



Evaluation du projet de l'école primaire de Moutier (1999 – 2006)

La santé à l'école

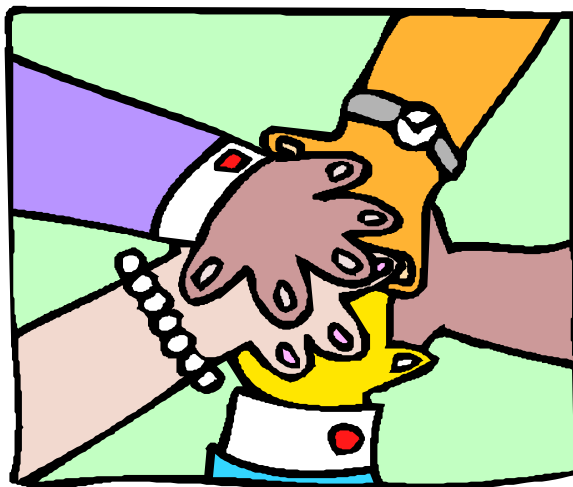


Table des matières

1	Descriptif	- 4 -
1.1	Introduction.....	- 5 -
1.2	Remerciements	- 5 -
1.3	Objectifs	- 5 -
1.4	Historique	- 6 -
1.5	Objectifs du projet formulés en 2000 et 2001	- 7 -
1.6	Objectifs du projet formulés en 2005 par les infirmières en fonction	- 7 -
1.7	Budget et dimension de l'école.....	- 8 -
1.8	Mise en œuvre – actions menées.....	- 9 -
1.9	Tableau récapitulatif et évaluation des actions et documents de 1999 à 2006.....	- 10 -
1.10	Méthodes : relevé de données	- 23 -
2	Résultats permanences.....	- 24 -
2.1	Permanences / Historique et organisation.....	- 25 -
2.2	Permanences 2000-01 / Nombre de visites.....	- 27 -
2.3	Permanences 2000-01 / Motifs de consultation.....	- 28 -
2.4	Permanences 2001-02 / Nombre de visites.....	- 29 -
2.5	Permanences 2001-02 / Motifs de consultation.....	- 29 -
2.6	Permanences 2002-03 / Nombre de visites.....	- 30 -
2.7	Permanences 2002-03 / Motifs de consultation.....	- 30 -
2.8	Permanences 2003-04 / Nombre de visites.....	- 31 -
2.9	Permanences 2003-04 / Motifs de consultation.....	- 31 -
2.10	Permanences 2004-05 / Nombre de visites.....	- 32 -
2.11	Permanences 2004-05 / Motifs de consultation.....	- 32 -
2.12	Permanences 2005-06 / Nombre de visites.....	- 33 -
2.13	Permanences 2005-06 / Motifs de consultation.....	- 33 -
2.14	Permanences / Nombre de visites 2001-2002 à 2005-2006.....	- 34 -
2.15	Permanences / Nombre de visites 2001-2002 à 2005-2006.....	- 35 -
2.16	Permanences / Motifs de consultation 2001-2002 à 2005-2006.....	- 36 -
2.17	Permanences / Motifs de consultation 2001-2002 à 2005-2006.....	- 37 -
2.18	Les permanences vues par les groupes cibles interrogés pendant l'année 2006-2007	- 38 -
3	Résultats projets, processus	- 41 -
3.1	Popularité du projet	- 42 -
3.2	Points forts, points faibles du projet.....	- 44 -
3.3	Impacts et effets	- 48 -
3.4	Thèmes des projets annuels.....	- 60 -
3.5	Collaboration – coordination	- 62 -
3.6	Visions d'avenir	- 65 -
3.7	Utilité - pérennité	- 67 -

4	Analyse	- 69 -
4.1	Le modèle de catégorisation des résultats	- 70 -
4.2	Application du modèle au projet « la santé à l'école »	- 74 -
	Répartition des résultats dans les sous-catégories	- 74 -
4.3	Regroupements des résultats par sous-catégorie	- 77 -
4.4	Impact sur les déterminants de la santé	- 81 -
4.5	Modélisation des effets.....	- 82 -
4.6	Quelques problèmes ... et quelques idées.....	- 83 -
4.7	Conclusion.....	- 84 -
4.8	Bibliographie.....	- 85 -
5	Annexes	- 86 -
5.1	Questionnaire destiné aux élèves.....	- 87 -
5.2	Questionnaire destiné aux parents.....	- 90 -
5.3	Questionnaire destiné aux partenaires	- 92 -
5.4	Canevas d'entretiens pour les enseignants, GPBE et infirmières.....	- 96 -
5.5	Code de vie de l'élève	- 97 -
5.6	Le concept de santé	- 98 -
5.7	Liste des partenaires interrogés	- 99 -
5.8	Bibliographie.....	- 100 -
5.9	Bibliographie.....	- 102 -
5.10	Mallette pédagogique	- 104 -
5.11	Mallette pédagogique	- 105 -
5.12	Bibliographie.....	- 106 -

1.10 Méthodes : relevé de données

Les rapports annuels englobent aussi des statistiques concernant les permanences. Ces statistiques permettent d'une part de connaître la fréquentation des permanences, mais aussi les motifs de consultation. Les statistiques annuelles des permanences ont été compilées pour les 6 années et permettent une analyse de l'évolution dans le temps de l'usage qui a été fait de cette offre. Cette analyse a été compilée par le Directeur de l'EPJEM, qui a également rédigé les commentaires de cette partie-là des résultats.

Les élèves de 6^{ème} année ont été interrogés par questionnaire (annexe). Le choix de cette classe d'âge s'est imposé parce que ces élèves ont bénéficié de toutes les offres du projet au cours de leur scolarité. Le questionnaire a été administré par une enseignante pendant les heures scolaires, ce qui explique que les 67 questionnaires distribués ont été remplis.

Les parents des mêmes élèves de 6^{ème} ont été interrogés par un autre questionnaire (annexe). Il a été distribué aux élèves et ramené par eux à leurs enseignants. Le taux de retours a été de 73% (49 sur 67).

Les enseignants ont été questionnés en trois groupes différents, un par collège : Poste, Clos et Chantemerle. L'interview a été menée selon un canevas de questions rédigées par le groupe d'évaluation. Au collège de la Poste, c'est une médiatrice qui a mené l'entretien, dans les deux autres collèges, c'est la professionnelle de Santé bernoise qui l'a fait. Dans les 3 cas, les sous-directeurs en poste dans les collèges ont noté les réponses des enseignants. Le Directeur a ensuite compilé les résultats des 3 collèges.

