

Promotion de la Santé à l'École

Rapport d'évaluation du programme de formation 2003

Réalisé par les Services Communautaires de Promotion de la Santé
en collaboration avec le Service Education Santé de la Croix Rouge

Ont collaboré à la réalisation de ce rapport :

Alain Cherbonnier (Question Santé)

Viviane Delegher (Croix Rouge)

Damien Favresse (ULB-PROMES)

Sophie Grignard (APES-ULg)

Geneviève Houioux (Cabinet de la Ministre de la Santé)

Valérie Hubens (Croix Rouge)

André Lufin (Croix Rouge)

Danielle Piette (ULB-PROMES)

Patrick Trefois (Question Santé)

Chantal Vandoorne (APES-ULg)

I. INTRODUCTION	1
1. <u>La mise en place du nouveau Décret</u>	1
2. <u>L'organisation des formations pour les équipes PSE</u>	1
3. <u>L'évaluation de la mise en place du Décret</u>	2
3.1. <u>Mise en place du groupe de travail "évaluation PSE"</u>	
3.3. <u>L'évaluation des formations</u>	
II. EVALUATION PORTANT SUR LES RESULTATS	4
1. <u>Quels sont les acteurs de ces formations?</u>	4
2. <u>Dans quelle mesure les représentations et attitudes des participants ont-elles évolué?</u>	5
2.1. <u>Evolution du vécu d'empowerment professionnel</u>	5
2.2. <u>Evolution des représentations des participants à propos de leur rôle</u>	6
2.3. <u>Evolution des représentations et attitudes des participants à propos du Décret</u>	7
3. <u>Quelles modifications la formation a-t-elle introduites dans les pratiques?</u>	8
3.1. <u>Objectifs, outils et méthodes</u>	8
3.2. <u>Le sentiment d'amélioration des capacités</u>	9
3.3. <u>Présentation intégrée des résultats sur l'acquisition des compétences</u>	10
<i>a) Tendances générales</i>	10
<i>b) Résultats par compétences</i>	12
b.1. Répondre aux demandes et mettre les écoles en projet	12
b.2. Les spécificités du rôle d'une équipe PSE	13
b.3. Les partenariats avec les services extérieurs et les usagers	14
4. <u>Quelle est la diffusion d'informations entre participants et non participants?</u>	15
4.1. <u>Objectifs, outils et méthodes</u>	15
4.2. <u>Résultats</u>	15

III. EVALUATION PORTANT SUR LE PROCESSUS	17
<u>1. Quelle est la satisfaction des participants par rapport à la formation?</u>	17
1.1. <u>Objectifs, outils et méthodes</u>	17
1.2. <u>Résultats</u>	17
<i>a) Evolution de la satisfaction générale</i>	17
<i>b) Rencontre des attentes</i>	21
<u>2. Quelle est la faisabilité de la mise en œuvre du cahier des charges de la formation?</u>	22
2.1. <u>L'application du cahier des charges</u>	22
2.2. <u>L'application en sous-groupes</u>	23
2.3. <u>L'hétérogénéité des conditions matérielles, logistiques et humaines</u>	23
IV. REGULATION DU PROGRAMME DE FORMATION (CONTENU ET PROCESSUS)	24
<u>1. Apport de l'outil "grille d'auto-évaluation des compétences"</u>	24
<u>2. Apport de l'outil "observation"</u>	24
<u>3. Apport de l'outil "questionnaire acquis"</u>	25
<u>4. Apport de l'outil "enquête téléphonique"</u>	25
<u>5. Apport de l'outil "cible"</u>	26
<u>6. Apport de l'outil "questionnaire attentes"</u>	26
V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	27

VI. ANNEXES

1. Contenu des formations PSE

2. Note méthodologique

2.1. Les outils de recueil de données

2.2. Les tests statistiques employés

2.3. Remarques

3. Tableaux : résultats bruts

I. INTRODUCTION

1. La mise en place du nouveau Décret

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.

Le Décret a été publié au Moniteur Belge le 17/01/2002. Le texte est disponible sur le site de la Communauté française.

Pour accompagner les équipes PSE dans cette évolution, le Gouvernement a organisé une formation à l'intention de tous les services PSE et des centres PMS de la Communauté française (PMS/CF).

2. L'organisation des formations pour les équipes PSE

La formation des services PSE et des centres PMS/CF constitue donc une partie du dispositif mis en place pour favoriser l'implantation du nouveau Décret. Par ce biais, il s'agit de permettre aux équipes de développer de nouvelles fonctions, d'offrir des prestations en cohérence avec la promotion de la santé à l'école et d'inscrire ces nouvelles pratiques dans la dimension "santé" des projets des établissements avec les pouvoirs organisateurs desquels ils ont passé une convention-cadre.

La mise en place de la formation a été le fruit d'un travail concerté. Dans un premier temps, sur l'initiative du Cabinet de la Ministre Maréchal, une plate-forme réunissant des spécialistes en promotion de la santé à l'école et des représentants des différents réseaux IMS et des PMS/CF a élaboré le curriculum et le dispositif de formation. Ce travail a été coordonné par l'ULB-PROMES¹. Au terme de ce travail, le Service Education Santé de la Croix-Rouge (ES-CR) a été désigné responsable de la coordination de l'organisation des formations.

