



ÉVALUATION

UN OUTIL SUR MESURES

Le 7 octobre dernier, dans les locaux du Service PSE de l'UCL à Woluwe, l'APES-ULg présentait pour la première fois le kit d'auto-évaluation du projet de service (trois autres présentations ont eu lieu ensuite, à Mons, Namur et Liège). Geoffroy Mélen et Catherine Giot ont tout d'abord rappelé l'histoire de cet outil : celui-ci répond non à une « commande d'en haut » mais à des demandes émanant du terrain. Car si le projet de service lui-même est bien une initiative de la Communauté française, c'est sur le terrain que le désir de préciser des critères d'évaluation s'est exprimé, directement (lors de la journée de mars 2008 à Charleroi, dans l'enquête de retour sur les projets de service et lors de rencontres avec des Services PSE et des Centres PMS) ou indirectement (via les organismes d'appui de la CAP-PSE).

On le sait, le seul mot d'évaluation éveille toutes sortes de craintes, par ailleurs bien compréhensibles puisqu'il s'agit souvent de placer ce que l'on fait sous le regard d'autrui. Mais ici, insiste Geoffroy Mélen, il s'agit d'un outil à utiliser en interne – même si on peut s'en inspirer pour une rencontre entre équipes ou pour la rédaction d'un texte à vocation externe (le rapport d'activités, par exemple). Les informations réunies en travaillant avec le kit n'ont pas à être communiquées à l'extérieur : la finalité n'est pas d'ordre justificatif, elle est de favoriser la réflexion sur les pratiques et les actions menées, de renforcer la cohésion d'équipe et de permettre une meilleure maîtrise du projet de service. L'enjeu n° 1 est donc – comme pour tout outil méthodologique – l'appropriation de celui-ci par les acteurs. Et justement, le kit est pensé et réalisé pour faciliter cette appropriation ; celle-ci demande néanmoins un minimum de temps et, dans plus d'un cas sans doute, un soutien extérieur sera souhaitable.

Facile à prendre en main

Cet outil a été créé avec la collaboration de professionnels de terrain et d'organismes



d'appui, sur base d'un principe de transversalité : le groupe de travail restreint (9 personnes) et le groupe de travail élargi (les mêmes, plus trois PSE et deux PMS) comprenaient des membres de différents réseaux, de différentes disciplines (médecin, infirmière, travailleur social, psychologue) et de différentes fonctions (responsable et première ligne). Après définition des enjeux et des objectifs du kit, celui-ci a été élaboré et testé au printemps dernier, et il est aujourd'hui prêt pour une phase de diffusion et d'expérimentation qui permettra de l'adapter. Il est prévu qu'on puisse l'utiliser en routine dès la rentrée 2010-11.

Nous n'allons évidemment pas le décrire ici en détails : ce serait un exercice trop abstrait et peu parlant. Et ce serait inutile puisque chacun des trois modules est précédé d'un « guide de prise en main rapide » et que l'ensemble est suivi d'un guide d'utilisation qui détaille chaque module : objectifs, forme, mode d'emploi, exemples, foire aux questions et glossaire.

Des « modules » ? Oui, le kit comporte trois volets indépendants mais complémentaires, auxquels s'ajoute un outil de synthèse (en vue, notamment, de la rédaction d'un rapport, d'un résumé ou d'un argumentaire). Le premier module porte sur le contenu, la forme et la structure du projet de service ; le deuxième, sur les pratiques de promotion de la santé à l'école ; le troisième, sur les

actions et les activités réalisées. Chaque module permet de passer en revue et d'analyser une série de critères (par ex. les degrés de négociation à propos d'une action) concrétisés par plusieurs indicateurs (négociation au sein de l'équipe / avec le P.O. ou la direction / avec des enseignants / avec d'autres acteurs scolaires / avec un partenaire extérieur à l'école). Loin d'être une simple liste à cocher, ce système est conçu pour susciter la discussion. Et il n'exige pas de longues recherches, car il invite à recourir aux documents existants pour répondre aux questions – en retenant les plus pertinents selon ce que l'on veut évaluer : s'il s'agit, par exemple, de tester la lisibilité du projet de service, on se reportera à ce qui est diffusé vers l'école ou les parents ; si c'est la communication interne que l'on cherche à analyser, on consultera les textes qui circulent au sein de l'équipe.

