur public et peuvent bénéficier d'une approche partenariale. Lorsqu'elles sont concrétisées, elles peuvent influencer en partie les déterminants sociaux de la santé des élèves.

Toutefois, même si cela se rencontre à propos des animations concernant l'alimentation saine, nous devons souligner qu'il n'existe pas de vision partagée et consensuelle de la promotion de la santé à l'école entre les différents membres du service.

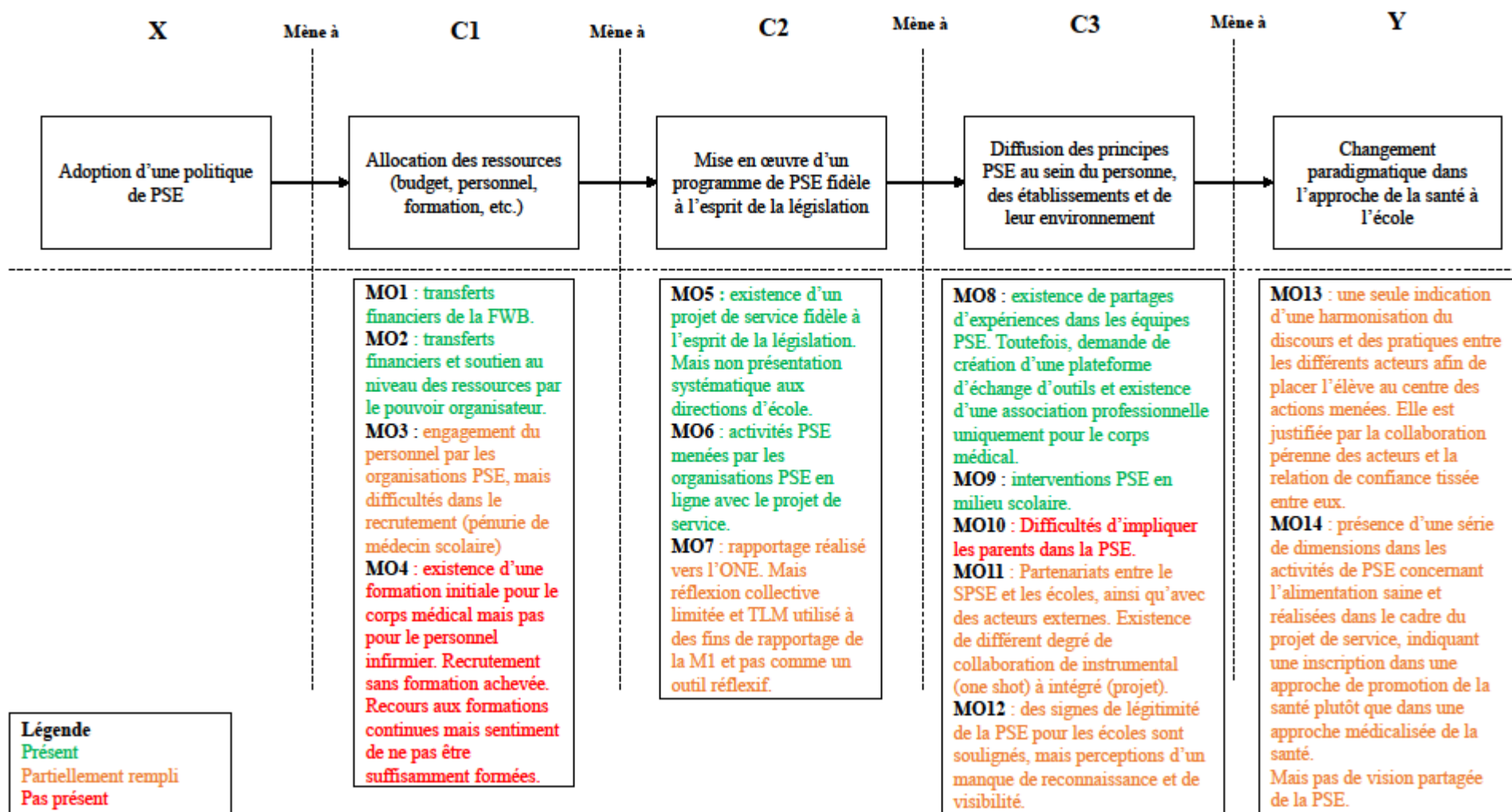
7. L'apport du process tracing dans l'analyse d'un cas particulier

