

Promotion de la Santé à l'École

**Présentation synthétique des résultats de l'évaluation
de l'implantation du décret du 20 décembre 2001
(partim promotion de la santé)**

Juin 2004

Réalisé par les Services Communautaires de Promotion de la Santé

Ont collaboré à la réalisation de cette évaluation :

Joelle Berrewaerts (UCL-RESO)

Alain Cherbonnier (Question Santé)

Alain Deccache (UCL-RESO)

Damien Favresse (SIPES, ULB-PROMES)

Sophie Grignard (APES-ULg)

Geneviève Houioux (Cabinet de la Ministre de la Santé)

Danielle Piette (SIPES, ULB-PROMES)

Juan Pablo Protto (SIPES, ULB-PROMES)

Florence Renard (UCL-RESO)

Patrick Trefois (Question Santé)

Chantal Vandoorne (APES-ULg)

I. INTRODUCTION

1. <u>L'EVALUATION DE LA MISE EN PLACE DU DECRET</u>	1
2. <u>OBJECTIFS ET METHODES DE L'EVALUATION 2004</u>	2
2.1. Le contenu de l'enquête par questionnaires	
2.2. L'échantillon	3
2.2.1. Le questionnaire A aux membres des équipes	
2.2.2. Le questionnaire B aux responsables des équipes	5

II. PERCEPTION DES CHANGEMENTS DE PRATIQUE ET VECU D'EMPOWERMENT

1. <u>CHANGEMENTS DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DEPUIS LA MISE EN PLACE DU DECRET (N=351)</u>	6
1.1. Type et fréquence des changements perçus	
1.1.1. Les principaux changements au sein du service PSE	
1.1.2. Les principaux changements dans les activités	
1.1.3. Les principaux changements dans le vécu professionnel	7
1.1.4. Les changements les plus fréquemment cités	
1.2. Importance accordée aux différents rôles	8
2. <u>ANALYSE DES SCORES DE VECU D'EMPOWERMENT</u>	9
2.1. Introduction	
2.2. Effet de la zone géographique	
2.3. Effet de la profession	10
2.4. Effet de l'ancienneté	11

III. L'IMPACT DES FORMATIONS

1. <u>SUR LE VECU D'EMPOWERMENT DES PARTICIPANTS</u>	12
2. <u>SUR LE RESSENTI DES ELEMENTS FAVORISANTS ET DES OBSTACLES</u>	12

IV. LA MISE EN PLACE DE CONCERTATION PAR LES SERVICES

- | | |
|--|-----------|
| 1. <u>LA CONCERTATION INTERNE : LA GESTION D'EQUIPE</u> | 14 |
| 1.1. Présence d'un coordinateur | |
| 1.2. Fonction du coordinateur | |
| 1.3. Ancienneté du coordinateur | |
| 1.4. Temps consacré à la coordination | |
| 1.5. Fréquence des réunions | |
| 1.6. Durée des réunions | 15 |
| 2. <u>LA CONCERTATION EXTERNE : LES PARTENARIATS</u> | 16 |
| 2.1. Initiatives vers les écoles (plusieurs choix possibles) | |
| 2.2. Partenariats PSE-PMS (plusieurs choix possibles) | |
| 2.3. Autres partenariats (n=55) | |

V. ANALYSE DES FACTEURS FAVORISANTS ET DES OBSTACLES A L'APPLICATION DU DECRET

- | | |
|---|-----------|
| 1. <u>ANALYSE QUANTITATIVE DES RESULTATS</u> | 17 |
| 1.1. Positionnement des intervenants | |
| 1.2. Obstacles ressentis par les intervenants | |
| 1.3. "Facilitateurs" ressentis par les intervenants | 18 |
| 1.4. Eléments prioritaires | 19 |
| 2. <u>ANALYSE QUALITATIVE DES RESULTATS</u> | 20 |
| 2.1. La question de la concordance entre les moyens et les missions | |
| 2.2. Les caractéristiques des acteurs scolaires | 21 |
| 2.3. La gestion politique | |
| 2.4. Les équipes PSE | 22 |

VI. SYNTHÈSE, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- | | |
|---|-----------|
| 1. <u>SYNTHÈSE</u> | 23 |
| 2. <u>CONCLUSIONS GÉNÉRALES ET RECOMMANDATIONS</u> | 26 |

I. INTRODUCTION

3. L'EVALUATION DE LA MISE EN PLACE DU DECRET

Le Décret relatif à la promotion de la santé à l'école du 20/12/2001 réforme les missions et pratiques des services de santé scolaire, appelés dorénavant "Services de Promotion de la Santé à l'Ecole" (PSE). La visée de cette législation est d'inscrire la promotion de la santé au sein des écoles et d'amener les services PSE à développer ou renforcer des prestations conformes à cette approche de la santé.

L'institution de ces changements a été notamment réalisée via des formations et des conférences-débats à destination du personnel des équipes PSE et des centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) de l'enseignement organisé par la Communauté française.

Dans le cadre de ce processus, le Cabinet de la Ministre Maréchal a demandé à chaque Service Communautaire de Promotion de la Santé (SCPS) de réaliser des propositions d'évaluation de la mise en œuvre du Décret. Elle souhaitait disposer rapidement d'informations permettant de moduler et réorienter les conditions de mise en place du nouveau décret. Ces propositions sont coordonnées au sein d'un groupe de travail composé des SCPS et du Cabinet. La Croix-Rouge a participé aux travaux chaque fois que l'évaluation de la formation était à l'ordre du jour.

Le Cabinet a défini 5 axes prioritaires à propos desquels il souhaitait obtenir des informations.

1. Médical (bilan, suivi, prophylaxie, TBC, vaccination, recueil de données, ...). L'examen des rapports d'activités des équipes entre dans cet axe.
2. Promotion Education Santé (formation, évolution des pratiques, gestion de projets, projet-santé, ...).
3. Administration (agrément, subventionnement, forfait social, simplification, informatisation, ...). Cet axe s'appuie essentiellement sur les rapports d'activités des équipes.
4. Organisation (travail d'équipe, gestion d'équipe, coordination).
5. Institutionnel (PMS/PSE, partenariat).

L'enquête présentée ci-contre s'intègre donc dans une procédure plus vaste d'évaluation du Décret PSE qui s'est notamment centrée, au cours de l'année 2003, sur l'évaluation des formations à destination du personnel des équipes PSE et centres PMS. En 2004, l'évaluation porte à la fois sur les formations et la mise en œuvre du Décret (points 2, 4 et 5 ci-dessus). Toutes les données sur l'évaluation des formations n'étant pas encore disponibles, ce document ne reprend que la partie relative à l'implantation du Décret, à savoir l'enquête par questionnaire, d'une part à destination de l'ensemble du personnel médical et infirmier des équipes PSE et d'autre part à destination des responsables des services PSE. Les résultats présentés ci-dessous ne concernent donc pas les Centres PMS de l'enseignement organisé par la Communauté française, dont les données sont encore en cours d'analyse. Les envois ayant dû passer par l'Administration Générale de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique ont provoqué des retards dans la collecte des données. Par ailleurs, cette enquête s'inscrit en complémentarité avec les entretiens de groupe du Centre de Dynamique des Groupes et d'Analyse Institutionnelle de l'Université de Liège.

4. OBJECTIFS ET METHODES DE L'EVALUATION 2004

2.1. Le contenu de l'enquête par questionnaires

Cette enquête par questionnaire vise à faire un premier bilan de la mise en place du décret au niveau des équipes PSE. Il s'agit d'un bilan provisoire dans la mesure où les modifications de types organisationnel et institutionnel, le développement de projets d'équipe et de partenariats effectifs avec les établissements s'inscrivent dans un développement à long terme des modifications de pratiques et de promotion de la santé dans le milieu scolaire.

Pour estimer la mise en œuvre de cette réforme, l'évaluation de l'application du décret proposée par les SCPS porte à la fois sur le processus en cours et sur l'impact auprès du personnel concerné.

Pour mieux saisir la manière dont les changements se déroulent, les objectifs sont de deux ordres :

- identifier et analyser, auprès des équipes PSE, les facteurs favorisant, les barrières et les éléments susceptibles d'améliorer l'application du Décret PSE (SIPES, ULB-PROMES),
- estimer l'évolution des processus structurels et institutionnels au sein des équipes et des centres (Question Santé).

Pour évaluer l'impact sur les populations concernées, deux objectifs ont été retenus :

- estimer les changements dans les pratiques et la représentation des rôles des intervenants (UCL-RESO),
- évaluer le vécu d'empowerment professionnel (APES-ULg).

Pour atteindre ces objectifs, l'enquête comprend deux questionnaires auto-administrés : l'un en trois volets auprès des membres des centres et services (appelé questionnaire A) et l'autre auprès des responsables des centres et services (appelé questionnaire B). Ils ont été envoyés par voie postale.

Le questionnaire A est constitué d'une partie commune dont les questions portent sur quelques caractéristiques descriptives (province d'appartenance du service, expérience professionnelle des répondants en milieu scolaire, participation aux formations organisées dans le cadre du Décret, etc.). L'objectif de cette partie est de disposer de données susceptibles de différencier les répondants dans leur manière de répondre. En particulier, ce croisement a permis d'obtenir des informations sur l'impact des formations organisées par la Croix-Rouge.