Les partenaires occasionnels du projet ont été interrogés par questionnaire (annexe) envoyé par la poste. Le taux de retours a été de 78% (22 sur 30) grâce à l'insistance, parfois répétée, de l'infirmière. (liste des partenaires interrogés en annexe)

Les membres du groupe de pilotage du projet ont été interrogés selon le même canevas de question que les enseignants. 13 personnes étaient présentes lors de cet entretien mené par la professionnelle de Santé Bernoise.

Enfin, les infirmières engagées dans le projet ont été interrogées, toujours selon le même canevas de question, toujours par la professionnelle de Santé bernoise. Deux entretiens ont eu lieu : l'un a réuni les deux employées actuelles du projet, l'autre a permis de reprendre contact avec une professionnelle qui avait participé au lancement du projet en 2000.

Pour analyser les résultats obtenus des différents groupes cibles, et mettre en évidence un éventuel impact sur leur santé, le modèle de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse a été utilisé. Ce modèle décrit les déterminants de la santé et les facteurs qui les influencent. Il permet de donner des bons éléments de preuve d'impact sur la santé des actions entreprises. Il permet aussi de différencier les domaines d'impact, et donc de réajuster les choix des actions à mener.

4 Analyse

4.1 Le modèle de catégorisation des résultats

Dans un projet de promotion de la santé, la difficulté de l'évaluation est souvent de **prouver** l'impact ou l'efficacité des mesures mises en œuvre. Les effets bénéfiques pour la santé des populations cibles ne pourront être mesurés qu'après de longues années, et encore, les facteurs influençant la santé sont tellement nombreux et divers qu'il sera bien difficile d'attribuer un effet à une action spécifique.

En collaboration avec les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et Lausanne, Promotion Santé Suisse a développé un outil qui aide à planifier, comprendre et évaluer systématiquement les résultats de projets de promotion de la santé⁸. Le modèle d'évaluation repose sur le «outcome model» du professeur Don Nutbeam⁹.

Une copie de ce modèle se trouve aux 2 pages suivantes ; les explications sont celles du site www.quint-essenz.ch.

Les quatre colonnes du modèle de catégorisation des résultats

Amélioration de la santé de la population (colonne D)

Dans l'esprit d'une approche bio-psycho-sociale de la santé, cette colonne est réservée au but final de la promotion de la santé. Des résultats tels qu'une plus longue espérance de vie, une meilleure qualité de vie ou la baisse du taux de morbidité évitable (ou précoce) dépendent de multiples facteurs (comportement et environnement) aux interrelations complexes; ils ne peuvent être atteints et contrôlés au plan épidémiologique que sur une plus longue durée



Modification des déterminants de la santé (colonne C)

Un résultat indiqué dans la colonne C est une modification positive établie d'un déterminant de la santé reconnu dans un contexte et/ou un groupe de population donné. Un déterminant de la santé est reconnu lorsqu'il est étayé empiriquement et/ou théoriquement, autrement dit lorsqu'il existe des études, des évaluations ou des modèles scientifiquement validés pouvant faire référence pour des contextes et groupes cibles donnés en Suisse.



Modification des *facteurs* qui influencent les déterminants de la santé (colonne B)

Sont indiqués dans cette colonne les résultats directs des mesures de promotion de la santé. Les catégories et sous-catégories offrent un espace pour des indicateurs qui ont un potentiel d'influence positif sur les déterminants de la santé.

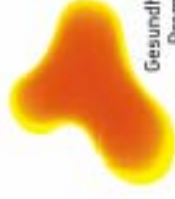


Mesures de promotion de la santé (colonne A)

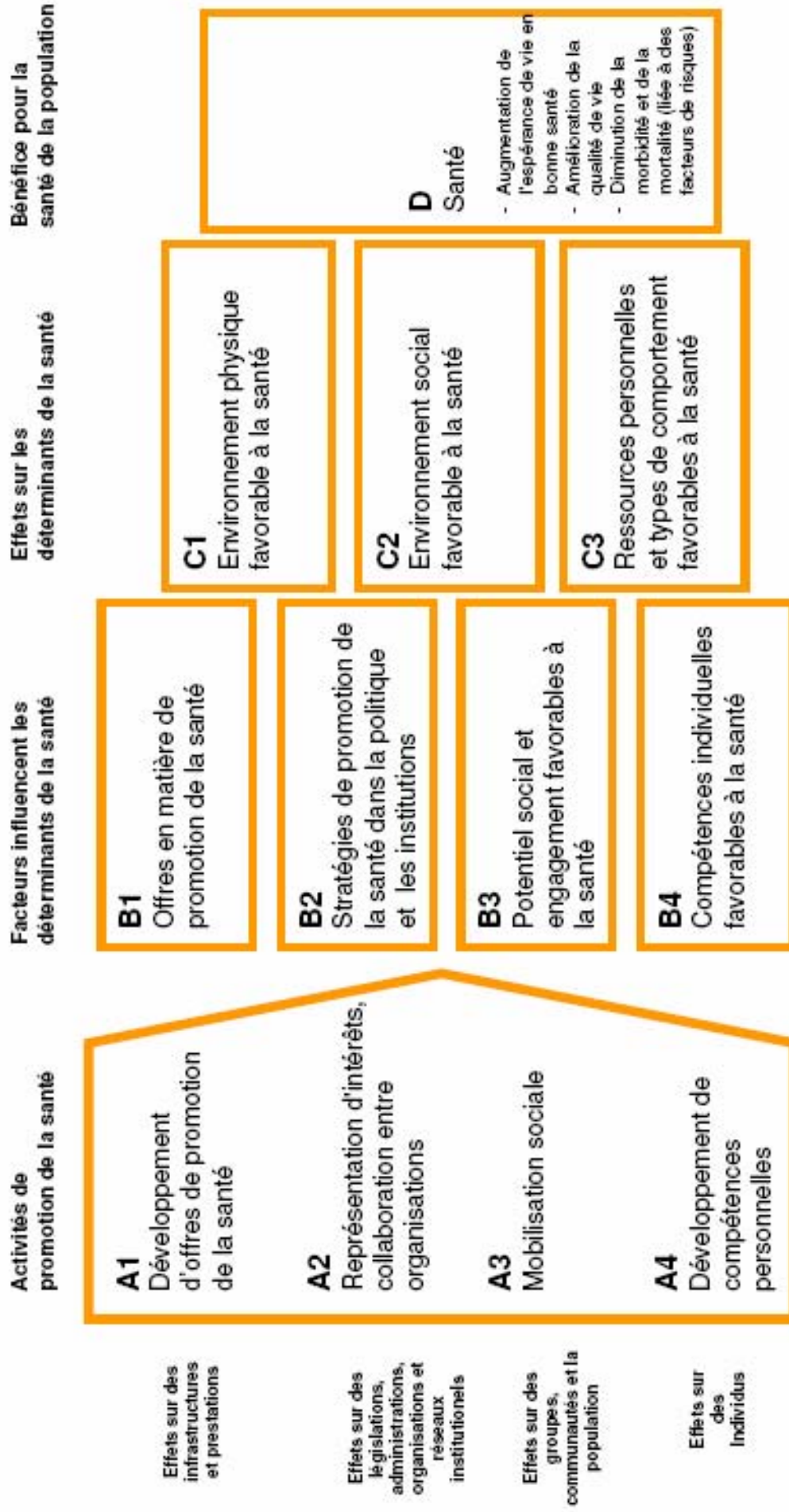
Les mesures de promotion de la santé sont destinées à atteindre les objectifs du projet, elles permettent de réaliser le projet et le font avancer. Cette colonne ne doit pas obligatoirement être remplie pour la documentation des objectifs et des résultats.



Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Gunter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Falmeri, Adrian
© Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

Les sous-catégories

A1

Développement d'offres de promotion de la santé

B1 Offres en matière de promotion de la santé

1. Notoriété de l'offre
2. Accessibilité de l'offre et atteinte des groupes cibles
3. Utilisation de l'offre et satisfaction des utilisateurs
4. Pérennisation de l'offre
5. A. amélioration des compétences prof. des multiplicateurs

A2

Représentation d'intérêts, collaboration entre organisations

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

1. Engagement ferme de décideurs et/ou de personnalités clés
2. Bases écrites contraignantes pour des actions significatives
3. Modifications organisationnelles fonctionnelles
4. Echanges et coopérations efficaces

A3

Mobilisation sociale

B3 Potentiel social et engagement favorable à la santé

1. Existence de groupes actifs chargés des questions de promotion de la santé
2. Collaboration de nouveaux acteurs
3. Diffusion des questions de promotion de la santé auprès de groupes de la population
4. Appropriation des questions de santé par des groupes dans la population

A4

Développement de compétences personnelles

B4 Compétences individuelles favorables à la santé

1. Connaissance des processus/des thèmes
2. Attitude positive par rapport au thème
3. Nouvelles aptitudes personnelles et/ou sociales
4. Renforcement de la confiance en soi

Utilisation

Analyse de la situation
Où décèle-t-on un problème de santé spécifique? Dans quelles catégories peut-on ranger les facteurs qui ont conduit au problème et comment ceux-ci sont-ils reliés entre eux?

Evolution

Qu'est-ce qui a contribué comment à maintenir la santé ou à réduire le problème de santé? Dans quelles catégories peut-on relever des résultats et comment ceux-ci sont-ils reliés entre eux?

Planification de l'intervention
Comment, dans une situation donnée, peut-on maintenir la santé de la population ou réduire le problème de la? Dans quelles catégories faudrait-il fixer des objectifs et comment ceux-ci sont-ils reliés entre eux?

C1 Environnement physique favorable à la santé

1. Réduction des influences physiques et chimiques nocives
2. Amélioration des ressources naturelles
3. Installations et produits favorables à la santé

C2 Environnement social favorable à la santé

1. Soutien social/réseaux/intégration
2. Climat social
3. Accès aux ressources sociales générales

C3 Ressources personnelles et types de comportement favorable à la santé

1. Ressources personnelles favorables à la santé
2. Amélioration des comportements favorables à la santé

D Santé

- Augmentation de l'espérance de vie en bonne santé
- Amélioration de la qualité de vie
- Diminution de la morbidité et de la mortalité (liée à des facteurs de risques)

Utilisation du modèle de catégorisation pour l'évaluation

Vérification des résultats et interrelations de résultats (autrement dit du modèle). Pour l'évaluation d'un projet, on fera le relevé des résultats effectivement atteints que l'on attribuera aux catégories et sous-catégories.

On s'intéressera aux questions suivantes:

- Dans quelles catégories et sous-catégories y a-t-il une accumulation de résultats?
- Dans quelle mesure les résultats atteints correspondent-ils aux objectifs visés?
- Dans quelle mesure les interrelations supposées ont-elles été confirmées ou n'ont-elles pas été trouvées?
- D'autres interrelations se sont-elles avérées, qui nécessitent un élargissement du modèle?
- Constate-t-on des effets non planifiés, positifs ou négatifs?

En vue de continuer ou d'améliorer un projet, on peut aussi poser les questions suivantes:

- Vu les expériences faites avec le projet, faut-il repenser ou réviser les interrelations supposées?
- Y a-t-il des raisons de déplacer les priorités du projet pour atteindre les effets visés à long terme?

Remarques

Le modèle peut également être utilisé pour des évaluations et bilans intermédiaires, et non seulement finaux. Les résultats intermédiaires pourront alors être réinvestis dans le pilotage du projet.

Idéalement, il ne sera donc pas utilisé seulement par la direction de projet ou l'évaluateur mais discuté plutôt dans le cadre d'une séance de l'équipe de projet, entre évaluateurs et principaux participants au projet, etc.

Des compléments d'information sur ce modèle, d'autres méthodes d'évaluation, et des documents sur la qualité dans les projets de santé sont disponibles sur un site spécialisé, mis en ligne spécifiquement pour la Suisse par la fondation Promotion Santé Suisse¹⁰.

4.2 Application du modèle au projet « la santé à l'école »

Répartition des résultats dans les sous-catégories

Dans cette étape, les résultats obtenus sont attribués à une sous-catégorie. Tant les points positifs que les **points négatifs** mentionnés dans les résultats sont répartis. L'exercice dépend bien sûr de l'interprétation de la personne qui fait cette répartition. Néanmoins, il permet de mettre en évidence des tendances, des axes de réussites et des axes de potentielles améliorations.