L'apport de l'utilisation du mécanisme causal est qu'il permet de mettre en évidence la manière dont fonctionne la mise en œuvre de la politique de PSE dans un cas particulier. Il facilite dès lors l'identification des éléments qui fonctionnent et de ceux qu'il conviendrait d'améliorer afin d'atteindre le résultat souhaité (c'est-à-dire un changement paradigmatique dans l'approche de la santé à l'école).

L'analyse du SPSE pris en exemple à travers le mécanisme causal tend à montrer une forme de succès de la mise en place de la mission 1 pour ce SPSE, sur certains aspects. Ainsi, si ce SPSE bénéficie d'un financement de l'ONE et d'un financement complémentaire alloué par son pouvoir organisateur, il rencontre les difficultés de nombreux SPSE dans le recrutement de médecins scolaires. Par ailleurs, peu de travailleuses se considèrent comme suffisamment formées.

Les données à notre disposition indiquent par ailleurs une interprétation de la notion de PSE proche de l'esprit de la législation et des principes internationaux, qui transparait dans son projet de service et dans les activités menées en milieu scolaire qui en découlent (bien qu'il soit difficile d'impliquer les parents). Au sein de l'équipe, les travailleuses échangent et discutent de leur pratique et il existe des réseaux de partenaires satisfaisant, avec des degrés de partenariats plus ou moins forts, allant des projets ponctuels à une approche intégrée. La PSE est considérée comme légitime en milieu scolaire, même si elles souffrent d'un manque de visibilité. Le rapportage est réalisé mais pas nécessairement dans une approche réflexive. Au final, la politique de PSE telle qu'elle est mise en place dans ce SPSE a partiellement permis d'harmoniser les pratiques et les discours, notamment en mettant l'enfant au centre des processus. Néanmoins, les activités réalisées semblent indiquer qu'il n'existe pas une vision partagée de la PSE pour l'ensemble du personnel du SPSE, même si certaines activités s'inscrivent clairement dans une approche de PSE et non dans une approche plus médicalisée de la santé.

Les éléments présentés ci-dessus sont illustrés graphiquement à la page suivante. Il est important d'insister sur le fait que le modèle causal présenté ici est bien propre au fonctionnement des acteurs liés au SPSE pris en exemple et que les contraintes présentées dans le schéma ci-dessous ne sont pas généralisables aux autres services et centres de PSE. Le mécanisme causal est, dans ce cadre, d'abord un instrument d'analyse qui permet de pouvoir analyser en profondeur une série de dimensions ; et ainsi mettre en évidence les réussites et les difficultés propres au fonctionnement de chaque service analysé au travers de cet outil.



8. Nos réponses aux questions évaluatives

Comment est mise en œuvre la première mission, telle que définie par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?

La première mission de la PSE est mise en œuvre de manière très variable. Il existe ainsi une multitude d'approches, notamment en raison des différences dans les modalités de financement des organisations PSE (CPMS-WBE et SPSE) entraînant des situations de travail hétérogènes. Les modalités d'élaboration du projet de service et les types d'activités sont également très variables d'une entité à une autre en ce qui concerne la mission 1.

Premièrement, en termes de financement, nos analyses indiquent que les SPSE qui ne bénéficient pas d'un financement complémentaire (souvent alloué par le pouvoir organisateur) ne peuvent que rarement réaliser la mission 1 au sens où le décret l'entend. Cette variabilité des ressources peut également être renforcée par la participation à certains appels à projets, qui nécessite des compétences et des ressources spécifiques au sein de l'équipe PSE.

Cette variabilité du financement entraîne d'importantes différences dans le recrutement et, en conséquence, dans la charge de travail par travailleuse dans les SPSE. En l'absence d'un financement suffisant, les missions relatives aux bilans de santé obligatoires et à la prophylaxie sont réalisées en priorité. Par ailleurs, un élément récurrent en lien avec le recrutement est la difficulté de trouver des médecins scolaires. Les SPSE comme les CPMS-WBE sont confrontés à cette problématique.