Le questionnaire est ensuite divisé en trois parties traitant chacune d'une problématique spécifique.

La première partie, consacrée à l'application du Décret, est principalement constituée de questions ouvertes plus fidèles à la vision des personnes¹. Le choix de ce type de questions provient aussi d'un souci de conjuguer, dans l'analyse, l'approche qualitative à l'approche quantitative. Cette combinaison vise à mieux comprendre les raisons du rapport au décret entretenu par les personnes interrogées.

La seconde partie se centre sur les changements dans les pratiques depuis l'implantation du Décret et la représentation des rôles des intervenants. Cette partie est constituée d'une question ouverte sur les changements de pratique et d'une échelle de 21 items, sur les représentations des rôles indépendamment des missions prescrites et recommandées par le Décret.

¹ Quivy R. et Van Campenhout L., (1995), Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Paris, 287p.

La troisième partie s'attelle à évaluer le vécu d'empowerment professionnel. Il s'agit d'une échelle de 23 items visant à estimer ce vécu par le biais de 6 dimensions : perception positive des relations d'équipe, sens et accomplissement personnel, image positive de soi dans le travail, implication et défense de son point de vue, développement des compétences, autonomie et contrôle dans le travail. Notons que l'évolution des scores de vécu d'empowerment professionnel entre 2002 et 2004 est impossible à établir. En effet, le caractère anonyme et non identifiable des questionnaires invalide tout calcul statistique pour éprouver le caractère significatif d'éventuelles différences. Un test de comparaison de moyennes nécessite en effet un échantillon strictement apparié, ce qui n'a pas pu être réalisé dans le présent contexte.

Le questionnaire B est composé de quatre questions générales évaluant :

- la mise en place, au sein des services PSE, de procédures de concertation;
- le relevé des initiatives prises par les services PSE pour faire connaître aux écoles la nouvelle législation et leurs nouvelles missions;
- l'organisation d'un partenariat entre centre PMS et service PSE.

2.2. L'échantillon

2.2.1. Le questionnaire A aux membres des équipes

Dans un souci d'interroger la population la plus directement concernée par le décret et de permettre à chacun de s'exprimer, les questionnaires ont été envoyés à l'ensemble du personnel médical et infirmier de chaque implantation PSE (519 personnes réparties sur le territoire de la Région wallonne et de Bruxelles-Capitale). Le taux de réponse est de 71 % : en effet, 380 questionnaires complétés sont revenus, dont 9 remplis par des autres membres du personnel (essentiellement des assistants sociaux).

Parmi ceux-ci, on relève que 38% proviennent d'une des 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale, 25% de la Province du Hainaut, 19% de la Province de Liège, 8% de la Province du Brabant Wallon, 8% de la Province de Namur et 2% de la Province du Luxembourg (Tableau 1). Cette dernière est sous-représentée (taux de réponse spécifique proche des 10%).

Tableau 1 : Répartition géographique des répondants, en %

Situation des répondants (n = 379)	Echantillon attendu (%)	Echantillon observé (%)
Une des 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale	32	38
Province du Hainaut	18	25
Province de Liège	23	19
Province du Brabant Wallon	6	8
Province de Namur	9	8
Province du Luxembourg	12	2

Parmi les 380 personnes interrogées, 35% sont médecins (Tableau 2). Cette proportion correspond relativement bien à la répartition entre médecins et infirmières attendue dans l'échantillon.

Tableau 2 : Répartition, en %, des personnes selon l'activité professionnelle

Activité professionnelle (n = 380)	%
Infirmier (ère)	63
Médecin	35
Autres	2

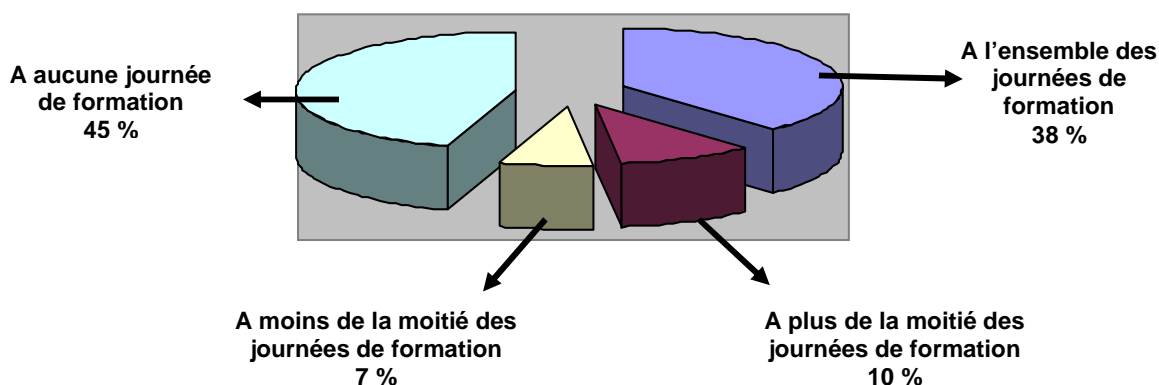
En matière d'expérience professionnelle, les trois quarts (290/380) déclarent exercer depuis plus de 5 ans dans le milieu scolaire (Tableau 3).

Tableau 3 : Expérience dans le milieu scolaire, en %

Nombre d'années dans le milieu scolaire (n = 380)	%
Moins de 2 ans	9
De 2 à 5 ans	15
De 5 à 10 ans	12
De 10 à 15 ans	18
Plus de 15 ans	46

Concernant la formation, la figure 1 montre que plus d'un tiers des personnes interrogées a participé à l'ensemble des journées de formation organisées par la Croix Rouge dans le cadre du décret PSE. Par la même occasion, un nombre important de personnes (171/379) n'a assisté à aucune de ces formations.

Figure 1 : Participation à la formation organisée par la Croix Rouge dans le cadre du Décret PSE (n=379)



En ce qui concerne la participation des médecins aux conférences-débats organisées dans le cadre du décret, 60% d'entre eux ont participé à au moins une des ces conférences-débats. Par contre, un nombre important d'entre eux (53/131) n'ont participé à aucune d'entre elles (Tableau 4).

Tableau 4 : Participation des médecins aux Conférences-débats organisées dans le cadre du Décret PSE, en %

Participation des médecins aux Conférences-débats (n = 131)	%
A plusieurs des Conférences-débats	33
A une des Conférences-débats	27
A aucune des Conférences-débats	40

Parmi les 380 questionnaires rentrés, 368 personnes ont complété la partie "empowerment". La répartition des répondants par zone géographique, profession, expérience dans le secteur de la médecine scolaire de même que participation ou non aux formations est semblable à celle décrite ci-dessus pour l'échantillon complet.

2.2.2. Le questionnaire B aux responsables des équipes

Le taux de réponses est de 58,5% (58/99). Le tableau 5 montre cependant d'importantes disparités entre régions.

Taux de réponses (n = 99)	%
Région de Bruxelles-Capitale	95
Province du Hainaut	65
Province de Liège	58
Province du Brabant wallon	40
Province de Namur	27
Province du Luxembourg	0

Malgré un taux de réponses élevé au total, ces disparités et – on le verra ci-après – la variation du nombre de réponses aux questions incitent à une interprétation prudente des résultats.

II. PERCEPTION DES CHANGEMENTS DE PRATIQUE ET VECU D'EMPOWERMENT

3. CHANGEMENTS DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DEPUIS LA MISE EN PLACE DU DECRET (N=351)

1.1. Type et fréquence des changements perçus

Les résultats montrent des changements dans la pratique quotidienne de 72% des intervenants (78% des médecins et 69% des infirmières). Les changements sont de nature tantôt positive tantôt négative.

Parmi les 28% qui ont répondu qu'il n'y avait pas de changement dans leur pratique quotidienne, certains justifient soit n'avoir pas connu l'ancien décret, soit travailler déjà dans cette perspective de santé globale et de promotion de la santé avant la mise en place du nouveau décret.

Trois catégories de changements apparaissent : des changements au sein du service PSE, des changements dans les activités et des changements au niveau du vécu professionnel.

Les résultats par catégorie sont présentés par ordre décroissant de fréquence. Chaque changement est accompagné du signe +, - ou +/- selon sa connotation positive, négative ou bivalente/neutre pour les répondants.