Enfin, l'outil de synthèse – facultatif – permet de rassembler, parmi les éléments issus des trois modules, ceux qui aideront à déterminer les aménagements annuels du projet de service en cours ou à orienter la rédaction du projet de service suivant en s'appuyant sur les constats issus de l'évaluation. Mais la diffusion de ces résultats peut aussi tendre à valoriser le travail du Service PSE ou du CPMS auprès des écoles et des partenaires.

Des atouts indéniables

Après cette présentation générale, les participants se sont répartis en trois groupes, chacun ayant deux fois 45' pour s'essayer à deux des modules. Pour notre part, nous avons pu nous frotter aux modules 2 et 3, et ce que nous avons entendu confirme l'intérêt d'un outil qui se révèle :

- pratique (un CD-R est joint, qui comprend, en format électronique, les différents tableaux à remplir) ;
- en prise sur les contraintes du terrain (l'utilisation ne demande que peu de temps) ;
- souple (on peut commencer par les critères

les plus pertinents à ce moment-là pour cette équipe-là ; on n'est pas obligé de passer au crible toutes les activités si elles sont nombreuses : on peut comparer une activité qui s'est bien déroulée et une autre qui a moins bien fonctionné, ou encore toutes les actions réalisées dans une même école) ;

- progressif (on peut se contenter de faire une « photo d'ensemble » dans un premier temps, puis revenir de manière plus approfondie sur certains critères pour mesurer les évolutions) ;
- concret (l'outil permet de faire ressortir des atouts ou des initiatives qui sont devenus évidents que l'on n'y pense plus) ;
- réflexif (« *c'est un instrument qui nous aide à réfléchir* », dira quelqu'un, que ce soit afin de prendre des décisions, de définir des

priorités d'action ou de pointer des choses à améliorer, poursuivre ou renforcer) ;

- convivial (on peut l'utiliser individuellement mais, d'évidence, travailler dessus à plusieurs engage à la discussion et aux échanges, y compris entre personnes d'équipes différentes) ;
- transférable (« *cela peut aussi donner des pistes de travail avant d'entamer une action* » ; « *je vais l'analyser avec ma direction, on l'utilisera peut-être pour évaluer notre projet PMS* »... sic!) ;
- adaptable – et c'est pourquoi les équipes qui l'expérimenteront sont invitées à renvoyer, idéalement avant le 15 juin 2010, un formulaire de feedback sur l'utilisation du kit. C'est bien le moins qu'un outil d'évaluation soit évalué !

Evidemment, ces points forts peuvent se heurter à une limite qui n'est que trop connue : le manque de temps salarié. « *C'est un bel outil, avons-nous ainsi entendu, mais parfois, faute de médecins, on n'a même pas les moyens de remplir toutes les missions de base!* » Cette barrière-là, on s'en doute, est difficile à lever. Les équipes pourront néanmoins compter sur l'aide des organismes d'appui – organismes provinciaux, CLPS, associations – pour leur épargner temps et énergie en les aidant à se familiariser avec l'outil et à en tirer le maximum. Comme le kit et les formulaires de feedback, les coordonnées de ces organismes peuvent être obtenues auprès de l'APES-ULg.

SANTÉ MENTALE

« JEUNES ET ÉCOLE : LA PAROLE ET LES CRIS »

C' était le titre de la conférence, suivie le lendemain d'une matinée d'échanges, que proposait récemment¹ l'asbl Infor-Drogues en invitant Violaine Clément, professeur de latin et de grec dans une école secondaire du canton de Fribourg (Suisse), assistante de direction dans la même école depuis 20 ans – et psychanalyste. Et, en bonne psy, elle nous renvoya des questions plutôt que de répondre à celle que nous avions tous en tête : « comment cela se passe-t-il chez vous, qu'avez-vous mis en place ? »

Tout de suite une précision : bien que l'organisateur soit Infor-Drogues, il ne fut pratiquement pas question de consommations et de dépendances. L'invitation montrait d'ailleurs clairement une approche plus globale : « *Nous vivons une époque où les écoles sont confrontées à de multiples difficultés, tant du côté des élèves (violence, incivilités, drogues, brimades, suicide, ennui, retard scolaire, etc.) que des enseignants (manque de reconnaissance, désinvestissement, etc.). Enseignants qui disent disposer de moins en moins de disponibilité, de temps et d'espace pour créer des moments d'échange et se ressourcer, pour être à l'écoute des élèves... Comment maintenir ou réintroduire des questions et préoccupations relatives à la santé mentale dans le champ scolaire ? Questions et préoccupations qui, par ailleurs,*

rejaillissent toutes sur la trajectoire scolaire et l'apprentissage des élèves. (...) Comment arriver à construire des collaborations porteuses (à long terme et non "one shot") et fructueuses qui ne soient pas vécues par les acteurs scolaires comme une surcharge supplémentaire ? »