Deuxièmement, tant dans les CPMS-WBE que dans les SPSE, la formation initiale semble rarement préparer les infirmières à une approche holistique et intégrée de la santé telle que prônée par la PSE (à l'exception, notamment, des infirmières formées en santé communautaire). Similairement, la question du certificat de médecine scolaire reste un enjeu. De nombreuses formations sont suivies par les équipes PSE, mais elles ne sont pas nécessairement orientées vers les éléments nécessaires à la mission 1 (en ce compris la gestion de projet et l'animation de groupe).

Troisièmement, ces variations fortes d'une équipe PSE à une autre induisent une mise en œuvre différenciée de la mission 1, en fonction des ressources et du personnel, mais également du contexte dans lequel s'inscrit cette mission 1. D'abord, le projet de service peut être élaboré de manière collective, comme le prévoit la législation, mais il peut également être réalisé par un nombre limité de personnes, réduisant son caractère fédérateur et de construction d'un référentiel de PSE commun. Dans ce cadre, le soutien d'un acteur extérieur comme l'APES a été une plus-value durant le processus de construction du projet de service. Il n'est par ailleurs que rarement présenté aux directions d'école, ne favorisant dès lors pas le lien difficile entre ces entités.

Ensuite, si certaines entités réalisent des actions dans le cadre de la mission 1, ce n'est pas le cas de tous les CPMS-WBE et les SPSE : ceux-ci passent souvent beaucoup de temps à réaliser la mission relative aux bilans de santé obligatoire, particulièrement chronophage dans un contexte où les ressources sont limitées. Quand des activités sont menées, la manière d'élaborer le programme d'action varie également, allant de la réponse à des besoins ponctuels des écoles

au développement d'un programme d'intervention basé sur les données issues de la situation sanitaire. Certaines activités sont réalisées en lien avec des partenaires extérieurs ou avec l'appui de la direction de l'école.

Dans ce cadre, le principal enjeu est la création d'un lien de confiance entre les équipes PSE et les établissements scolaires. La proximité physique des CPMS-WBE au milieu scolaire semble faciliter la création de ce lien. Développer ce lien est une difficulté majeure et le discours des équipes PSE indique notamment une méconnaissance des enseignants vis-à-vis de la PSE. Toutefois, les directions d'école perçoivent la plus-value de l'approche tant en matière d'éducation à la santé que de mise en place d'un environnement favorable à la santé, et ce, sur le plan individuel comme collectif.

Finalement, dans la création de ce lien de confiance, l'intégration des parents dans les interventions de PSE représente également une difficulté, tant pour les équipes PSE que pour les établissements scolaires. Pour des raisons de ressources disponibles (temps disponible et compétences en matière de PSE), ce partenariat avec les parents est le plus souvent conçu de manière individuelle, prenant peu en compte les déterminants collectifs de la santé. Par ailleurs, le nombre croissant de famille dans la précarité semble renforcer la difficulté d'établir ce lien.

Quatrièmement, la mise en œuvre de la mission 1 dépend également fortement du contexte environnemental dans lequel l'équipe PSE évolue et des interactions qu'elle développe avec les autres acteurs de la santé présents à proximité. Les collaborations les plus fréquentes ont lieu avec les CPMS pour les SPSE, malgré les multiples contraintes (secret médical, connaissance limitée des missions de l'autre, nécessité d'un ajustement organisationnel). Les autres partenaires (police, AMO, observatoires de la santé, SAJ, associations en santé, etc.) s'inscrivent dans une logique d'approche collective de la PSE bien que tous les CPMS-WBE / SPSE ne disposent pas de telles collaborations.