Dans ce cadre, le service ES-CR – qui avait participé à la plate-forme pour son expertise en matière de coordination et de formation du Réseau européen des écoles en santé – a réalisé une enquête auprès d'un échantillon de services PSE et centres PMS/CF. Cette enquête de faisabilité a permis de prendre en considération les attentes et les disponibilités des bénéficiaires de la formation.

Par ailleurs, ce service a rencontré les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) afin de définir avec eux les types de collaboration possibles dans le cadre de la formation.

La formation (6 modules de 2 jours) a ensuite été organisée pour 15 groupes, comptant chacun entre 20 et 25 participants. Vingt-quatre formateurs (institutions ou indépendants) ont pris en charge ces groupes. Le contenu des 6 modules de formation est décrit en annexe.

¹ Unité de Promotion et d'Education Santé de l'ULB. Un des quatre Services communautaires de promotion de la santé agréés par la Communauté française, avec l'APES-ULg, le RESO-UCL et l'ASBL Question Santé.

3. L'évaluation de la mise en place du Décret

3.1 Mise en place du groupe de travail "évaluation PSE"

Le 20 septembre 2002, Madame la Ministre Maréchal invitait en son Cabinet les quatre Services communautaires de promotion de la santé (SCPS), afin de leur communiquer son souhait de réaliser une évaluation de la mise en place du Décret. Elle souhaitait disposer rapidement d'informations permettant de moduler et réorienter les conditions de mise en place du nouveau décret.

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

- Médical (bilan, suivi, prophylaxie, TBC, vaccination, recueil de données, ...). L'examen des rapports d'activités des équipes entre dans cet axe.
- Promotion Education Santé (formation, évolution des pratiques, gestion de projets, projet-santé, ...). Le présent rapport porte sur cet axe.
- Administration (agrément, subventionnement, forfait social, simplification, informatisation, ...). Cet axe s'appuiera essentiellement sur les rapports d'activités des équipes.
- Organisation (travail d'équipe, gestion d'équipe, coordination). On abordera cet axe par une approche "assurance de qualité".
- Institutionnel (PMS/PSE, partenariat). L'approche "assurance de qualité" sera aussi privilégiée.

Ainsi, un groupe de travail, composé des SCPS et d'une représentante du Cabinet de la Ministre, s'est constitué et a élaboré une procédure d'évaluation de la mise en place du Décret. La Croix-Rouge a participé aux travaux chaque fois que l'évaluation de la formation était à l'ordre du jour

Vu la date de réception de cette demande et l'étendue des objets d'évaluation potentiels, il a fallu faire des choix et se concentrer sur le recueil d'informations accessibles et pertinentes sur le court terme. Ainsi, dans un premier temps, le groupe de travail a centré sa réflexion sur l'évaluation de la formation. Les modifications de type organisationnel et institutionnel, le développement de projets d'équipe et de partenariats effectifs avec les établissements scolaires nécessitent plus de temps pour se mettre en place et ne pourront être vraiment évalués que deux à trois ans après la mise en application effective du Décret. Seule l'évaluation des formations fait l'objet du présent document.

3.2. L'évaluation des formations

L'évaluation des formations a d'emblée été conçue dans une visée formative : il s'agissait de faire émerger les conditions susceptibles d'augmenter l'efficacité et la pertinence du dispositif de formation dans sa globalité et non de recueillir des informations destinées à comparer les performances des différents groupes participant à la formation, voire des différents formateurs. Les résultats présentés ci-dessous témoignent donc de l'état au niveau de l'ensemble des groupes.

Ainsi, lorsque les informations recueillies ont permis d'observer un "effet groupe", c'est-à-dire des résultats significativement différents d'un groupe à l'autre, les résultats spécifiques par groupes ont été distribués exclusivement aux formateurs de chaque groupe concerné.

Cet "effet groupe" est en effet très complexe à interpréter : influence de la méthodologie et de l'organisation de la formation mais aussi effet des caractéristiques prédominantes des participants du point de vue de l'appartenance institutionnelle, de l'expérience en promotion de la santé, etc.

La structure du présent rapport reflète les questions directrices qui ont été explorées pour fournir une image de cette première année de formation et faire émerger des pistes pour l'organisation de la deuxième année.

Ces questions portent sur (1) les résultats, (2) les processus et (3) la régulation.

1. L'évaluation portant sur les résultats :
 - quels sont les acteurs de ces formations?
 - dans quelle mesure les représentations, les attitudes et le vécu d'empowerment² des participants ont-ils évolué?
 - quelles modifications la formation a-t-elle introduites dans les pratiques?
 - quelle est la diffusion d'informations entre participants et non participants?
2. L'évaluation portant sur les processus :
 - quelle est la satisfaction des participants?
 - quelle est la faisabilité de la mise en œuvre du cahier des charges de la formation?
3. La régulation du programme, qui rassemble les informations utiles pour préparer la deuxième année de formation.

Les éléments de réponse à chacune de ces questions sont obtenus via divers outils de collecte d'informations. Ces outils ainsi que les modalités d'analyse et les tests statistiques utilisés sont décrits en annexe.

Les *tableaux "bruts" des résultats* aux différents outils sont également placés en annexe.

La *conclusion* fournit une série de recommandations.

² Sentiment de s'épanouir dans son travail, de posséder une certaine maîtrise sur ses activités professionnelles, de pouvoir exercer certaines responsabilités ou certains choix.