Des questions qui peuvent se poser tant aux équipes PSE-PMS qu'aux associations plus extérieures à l'école. Certes, ces dernières (qu'elles proviennent des secteurs toxicomanie, santé mentale, aide en milieu ouvert, planning familial...) n'ont a priori aucune légitimité pour intervenir en milieu scolaire, tandis que les services PSE et centres PMS ont des missions liées à l'école et que certains assurent une présence régulière au sein de l'établissement. Il n'en est pas moins vrai qu'une collaboration durable ne va pas de soi, que même le bilan de santé est parfois difficile à « vendre » aux enseignants et que, pour développer des activités de promotion de la santé, la qualité de la relation construite avec les acteurs scolaires reste déterminante.

Comme l'exposé était assez décousu et que, par nature, des échanges en groupe ne se prêtent pas à un compte rendu exhaustif, nous nous bornerons à relever ici ce qui nous a paru, en toute subjectivité, le plus parlant. Et d'emblée ce rappel, qu'il faudrait toujours garder à la mémoire : aujourd'hui la norme sanitaire – dont nous sommes porteurs peu ou prou, ne fût-ce qu'aux yeux de nos interlocuteurs

– est particulièrement pesante, comme on le voit avec les nombreuses mesures anti-tabac (et même anti-fumeurs). La promotion de la santé débouche souvent sur une obligation d'être en santé et, pour les professionnels, sur la mission de faire adhérer leur public à ce « devoir de santé »². Parfois de manière douce, techniques d'animation et de communication aidant (voir la promotion des attitudes saines en matière d'alimentation et d'exercice physique), mais aussi de manière bien plus rude : « *L'interdiction de fumer à l'école fait le silence sur les éventuelles difficultés des jeunes fumeurs, dira une directrice de CPMS. Il n'y a pas de place pour la parole : c'est l'exclusion.* »

Nous voilà donc en phase avec le titre, car si la parole ne circule pas – ce qui, admettons-le, est le cas dans plus d'une école (sans parler d'autres institutions) – c'est le « cri », le passage à l'acte plus ou moins violent voire auto-destructeur, qui risque d'exprimer les impasses, les questions sans réponse, les difficultés non reconnues d'apprentissage mais aussi de développement. Reprenant une phrase de Guy de Villers, « *c'est la qualité du lien qui conditionne l'apprentissage* », Violaine Clément en tirait le corollaire du point de vue du jeune : « *je ne me mettrai à travailler que si on me reconnaît !* »

1. Les 22 et 23 octobre 2009, respectivement à la Maison du Livre de Saint-Gilles et dans les locaux d'Infor-Drogues.

2. Qui repose sur ce que Jean-Pierre Dozon appelle le modèle contractuel de la prévention : voir Bruxelles Santé n° spécial 2008, pp. 9-16.

Un autre aspect sur lequel elle a insisté, de sa place de prof, c'est que l'école est d'abord le « terrain » des enseignants et des élèves. Elle l'a fait avec un certain goût de la provocation mais non sans humour : « Des professionnels de la santé désirent "entrer" dans l'école pour, en quelque sorte, dire à l'enseignant comment faire – et se heurtent à une forte résistance de sa part, lui qui a choisi ce métier pour être seul maître à bord avec sa classe!... Aux yeux des intervenants extérieurs, ce que l'enseignant fait n'est jamais ce qu'il faudrait faire (et qui a beaucoup varié au cours du temps). Ce qu'il fait n'est pas soutenu ni même entendu. Etes-vous capables d'accompagner les enseignants, c'est-à-dire de faire un bout de chemin avec des gens qui veulent faire "quelque chose qu'ils ne devraient pas faire", qui ne s'y prennent pas "comme il faudrait"?... »