Quelles sont les perceptions des acteurs, vis-à-vis de la première mission, telle que définie par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?
--

La compréhension de la première mission et, plus largement, du concept de promotion de santé à l'école varie énormément. Si la plupart des acteurs interrogés considèrent qu'ils font de la PSE, ce qu'ils mettent derrière celle-ci n'est pas toujours similaire. Pour nombre d'entre eux, la PSE n'est pas conçue au sens de la législation et des principes définis au niveau international. Au contraire, il apparaît régulièrement que ces acteurs mettent en œuvre des activités d'éducation à la santé, soit eux-mêmes, soit en mobilisant des acteurs extérieurs. Dans certains SPSE, il apparaît également que les BSO sont considérés comme le centre des activités de PSE alors que l'activité prise au sens strict ne peut réellement être considérée comme une activité de PSE, étant fondamentalement individuelle. Cette conception, parfois limitante, de la PSE, s'écarte *de facto* de la manière dont les décrets et les documents liés définissent la promotion de la santé à l'école. Selon les acteurs, la confusion autour du terme « PSE » est par ailleurs renforcée par la confusion qu'il peut exister entre les missions PMS et PSE, présente dans le chef des acteurs du milieu scolaire (élèves, équipes éducatives et directions).

Aussi, comme indiqué précédemment, la mission 1 est souvent perçue comme une mission optionnelle, qui n'est réalisée que lorsque les ressources le permettent. Cela peut notamment être lié à la temporalité différente de la mission 1 par rapport aux autres missions prévues dans le décret. La réalisation de la mission 1 s'inscrit dans une logique à long terme et est de nature plus réflexive contrairement aux autres missions, orientée vers l'action. Or, l'ensemble des équipes PSE ne sont pas familières avec cette manière de fonctionner et se disent souvent peu formées à ces approches demandant des compétences particulières comme la gestion de projet, le travail à long-terme et la capacité de développer une approche intégrée, collaborative et réflexive. De nombreux professionnels se perçoivent au contraire comme des professionnels de l'action.

La perception des partenaires est également hétérogène : si beaucoup réalisent l'importance de la mission 1, son interprétation varie fortement d'un acteur à l'autre, notamment en raison de modalités de mise en œuvre différentes liées à des conceptions diverses de la notion de PSE. Cela est renforcé par le fait que les missions les plus visibles de l'extérieur sont les BSO et la vaccination, et non la mission 1. Les différentes missions ne sont donc pas toujours comprises de la même manière par les acteurs impliqués (écoles, partenaires, SPSE/CPMS-WBE). Ceci peut conduire les écoles à considérer les équipes PSE comme un « pompier », intervenant de manière individuelle et ponctuelle sur un problème précis, plutôt que de travailler collectivement et sur le long-terme.

Cette confusion autour du terme semble être un frein dans l'établissement d'une relation partenariale et de confiance avec les établissements scolaires dans le cadre de la mission 1, notamment en raison de temporalités d'action différentes.

In fine, la perception d'un changement paradigmatique vers une approche holistique et intégrée de la santé, inspirée des principes de PSE, est à l'heure actuelle limitée, à l'exception de certaines équipes PSE.

Quelles sont les pratiques de suivi et d'évaluation relatives à la première mission, telles que définies par les décrets de 2001 et de 2002 relatifs à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités ?

Le rapportage apparaît clairement comme un enjeu de débat pour les acteurs de la PSE. Il est pour de nombreux acteurs de terrain perçu comme une activité collective, mais peut être réalisé de manière plus individualisée. Il est souvent considéré comme chronophage, d'autant que les retours sur le ou les documents transmis à l'ONE sont rares, créant un sentiment de démotivation chez les acteurs de terrain. Spécifiquement à la mission 1, l'élément central du rapportage est, selon les équipes PSE, le tableau de Le Moigne. Ce dernier est utilisé de manière multiple (rapportage classique, évaluation du projet de service, analyse des activités et définition des objectifs, outil de réflexion ou encore outil fédérateur de l'équipe). Malgré ces multiples utilisations, le tableau est surtout considéré comme inutile (voire inutilisable) pour les activités de la mission 1. Plusieurs raisons sont évoquées : sa complexité, la nature chronophage du processus de rédaction, l'écart entre les pratiques de terrain et la nature plus

réflexive du contenu attendu du tableau. Ce dernier n'est par ailleurs pas perçu comme représentatif du temps consacré à une activité de la mission 1.