II. EVALUATION PORTANT SUR LES RESULTATS

1. Quels sont les acteurs de ces formations?

Au module 1, il y avait 356 inscrits à la formation. Ces 356 personnes étaient réparties en 15 groupes. Les caractéristiques de ces personnes sont reprises ci-après.

Les infirmières et auxiliaires para-médicaux sont majoritaires. Ces deux catégories totalisent presque les trois quarts des participants, ce qui est cohérent avec la réalité quotidienne des équipes.

Tableau 1 : répartition par fonction (module 1)

Infirmières	217	61.6 %
Médecins	86	24.4 %
Auxiliaires para-médicaux	42	11.9 %
Autres (assistantes sociales, direction, administratif, ...)	7	2.0 %
TOTAL	352	

Les pouvoirs organisateurs sont variés. On remarque qu'un tiers de l'échantillon est composé d'équipes PMS (Communauté française).

Tableau 2 : répartition par pouvoir organisateur (module 1)

Communauté française (106) et COCOF (2)	108	30.5 %
Libre subventionné	104	29.4 %
Villes et communes	85	24.0 %
Province	57	16.1 %
TOTAL	354	

Du côté des formateurs, on remarquera que 9 groupes ont été pris en charge par **une même institution ou une même personne** et 6 groupes ont été pris en charge par **au moins 3 institutions / formateurs** différents.

Les caractéristiques des participants et des non participants aux formations n'ont pas fait l'objet d'une étude comparative systématique, sauf dans le domaine du vécu d'empowerment professionnel. L'échelle de vécu d'empowerment (présentée en annexe) a été remplie par 262 participants aux formations (module 1) et par 145 autres travailleurs en équipe PSE (envoi postal). Les infirmières sont majoritaires parmi les personnes ayant rempli l'échelle empowerment (trois quarts). On trouve un cinquième de médecins ainsi que quelques autres professions (assistante sociale, direction, ...).

On a ainsi pu remarquer que, au départ de la formation, **le niveau d'empowerment des participants n'est pas différent de celui des non-participants**. En effet, la moyenne du score total d'empowerment chez les participants à la formation (n=262 / moyenne=3.92601) n'est pas significativement différente³ de la moyenne de ce score chez les non-participants (n=145 / moyenne=3.9796).

³ Comparaison de moyennes

2. Dans quelle mesure les représentations et attitudes des participants ont-elles évolué?

D'après le cahier des charges, cette première année visait surtout à agir sur les attitudes et représentations à l'égard de la promotion de la santé et du Décret. Pour la plupart des formateurs, il paraissait clair que ces objectifs nécessitaient dans la plupart des cas d'entraîner les participants dans un processus de modification des représentations et des attitudes quant à leur rôle professionnel et à leur pratique.

Toutefois, si les formations ont bien comme objectif à long terme d'amener des modifications dans les pratiques professionnelles des équipes PSE, elles ne peuvent prétendre à atteindre cet objectif au terme de la première année de formation. C'est pourquoi cette partie de l'évaluation est centrée sur les trois questions suivantes :

- l'évolution du vécu d'empowerment professionnel des participants (dans quelle mesure ceux-ci ont-ils le sentiment qu'ils peuvent exercer un certain contrôle, une certaine maîtrise sur leur propre activité professionnelle?) ;
- les représentations des participants à propos du Décret et de son application potentielle sur le terrain ;
- les représentations des participants à propos des nouvelles missions des équipes PSE dans le domaine de la promotion de la santé, de la modification progressive de leur rôle par rapport aux écoles, ...

2.1. Evolution du vécu d'empowerment professionnel

L'échelle d'évaluation du vécu d'empowerment professionnel comporte une série d'items sur lesquels les répondants sont invités à se positionner entre 1 (pas du tout d'accord) et 5 (tout à fait d'accord). Elle est présentée en annexe.

Une première procédure de validation de cette échelle sous la forme d'une analyse factorielle a permis de répartir ces items en 6 dimensions, présentées ci-dessous. On peut ainsi calculer pour chaque répondant le score de chacune de ces dimensions (moyenne des scores aux différents items constituant cette dimension, variant entre 1 et 5). On peut aussi calculer un score total d'empowerment qui comprend l'ensemble des items.

a) Avant la formation, l'échelle a été remplie par 262 participants (module 1)

- Le score total d'empowerment n'est lié à aucune des caractéristiques suivantes : profession⁴, appartenance à un groupe de formation particulier⁴, encadrement du groupe par un ou par plusieurs formateurs⁵.
- Parmi les 6 dimensions de l'empowerment, la perception des relations d'équipe et l'accomplissement personnel arrivent en tête.

Les scores par dimension ont été classés ci-dessous par ordre décroissant. Les dimensions "perception positive des relations d'équipe" et "accomplissement personnel" recueillent le plus haut niveau d'accord de la part des participants. A l'inverse, le "développement de compétences" et le "sentiment d'autonomie et de contrôle" provoquent le moins d'adhésion.