Ces questions s'adressaient davantage aux associations para-scolaires qu'aux équipes PSE-PMS. Néanmoins, elles ont pu faire écho, comme chez ce médecin : « J'ai reçu une demande d'animation sur l'alcool, en rapport avec la biture express, comme on s'en doute. On me donnait 50 minutes pour 150 élèves! Il n'était pas possible de construire un projet d'école. Nous avons décidé de prendre la parole de la position qui était la nôtre : des adultes qui s'inquiètent, et des professionnels de la santé qui peuvent expliquer les effets de l'alcool dans le corps. Les professeurs de religion et de morale laïque ont pris le relais avec les élèves, et une conférence a été organisée à l'intention des parents. Et ce n'était pas si ponctuel que cela : une infirmière est présente dans l'école une fois par semaine, les élèves peuvent aller la trouver. Je pense que chacun a sa

place et doit la garder. Nous pouvons tisser des liens avec les élèves mais en restant ce que nous sommes : médecin, infirmière... » Et enseignant, pourrait-on ajouter.

Un enseignant qui est souvent lui-même mis à mal : « Nous recevons de moins en moins de demandes d'établissements, souligne Pascale Anceaux (Infor-Drogues), ce sont de plus en plus souvent des demandes individuelles d'enseignants. Et ces demandes, ils les formulent aussi pour eux, pas seulement pour leurs élèves. » Mais le décalage est parfois grand entre leurs attentes et le souhait des intervenants de construire, avec eux, quelque chose de plus durable qu'une réponse immédiate à leur demande. Comment sortir de ce paradoxe ? Une suggestion dans la salle : « Il est quand même normal d'avoir des intentions, à condition de ne pas camper sur des certitudes inamovibles. Ce n'est pas forcément "oui, je fais ce que tu veux" ou "non, il faut faire ce que je dis", cela peut être une négociation avec le demandeur : on écoute sa demande mais on explicite les objectifs de chacun, on essaie au moins de dégonfler les procès d'intention, les malentendus, afin d'arriver à une certaine "qualité de désaccord", selon l'expression de Patrick Viveret³. » Violaine Clément, toujours un brin provocatrice : « Oui, mais vous avez le temps de négocier, vous ! Tandis que l'autre est en demande, il se sent mal, éventuellement angoissé, il est dans l'urgence. A la limite, quand il arrive à poser une demande, ce n'est pas négociable. »

Reste que toutes les demandes ne se font pas dans l'urgence et que, même dans ce cas, on peut procéder en deux temps : ne pas se pré-

cipiter dans la réponse oui/non, faire d'abord une place à l'angoisse ou aux pressions que subit le demandeur, l'écouter, lui poser des questions, lui permettre de vider son sac ; puis, une fois le soufflé retombé, proposer une discussion à un moment et dans un lieu choisis, où l'on essaiera de construire ensemble une réponse. Bien entendu, ce n'est pas une formule magique... Quoi qu'il en soit, il est certainement un piège à éviter : méconnaître la position de l'enseignant (ce qui ne serait rien d'autre qu'un avatar du fameux « y a qu'à »), ignorer les difficultés de ce métier, de cette place toujours plus ardue à tenir. Nous avons tous été élèves mais nous n'avons pas tous été profs ! Ne parle-t-on pas trop souvent des enseignants comme si on savait, mieux qu'eux-mêmes, quel est leur boulot ?

3. *Philosophe français. Voir notamment son interview dans Nouvelles Clés* : « Dans une méthodologie de construction de désaccord, il y a trois temps : d'abord "réduire l'opacité" pour s'assurer que l'on parle de la même chose et que l'on a bien le niveau d'information qui nous permet de parler de la même chose. Ensuite, construction du désaccord proprement dite. Puis, traitement du désaccord. Quand on fait ce type de procédure, on se rend compte que les deux tiers et même souvent les trois quarts des désaccords étaient en réalité des malentendus au sens le plus fort du terme, c'est-à-dire que l'on n'a pas entendu ce que disait l'autre. Le procès d'intention est l'une des conséquences directes du malentendu. Tandis que, si l'on sait suffisamment écouter pour se mettre d'accord sur les objets de désaccord, le progrès que l'on a fait dans la qualité d'écoute, et le plus souvent aussi dans la qualité d'estime d'autrui, fait que, même si le désaccord demeure, la qualité du désaccord de sortie est infiniment supérieure au désaccord d'entrée. De plus, l'expérience prouve que, très souvent, il y a des dépassements dynamiques de ce désaccord qui apparaissent possibles. » (www.nouvellescles.com/article.php3?id_article=1650&var_recherche=viveret)