D'autres outils sont cependant mobilisés pour le suivi et le rapportage de la mission 1. C'est notamment le cas d'outils de gestion de projet (indiquant implicitement l'appropriation limitée du tableau). Cela inclut des rapports d'activités distincts, des fiches-projets et des tableaux de bord moins conséquents, mais aussi de dispositifs d'évaluation post-animations et/ou activités proposées à des élèves, aux responsables d'écoles, aux partenaires extérieurs ou aux membres des équipes PSE qui ont réalisé l'intervention.

9. Nos recommandations

Au vu de ce qui est présenté précédemment, plusieurs recommandations peuvent être proposées.

Premièrement, sur les aspects financiers, la grande variabilité des modalités de financement entraîne des disparités fortes dans les capacités d'action des organisations en charge de PSE. Dans ce contexte, bien que l'ensemble des missions soient obligatoires, une priorité (historique et symbolique) est donnée aux bilans de santé par rapport à la mission 1. Cela est d'autant plus aisé que ceux-ci sont facilement quantifiables, au contraire des actions conduites dans le cadre de la mission 1. Aussi, il apparaît important de refinancer le secteur de la PSE pour permettre aux organisations en charge de PSE de pouvoir réaliser simultanément les BSO et la mission 1 sans devoir nécessiter un apport financier complémentaire du pouvoir organisateur. En ce sens, l'étude relative aux ressources financières et humaines de la PSE est particulièrement importante.

Deuxièmement, il apparaît de manière assez claire que le changement paradigmatique depuis une approche médicalisée de la santé vers une approche de promotion de la santé à l'école n'a pas encore été réalisé de manière harmonisée en Fédération Wallonie-Bruxelles. De plus, l'objectif initial de diffuser les principes de PSE dans l'ensemble des missions décrétales semble possible uniquement dans les plus grandes structures disposant de ressources suffisantes pour spécialiser l'une ou l'autre travailleuse en matière de PSE. En effet, les plus petites structures moins financées ne semblent pas en mesure d'allouer des ressources à une telle tâche s'ils souhaitent réaliser l'ensemble des bilans de santé obligatoires. Ainsi, plusieurs outils peuvent être mis en place pour mieux accompagner ces processus de changement.

1. Le rôle de l'ONE pourrait être renforcé en matière de PSE pour accompagner les CPMS-WBE et les SPSE dans la réalisation de la mission 1. Comme indiqué précédemment, l'ONE pourrait jouer de nombreux rôles. D'une part, elle pourrait œuvrer à la création d'une culture professionnelle de la PSE au travers de formations, d'échanges de pratiques et de mise en réseau ainsi qu'en se positionnant comme un centre de ressources et de compétences. D'autre part, elle pourrait s'appuyer sur sa légitimité auprès des acteurs scolaires afin de communiquer mieux et plus sur la PSE et de renforcer son action dans les écoles, tissant le lien entre les équipes PSE et les directions.
2. L'amélioration des formations, au sens large, en direction d'une approche plus collective de la santé, permettrait également de créer une base professionnelle commune entre acteurs de la PSE.
3. La stabilisation des acteurs de la PSE semble également un élément clé pour favoriser la pérennité du lien de confiance entre les équipes PSE et les écoles.

Troisièmement, la légitimité de la PSE est un enjeu-clé pour son intégration dans le milieu scolaire. Il apparaît nécessaire de mettre en place des outils permettant une approche intégrée de la santé à l'école. Les données montrent que cette intégration équipes PSE – écoles est