⁴ Comparaison de moyennes

⁵ t de Student pour échantillons indépendants

**Tableau 3 : moyennes des scores
pour les six dimensions du vécu d'empowerment**

Perception positive des relations d'équipe	4.1682
Sens et accomplissement personnel	4.0624
Image positive de soi dans le travail	4.0581
Implication et défense de son point de vue	4.0155
Développement des compétences	3.6059
Autonomie et contrôle dans le travail	3.4084

L'importance des relations d'équipe se dessine ici et sera confirmée dans d'autres résultats de l'évaluation. Les items composant cette dimension concernent le sentiment de capacité et le plaisir à collaborer avec des gens pour résoudre des problèmes, le sentiment de bénéficier du soutien et du respect de ses collègues et le sentiment d'être capable de s'exprimer et d'écouter les autres en équipe.

S'il est encourageant de constater que la dimension "sens et accomplissement personnel" est évaluée positivement par les participants (ils continuent à trouver un sens à leur travail malgré la mouvance de leurs missions), il est néanmoins interpellant de voir que les dimensions "développement des compétences" et "autonomie et contrôle" sont moins bien évaluées.

b) A la fin de la première année de formation (module 6), l'échelle a été remplie par 201 participants. Seuls 98 participants ont accepté d'identifier leur questionnaire en pré et en post, si bien que l'évolution des scores d'empowerment entre le début et la fin de la formation n'est possible à établir que pour ce sous-groupe.

- L'évolution des scores d'empowerment professionnel entre le début et la fin de la formation ne se marque que pour la dimension "perception positive des relations d'équipe".

Seul le score à la dimension 3 (perception positive des relations d'équipe), qui était déjà le score le plus élevé en début de formation, montre une augmentation significative (de 4,206 à 4,315 / t de Student pour échantillons appariés, $p=0.012$). Il semblerait que la formation ait eu un effet bénéfique sur les aspects composant cette dimension. On peut faire l'hypothèse que le fait de participer à une formation longue avec les mêmes personnes crée ou renforce des liens et aide les participants à mieux se connaître et à collaborer plus efficacement.

2.2. Evolution des représentations des participants à propos de leur rôle

L'évolution des représentations à propos de leur rôle est une des compétences pour laquelle les participants disent avoir le plus progressé.

Les données traitées dans cette partie s'appuient sur l'analyse de certains items de la grille d'auto-évaluation des compétences, décrite en annexe (VI.2.1.2.). Cette grille a été remplie par 157 personnes (10 groupes). On a sélectionné ici les résultats relatifs à l'évolution du rôle et des missions de l'équipe.

Tableau 4 : pourcentages de répondants estimant avoir progressé par rapport à ces compétences

	%
1 - Identifier notre rôle, notre place spécifique en tant qu'équipe PSE	87
2 - Reconnaître et accepter une modification de ma propre image professionnelle	87
5 - Situer notre rôle comme déclencheur d'une dynamique de promotion de la santé dans les écoles	81
12- Distinguer la prise en charge de cas individuels et le développement d'un projet	87

Les items 1, 2 et 12 font l'objet d'un très fort sentiment de progression. Ils se situent parmi les 4 items qui ont recueilli le plus de réponses "oui" dans la grille d'évaluation des compétences (Voir tableau 3 en annexe).

L'item 5 fait également l'objet d'un sentiment de progression important.

2.3. Evolution des représentations et des attitudes des participants à propos du Décret

Les analyses qui suivent portant sur les représentations du Décret sont fondées sur l'observation de 6 groupes répartis sur les quatre premiers modules de formation (annexe – VI.2.1.3.).

En début de formation, la question du décret a engendré une série de résistances chez les participants. Les résistances se sont inscrites, essentiellement, dans deux types d'attitude chez les apprenants : l'opposition au Décret et la crainte du Décret.

- **L'opposition au Décret** : certaines personnes perçoivent le décret comme une remise en question de leur travail et de leurs compétences. Ces personnes semblent constituer une petite minorité qui, lorsqu'elle s'active, perturbe fortement l'apprentissage. Cette attitude semble également être davantage présente chez des médecins qui, de par leur position de responsabilité dans les équipes, ressentent peut-être le décret comme une remise en cause plus personnelle du mode de fonctionnement qu'ils ont institué ou perpétué dans leur équipe. Une autre source d'opposition parfois rencontrée chez les participants provient du sentiment d'un Décret venu "d'en haut" et ne prenant pas en considération la réalité des équipes sur le terrain.

- **La crainte du Décret** : elle caractérise des personnes qui éprouvent une peur de ne pas pouvoir appliquer le nouveau Décret. Sans s'opposer à la finalité de celui-ci, elles ont le sentiment que le nouveau cadre législatif est inapplicable, notamment en termes de temps et de moyens. Dans cette perspective, le Décret est davantage perçu comme une charge de travail supplémentaire (un travail à accomplir en plus du travail actuel) et moins comme une modification de la manière de travailler.

Dans les groupes observés, l'inquiétude à l'égard du Décret était davantage répandue que l'opposition. Il semble que le sentiment de crainte soit partiellement lié aux inégalités entre équipes au niveau des ressources disponibles au départ (conditions matérielles, attente de la direction, soutien ou indifférence du PO, compétences existantes dans les équipes, etc.).

Au cours des premiers modules, ce type de réaction a freiné la formation, dans la mesure où elle a engendré la nécessité de consacrer un temps plus ou moins long à des échanges de type crainte/réassurance entre participants et formateur(s).