1.1.1. Les principaux changements au sein du service PSE

- Une vision plus globale de la santé +
- Un travail d'équipe accru (collaboration, concertation entre médecins et infirmières) +
- Une réflexion accrue au sein de l'équipe +
- Des réunions plus fréquentes +/-
- Un planning compliqué (difficulté de la gestion du temps, manque de temps) -
- Une perte d'emploi -
- Des difficultés d'organisation dans le service -
- Des responsabilités accrues +/-
- Une remise en question des pratiques +
- Plus de dialogue +

1.1.2. Les principaux changements dans les activités

- Une présence dans les écoles accrue (plus de contacts, visite des écoles) +/-
- Une communication accrue avec les enseignants et les directeurs +
- Un partenariat avec le PMS augmenté +
- Une charge de travail accrue -
- Une diminution du nombre de visites médicales (parfois regrettable) +/-
- Plus de tâches administratives -
- La mise en place d'activités de promotion de la santé, l'élaboration de « projets santé » +/-
- Davantage de vaccinations +/-
- Un moins bon suivi médical des élèves (manque de temps) -

- Un suivi des élèves amélioré (dossiers) +
- Plus de partenariats extérieurs (planning familial) +
- Un travail plus diversifié +
- Des médecins plus impliqués, plus présents +
- Une dispersion des activités -
- Des difficultés par rapport à la mise en œuvre des projets-santé -

1.1.3. *Les principaux changements dans le vécu professionnel*

- Davantage de stress -
- Un sentiment de revalorisation, une re-motivation, un travail plus intéressant, moins routinier +
- Le suivi de la formation +/-
- Un sentiment de frustration (manque de temps et de moyens) -
- Un sentiment de manque de compétence et de formation -

1.1.4. *Les changements les plus fréquemment cités*

Le tableau 6 montre la fréquence de citation des changements principaux. Les items sont classés par ordre décroissant de fréquence de citation chez les médecins.

Tableau 6 : Fréquence de citation des changements, par profession, en %

Changements	Fréquence (%) de citation par les médecins (n=98)	Fréquence (%) de citation par les infirmières (n=150)
Une présence accrue dans les écoles (plus de contacts, visite des écoles)	35	27
Une communication accrue avec les enseignants et les directeurs	22	15
Une charge de travail accrue	11	12
La mise en place d'activités de promotion de la santé, l'élaboration de "projets santé"	10	8
Une vision plus globale de la santé	10	7
Un travail d'équipe accru (collaboration, concertation entre médecins et infirmières)	10	5
Un partenariat avec le PMS augmenté	9	16
Davantage de stress	8	9
Plus de tâches administratives	6	16

Ainsi, on constate que les deux principaux changements cités par les médecins (respectivement, par 35 et 22% des médecins) sont une présence accrue dans les écoles et, corollairement, une communication accrue avec les enseignants et les directeurs. Ceci correspond à un des objectifs importants de la réforme des Services PSE.

Par contre, les changements cités par plus de 15% des infirmières sont au nombre de quatre. On constate ainsi que la présence accrue dans les écoles (27%) est également le changement le plus fréquemment cité, mais elles sont moins nombreuses que les médecins à le mentionner. Ceci est probablement dû au fait qu'avant le décret les infirmières étaient plus nombreuses que les médecins à être présentes dans les écoles... Les infirmières sont également nombreuses à citer l'accroissement des tâches administratives (16%), l'augmentation du partenariat avec le PMS (16%) et la communication accrue avec les écoles.

1.2. Importance accordée aux différents rôles

Pour les résultats relatifs à l'importance accordée aux différents types de missions de médecine scolaire dans l'idéal (c'est-à-dire sans contraintes de temps, de moyens, etc.), les scores prédominent pour les bilans de santé globale, les vaccinations et la prévention des maladies transmissibles (scores entre 86 et 95 % sur une échelle d'importance perçue de 0 à 100).

Les missions relatives à la collaboration directe pour les programmes de promotion de la santé semblent moins prioritaires (67 à 76 %).

Quant à la visite des locaux, elle semble "moins importante", surtout pour les médecins par rapport aux infirmières (respectivement 64 et 72 %). Par contre l'idée de "donner des conseils aux autorités scolaires en matière d'environnement (hygiène, cantines, fontaines à eau, activités sportives, etc.)" semble plus importante, tant pour les médecins que pour les infirmières (76%).

Ces résultats sont à discuter en rapport avec les missions prescrites par le décret.

4. ANALYSE DES SCORES DE VÉCU D'EMPOWERMENT

2.1. Introduction

Le tableau 7 montre que les scores de vécu d'empowerment professionnel sont compris, selon les dimensions, entre 3.39 et 4.35 (sur une échelle allant de 1 à 5).

Tableau 7 : Scores de vécu d'empowerment professionnel (n=368)

<u>Dimensions</u>	<u>Score</u>
Autonomie et contrôle	3,394
Image positive de soi dans le travail	4,202
Perception positive des relations d'équipe	4,360
Sens et accomplissement personnel	4,260
Développement des compétences	3,504
Implication et défense de son point de vue	4,085
Score total	3,967

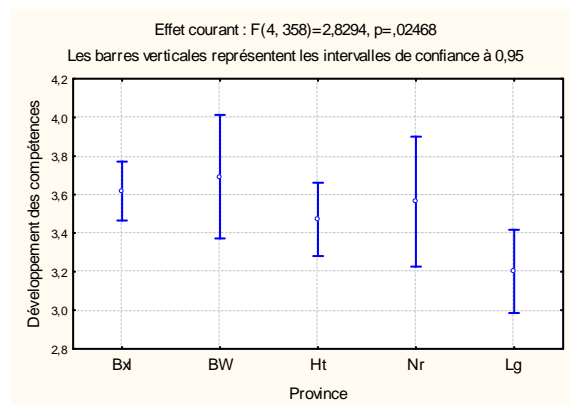
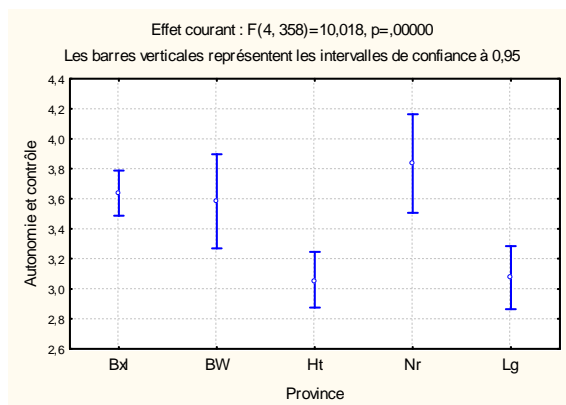
2.2. Effet de la zone géographique

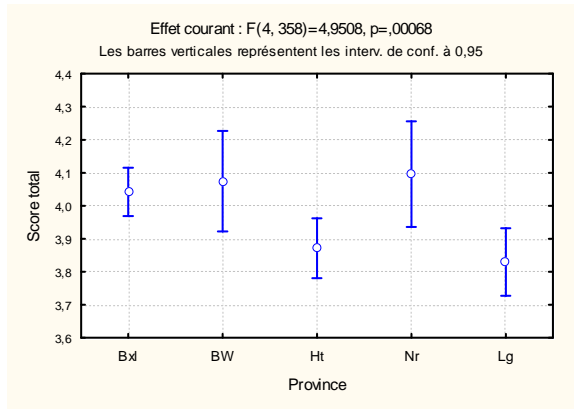
Pour cette analyse, la province du Luxembourg a été supprimée des données étant donné son très faible effectif, en comparaison aux autres provinces.

On observe un effet significatif de la répartition par Province sur les dimensions "Autonomie et contrôle" et, dans une moindre mesure, "Développement des compétences". Cet effet se marque également sur le score total de vécu d'empowerment professionnel (Figures 2 à 4). Les personnes issues des Provinces de Hainaut et de Liège semblent présenter des scores plus faibles pour ces dimensions. Il sera important d'analyser ces différences afin d'émettre des hypothèses d'explication.

Les résultats portant sur la dimension "Développement des compétences" devront être confrontés aux résultats obtenus au moyen du questionnaire portant sur les acquis, prévu au module 6 de la deuxième année de formation.

Figures 2-3-4 : Analyse des scores d'empowerment par Province (effets significatifs à $p < 0.05$)