RECHERCHE SUR LE TERRAIN

LE RECUEIL INFORMATISÉ DE DONNÉES SANITAIRES

La mise en place du recueil informatisé des données sanitaires collectées dans le cadre des bilans de santé a pour objectif, à terme, de guider la promotion de la santé des enfants et des jeunes scolarisés en Communauté française¹. Les bilans de santé réalisés par les services PSE permettent de toucher de façon quasi exhaustive une classe d'âge et de suivre certains indicateurs de santé des enfants. Depuis 2001, le recueil informatisé de données sanitaires fait partie des

missions de base des services PSE mais sa mise en œuvre reste hétérogène. Les contextes institutionnels et organisationnels varient d'un service à l'autre ; les pratiques de terrain pour mesurer les différents paramètres (instruments, méthodes...), le niveau d'informatisation, les outils informatiques diffèrent également entre les services.

Comprendre les difficultés rencontrées

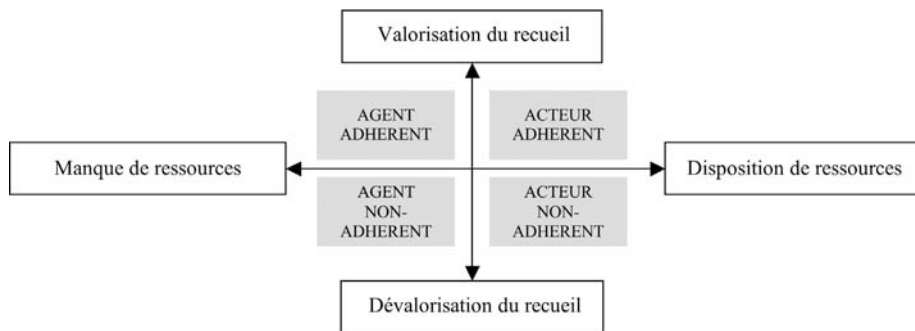
Le but de la recherche menée auprès des acteurs de la promotion de la santé à l'école

sur l'infomatization des données² était de comprendre en profondeur les difficultés rencontrées et, plus précisément, quels étaient les freins pour s'approprier une telle mission. Il en résulte que la réalisation de cette mission peut venir perturber les autres missions, les habitudes de travail, et exige de mobiliser du temps et de disposer de ressources diverses. Certains services disposent

2. Decant P., Favresse D., de Smet P., Godin I. (2009) *Recherche exploratoire sur le processus de recueil informatisé de données sanitaires des enfants scolarisés en Communauté française. Service d'Information en Promotion Education Santé SIPES, ESP-ULB, Bruxelles, 69 p.*

1. Décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école, M.B., 17 janvier 2002, 26358.

de nombreux facilitateurs pour remplir cette mission ; à l'inverse, d'autres cumulent les freins pour l'accomplir et d'autres encore sont dans des situations intermédiaires. Ces freins/facilitateurs peuvent être regroupés en deux grandes catégories : premièrement, la perception, la valorisation du recueil ; deuxièmement, les capacités, les ressources pour le mettre en œuvre. Elles sont représentées dans la figure suivante :



L'axe vertical de la figure représente l'attitude des services face au recueil (valorisation/dévalorisation) : cette attitude est fonction de la perception, de la (re)connaissance des objectifs, de l'intérêt perçu, d'éventuels besoins de données, de bénéfices immédiats de l'informatisation... Adhérer ou pas à la mission de recueil va dépendre de la valorisation de cette démarche par le service (et par chacune des personnes qui en fait partie). L'axe horizontal représente les aptitudes des services à mettre en œuvre le recueil (présence/absence de ressources) : il s'agit ici de l'ensemble des ressources – institutionnelles, organisationnelles, humaines, individuelles, matérielles – qu'un service est capable de dégager pour mettre en œuvre le recueil. L'absence de ressources rend le service peu capable de produire du changement et le limite à être un exécutant ou agent, comme qualifié dans notre figure. A l'inverse, la présence de ressources place le service dans une situation où il peut être acteur de la mise en œuvre du recueil.