Pour dépasser ce climat défavorable, les formateurs semblent s'être davantage centrés sur ce qu'ils considèrent comme leurs missions, c'est-à-dire sur l'apprentissage des étapes de la démarche PSE à l'école ; certains d'entre eux ont insisté sur l'aspect « centrifuge » de cette démarche (insistance sur la nécessité de partenariat, sur les ressources externes disponibles, sur la mobilisation des acteurs scolaires, etc.).

Il semble donc que le Décret a souffert, et souffre sans doute encore actuellement, d'un déficit d'explication, de vulgarisation auprès de ceux qui doivent l'appliquer sur le terrain. Si, avec le temps, l'attitude d'opposition semble avoir disparu des formations, le sentiment d'inapplicabilité, même s'il s'est atténué, semble perdurer chez une partie des participants et nécessite que l'on y porte attention. Sur ce point, il serait aussi intéressant de savoir si cette évolution ne résulte pas, en partie, du départ de certains « opposants ».

3. Quelles modifications la formation a-t-elle introduites dans les pratiques?

3.1. Objectifs, outils et méthodes

Un des enjeux de la formation est d'amener les équipes PSE à adopter de nouvelles pratiques. Dans cette perspective, il est intéressant de savoir dans quelle mesure les formations sont ressenties comme participant à l'amélioration des compétences à appliquer dans le quotidien professionnel. Il est aussi utile d'avoir une idée plus précise du positionnement actuel des participants à l'égard de ces pratiques (la motivation, le sentiment d'être prêt à les appliquer, etc.).

Notons qu'il s'agit surtout d'examiner ici des éléments dont on pense qu'ils favoriseront ou faciliteront les modifications dans les pratiques, car il est trop tôt pour enregistrer des changements observables de celles-ci. Il convient aussi de rappeler qu'il ne s'agit pas ici d'évaluer les formateurs – d'autant moins que l'impact des formations sur les capacités est tributaire des connaissances et des expériences professionnelles préalables des participants et que, vraisemblablement, cet état varie fortement d'une personne à l'autre (Observation 27/01/03).

Les participants ont ainsi eu l'occasion de se prononcer sur une série de compétences visées par les apprentissages de la première année. Ces compétences concernent :

- le positionnement par rapport aux demandes des écoles et le soutien à apporter pour les aider à développer un projet santé : analyse de la demande et analyse de situation, définition et planification de projet;
- les spécificités du rôle d'une équipe PSE : identification et modification du rôle professionnel, mise en route et visibilité d'une démarche de changement, travail en équipe;
- le partenariat avec les services extérieurs et les usagers.

Ces compétences ont été appréhendées par plusieurs voies qui s'organisent sur un continuum via deux questionnaires (questionnaire "acquis" -a- et grille "compétences" -b-), présentés en annexe.

1. Progression / Sensibilisation :

- avis personnel sur le sentiment "absolu" de progression
- "j'ai (je n'ai pas) le sentiment d'avoir progressé par rapport à cette compétence"
- questionnaire a (partim 1)

2. Capacité :

- avis global sur l'amélioration des capacités suite à la formation
- "je me sens plus (moins) capable qu'avant la formation par rapport à cette compétence"
- questionnaire b

3. Positionnement par rapport à la pratique :

- avis personnel sur le positionnement actuel par rapport à l'application de ces compétences dans la pratique professionnelle
- "par rapport à cette compétence, je me sens incapable de la mettre en œuvre pour l'instant, je me sens motivé mais pas prêt à le faire, je me sens prêt à le faire, je le fais déjà, cette compétence ne me paraît pas pertinente dans ma pratique"
- questionnaire a (partim 2)

Le questionnaire "a" a été rempli par 157 participants appartenant à 10 groupes. Pour 4 items cependant, l'analyse ne porte que sur 127 sujets, car dans un des groupes les items ont été remaniés par le formateur et 4 items ne correspondaient plus à la formulation initiale.

Le questionnaire "b" a été rempli par 205 participants appartenant à 12 groupes. Un problème dans la diffusion des questionnaires est responsable d'un taux de répondants (n=104) plus faible aux items relatifs à la programmation d'un projet santé. Une partie des groupes n'a pu se positionner en ce domaine.

3.2. Le sentiment d'amélioration des capacités

Dans l'ensemble, la sensation d'avoir acquis de nouvelles capacités au cours de la formation se retrouve dans un peu plus de la moitié des items. L'inverse, c'est-à-dire le sentiment d'une diminution des capacités suite aux formations, reste totalement marginal (voir tableau 2 en annexe). Par contre, une série d'items restent stables et, pour quelques autres, un nombre non négligeable de répondants n'arrivent pas à se prononcer. C'est pourquoi le tableau ci-dessous ne présente que le pourcentage de participants ayant manifesté un sentiment d'amélioration des acquis.

Tableau 5 : sentiment d'amélioration de ses capacités suite aux formations

	%
Distinction demande, problème & besoin	62,7
Sélection priorités (*)	61,5
Définition objectifs (*)	58,1
Positionnement par rapport aux acteurs scolaires	55,6
Elaboration de projets en partenariat	55,6
Collaboration avec d'autres équipes PSE	54,5
Considérer les bénéficiaires comme partenaires (*)	53,4
Planification des interventions (*)	50,0
Identification des facteurs agissant sur la santé	45,9
Identification des partenaires pertinents	45,8
Mobilisation des partenaires	41,0
Modification actions peu pertinentes	40,8
Utilisation informations existantes	37,0
Travail en équipe	30,8

Les items notés (*) sont ceux pour lesquels le nombre de répondants est plus faible (103 ou 104). Les items imprimés en italique sont ceux pour lesquels le pourcentage d'indécis est plus important (au delà de 10%). Moyennant ces remarques, les résultats se structurent donc de la manière suivante.