Les points positifs - *les points négatifs*

Permanences

Entre 300 et 500 visites par année : les enfants ont à leur disposition un lieu d'écoute , ils sont écoutés. B1.1, B1.2, B1.3, B1.4,

Les enfants sont satisfaits de leur visite B1.3, les parents confirment cette satisfaction B1.3

Les partenaires, les enseignants, le GPBE ; les infirmières les jugent utiles voire indispensables : B1.1, B1.4

Popularité

Les élèves, les parents, les partenaires connaissent l'offre, savent qui s'en occupe, B1.1

Les enseignants de la Vallée de Tavannes voudraient pouvoir bénéficier d'une telle offre B1.1

Points forts – points faibles

Les enfants et les parents savent quels thèmes ont été abordés, ils s'en souviennent parfois après 6 ans. B4.1

Les parents estiment les sujets abordés utiles. B4.2

Les parents disent avoir parlé en famille des sujets abordés en classe. B3.4

La faible durabilité des bons comportements citée par les enseignants, et par les partenaires, GPBE B4.3

Le manque de différenciation des activités selon les âges B1.2

Pour le GPBE, le choix et l'alternance des thèmes physiques et relationnels B1.2

Pour les enseignants, les thèmes relationnels ne devraient pas être traités par le projet, mais le sont au jour le jour dans la vie de la classe. B1.2

Le changement d'infirmières a été perçu comme un frein au projet B 2.3

La participation de la population : enseignants, parents, enfants. B3.3

Les permanences permettent de créer des liens avec les enseignants B2.4

Le projet « alimentation » a été le plus durable, tout le monde s'en rappelle, il est régulièrement repris dans les classes. B1.4

L'investissement du Conseil des parents, la collaboration avec celui-ci. B2.4

Pour les infirmières, une certaine difficulté à s'insérer dans l'école B2.4

Pas de cadre compétent : référents, supérieurs B2.1

Pas de légitimité ni de reconnaissance au niveau cantonal (ou au-dessus)B2.2

Impacts et effets

2/3 des élèves disent avoir changé un peu ou beaucoup leurs habitudes alimentaires B4.3

Ils ont des connaissances correctes dans ce domaine B4.3

Près de 3/4 des élèves disent avoir acquis des nouvelles compétences relationnelles B4.3

2/3 des élèves disent respecter le code de vie, mais ... seulement un quart de leurs camarades le font ! B4.1

Près de la moitié des élèves fait attention à son dos B4.1

Un bon tiers des élèves dit faire plus de sport qu'auparavant B4.3

La moitié des parents et des partenaires disent avoir remarqué un ou plusieurs changement chez les enfants suite à l'étude de thèmes de santé en classe B4.3

Les partenaires ont aussi remarqué des changements chez les parents ***mais dans une moindre mesure au niveau de la population globale B3.3***

Les enseignants disent que les enfants ont acquis peu de compétences et de connaissances, mais qu'il reste certainement quelque chose B4.3

Les enseignants soulignent aussi les bonnes relations cultivées avec les parents lors des fêtes organisées dans le cadre du projet. Ils apprécient tout l'investissement de ces parents. B2.4

Ils disent aussi que c'est l'occasion pour parents, enfants et enseignants de faire quelque chose ensemble dans le cadre scolaire. B3.1

Le développement de la « culture de la parole » chez les enfants B4.3

Sensibilisation des participants aux thèmes de santé liés aux fêtes B3.3

Participation au développement de la cohésion sociale B3.4.

Le réseau des partenaires a été activé, par exemple par la participation des infirmières à la commission « Prévention et promotion de la santé » de la commune. B3.1

Les écoles sont devenues sans fumée.B2.3

Certains enseignants ont arrêté de fumer.B4.3

Thèmes des projets annuels

50% des parents ont été marqués par les différents thèmes abordés en classe B4.2

Les enseignants disent que les thèmes sont pertinents ***mais devraient être traités de façon différenciée, par l'infirmière (thèmes traitant du corps) et la médiatrice (thèmes traitant de relations)*** B4.2

Les enseignants disent manquer de temps pour aborder ou approfondir les sujets B2.3

Le GPBE juge les thèmes adaptés B4.2

Les infirmières estiment que la force du projet est que les thèmes sont pilotés par le GPBE B3.1

Collaboration – coordination

68% des partenaires sont satisfaits de la coordination du travail. B2.4

73% des partenaires jugent la collaboration bonne à excellente B2.4

Les enseignants déplorent avoir peu ou pas d'écho des parents B3.3

Les enseignants apprécient l'engagement du conseil des parents B2.4

Les enseignants disent que la coordination entre les différents partenaires est bonne B2.4

Les enseignants d'un collège disent que le programme est imposé par la direction B2.3

Les enseignants mettent en doute l'utilité de l'infirmière et sa compréhension de leur travail B2.4

Les enseignants et le GPBE veulent une meilleure définition des rôles des médiatrices et de l'infirmière B2.4

Les habitudes des parents changent peu B4.3

Coordination des différents projets difficile à l'école B2.3

Le GPBE estime que les enseignants ne font pas de liens entre le projet santé et leur propre santé. B4.3

Pour le S.P.E., les infirmières et les médiatrices sont perçues comme des professionnelles de qualité B1.5

Ce même S.P.E. perçoit une réelle différence dans la prise en charge des enfants en difficulté, par rapport à d'autres écoles B1.1

La collaboration est possible, voire fructueuse B2.4

Les infirmières ressentent le directeur comme un moteur du projet B2.1

Les médecins de la ville ne connaissent pas vraiment les infirmières du projet(3 exceptions !) B2.4

Les parents sont des interlocuteurs importants pour les infirmières. B2.4

Avec les partenaires, les contacts ponctuels sont bons, ***la régularité est difficile.***B2.4

Les infirmières ont un rôle de triage, relais, introduire les personnes auprès des spécialistes. B2.4

Difficulté de la polyvalence demandée aux infirmières B1.5

Répartition des pourcentages de poste difficile B2.3

Utilité – pérennité

76 % des parents pensent que les sujets de santé abordés sont utiles. B1.3

95% des partenaires pensent que le structure « la santé à l'école » est utile ou indispensable B1.4

95% des partenaires pensent qu'une telle structure serait utile ou indispensable au niveau secondaire B3.1

Les enseignants jugent les permanences utiles B1.4

Les enseignants demandent d'être prudent quant aux projets, surtout des nouveaux B1.4

Les enseignants voient des grands besoins pour une telle structure au niveau secondaire, B3.1

Le GPBE est convaincu de l'utilité du projet au niveau primaire B1.4

Le GBPE voient des grands besoins pour une telle structure au niveau secondaire, B3.1

Les infirmières sont convaincues de l'utilité du projet au niveau primaire B1.4

4.3 Regroupements des résultats par sous-catégorie

Dans ce chapitre, les résultats cités au chapitre précédent ont simplement été regroupés dans les sous-catégories du modèle. Bien sûr, les divers items n'ont pas tout le même poids, de sorte qu'on ne peut pas dire : « La sous-catégorie B2.4 contient le plus d'item, donc c'est dans les échanges et la coopération que le projet a les plus grandes réussites ». Mais cette visualisation pose des indices sur les domaines de réussite du projet et sur les domaines potentiels d'amélioration. Dans cette liste, les points positifs sont toujours différenciés **des plus négatifs**. *En italique plus fin* : des remarques de l'évaluatrice, qui n'ont pas été citées par tous les autres sondés, mais qui pourraient être significatifs du point de vue de la promotion de la santé.