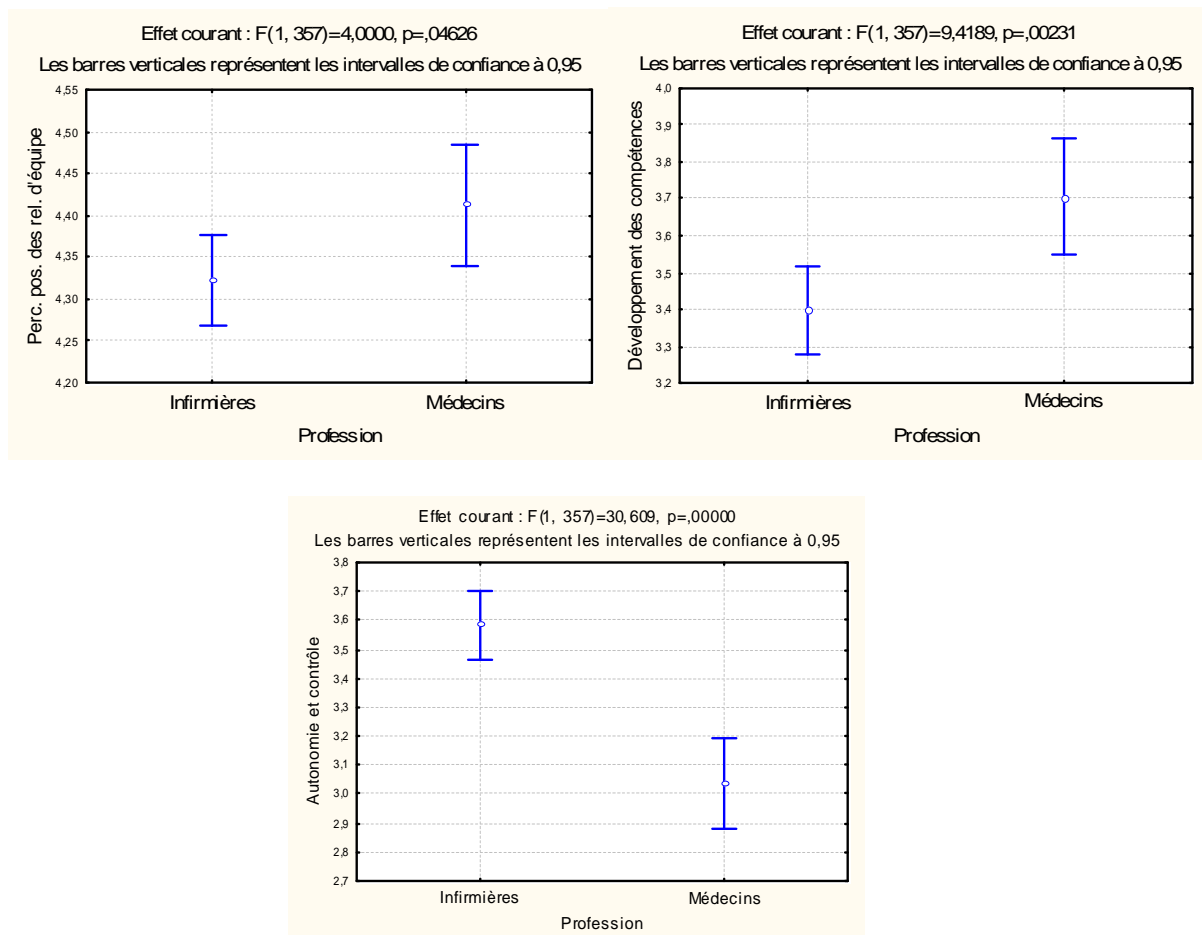
2.3. Effet de la profession

Cet effet a été testé en retirant des analyses les 9 personnes n'étant ni infirmières ni médecins. Il se marque significativement sur les dimensions "Autonomie et contrôle", "Perception positive des relations d'équipe" et "Développement des compétences" (Figures 5 à 7).

Les médecins présentent une perception positive des relations d'équipe plus nette. Le sentiment de pouvoir développer ses compétences est également plus marqué chez eux. Le nouveau décret les a probablement mis en position de devoir travailler plus fréquemment en équipe et a provoqué une accélération de la modification de leur rôle. Ils sont donc plus particulièrement sensibles à ces deux vécus.

Par contre, le sentiment d'autonomie et de contrôle est plus marqué chez les infirmières. Ceci est probablement dû au fait qu'en pratique, la majeure partie du travail touchant à la promotion de la santé est laissé au soin des infirmières, et que celles-ci bénéficient, pour cet aspect du travail, d'une plus grande marge de manœuvre pour organiser leur propre travail.

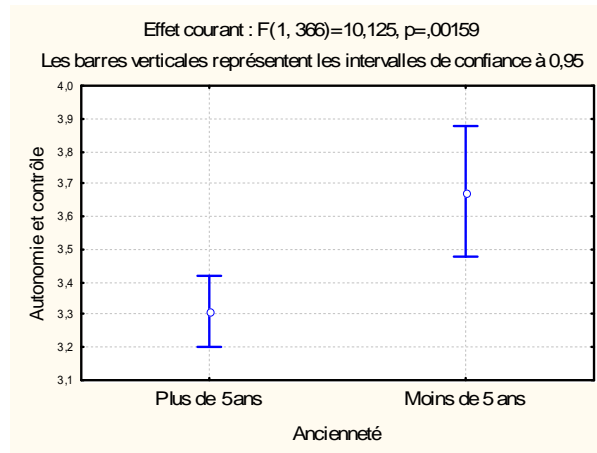
Figures 5-6-7 : Analyse des scores d'empowerment par profession (effets significatifs à $p < 0.05$)



2.4. Effet de l'ancienneté

On note une influence significative de l'ancienneté sur le sentiment d'autonomie et de contrôle (Figure 8). Les personnes travaillant depuis moins de 5 ans de le secteur de la médecine scolaire font preuve d'un sentiment d'autonomie plus élevé. On peut faire l'hypothèse que, plus familiarisés avec les nouvelles missions et moins « ancrés » dans une habitude de travail de plusieurs années, ils sont plus disposés à s'adapter à de nouvelles exigences, sans pour autant avoir le sentiment de perdre le contrôle de leur travail.

Figure 8 : Effet de l'ancienneté sur le sentiment de contrôle



III. L'IMPACT DES FORMATIONS

3. SUR LE VECU D'EMPOWERMENT DES PARTICIPANTS

Le tableau 8 compare, pour les résultats obtenus en 2004, les scores des 178 « formés » (c'est-à-dire des personnes ayant participé à plus de la moitié des modules de formation) et des 189 « non formés » (n'ayant pas participé ou ayant participé à moins de la moitié des modules).

Tableau 8 : Scores de vécu d'empowerment selon la participation ou non aux formations

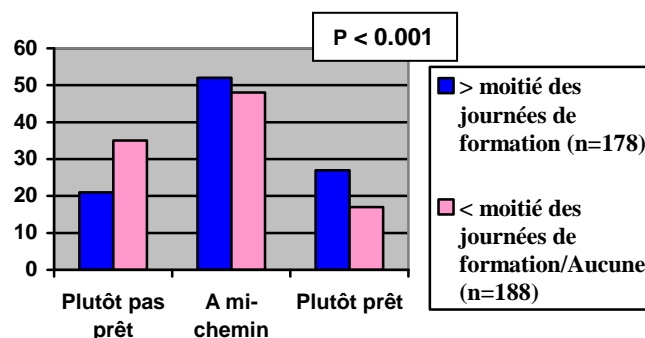
Dimensions	n=178	n=189
Perception positive des relations d'équipe (D3)	4.3642	4.3547
Sens et accomplissement personnel (D4)	4.2921	4.2258
Image positive de soi (D2)	4.2378	4.1674
Implication et défense de son point de vue (D6)	4.0819	4.0856
Développement des compétences (D5)	3.6058	3.4092
Autonomie et contrôle (D1)	3.3965	3.3937

La seule différence significative observée concerne la dimension « développement des compétences » ($p=0.042$). Le léger écart (non significatif) constaté en 2002 entre participants et non participants sur la dimension « développement des compétences » (3.6059 vs 3.5576) s'est donc accentué.

4. SUR LE RESSENTI DES ELEMENTS FAVORISANTS ET DES OBSTACLES

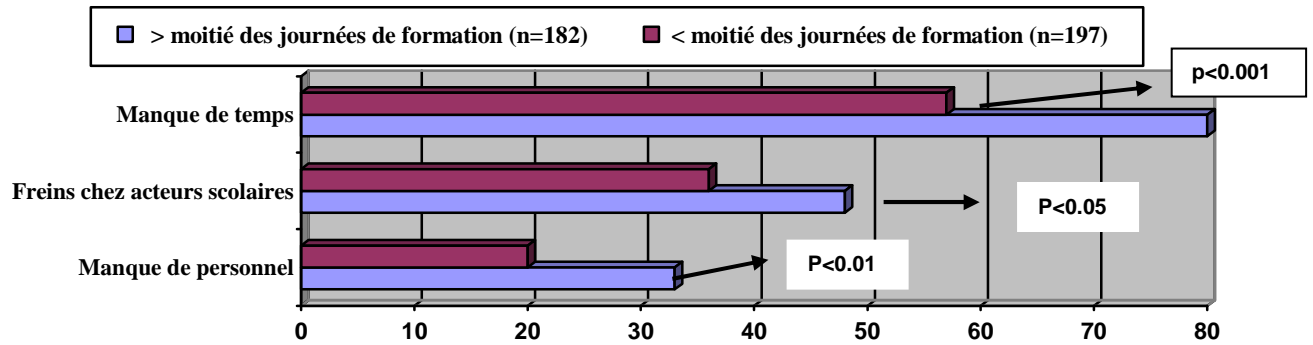
Ces analyses montrent aussi un impact des formations sur les intervenants. En effet, ce sont les personnes qui ont participé à plus de la moitié des formations qui se sentent significativement les plus prêtes à mettre en pratique le décret (figure 9).

Figure 9 : Estimation du chemin accompli pour se sentir prêt à mettre en pratique le décret PSE par rapport à la participation aux formations organisées par la Croix-Rouge



Ce sont également les intervenants ayant suivi la formation organisée par la Croix-Rouge qui citent le plus le manque de temps, le manque de personnel et les freins issus des acteurs scolaires comme des obstacles à l'application du décret (figure 10). Par la même occasion, ce sont les acteurs ayant participé à la formation qui réclame, de manière significative, le plus une augmentation des moyens en termes de temps et de personnel.