- Environ 60 % des participants se sentent mieux armés depuis les formations concernant :
 - la distinction d'une demande, un besoin ou un problème,
 - *la sélection des priorités (*)*
 - la définition des objectifs (*)

- Entre 50 et 55 % ressentent la même chose concernant :
 - *l'élaboration de projet en partenariat (*)*
 - le positionnement par rapport aux autres acteurs scolaires,
 - la collaboration avec d'autres équipes PSE,
 - la perception du bénéficiaire comme partenaire du projet (*)
 - la planification des interventions (*)

- Entre 40 et 45 % ressentent une amélioration de leurs capacités au niveau de :
 - l'identification des facteurs qui agissent sur la santé,
 - *l'identification de partenaires pertinents,*
 - *la mobilisation de partenaires externes,*
 - *la modification d'actions peu pertinentes.*

- Entre 30 et 40 % ressentent une amélioration de leurs aptitudes concernant :
 - l'utilisation des informations existantes,
 - le travail en équipe.

Au niveau professionnel, l'échantillon est composé de deux tiers d'infirmières, d'un cinquième de médecins et d'un dixième d'autres professions. L'hétérogénéité des groupes est confirmée par cet outil de récolte d'informations : 8 items sur 14 reflètent une différence significative du sentiment de capacité entre les groupes. Par contre, la variation de ce sentiment ne semble pas liée au type de profession : un seul item est considéré comme significativement différent d'une profession à l'autre.

3.3. Présentation intégrée des résultats sur l'acquisition de compétences

a) Tendances générales

De manière générale, on enregistre un sentiment de progression élevé, un sentiment de capacité modéré et enfin un positionnement plus faible par rapport à l'application dans la pratique

Pour des items apparentés, le *sentiment d'avoir progressé* est toujours plus élevé que le *sentiment d'être plus ou beaucoup plus capable* qu'avant la formation; ce sentiment est lui-même habituellement plus élevé que le *sentiment d'être à présent "prêt à mettre en œuvre" les compétences* dans la pratique professionnelle. Ainsi, les résultats des deux instruments s'organisent selon une "gradation" dans le processus d'acquisition des compétences. On peut avoir le sentiment d'une progression sans pour autant se sentir plus capable. On peut se sentir plus capable sans pour autant être vraiment prêt à l'appliquer en réalité.

Considérés dans leur globalité, ces résultats sont encourageants car ils reflètent un apport perceptible de la formation. Les outils ne balayent pas l'ensemble du champ des compétences de promotion de la santé, loin s'en faut, mais ils en reprennent quelques éléments essentiels. Les résultats tendent à montrer que les participants aux formations s'approprient peu à peu ces éléments.

Le *sentiment de progression* des participants est donc important : la moitié des items récolte plus de 80 % de "oui" tandis que, dans l'autre moitié, à une exception près, la proportion de "oui" se situe entre 70 et 80 % (voir tableau 3 en annexe).

L'*impression d'avoir acquis de nouvelles capacités* au cours de la formation prédomine pour un peu plus de la moitié des items. L'inverse, c'est-à-dire le sentiment d'une diminution des capacités suite aux formations, reste totalement marginal. Par contre, une série d'items restent stables et, pour quelques autres, un nombre non négligeable de répondants n'arrivent pas à se prononcer (voir tableau 2 en annexe).

Finalement, de façon générale, le *sentiment d'être prêt à appliquer les compétences* est rencontré dans une moindre mesure. Cependant, plus de la moitié des items récoltent une majorité de réponses dans la catégorie "*je me sens prêt à mettre en œuvre cette compétence*". Par ailleurs, il est encourageant de constater que moins de 1 % des réponses se situent dans la modalité "*cette compétence ne me paraît pas pertinente dans ma pratique*".

La question de la possibilité d'application dans la pratique est évoquée dans les comptes rendus d'observations. Il en ressort que cette possibilité d'application dans la pratique reste trop souvent à un niveau théorique.

Ainsi, si certains semblent prêts à appliquer d'emblée sur le terrain la démarche de promotion de la santé, pour d'autres, la formation symbolise une ouverture vers d'autres modes de fonctionnement, ouverture qui reste encore à un niveau théorique. Ainsi, dans les exercices d'application, une partie des participants réagissent de manière "traditionnelle" : envisager directement les solutions à une demande, privilégier une approche individuelle et sélective plutôt que collective de la santé, se considérer comme les seules ressources disponibles pour répondre à une demande, confondre objectif et action, etc. Certaines réactions témoignent du doute de certains participants par rapport à la possibilité d'exporter et d'appliquer la formation dans leurs équipes.