Les points positifs – **les points négatifs** – *les points ajoutés par l'évaluatrice*

B1 Offres en matière de promotion de la santé

B1.1 Notoriété de l'offre

- entre 300 et 500 visites de la permanence par année : les enfants ont à leur disposition un lieu d'écoute , ils sont écoutés
- Les partenaires, les enseignants, le GPBE, les infirmières jugent les permanences utiles voire indispensables
- les élèves, les parents, les partenaires connaissent l'offre, savent qui s'en occupe
- Les enseignants de la Vallée de Tavannes voudraient pouvoir bénéficier d'une telle offre
- Une différence est perçue très positivement par rapport à d'autres écoles, par certains partenaires du réseau

B1.2 Accessibilité de l'offre et atteinte des groupes cibles

- entre 300 et 500 visites de la permanence par année : les enfants ont à leur disposition un lieu d'écoute , ils sont écoutés
- **Le manque de différenciation des activités liées aux projets selon les âges**
- Pour le GPBE, le choix et l'alternance des thèmes physiques et relationnels
- **Pour les enseignants, les thèmes relationnels ne devraient pas être traités dans les thèmes annuels**, mais le sont au jour le jour dans la vie de la classe
- *Structure d'accueil et de triage à très bas seuil pour les élèves et les enseignants*

B1.3 Utilisation de l'offre et satisfaction des utilisateurs

- entre 300 et 500 visites de la permanence par année : les enfants ont à leur disposition un lieu d'écoute , ils sont écoutés
- Les enfants sont satisfaits de leur visite de la permanence
- les parents confirment cette satisfaction
- 76 % des parents pensent que les sujets de santé abordés sont utiles

B1.4 Pérennisation de l'offre

- entre 300 et 500 visites de la permanence par année : les enfants ont à leur disposition un lieu d'écoute , ils sont écoutés
- Les partenaires, les enseignants, le GPBE ; les infirmières jugent les permanences utiles voire indispensables
- Le projet « alimentation » a été le plus durable, tout le monde s'en rappelle, il est régulièrement repris dans les classes.
- 95% des partenaires pensent que le structure « la santé à l'école » est utile ou indispensable

- Les enseignants jugent les permanences utiles
- **Les enseignants demandent d'être prudents quant aux projets, surtout les nouveaux**
- Le GPBE est convaincu de l'utilité du projet au niveau primaire
- Les infirmières sont convaincues de l'utilité du projet au niveau primaire
- *Le fait que le projet dure depuis 6 ans et que la majorité des acteurs désirent qu'il continue,*

B1.5 Amélioration des compétences professionnelles des multiplicateurs

- Pour le S.P.E., les infirmières et les médiatrices sont perçues comme des professionnelles de qualité
- Difficulté de la polyvalence demandée aux infirmières
- *22% des élèves nomment l'enseignant comme responsable de la santé à l'école, 53% nomment les infirmières et 3% nomment les médiatrices. Cela fait penser que ce sujet est vraiment pris en charge de façon collective par les adultes de l'établissement, même si ce fait est infirmé par les déclarations des acteurs par rapport aux difficultés de collaboration*

B2 Stratégies de la promotion de la santé dans la politique et les institutions

B2.1 Engagement ferme de décideurs et/ou de personnalités clés

- **Pas de cadre compétent : référents, supérieurs**
- Les infirmières ressentent le directeur comme un moteur du projet
- *ESPAS met à disposition une bonne partie des moyens financiers permettant à ce projet de durer.*

B2.2 Bases écrites contraignantes pour des actions significatives

- **Pas de légitimité ni de reconnaissance au niveau cantonal (ou au-dessus)**
- *Le concept écrit en 2000 prévoyait les 2 axes du projet, ceux-ci durent toujours.*

B2.3 Modifications organisationnelles fonctionnelles

- **Le changement d'infirmières a été perçu comme un frein au projet**
- Les écoles sont devenues sans fumée
- **Les enseignants disent manquer de temps pour aborder ou approfondir les sujets**
- **Les enseignants d'un collège disent que le programme est imposé par la direction**
- **Coordination des différents projets difficile à l'école**
- **Répartition des pourcentages de poste difficile**
- *L'engagement de professionnelles au départ du projet, qui dure toujours.*

B2.4 Echanges et coopérations efficaces

- Les permanences permettent de créer des liens avec les enseignants
- L'investissement du conseil des parents, la collaboration avec celui-ci.
- **Pour les infirmières, une certaine difficulté à s'insérer dans l'école**
- **Les médecins de la ville ne connaissent pas vraiment les infirmières du projet** (3 exceptions !)
- Les enseignants soulignent aussi les bonnes relations cultivées avec les parents lors des fêtes organisées dans le cadre du projet. Ils apprécient tout l'investissement de ces parents
- 68% des partenaires sont satisfaits de la coordination du travail
- 73% des partenaires jugent la collaboration bonne à excellente
- Les enseignants apprécient l'engagement du conseil des parents
- Les enseignants disent que la coordination entre les différents partenaires est bonne
- **Les enseignants mettent en doute l'utilité de l'infirmière et sa compréhension de leur travail**

- **Les enseignants et le GPBE veulent une meilleure définition des rôles des médiatrices et de l'infirmière**
- La collaboration est possible, voire fructueuse
- Les parents sont des interlocuteurs importants pour les infirmières
- Avec les partenaires, les contacts ponctuels sont bons, **la régularité est difficile**
- Les infirmières ont un rôle de triage, relais, introduire les personnes auprès des spécialistes.