Lorsqu'on croise les deux axes (attitude, aptitude), quatre situations « typiques »³ d'appropriation de la mission apparaissent : les services acteurs-adhérents, les services agents-adhérents, les services acteurs non-adhérents et les services agents non-adhérents. Ceux-ci s'inscrivent principalement dans une situation mais peuvent en couvrir plusieurs. Ainsi, un service peut être acteur non-adhérent – par exemple en désaccord avec le

contenu actuel du recueil – tout en étant partisan de disposer de données via un recueil informatisé. Un service peut aussi évoluer avec le temps et passer d'une situation d'agent-adhérent à une situation d'acteur-adhérent s'il dispose de ressources supplémentaires.

Synthétiser la situation du recueil dans les services sous forme d'une figure comme ici présentée permet de mieux cerner la problé-

matique liée à la réalisation du recueil de données et de dégager des pistes pour son amélioration :

- **Clarifier les objectifs du recueil.** Une partie des services ne perçoit pas nécessairement le sens qu'il y a à collecter des données. Une clarification des objectifs de la mission par les instances décisionnelles s'avère nécessaire afin de redessiner une vision claire et consensuelle du recueil.
- **Partir des besoins des acteurs de terrain pour orienter la définition des objectifs du recueil.** Les changements demandés par l'intégration de la mission de recueil devraient s'assortir de bénéfices immédiats, en rencontrant les besoins des équipes dans leur gestion quotidienne et leur travail de promotion de la santé à l'école. Les indicateurs récoltés (actuellement résultats de l'acuité visuelle, indice de masse pondérale,...) devraient leur permettre de répondre à des questions qu'elles se posent dans leur pratique et d'identifier, le cas échéant, des « problèmes » de santé pour lesquels des interventions peuvent être mises en place. Cela dit, dans cette collecte de données, il faut concilier la réalité de terrain et la rigueur scientifique, s'appuyer sur des informations disponibles au sein des services tout en veillant à la qualité et à la pertinence des indicateurs recueillis.
- **Augmenter les capacités de mise en œuvre du recueil.** Pour permettre aux services de mettre en œuvre la mission de recueil, il importe de leur donner les moyens d'être acteurs du changement. Cela signifie leur assurer, à court terme, un socle de compétences équivalent pour mettre en route le recueil et, à long terme, un accompagne-

ment pour faire face aux difficultés. La mobilisation de ressources extérieures (écoles, médecins, administration) possédant des informations nécessaires aux services devrait faciliter l'établissement de cette mission. Dans un souci d'équité et tout en tenant compte des réalités de terrain, il serait important d'assurer aux équipes un outil informatique (logiciel) unique et adaptable, permettant une gestion informatisée des services et une exportation de données avec une assurance de qualité. Enfin, pouvoir disposer de matériel médical et informatique est un élément essentiel pour soutenir les équipes dans la mise en œuvre d'un recueil performant de données.

- **Définir les tâches, les rôles, et assurer des échanges.** Les actions à mettre en œuvre pour améliorer le processus de recueil de données concernent tous les acteurs impliqués. Elles nécessitent de clarifier les tâches à accomplir et les rôles de chacun, en assurant la complémentarité et l'échange d'information entre les niveaux d'actions. Ces actions doivent également se placer dans une approche de réduction des inégalités entre les services PSE, afin de permettre à l'ensemble des services d'avoir les mêmes chances (capacités) d'assurer leurs missions. Favoriser les principes de promotion de la santé dans le travail des acteurs de terrain, c'est favoriser la participation des équipes dans les décisions et l'équité des moyens dans la mise en œuvre des actions.

Pascale Decant
SIPES, ESP-ULB

« Promouvoir la santé à l'école » est réalisé par le Service communautaire de promotion de la santé / Question Santé asbl, 72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02 512 41 74 – Fax : 02 512 54 36
Courriel : question.sante@skynet.be
Site : www.questionsante.org
Secrétaire de rédaction : A. Cherbonnier
Conseil de rédaction : Philippe Demoulin, Sabine Dewilde, Fabienne Henry, Madhy Kosia, Sophie Lefèvre, Roger Lonfils, Carine Meert, Raymond Moriaux, Catherine Spiece, Patrick Trefois.
Maquette : Muriel Logist
Les articles non signés sont de la rédaction. Les articles signés n'engagent que leur auteur.
Editeur responsable : Olivier Degryse, 44 boulevard Léopold II, 1080 Bruxelles.



3. Le terme « typique » est utilisé pour faire référence au fait de simplifier, de schématiser une situation concrète et d'en extraire les caractéristiques les plus typiques. Cf. Paillé P., Mucchielli A. (2003) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin, 211 p.