Figure 10 : Obstacles significativement différents, selon la participation à la formation, en %



IV. LA MISE EN PLACE DE CONCERTATION PAR LES SERVICES

3. LA CONCERTATION INTERNE : LA GESTION D'EQUIPE

1.1. Présence d'un coordinateur

Tableau 9 : Désignation d'un coordinateur, en % (n=58)

Désignation	%	
En projet	3,4	
Pas envisagée	27,1	
Effective	10,1	} 69,5 %
officieusement	27,1	
officiellement antérieure au 01/01/02	32,2	

Lorsque la désignation d'un coordinateur n'est pas envisagée et qu'un motif en est avancé, ce sont la petite taille de l'équipe ou le manque de financement qui sont invoqués.

1.2. Fonction du coordinateur (n=47)

Dans 62% des cas, le coordinateur est un médecin; dans 15%, une infirmière.

1.3. Ancienneté du coordinateur (n=45)

Le coordinateur type est un « ancien » : 2/3 ont plus de 10 ans d'ancienneté dans le service et, parmi ceux-ci, près de la moitié ont plus de 20 ans d'exercice.

1.4. Temps consacré à la coordination (n=46)

La formule largement majoritaire est la réunion (près de 85% des cas). D'autres modalités sont évoquées (13% des cas) : agenda et autres notes, contacts téléphoniques réguliers, programmation à long terme, formation, discussions, etc. Dans un seul cas (2%), la coordination ne s'est vu accorder aucun temps spécifique.

1.5. Fréquence des réunions

Tableau 10 : Fréquence des réunions, en % (n=44)

Fréquence	%
Variable (en fonction de l'usage, des besoins ou des interlocuteurs)	50
Une fois par quinzaine	11
Une fois par mois	23
Une fois tous les deux mois	16

1.6. Durée des réunions

Tableau 11 : Durée des réunions, en % (n=48)

<u>Durée</u>	<u>%</u>
< 30'	6,2
30'-45'	10,4
60'-75'	22,9
90'-120'	27,0
> 120'	20,8
autre	12,5

} 70,8%

Une nette majorité se situe entre 1h et 2h ou plus; la moitié environ (48%), entre 60 et 120 minutes.

4. LA CONCERTATION EXTERNE : LES PARTENARIATS

2.1. Initiatives vers les écoles (plusieurs choix possibles)

Tableau 12 : Initiatives vers les écoles (n=56)

Initiatives	Fréquence de citation	%
Contact oral informel avec la Direction	41	73,2%
Diffusion d'un document explicatif aux parents	37	66,0%
Courrier à la Direction	32	57,1%
Réunion(s) d'information avec la Direction et le personnel	32	57,1%
Diffusion d'un document explicatif à la Direction et aux enseignants	25	44,6%
Communication au Conseil de participation	21	37,5%
Initiative(s) en projet, vu le stade actuel de mise en place du Décret	11	19,6%
Autres initiatives*	11	19,6%
Réunion(s) d'information pour les parents	3	5,3%
Aucune initiative	1	1,7%

* Document remis aux parents, contact avec les Directions et le P.O., participation à des journées pédagogiques, contact avec un Echevin, visite systématique des écoles.

On notera qu'avec un total de 202 initiatives pour 56 services, on dépasse la moyenne de 3 initiatives par service.

2.2. Partenariats PSE-PMS (plusieurs choix possibles)

Tableau 13 : Modalité(s) de partenariat PSE-PMS (n=55)

Partenariats	Fréquence de citation	%
Réunions de concertation régulières	43	78,2%
Contacts informels à propos d'un élève	41	74,5%
Etablissement en concertation de projets de santé dans des écoles	16	29,1%
Autre mode ou type de collaboration*	14	25,4%
Signature d'une convention générale de collaboration	4	7,2%
Pas de partenariat au stade actuel de mise en place du Décret	1	1,8%

* P. ex. : proposition de partenariat, feuille de liaison et de transmission aux élèves, contrat de collaboration (cf. ancien décret)...

En moyenne, les services établissent avec les CPMS deux modes ou types de collaboration différents (118/55).

2.3. Autres partenariats (n=55)

Une large majorité de répondants (83,6%) ont établi un partenariat formalisé ou un mode de collaboration plus informel avec un ou plusieurs service(s) ou association(s) : structures et organismes locaux, CLPS, centre de planning familial, centre de guidance, Cultures et Santé ASBL, service d'aide à la jeunesse, CPAS, ONE, service d'aide en milieu ouvert, service de police, FARES, RESO-UCL, RESOdoc...

Ces partenariats sont aussi bien très récents (année scolaire 2002-3 ou 2003-4) que très anciens (> 15 ans).

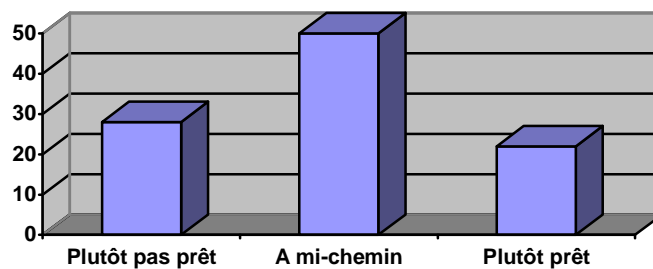
V. ANALYSE DES FACTEURS FAVORISANTS ET DES OBSTACLES A L'APPLICATION DU DECRET

3. ANALYSE QUANTITATIVE DES RESULTATS

1.1. Positionnement des intervenants

La figure 11 montre qu'un peu plus d'une personne sur cinq se considère comme plutôt prêt à mettre en pratique le décret PSE. Près de la moitié des répondants se déclare à mi-chemin de l'application.

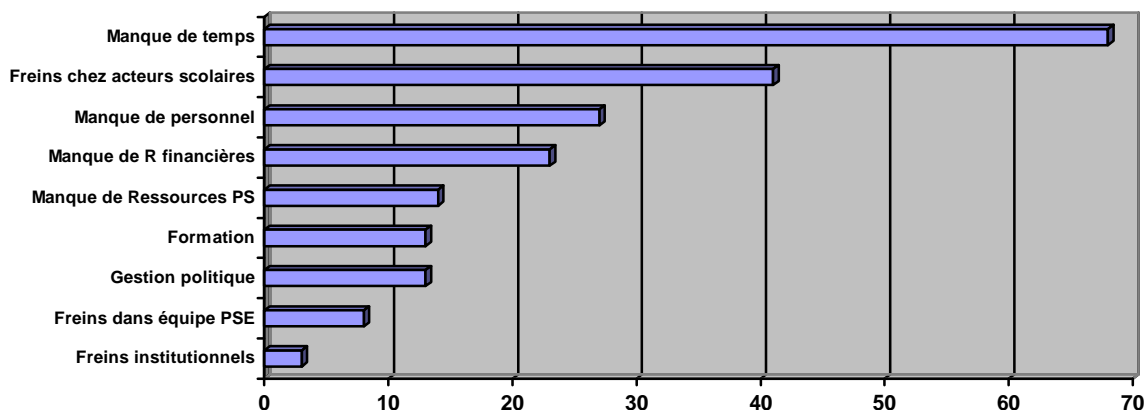
Figure 11 : Estimation, en pourcentage, du chemin accompli pour se sentir prêt à mettre en pratique le décret PSE (n = 367)



1.2. Obstacles ressentis par les intervenants

La figure 12 montre que parmi les 380 personnes qui ont complété le questionnaire, le manque de temps (250/380 soit 68%), les acteurs scolaires (157/380, soit 41%), le manque de personnel (103/380, soit 27%) et le manque de ressources financières (88/380, soit 23%) sont les principaux obstacles invoqués pour la mise en œuvre du décret.

Figure 12 : Principaux obstacles invoqués par les intervenants PSE qui empêchent d'appliquer le décret PSE, en % (n = 380)

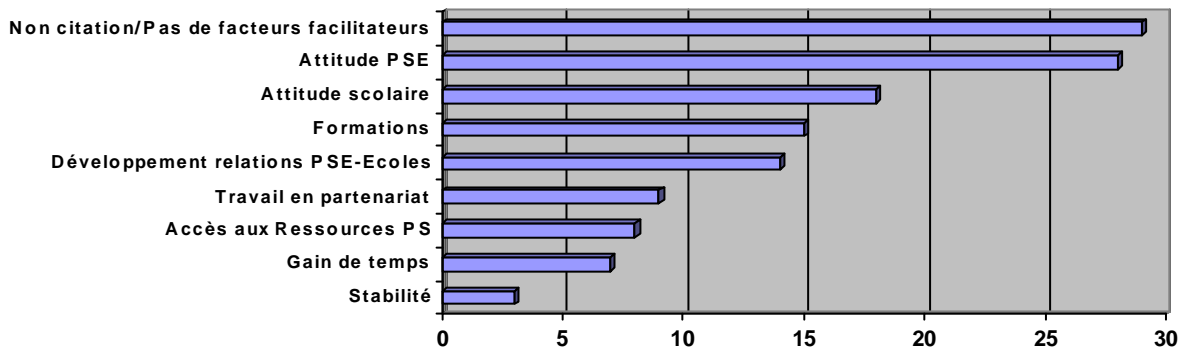


Parmi les 157 personnes qui invoquent l'école comme un obstacle pour appliquer le décret, on relève que 134 personnes (soit 85 %) déclarent l'attitude négative (désintérêt, suspicion, etc.) des acteurs scolaires (directeurs, enseignants, etc.) envers les équipes PSE et la réforme PSE. Vingt-deux personnes (soit 14%) invoquent la méconnaissance du décret par les acteurs scolaires.