B3 Potentiel social et engagement favorable à la santé

B3.1 Existence de groupes actifs chargés des questions de promotion de la santé

- Les enseignants disent que c'est l'occasion pour parents, enfants et enseignants de faire quelque chose ensemble dans le cadre scolaire
- Le réseau des partenaires a été activé, par exemple par la participation des infirmières à la commission « Prévention et promotion de la santé » de la commune.
- Les infirmières estiment que la force du projet est que les thèmes sont pilotés par le GPBE
- 95% des partenaires pensent qu'une telle structure serait utile ou indispensable au niveau secondaire
- Les enseignants et le GPBE voient des grands besoins pour une telle structure au niveau secondaire
- *L'engagement des membres du GPBE dans le pilotage du projet*
- *La large représentativité du GPBE*
- *La disponibilité des partenaires du réseau à intervenir à un moment ou à un autre dans le projet*

B3.2 Collaboration de nouveaux acteurs

- Les partenaires ont remarqué des changements chez les parents **mais dans une moindre mesure au niveau de la population globale**
- *Le GPBE est créé en 2000*
- *Les partenaires, selon les besoins du projet*
- *Les enseignants qui entrent dans les sujets proposés par les infirmières*

B3.3 Diffusion des questions de promotion de la santé auprès de groupes de la population

- La participation de la population : enseignants, parents, enfants
- Sensibilisation des participants aux thèmes de santé liés aux fêtes
- **Les enseignants déplorent avoir peu ou pas d'écho des parents**

B3.4 Appropriation des questions de santé par des groupes dans la population

- Participation au développement de la cohésion sociale
- 50% des parents ont été marqués par les différents thèmes abordés en classe
- Les parents disent avoir parlé en famille des sujets abordés en classe
- *A chaque fête, un groupe de parents a pris en charge l'essentiel du déroulement*

B4 Compétences individuelles favorables à la santé

B4.1 Connaissance des processus/des thèmes

- Les enfants et les parents savent quels thèmes ont été abordés, ils s'en souviennent parfois 6 années plus tard.
- 2/3 des élèves disent respecter le code de vie, mais ... seulement un quart de leurs camarades le font !
- Près de la moitié des élèves fait attention à son dos

B4.2 Attitude positive par rapport au thème

- Les parents estiment les sujets abordés utiles.
- Les enseignants disent que les thèmes sont pertinents **mais devraient être traités de façon différenciée, par l'infirmière (thèmes traitant du corps) et la médiatrice (thèmes traitant de relations)**
- Le GPBE juge les thèmes adaptés
- **Le GPBE estime que les enseignants ne font pas de liens entre le projet santé et leur propre santé.**

B4.3 Nouvelles aptitudes personnelles et/ou sociales

- Les parents disent avoir parlé en famille des sujets abordés en classe.
- **La faible durabilité des bons comportements citée par les enseignants, et par les partenaires, GPBE**
- 2/3 des élèves disent avoir changé un peu ou beaucoup leurs habitudes alimentaires
- Ils ont des connaissances correctes dans le domaine de l'alimentation
- Près de 3/4 des élèves disent avoir acquis des nouvelles compétences relationnelles
- Un bon tiers des élèves dit faire plus de sport qu'auparavant
- Près de la moitié des élèves fait attention à son dos
- La moitié des parents et des partenaires disent avoir remarqué un ou plusieurs changements chez les enfants suite à l'étude de thèmes de santé en classe
- **Les enseignants disent que les enfants ont acquis peu de compétences et de connaissances**, mais qu'il reste certainement quelque chose
- Le développement de la « culture de la parole » chez les enfants
- Certains enseignants ont arrêté de fumer
- **Les habitudes des parents changent peu**

B4.4 Renforcement de la confiance en soi

Pas de résultats classés dans cette sous-catégorie

4.4 Impact sur les déterminants de la santé

Adéquation aux objectifs initiaux du projet

Le but ici est de décrire les impacts des résultats notés dans les sous-catégories sur les déterminants de la santé listés dans la colonne C du modèle. Ces déterminants sont reconnus par des évaluations ou des modèles scientifiquement validés pouvant faire référence pour des contextes et groupes cibles donnés en Suisse. On peut donc dire qu'un impact positif sur un de ces déterminants aura un effet positif sur la santé des individus concernés.

Le schéma de la page suivante montre par des flèches, les modifications positives des déterminants de la santé.

On voit clairement une accumulation d'impact dans le domaine de l'environnement social favorable à la santé (C 2).

En effet, la mise en réseau des différents acteurs et des services-ressources pour la ville de Moutier a été améliorée.

La mobilisation conjointe d'enseignants et de parents autour des fêtes liées aux projets annuels est aussi un axe important de l'impact sur ce déterminant. Il est souligné tant par les infirmières que par les enseignants et les partenaires.

L'engagement ponctuel mais actif des partenaires, selon les sujets n'a jamais fait défaut.

La diversité des représentations à l'intérieur du groupe de pilotage du projet (GPBE) permet un large étayage des actions. L'engagement régulier de ces personnes permet la diffusion des idées du projet dans la population et le soutien des infirmières. La direction de l'école est partie prenante du projet, c'est même un moteur du projet selon les dires des infirmières, c'est une condition indispensable à la réussite et à la durabilité des offres. Ces constatations vont dans la direction de l'objectif formulé en début de projet :

« Réfléchir ensemble à la qualité de vie à l'école et proposer des actions coordonnées répondant aux besoins identifiés ».

La flèche qui décrit l'impact sur les installations et produits favorables à la santé mérite qu'on s'y arrête un instant (C1.3). Elle décrit surtout l'offre de permanence, d'écoute, de triage des infirmières dans les écoles. Cette offre représente une bonne moitié du travail fait dans le projet. Une des qualités principales de cette offre est qu'elle est à très bas seuil, d'accès très simple pour les élèves, et disponible pour les enseignants, les parents ou les autres personnes gravitant autour de l'école. Même représenté par une seule flèche, cet impact est majeur dans ce projet. Il correspond à l'objectif formulé au départ du projet : « Proposer un lieu d'écoute et d'orientation à l'intérieur de l'école »