En d'autres termes, l'homogénéisation des pratiques de terrain sur base d'un corpus commun constitue une visée qui semble en être à ses prémisses. En effet, une partie des participants sont en pleine remise en question de leur mode de fonctionnement et assimilent progressivement la démarche PSE. Ils ne semblent pas encore prêts à l'appliquer sur le terrain. Si on veut dépasser le stade initial de la démarche de promotion de la santé chez ces derniers, il importe donc d'en favoriser la diffusion et le développement dans les équipes et d'en centrer l'apprentissage sur l'application et la fixation dans les pratiques professionnelles.

Variation des résultats en fonction du groupe, de la profession, de l'encadrement par un ou plusieurs formateurs

L'hétérogénéité des groupes⁶ dans les résultats se confirme pour les deux outils. Le profil de réponse est très fréquemment lié à l'appartenance au groupe de formation (tableaux 2, 3 et 4 en annexe).

Par contre, l'effet des variables "encadrement par un ou plusieurs formateurs" et "profession des participants" est rarement significatif sur le plan statistique. On doit cependant tenir compte du fait que, d'une façon plus globale, les résultats sont influencés par les infirmières, qui représentent le groupe professionnel plus important au sein des formations. Si nous observons les résultats de l'amélioration des capacités entre professions, il semble notamment que les médecins expriment généralement un avis plus tranché sur l'intensité de cette amélioration (sentiment d'amélioration qui varie de 28.2 % pour le travail en équipe à 84.2 % pour la définition des objectifs). En d'autres termes, les professions sont d'accord sur les acquis améliorés (ou pas) lors de la formation mais semblent considérer différemment l'intensité de cette variation.

⁶ Chi-carré

b) Résultats par compétence

1. - Répondre aux demandes et mettre les écoles en projet

Analyser la demande : sentiments élevés de progression, de capacité et d'application dans la pratique

Distinguer demande, problème et besoin - Se décaler par rapport à une demande : ne pas répondre dans l'urgence - Distinguer la prise en charge de cas individuels et le développement d'un projet

Cet aspect apparaît comme le plus abouti au niveau des participants à la formation. En effet, le sentiment de progression est important (> 80 %) pour tous les items de cette thématique. Par ailleurs, il s'agit de la thématique pour laquelle la proportion de répondants qui s'estiment "plus ou beaucoup plus capables" est la plus importante (> 60 %).

Finalement, la proportion de répondants s'estimant "prêts à le faire sur le terrain" est toujours plus importante que la proportion de ceux qui s'estiment "motivés mais pas prêts" ou "pas capables pour l'instant". Notons que l'item "*distinguer la prise en charge de cas individuels et le développement d'un projet*" est celui pour lequel la plus grande proportion de répondants se positionne sur l'échelle de compétence en répondant "je me sens prêt" (54 %).

Analyser la situation : sensibilisation importante mais sentiments de capacité et de compétence moins marqués

Concevoir l'analyse de situation comme faisant partie intégrante du projet (ex. enquête à des fins de sensibilisation) – Utiliser des informations existantes pour l'analyse de situation - Utiliser des informations existantes plutôt que de se lancer dans une démarche d'enquête si ce n'est pas nécessaire – Identifier des facteurs agissant sur la santé - Aller dans les écoles pour apprendre à les connaître - Utiliser différentes techniques pour faire une analyse de situation - Mener une analyse institutionnelle minimale : identifier les leviers de décision et les filières institutionnelles, tenir compte du cadre légal, ...

La sensibilisation semble plus importante (> 80 %) pour les items relatifs à des attitudes (*concevoir l'analyse de situation comme partie intégrante du projet, utiliser les informations existantes plutôt que de se lancer dans une démarche d'enquête si ce n'est pas nécessaire, ...*) mais moins ressentie (< 80 %) pour les aspects plus techniques, les "savoir-faire" (*utiliser différentes techniques, mener une analyse institutionnelle, identifier des facteurs agissant sur la santé, ...*). L'item concernant l'analyse institutionnelle fait l'objet du plus faible sentiment de progression (57 %). On peut faire l'hypothèse que cette thématique de l'analyse institutionnelle n'était pas formellement inscrite dans le curriculum et n'a donc pas été évoquée dans tous les groupes.

Les résultats sur l'estimation des capacités confirment cette analyse : les compétences qui exigent un travail d'exploration, comme l'utilisation des informations existantes ou l'identification des facteurs qui agissent sur la santé, font l'objet d'un sentiment de capacité chez une moins grande proportion de participants (35 à 45 %) que les autres items.

Cette distinction apparaît également dans la question sur la mise en œuvre dans la pratique où, à nouveau, les attitudes obtiennent de meilleurs résultats (proches de 50 %) que les compétences plus techniques (adhésion inférieure aux 30 %).

Les résultats plus faibles concernant l'apprentissage des compétences analytiques pourraient résulter du climat moins favorable, dans une partie des groupes, en début de formation. Cette influence du climat est confortée par l'existence de différences significatives d'un groupe à l'autre. Par ailleurs, il s'agit d'aptitudes qui se travaillent davantage dans les applications sur le terrain.

Il est important de noter que la compétence "*aller dans les écoles pour apprendre à les connaître*" doit probablement être envisagée à part : deux tiers des participants déclarent qu'ils mettent déjà cette compétence en œuvre dans leur pratique.