relativement faible à l'heure actuelle, pour de multiples raisons structurelles¹² et culturelles. Ces difficultés d'intégration valent surtout pour les SPSE, la plupart des CPMS-WBE étant physiquement hébergés au sein des écoles. Ce lien entre PSE et école est dès lors un élément à travailler, qui résulte notamment du remplacement des projets-santé par les projets de service en 2006. L'inscription de la PSE dans la durée dans le milieu scolaire peut ainsi notamment s'appuyer sur d'autres modalités du décret comme les bilans de santé obligatoire et les visites scolaires. Celles-ci peuvent être vues comme un moment d'échanges et de discussions entre les équipes PSE et la direction des écoles. L'ONE peut également jouer un rôle dans ce cadre. Comme indiqué précédemment, il y a un accord entre directions d'école et équipes PSE sur la nature favorable de la PSE sur les plans individuels et collectifs et en matière d'éducation à la santé et mise en place d'un environnement plus sain. Travailler sur ces dimensions partagées permet ainsi de développer le lien de confiance, en convainquant les enseignants, en donnant plus de visibilité aux actions des équipes PSE auprès des acteurs scolaires, en améliorant la temporalité des activités, en l'inscrivant dans une logique de programme et en stabilisant les relations par la réduction du turnover des référents PSE de la mission 1 tant dans les équipes PSE que dans les écoles. Ce dernier point est fondamental : lutter contre ces instabilités va améliorer la collaboration et éviter les interventions en urgence, souvent opposées à la vision de mise en place de programmes de promotion de la santé s'inscrivant dans une temporalité à long terme.

Plus largement, on peut également imaginer intégrer de manière plus systématique les acteurs de l'école, tant au niveau communautaire qu'au niveau des établissements, dans les décisions à prendre en matière de PSE, au-delà de ce qui est déjà prévu au travers de la Commission de Promotion de la Santé à l'École (CPSE).

Quatrièmement, le projet de service n'apparaît pas toujours comme adapté pour une multiplicité d'écoles. Il s'écarte de l'approche originelle du projet-santé et de la nature fondamentale de la PSE telle qu'elle avait été pensée initialement, c'est-à-dire dans une approche visant à nouer des liens forts entre les équipes PSE et les écoles, individuellement. Le projet de service pourrait dès lors faire l'objet d'une révision de ces modalités en fonction, notamment, de nouvelles modalités de financement et de rapportage.

Cinquièmement, les analyses présentées ci-dessus indiquent clairement une contestation des modèles de rapportage proposé par les acteurs de terrain. Si le rapport d'activité ne semble pas permettre de représenter la diversité des activités des organisations PSE, c'est surtout le tableau de Le Moigne qui est au cœur des débats, souvent considéré comme inutile et chronophage. Les outils de rapportage semblent ainsi peu appropriés et nécessiteraient sans aucun doute une reformulation au regard des critiques émises par les acteurs de terrain (qui agissent dans un environnement temporel contraint). Le rapportage, notamment sur la mission 1, doit dès lors dépasser son objectif actuel de contrôle pour devenir un lieu de dialogue constructif visant à améliorer la PSE et à professionnaliser ses travailleurs en proposant un regard réflexif sur leurs

¹² D'autant plus qu'actuellement, l'enseignement est sous une double pression de transformation, portée simultanément malgré des temporalités différentes par le Pacte d'Excellence et les mesures sanitaires liées au Covid-19.

pratiques. Sans refinancement du secteur et du service en charge du contrôle, le rapportage de la mission 1 doit se concentrer sur l'accompagnement des équipes PSE dans le développement de leur expertise gestionnaire. Le rôle de contrôle doit être réduit, du fait que le manque de ressources et les contextes variés de mise en œuvre des programmes de PSE ne permettent pas l'utilisation d'un outil à cette visée.

Sixièmement, l'approche transdisciplinaire de la PSE est indiquée pour améliorer les pratiques de PSE. Ainsi, une réflexion sur l'utilisation des bilans de santé et des visites d'établissements scolaires pourrait être engagée. En effet, ces outils sont des portes d'entrée importantes des équipes des SPSE dans le milieu scolaire. La logique actuellement en place est plutôt du registre de l'obligation et de la surveillance ; une transformation vers un moment d'échange et d'accompagnement des équipes éducatives semble opportune. En outre, il est important d'engager une réflexion sur l'utilisation de ces outils pour améliorer le dialogue entre les infirmières PSE et les médecins scolaires.

Finalement, il pourrait être intéressant d'interroger à nouveau les impacts de la crise sanitaire sur le secteur et sur ses activités actuelles.