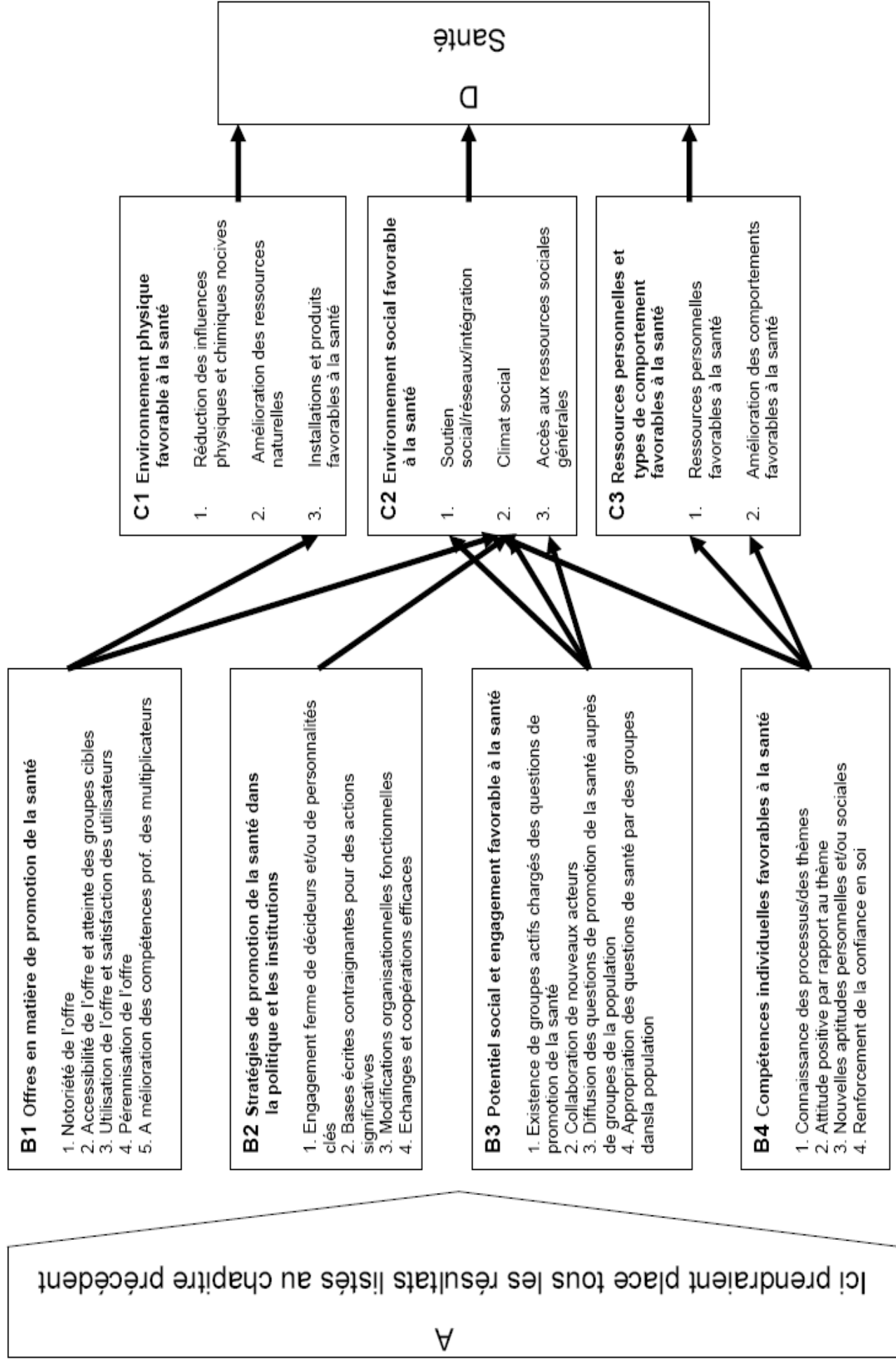
La reconnaissance du professionnalisme des infirmières et des médiatrices par les autres acteurs du réseau, notamment le SPE et le médecin scolaire, est fondamentale. Sûrement que la prise en charge des problèmes des élèves ayant un souci de santé (terme compris de façon très large : santé physique ou mentale ou encore relationnelle) s'est améliorée et peut avoir lieu plus rapidement.

Les flèches décrivant un impact sur les ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé (C3) concernent surtout les élèves, et un peu les parents. Les connaissances et les compétences des enfants se sont améliorées dans deux domaines surtout : celui de l'alimentation et celui des relations et comportements sociaux. Cela correspond aussi à un des objectifs formulés au départ du projet qui était : « Développer les compétences sociales (concept santé) au cours de la scolarité primaire ».

Il n'a pas encore été question du tout premier objectif formulé au départ du projet : « Identifier les besoins en santé des enfants de Moutier scolarisés en milieu primaire, ainsi que leurs ressources. En fonction de l'analyse des résultats de cette recherche participer, en collaboration avec la communauté et les partenaires potentiels à l'élaboration d'un projet visant à répondre aux besoins identifiés ». L'atteinte de cet objectif est celui qui date le plus dans le temps. En effet, c'est en lançant le projet, en trouvant les fonds pour le faire durer et en renouvelant les forces vives dans le GPBE que cette vision a pu se réaliser, ... du moins en partie. Ce n'est pas un processus terminé, mais bien un processus en cours, avec les ajustements et les modifications nécessaires qui découlent de la vie du projet.

La durabilité du projet est un autre point très positif des ces résultats. En 6 ans, les acteurs ont évolués. L'offre s'est adaptée selon les résultats des évaluations annuelles du projet. Le projet dans son entier fait partie du paysage scolaire, et sa notoriété augmente au cours du temps. C'est certainement un des objectifs de tout projet de promotion de la santé.

4.5 Modélisation des effets



4.6 Quelques problèmes ... et quelques idées

Ici seront abordés les points rouges formulés dans les résultats. L'analyse propose aussi quelques pistes pour l'avenir.

D'une manière générale, le groupe montrant le plus de mécontentement par rapport au projet est celui des enseignants. Bien sûr, à côté de tous les points positifs que ce groupe a aussi formulés.

Plusieurs remarques font penser que les enseignants ne vivent pas le projet « La santé à l'école » comme leur propre projet, mais comme du travail supplémentaire imposé soit par l'infirmière, soit par la direction, soit par le GPBE. Ils ne voient pas vraiment de bénéfices nets pour eux-mêmes, pour les élèves ou pour leurs parents.

Probablement qu'une analyse approfondie des besoins de ce groupe, et de l'adéquation des différentes parties du projet à ces besoins est à entreprendre. Il serait bon de répondre aux questions suivantes : de quoi les enseignants auraient-ils besoin dans ce domaine ? Quel projet pourraient-ils s'approprier ?

Un autre sujet abordé par les enseignants est celui de la différenciation des méthodes pour aborder les thèmes annuels par rapport à l'âge du public-cible. Il s'agit ici d'une insatisfaction, mais déjà assortie d'une proposition de changement.

Les activités proposées pour aborder certains des thèmes annuels ne seraient pas adaptées à tous les élèves. Par exemple : la visite de l'exposition « Ni hérisson, ni paillason » n'était pas considérée comme enthousiasmante pour des élèves de 5^{ème} et 6^{ème} année, mais plutôt destinée à des plus petits.