1.3. "Facilitateurs" ressentis par les intervenants

La figure 13 montre que près d'un tiers des personnes (108/380) qui ont complété le questionnaire ne citent pas ou ne trouvent pas un ou des facteurs qui facilitent l'application du décret. Parmi ceux qui invoquent un ou des facteurs facilitants, on relève que 105 sur 272 personnes citent l'attitude des équipes PSE (soit 39%), 69 citent l'attitude des acteurs scolaires (25%) et 56 citent les formations (20%).

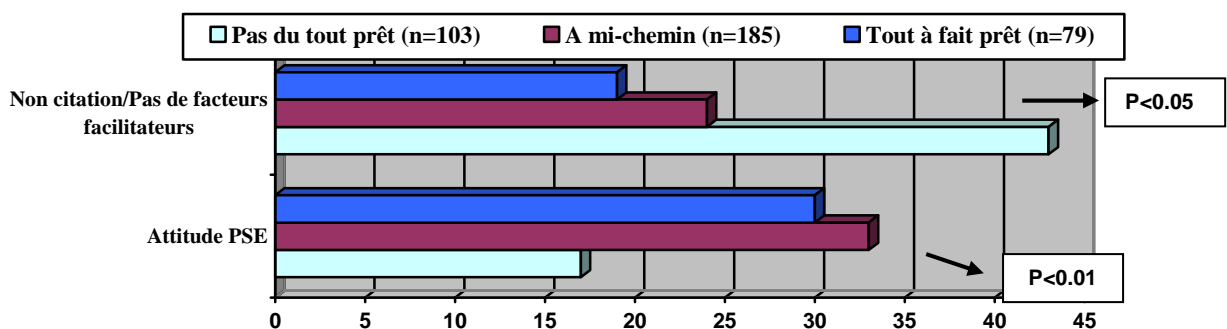
Figure 13 : Principaux facteurs qui facilitent l'application du Décret, en % (n=380)



Parmi les 108 personnes qui invoquent l'attitude des équipes PSE comme un facteur qui facilite l'application du décret, on relève que 70 personnes (soit 64 %) mentionnent l'intérêt pour l'approche promotion santé. Quarante-neuf personnes (soit 45%) invoquent le travail en équipe.

Le sentiment d'être prêt ou non à mettre en pratique le décret influence aussi les freins et les "facilitateurs" identifiés. Ainsi, la proportion de personnes qui invoquent le manque de temps et l'attitude des acteurs scolaires comme un obstacle est, significativement, plus élevée chez les personnes qui se considèrent à mi-chemin ou plutôt prêt à accomplir le décret PSE. De même, ce sont les personnes qui se sentent les moins prêtes qui éprouvent le plus de difficultés à identifier des facteurs facilitant l'application du décret et, inversement, ce sont les intervenants qui se sentent le plus prêt à mettre en œuvre le décret qui ressentent l'attitude de l'équipe PSE (la motivation, l'intérêt, le travail en équipe, etc.) comme un facilitateur à l'application des réformes (Figure 14).

Figure 14 : "Facilitateurs" ayant des scores différents, selon le chemin accompli pour se sentir prêt à mettre en pratique le décret PSE, en %



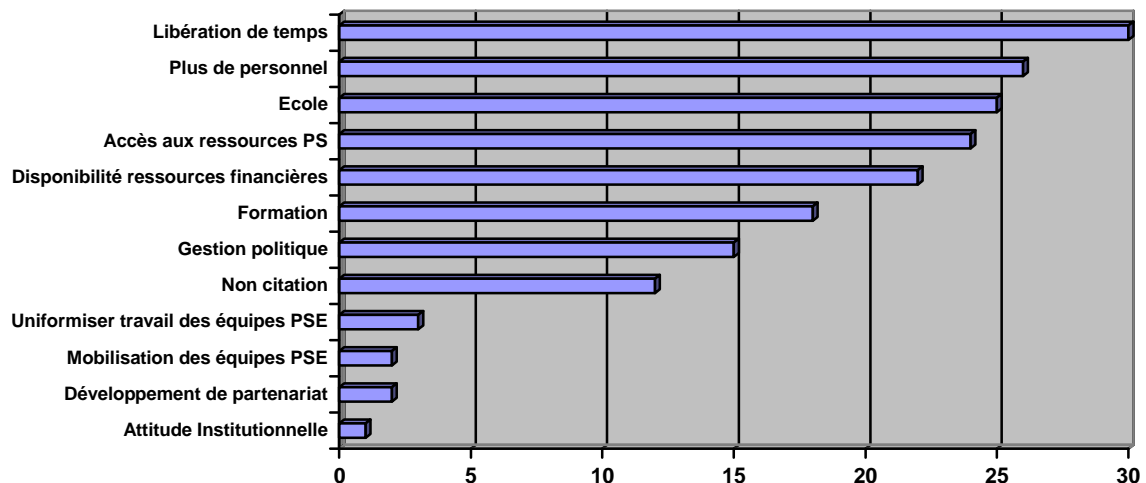
Les autres éléments (expérience professionnelle, type de profession, participation aux conférences-débats) ne permettent pas d'observer des différences significatives au niveau des freins, des facilitateurs et éléments prioritaires à l'application du décret PSE.

1.4. Éléments prioritaires

On observe qu'un pourcentage non négligeable de personnes invoque, parmi les éléments prioritaires qui devraient être mis en place pour appliquer le décret PSE, la libération du temps, la disponibilité de ressources (matérielles, humaines et financières) ainsi qu'une meilleure attitude de l'école à l'égard du décret (Figure 15).

Parmi ceux qui invoquent l'école (96/380) comme un élément prioritaire pour appliquer le décret, on relève que 44 personnes (soit 46%) mentionnent une meilleure connaissance du décret par les acteurs scolaires, que 41 (soit 43%) citent une mobilisation des acteurs scolaires (directeurs, enseignants, etc.) envers les équipes PSE et aussi envers la réforme PSE. Dix-neuf personnes (soit 20%) invoquent une meilleure collaboration PSE-école.

Figure 15 : Éléments prioritaires qui devraient être mis en place pour appliquer le décret PSE, en % (n = 380)



4. ANALYSE QUALITATIVE DES RESULTATS

2.1. La question de la concordance entre les moyens et les missions

Pour la majorité des acteurs PSE, le frein principal à la mise en pratique du décret provient de l'inadéquation entre les moyens disponibles et les missions confiées. Cette discordance s'exprime principalement, dans les discours, au niveau du **manque de temps**, ensuite au niveau du **déficit de personnel** et de la **carence en matière financière** et, dans une moindre mesure, sur le plan de l'**accès à des ressources** pour appliquer les missions.

Derrière les vocables **manque de temps** et **manque de personnel**, les intervenants évoquent surtout la surcharge de travail qui se trouve habituellement associée à la quantité et la diversité des missions, à la mise en place de nouvelles pratiques et missions, à l'augmentation des tâches administratives, ainsi qu'à l'importance du nombre de bénéficiaires de ces missions.

De même, le temps nécessaire à la mise en pratique du décret et la possibilité de s'organiser à l'égard des directives prises en cours d'année est parfois jugé insuffisant. Cette divergence entre le temps politique et le temps des équipes PSE vient, pour de nombreux intervenants, déstabiliser l'activité professionnelle programmée sur l'année scolaire.

Ce sont surtout les nouvelles missions qui sont ressenties comme un travail supplémentaire sans laps de temps supplémentaire, sans personnel pour le réaliser.

Néanmoins, certains voient aussi le gain de temps obtenu par la diminution de la charge de travail suite à la réforme comme un **facilitateur** à l'application du décret. Il n'empêche que le **déficit de temps comme un frein à l'application du décret** reste le discours dominant, partagé par la grande majorité des intervenants et que la diminution du nombre des bilans de santé, par exemple, n'a pas permis le gain de temps escompté.

Ce déficit de temps ou de personnel constitue naturellement pour les intervenants PSE, les **éléments à combler**, de manière prioritaire, pour pouvoir appliquer convenablement la réforme de la santé scolaire. A leurs yeux, il s'agit finalement de corriger l'inadéquation entre les moyens et les missions soit en augmentant le temps (ou le personnel) nécessaire à la réalisation des missions, soit en allégeant les missions actuelles.

Il est à noter que les intervenants semblent privilégier l'augmentation des moyens sur l'allègement de la charge de travail et ne remettent pas ou peu en question les nouvelles missions à l'égard desquelles ils expriment bien souvent un avis enthousiaste et positif.