Bibliographie

- Association professionnelle des médecins scolaires. (2009). Le médecin en Promotion de la Santé à l'École. Spa
- Albarello, L., Aubin, D., Fallon, C., & Van Haepere, B. (Eds.). (2016). *Penser l'évaluation des politiques publiques*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Beach, D., & Pedersen, R. B. (2013). *Process-Tracing Methods. Foundations and Guidelines*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Berrewaerts, J. & al. (2004). Présentation synthétique des résultats de l'évaluation de l'implantation du décret du 20 décembre 2001.
- Berry, P. (2018) L'appropriation du modèle de Le Moigne par les services PSE : Aspects généraux et usages à vocation de communication interne et externe
- Bezes, P., Palier, B., & Surel, Y. (2018). Le process tracing : du discours de la méthode aux usages pratiques. *Revue française de science politique*, 6(68), 961-965.
- Caramani, D. (2010). Of Differences and Similarities: Is the Explanation of Variation a Limitation to (or of) Comparative Analysis? *European Political Science*, 9(1), 34-48.
- Charbaut, C., Gissens, P., Vandoorne, C. (2017) Rapport technique - Partim Antennes, Apport de l'utilisation du modèle de Le Moigne dans le suivi des projets de service et satisfaction quant à l'accompagnement opéré par l'APES-ULiège, Enquête auprès des SPSE en FWB. Liège.
- Charbaut, C., Gissens, P., Vandoorne, C. (2017) Rapport technique - Partim Coordinations, Apport de l'utilisation du modèle de Le Moigne dans le suivi des projets de service et satisfaction quant à l'accompagnement opéré par l'APES-ULiège, Enquête auprès des SPSE en FWB. Liège.
- Cherbonnier, A., Delegher, V., Favresse, D., Grignard, S., Houioux, G., Hubens, V., . . . Vandoorne, C. (2004). Promotion de la Santé à l'École. Rapport d'évaluation du programme de formation 2003 réalisé par les Services Communautaires de Promotion de la Santé en collaboration avec le Service Education Santé de la Croix Rouge. Bruxelles.
- Delahais, T., & Toulemonde, J. (2012). Applying contribution analysis: Lessons from five years of practice. *Evaluation*, 18(3), 281-293.
- Fédération Wallonie-Bruxelles. (2019). Les indicateurs de l'enseignement. Bruxelles: Fédération Wallonie-Bruxelles / Administration générale de l'Enseignement.
- Jacquet, V. (2017). *Délibérer ou ne pas délibérer*. (PhD), Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Pole PSE de la Direction Santé de l'ONE, (2017), Plan d'activités du pole promotion de la santé à l'école de la direction santé et des conseillères médicales PSE. Bruxelles
- Parlement de la Communauté française. (2001). Projet de décret relatif à la Promotion de la Santé à l'école. *Documents parlementaires*, 208 (2001-2002)(1).
- Parlement de la Communauté française. (2002). Projet de décret modifiant le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école. *Documents parlementaires*, 260 (2001-2002)(1).
- Parlement de la Communauté française. (2006). Projet de décret modifiant le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et le décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors université. *Documents parlementaires*, 288 (2005-2006)(1).
- Parlement de la Communauté française. (2015). Bulletin des questions et des réponses du 27 février 2015. *Documents parlementaires*, 5 (2014-2015).
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*: sage.
- Perspective Consulting, & Effisciences. (2011). *Evaluation des dispositifs de politique de santé*. Bruxelles: Communauté française de Belgique.
- Punton, M., & Welle, K. (2015). Applying Process Tracing in Five Steps. *Centre for Development Impact. Practice Paper Annex*, 10, 1-8.
- Schmitt, J., & Beach, D. (2015). The contribution of process tracing to theory-based evaluations of complex aid instruments. *Evaluation*, 21(4), 429-447.
- Stern, E. (2015). *Impact Evaluation. A Guide for Commissioners and Managers*. London: Bond for International Development.

Van Campenhoudt, L., Franssen, A., & Cantelli, F. (2009). La méthode d'analyse en groupe. Explication, applications et implications d'un nouveau dispositif de recherche. *SociologieS. Théories et recherches*, <http://journals.openedition.org/sociologies/2968>.