Cette remarque associée à celle vue plus haut d'un trop-plein de charges pour les enseignants les ont amenés à proposer que les thèmes soient différenciés selon les années scolaires plutôt que de choisir un thème annuel et de le développer dans toutes les classes, de la première à la 6^{ème} année.

Cette façon de faire aurait un inconvénient : comment intégrer la nécessité de répétition ? Plusieurs enseignants ont noté que le thème de l'alimentation saine est resté dans la tête des enfants, aussi parce que ce sujet a été repris presque chaque année. Comment gérer ce besoin de répétition si ce thème est attribué, par exemple aux élèves de 3^{ème} ou 4^{ème} année ?

Une difficulté formulée par des enseignants et par les infirmières est la coordination entre les médiatrices et les infirmières. Dans une grande mesure, elles ont la même offre d'écoute pour les élèves. Les critères pour envoyer les élèves chez l'une ou chez l'autre ne sont pas clairs. Un sentiment de concurrence peut naître. Certains enseignants pensent qu'il serait bon de trier les interventions selon le sujet dont l'élève se plaint : s'il a un souci physique, il devrait plutôt voir l'infirmière, s'il a un souci relationnel il devrait plutôt voir la médiatrice. Dans la pratique, cette distinction est très difficile à faire, surtout avant que l'enfant ait pu s'exprimer et on ne peut pas s'attendre à ce que les élèves aient cette capacité. A cela s'ajoute que plusieurs parmi les parents et les partenaires soulignent la position plus neutre de l'infirmière extérieure à l'école par rapport à celui de la médiatrice enseignante dans l'école.

La coordination dans ce domaine passe par la discussion, par l'établissement clair de moments de discussion entre ces deux intervenantes pour parler ouvertement des rôles respectifs, mais aussi des sentiments soulevés par cette concurrence. Une idée pourrait être d'organiser des supervisions communes pour que chacune ait une porte ouverte sur le travail de l'autre. Ce travail d'harmonisation prend du temps que les deux intervenantes doivent pouvoir prendre en toute tranquillité et bonne conscience. Une autre possibilité est l'engagement d'un médiateur au moins au début du processus.

Les infirmières semblent ne pas toujours avoir un cadre clair pour leur travail, ni de référents professionnels dans le domaine de la promotion de la santé. Elles parlent aussi de manque de reconnaissance au niveau régional ou cantonal. Le bon côté de ces remarques est que la reconnaissance interne à l'école, au groupe de pilotage, voire au niveau de la ville semble correspondre aux attentes.

Le cadre de référence professionnel pourrait être trouvé ou élaboré à partir de divers apports. Certains sont déjà explorés par les infirmières : la fondation Santé bernoise, le Réseau suisse d'écoles en santé et la fondation Radix, la fondation Promotion Santé Suisse, les modèles de santé scolaire vaudois ou jurassien. De plus les ressources internes du GPBE pourraient être mieux explorées. Dans ce groupe sont représentés plusieurs acteurs importants du système de santé de la région, la question de l'échange de savoirs et de compétences à ce niveau pourrait être à l'ordre du jour autant que la gestion du projet.

Pour ce qui est de la reconnaissance du projet au niveau régional ou cantonal, force est de constater que le projet « La santé à l'école » était un pionnier dans le domaine. Le Coin bleu de Reconvilier lui a emboîté le pas, et ces modèles pourraient faire des émules dans d'autres localités. Un des objectifs du présent rapport est aussi « de diffuser un modèle et de trouver des nouvelles collaborations, tant au niveau local qu'aux niveaux régional et cantonal »

Dernier point difficile pour le travail des infirmières : la répartition du temps de travail entre les deux personnes engagées pour le projet. Actuellement, le pourcentage d'engagement des infirmières est de 50% en comptant un temps prévu pour les permanences dans le Grand Val (villages de Grand-Val, Belprahon, Eschert, Crémines et Corcelles). La répartition est de 40% pour l'une, 10% pour l'autre. Les 10% de la deuxième représentent une demi-journée par semaine, temps pendant lequel elle assure la permanence dans un des collèges. Elle n'a donc matériellement pas le temps de faire autre chose. La question se pose de savoir s'il est bon que toute l'animation des projets annuels soit sur les épaules d'une seule des deux infirmières, si l'échange et la collaboration ne devraient pas avoir lieu aussi dans ce domaine.

Pour finir, la question de mener un projet du même genre aussi à l'école secondaire devrait absolument être rediscutée avec les personnes concernées, tant les avis à ce sujet concordent parmi les personnes interrogées. Mais comme pour les enseignants de l'école primaire, il est essentiel de trouver des modalités qui permettent aux enseignants de s'approprier le projet.

4.7 Conclusion

Le projet « La santé à l'école » est un modèle pour la promotion de la santé.

Avec des moyens relativement restreints, il atteint les objectifs qu'il s'était fixés. Le pourcentage de travail des professionnelles de ce projet : les infirmières, n'est que de 50 % environ. Le nombre d'animations et d'interventions réalisées montre qu'elles ont réussi à fédérer autour d'elles toute une équipe de partenaires ou de bénévoles qui ont grandement contribué à la réalisation de plusieurs actions. Le fait d'intégrer ces mêmes personnes au groupe de pilotage du projet permet d'avoir une meilleure chance de rester au plus près des besoins des publics cibles.

La philosophie du projet et les méthodes de travail sont celles la promotion de la santé : recherche des besoins réels des publics cibles, travail en réseau, engagement des personnes directement concernées à s'approprier le projet, augmentation des compétences des publics cibles en matière de santé, travail au niveau individuel comme au niveau de différents groupes et pour finir : évaluation permettant de valoriser les réalisations et réorienter les domaines où cela est nécessaire.

L'intégration du projet dans l'offre globale des services disponibles à Moutier est aussi remarquable. Le souci de travailler avec beaucoup de partenaires est apprécié de ceux-ci. L'offre bas seuil de permanences d'écoute pour les élèves ou pour les adultes gravitant autour de l'école remplit une lacune reconnue lors de l'étude des besoins, mais reconnue aussi par d'autres écoles dans d'autres communes.

La collaboration de professionnelles du monde de la santé (dépendant de la SAP : Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale) avec d'autres professionnels du monde de l'éducation (dépendant du DIP : Direction de l'instruction publique) est ici amorcée avec succès, même s'il y a encore beaucoup de travail d'ajustement à faire.

L'offre faite rencontre l'intérêt, et est utilisée par les groupes cibles qui en sont globalement satisfaits.

La présente évaluation est un jalon dans la vie du projet, qui devrait permettre d'évoluer encore et de correspondre toujours mieux aux attentes de tous les utilisateurs.