L'**augmentation des moyens financiers** constitue un élément cité, de manière prioritaire, par des intervenants non seulement pour augmenter les effectifs en personnel mais aussi pour palier à la détérioration des conditions matérielles pour réaliser les activités professionnelles.

L'**accès aux ressources promotion santé** est aussi cité par une partie des intervenants comme un facteur contrariant ou facilitant la mise en place du décret. Si certains considèrent l'accès aux ressources comme un adjuvant actuel à la mise en œuvre du décret, ils sont plus nombreux à déclarer un déficit en la matière et citent volontiers cet accès comme **élément à développer** pour assurer, notamment, le déploiement de la dimension santé au sein des écoles. Plus encore, ils expriment habituellement la nécessité d'avoir un accès aux données et informations disponibles en promotion santé, de bénéficier d'une aide méthodologique (humaine ou technique), de disposer d'outils d'animation et d'une assistance logistique. Les intervenants considèrent davantage comme pertinent un accompagnement organisé au niveau des équipes.

Dans l'accès aux ressources disponibles au sein des équipes, **la participation à la formation est ressentie comme un facilitateur** dans la mise en pratique des réformes et comme devant bénéficier de préférence à l'ensemble de l'équipe. Ce souci d'homogénéisation des équipes PSE concerne aussi dans une moindre mesure la collecte des données et les pratiques d'intervention.

2.2. Les caractéristiques des acteurs scolaires

Pour les intervenants PSE, un obstacle important à l'application du décret provient des freins issus du monde scolaire et, plus explicitement, du corps enseignant et des directions. Cette entrave ne touche habituellement pas l'ensemble des établissements scolaires, se focalise plus particulièrement dans **le manque de soutien d'une partie des acteurs scolaires** à l'égard de l'intervention PSE et influence la possibilité d'implication et de collaboration de ceux-ci dans l'accomplissement des missions PSE.

Pour expliquer ces freins chez les acteurs scolaires, les intervenants évoquent entre autres :

- les caractéristiques personnelles telles que le **désintérêt** et la démotivation du corps scolaire,
- la perception de la PSE comme une **charge supplémentaire** pas nécessairement prioritaire,
- la **méconnaissance du décret** par les écoles,
- **l'adaptation des écoles** au changement insufflé par le décret sur le plan notamment du **nouveau rôle des équipes PSE**.

Ces difficultés sont d'autant plus prégnantes que, pour certains, elles s'inscrivent dans une (sur)charge de travail déjà complète des acteurs scolaires et que **le personnel PSE se sent parfois isolé pour accomplir sa tâche**.

Néanmoins, les **acteurs scolaires** par rapport au développement du décret ne symbolisent pas automatiquement un obstacle. Au contraire, ils sont également ressentis comme de **précieux facilitateurs**. Ce soutien à l'application des réformes est volontiers rattaché à des **prédispositions** personnelles et **favorables de membres scolaires envers l'approche promotion santé**. Il est également régulièrement associé au développement de **collaborations entre les équipes PSE et autres acteurs scolaires antérieures au décret** et à une tradition de présence PSE dans les écoles.

Sur ce point, pour les équipes PSE, il importe :

- de réaliser un travail d'information et de sensibilisation auprès des acteurs scolaires sur les missions PSE ou les obligations qui leur incombent en ce domaine;
- de définir clairement les rôles de chacun des acteurs scolaires pour aider les équipes PSE à avoir leur place dans l'univers des acteurs scolaires.

Concernant les rapports entretenus avec les divers acteurs scolaires, les équipes PSE ne semblent pas se situer sur un pied d'égalité. Certaines équipes auraient donc plus besoin d'aide que d'autres sur ce plan.

2.3. La gestion politique

Une partie des intervenants cite également volontiers le **caractère imprécis et fluctuant des directives** comme une **limite à la bonne application du décret** par les équipes. Ainsi, les équipes éprouvent parfois des difficultés à saisir l'objet des instructions et, par la même occasion, à structurer leurs interventions d'après ces dernières.

Une des conséquences est notamment le sentiment, chez certains intervenants, d'une politique inadaptée et en inadéquation avec la réalité du terrain, ne prenant pas assez en considération les caractéristiques des intervenants.

Le manque de clarté des directives se trouve renforcé, pour une partie d'entre eux, par le caractère imprécis du décret et par les interférences ministérielles.

Cependant, le **caractère innovant, obligatoire et légal du décret** est également perçu, par certains intervenants, comme un **adjuvant** à sa mise en œuvre dans les établissements scolaires.

Il en ressort que, pour bon nombre d'intervenants, les priorités sur ce plan sont d'améliorer la clarté, la précision et l'homogénéité des directives et de restreindre l'étendue des missions.

2.4. Les équipes PSE

Une autre source d'**obstacles** se situe au niveau des équipes. A ce niveau, c'est surtout le **désintérêt** et la **résistance aux changements** de la part de certains intervenants ou encore le **déficit d'expérience** en Promotion Santé (ou le trop plein d'expérience en inspection médicale scolaire) qui sont cités. Les **problèmes de communication et de stabilité professionnelle** dans les équipes sont également soulignés par une partie des répondants.

Sur un plan institutionnel, **l'attitude de certains pouvoirs organisateurs** envers le décret ou **l'inégalité issue du réseau scolaire d'appartenance** sont également pointés par quelques intervenants.

Cependant, les équipes PSE sont, chez les répondants, davantage identifiées comme **facilitant** de la mise en place des réformes. Cette identification de **l'importance des équipes dans le bon développement du décret** se trouve associée à des **changements issus de la réforme** tel le rôle du médecin mais aussi à **l'enthousiasme créé par les nouvelles perspectives d'intervention** des équipes contenues dans le décret.

L'équipe comme adjuvante est, aussi, symbolisée davantage par une **unité d'esprit à l'égard du décret** et une **solidarité dans l'exercice professionnel**.

Les liens développés en équipe (convergence/divergence envers le décret, concurrence/complémentarité de fonctionnement, isolement/entraide professionnelle, etc.) semblent constituer un élément fondamental à la mise en application du décret.

La stabilité des équipes est également citée par quelques-uns comme un élément à développer de façon prioritaire.

VI. SYNTHÈSE, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. SYNTHÈSE

Les enquêtes réalisées par les SCPS durant le premier semestre 2004 visaient à faire un premier bilan de la mise en place du décret au niveau des équipes PSE.

Il s'agit d'un bilan provisoire dans la mesure où les modifications de type organisationnel et institutionnel, le développement de projets d'équipe et de partenariats effectifs avec les établissements s'inscrivent dans un développement à long terme des modifications de pratiques et de promotion de la santé dans le milieu scolaire.

Pour estimer la mise en œuvre de cette réforme, les SCPS ont proposé de faire porter l'évaluation à la fois sur le processus en cours et sur l'impact auprès du personnel ainsi que des services concernés.

Une enquête par questionnaire auto-administré a été adressée aux membres des centres et services et auprès des responsables de ceux-ci. Elle a porté sur

- les facteurs favorisant, les barrières et les éléments susceptibles d'améliorer l'application du Décret PSE (SIPES, ULB-PROMES)
- les procédures de concertation internes et externes mises en place par les centres (Question-Santé)
- les changements de pratiques et l'évolution des représentations du rôle et de l'identité professionnelle (UCL-RESO),
- le vécu d'empowerment professionnel (APES-Ulg).

Les résultats présentés dans cette évaluation concernent les intervenants PSE de Bruxelles-Capitale et de la Wallonie, à l'exclusion des centres PMS dont les réponses sont arrivées plus tardivement. L'enquête a permis de récolter les avis de 380 personnes sur les 519 personnes pressenties et de 58 services sur les 99 contactés. L'enquête auprès des personnels a donc obtenu un très bon taux de réponse (71%) réparti entre 35% de médecins et 65% d'infirmières. L'enquête auprès des responsables de structures connaît une sur-représentation des services bruxellois. Les deux enquêtes connaissent une sous-représentation de la province du Luxembourg.

Il est à remarquer que 46% des répondants ont plus de 15 ans d'expérience, que les répondants se répartissent entre 52% qui n'ont pas suivi la formation (ou moins de la moitié de celle-ci) et 48% qui ont suivi la formation (en totalité ou au moins la moitié des séances). Ceci a permis une analyse des liens de certains résultats avec l'ancienneté et avec la participation à la formation.

1.1. Du point de vue des modifications apportées par le décret dans les pratiques des services et des personnes concernées, cette enquête a mis en évidence les points suivants.

Septante-deux pourcent des répondants déclarent que le décret a apporté des modifications dans leurs pratiques ; ces modifications concernent les activités, l'organisation du service PSE ou le vécu professionnel. Les 28 % restant sont essentiellement des personnes qui estiment avoir appliqué les principes du décret avant qu'il soit promulgué ou des personnes qui n'ont pas travaillé dans le cadre organisationnel précédent.

Du côté des activités, les changements de pratiques les plus couramment évoqués concernent une présence accrue dans les écoles, la vision globale de la santé, la communication avec le personnel scolaire (enseignants et directeurs), dans une moindre mesure le développement de projets santé dans les écoles.

L'enquête auprès des responsables de structure montre que les 56 services répondants ont totalisé 202 initiatives vers les écoles. Il s'agit le plus souvent (entre 55 et 75% selon les cas) d'envoi d'un courrier, de contacts informels avec la direction, de réunions avec la direction et/ou les enseignants. Pointons les initiatives de communication vers les parents : 66% des services ont envoyé un document explicatif sur le décret ; 5% ont organisé une réunion avec les parents ; 37,5 % ont communiqué au Conseil de participation.

Presque 30% des responsables de structure déclarent avoir établi des « projets santé » en concertation. Par ailleurs, seulement 8 à 10% des professionnels déclarent que leur modification de pratiques portent sur la mise en œuvre de projets santé. Pour comprendre cette différence, il faut tenir compte que plusieurs personnes de chaque centre ont répondu, que « établir un projet » ne recouvre pas la même réalité que « mettre en œuvre celui-ci » et enfin que certaines personnes déclaraient adopter déjà ces pratiques avant le décret.

En ce qui concerne la concertation avec les PMS, 78% des services répondants font mention de réunions régulières ; 29 % de collaboration dans le cadre de projets santé. Enfin notons que 84% de centres évoquent d'autres partenariats que les écoles et les PMS.

Parmi les changements positifs dans l'organisation des centres, les médecins relèvent plus que les infirmières les bénéfices du travail en équipe. Ceci converge avec les résultats des échelles de vécu d'empowerment qui manifestent une progression plus importante des médecins sur la dimension « perception positive du travail d'équipe ».

Du côté de la mise en place des concertations internes, on relève la présence d'un coordinateur dans 59% des cas ; ce pourcentage est majoré de 10 si on prend en compte les coordinateurs « officieux ». Un tiers des services organisent au moins une réunion de coordination par mois.

Parmi les changements négatifs dans l'organisation du service et dans le vécu professionnel, on relève surtout la charge de travail et le stress. Ceci converge avec les résultats de l'exploration des facteurs facilitants ou des obstacles à l'application du décret, où le manque de temps, le manque de personnel et le manque de ressources sont les 3 obstacles et les trois enjeux les plus fréquemment cités.

Quelques différences significatives sont enregistrées par les échelles de mesure de l'empowerment professionnel : un plus grand sentiment d'autonomie et de contrôle sur son travail chez les infirmières que chez les médecins ainsi que chez les répondants qui ont moins de 5 ans d'ancienneté ; un score de développement des compétences plus élevé chez les médecins que chez les infirmières.

1.2. L'analyse des facteurs facilitants et des obstacles à l'application du décret laisse apparaître principalement deux grandes catégories d'obstacles : d'un côté le manque de temps, de ressources humaines et financières ; de l'autre les difficultés liées à l'attitude des acteurs scolaires.

Pour la majorité des acteurs PSE, le frein principal à la mise en pratique du Décret provient de l'inadéquation entre les moyens disponibles et les missions confiées. Cette discordance s'exprime principalement, dans les discours, au niveau du manque de temps, ensuite au niveau du déficit de personnel et de la carence en matière financière et, dans une moindre mesure, sur le plan de l'accès à des ressources pour appliquer les missions.

Derrière les vocables « manque de temps » et « manque de personnel », les intervenants évoquent surtout la surcharge de travail qui se trouve habituellement associée à la quantité et la diversité des missions, à la mise en place de nouvelles pratiques et missions, à l'augmentation des tâches administratives, à l'importance du nombre de bénéficiaires de ces missions. Ce sont surtout les nouvelles missions qui sont ressenties comme un travail supplémentaire sans laps de temps supplémentaire, sans personnel pour le réaliser.

Parmi les solutions prioritaires, il est à noter que les intervenants semblent privilégier l'augmentation des moyens sur l'allègement de la charge de travail et ne remettent pas ou peu en question les nouvelles missions à l'égard desquelles ils expriment bien souvent un avis enthousiaste et positif. Notons à cette occasion que 50% des répondants se sentent à mi-chemin de l'application du décret tandis que 20% se sentent prêts à l'appliquer.

Bien que le caractère innovant, obligatoire et légal du décret soit perçu globalement positivement, la gestion politique de la mise en place du décret est invoquée par certains comme une limite à une bonne application de celui-ci. C'est notamment le caractère imprécis et tardif de certaines directives qui est impliqué ici, ainsi qu'un sentiment de difficulté d'adéquation avec la réalité de terrain.

L'accès aux ressources en promotion santé est aussi cité par une partie des intervenants comme un facteur contrariant ou facilitant la mise en place du Décret. Ils expriment habituellement la nécessité d'avoir un accès aux données et informations disponibles en Promotion santé, de bénéficier d'une aide méthodologique (humaine ou technique), de disposer d'outils d'animation et d'une assistance logistique.

Dans l'accès aux ressources disponibles au sein des équipes, la participation à la formation est ressentie comme un facilitateur pour la mise en pratique des réformes. Les intervenants considèrent qu'un accompagnement organisé au niveau des équipes serait plus pertinent.

Pour expliquer les freins chez les acteurs scolaires, les intervenants évoquent entre autres :

- les caractéristiques personnelles telles que le désintérêt et la démotivation du corps scolaire,
- la perception de la PSE comme une charge supplémentaire pas nécessairement prioritaire,
- la méconnaissance du Décret par les écoles,
- l'adaptation des écoles au changement insufflé par le Décret sur le plan notamment du nouveau rôle des équipes PSE.

Néanmoins, les acteurs scolaires sont ressentis, dans un quart des cas, comme de précieux facilitateurs. On invoque alors des prédispositions personnelles favorables à l'approche promotion santé ainsi que l'existence de collaborations antérieures au Décret entre les équipes PSE et autres acteurs scolaires. On remarquera que les facteurs facilitants sont essentiellement identifiés par les personnes qui se disent prêtes à appliquer le décret.

En conséquence, les enjeux prioritaires dégagés par les répondants pour cette collaboration PSE-écoles sont

- un travail d'information et de sensibilisation auprès des acteurs scolaires sur les missions PSE ou les obligations qui leur incombent en ce domaine.
- une définition claire des rôles de chacun des acteurs scolaires pour aider les équipes PSE à trouver leur place dans l'univers des acteurs scolaires.

1.3. Enfin, cette enquête a permis de dégager quelques éléments d'impact des formations organisées au cours des deux dernières années, grâce à la comparaison des réponses des 178 personnes ayant participé à au moins la moitié des modules de formation avec les 189 n'ayant pas (ou très peu) participé à ceux-ci.

La dimension « développement des compétences » de l'échelle de vécu d'empowerment est significativement plus élevée chez les participants à la formation. Les participants à la formation sont significativement plus nombreux parmi ceux qui se sentent plutôt prêts à appliquer le décret. Toutefois, ce sont aussi les participants à la formation qui mentionnent plus souvent le manque de temps, le manque de personnel et les freins issus des acteurs scolaires comme des obstacles à l'application du décret. Par la même occasion, ce sont les acteurs ayant participé à la formation qui réclament, de manière significative, le plus une augmentation des moyens en termes de temps et de

personnel. Très logiquement, on retrouve parmi les participants à la formation plus de personnes qui considère la formation comme un facteur favorisant la mise en place du décret.

2. CONCLUSIONS GENERALES ET RECOMMANDATIONS

On peut donc conclure que cette enquête a mis au jour des éléments favorables à l'application des nouvelles missions prévues par le décret. Du côté des attitudes, on relèvera la conviction de l'intérêt des nouvelles missions, une plus grande place au concept de santé globale; la présence privilégiée chez les personnes ayant suivi des formations du sentiment de pouvoir augmenter ses compétences et d'être prêts pour de nouvelles mission. Du côté des pratiques, on mentionnera l'augmentation des contacts avec les écoles, des processus de concertation en interne, et de concertation avec les PMS, une plus grande implication des médecins dans la promotion de la santé et le fonctionnement d'équipe.

Malheureusement, même avec un taux de réponse assez satisfaisant, en l'absence d'une enquête visant à caractériser les non-répondants, il est difficile d'estimer si les estimations chiffrées proposées pour ces diverses dimensions sont ou pas optimistes ou si elles concernent certains types de services plutôt que d'autres. Rappelons en outre que les centres PMS de la Communauté française ne sont pas, à cette date, inclus dans ces résultats.

Du côté des recommandations, on pointera la nécessité d'accorder une attention aux plaintes portant sur la charge de travail, le manque de ressources humaines et matérielles, surtout venant de personnes qui sont sensibilisées aux contenus des nouvelles missions. On mentionnera aussi la demande récurrente de bénéficier de soutiens méthodologiques et de formations en équipe.

Enfin, il semble qu'il y ait aussi urgence à s'intéresser à la mise en place de préalables à l'installation de « projets santé » dans les écoles : information des acteurs scolaires sur la promotion de la santé, sur le décret PSE, sur les services PSE ; définition et répartition des rôles en matière de projet de santé entre acteurs scolaires et équipes PSE.