Mener le projet : ces compétences techniques semblent plus ancrées que celles qui concernent l'analyse de situation

Définition d'objectifs - Définir des objectifs réalistes – Planification des interventions - Planifier, négocier, gérer : fixer des réunions, distribuer des tâches, ... - Définir des priorités pour un projet d'école - Appliquer des outils appris en formation (d'animation, récolte d'infos, ...) – Sélectionner des priorités

Les compétences plus techniques d'élaboration et de programmation de projet occupent une place moyenne (75 à 85 %) dans le sentiment de progression et sont classées comme des capacités plus améliorées (50 à 62 %) que les autres. Le sentiment d'être prêt à appliquer ces compétences dans la vie professionnelle est fort variable (25 à 50 %) mais reste systématiquement plus faible que l'amélioration des capacités. Plus spécifiquement, les compétences de planification sont celles qui, parmi ce groupe de compétences, obtiennent à chaque fois les moins bons résultats.

Il est intéressant de noter que les compétences techniques relatives à l'élaboration de projet obtiennent de meilleurs "résultats" que celles relatives à l'analyse de situation.

2. - Les spécificités du rôle d'une équipe PSE

Identité professionnelle : évolution positive surtout sur l'identification et la modification du rôle et de l'image professionnelle mais difficulté de se faire reconnaître

Identifier notre place, notre rôle spécifique en tant qu'équipe PSE - Reconnaître et accepter une modification de notre propre image professionnelle - Prendre position par rapport aux autres acteurs scolaires - Situer notre rôle comme déclencheur d'une dynamique de promotion de la santé dans les écoles - Rendre ce rôle clair pour les autres partenaires - Faire entendre notre réalité professionnelle aux responsables.

L'identification et la modification du rôle et de l'image professionnelle sont considérées par les participants aux formations comme des compétences sur lesquelles ils ont progressé (> 80 %). Ce résultat nous semble important à signaler vu le contexte de mouvance actuelle du secteur. Notons tout de même qu'un tiers des participants estiment qu'ils mettaient déjà ces compétences en œuvre avant la formation et qu'un autre tiers estiment ne pas être encore prêts à le faire dans leur réalité professionnelle. Neuf participants sur dix trouvent que la formation les a aidés à progresser dans ce sens, mais cela ne se traduit guère par un sentiment d'être prêt à l'application pratique. Ils sont aussi plus de la moitié à affirmer se sentir plus capables de se positionner par rapport aux acteurs scolaires.

Ces résultats sont à pointer, dans la mesure où la formation avait aussi comme objectif l'appropriation par les équipes d'un nouveau rôle, de nouvelles missions.

Par contre, il semble plus difficile de rendre ce rôle et cette image clairs auprès des autres partenaires ou de faire entendre cette réalité à leurs responsables. Ces deux items récoltent respectivement 76 et 72 % de "j'ai progressé" et voient une proportion à peu près égale de personnes qui se déclarent "prêtes à le mettre en œuvre" et "pas capables pour l'instant" ou "motivées mais pas prêtes".

Finalement, l'aspect "*situer notre rôle comme déclencheur d'une dynamique de promotion de la santé dans les écoles*" doit certainement encore être travaillé. En effet, si 80 % des participants estiment avoir progressé sur ce point (ce qui peut s'expliquer par le fait que cet aspect est relativement nouveau pour un certain nombre d'équipes, élément confirmé par les observations), plus de la moitié d'entre eux se disent "motivés mais pas prêts" ou même "pas capables" de

mettre en œuvre cette compétence dans leur pratique. On se trouve donc encore au stade de la sensibilisation pour cet aspect.

L'ensemble de ces résultats conforte le constat (Compte rendu Observation 27/1/03) de l'hétérogénéité des participants notamment au niveau des possibilités d'appliquer ou non le Décret. En effet, ils semblent se diviser entre 3 groupes : ceux qui sont au stade de l'application, ceux qui sont sur le point de l'appliquer et ceux qui sont motivés à l'appliquer.

Entamer une démarche: difficile de se mettre en marche et encore plus difficile de montrer qu'on a démarré

Se "mettre en marche" : démarrer une réflexion, dégager des pistes d'action, prendre des décisions, ... pour le travail avec les écoles - Montrer qu'on a "démarré", produire de la visibilité au niveau du demandeur, du PO, de la hiérarchie, ...

Les sentiments de progression et de compétence sont clairement plus élevés pour l'aspect "*se mettre en marche*" que pour l'aspect "*produire de la visibilité*". Le sentiment d'être prêt reste néanmoins, pour cette thématique, inférieur à la plupart des autres compétences (< 30 %).

En équipe : du « presque acquis » à l'interrogation

Travail avec autres personnes de mon équipe

On le verra ci-dessous, les compétences relatives au partenariat font de façon générale l'objet d'un fort sentiment de progression et d'amélioration des capacités. Par contraste, l'item "*travailler avec d'autres personnes de mon équipe*" obtient la plus faible proportion (30 %) de "je me sens plus ou beaucoup plus capable". Ce faible taux est sans doute issu du fonctionnement même des équipes PSE, qui soit travaillent collectivement et adoptent déjà une démarche de réajustement de leurs actions, soit sont profondément ancrées dans des habitudes professionnelles particulièrement difficiles à changer et caractérisées par une séparation stricte des rôles. L'hétérogénéité des équipes rend ces deux hypothèses également plausibles.

3. - Les partenariats avec les services extérieurs et avec les usagers

En partenariat : sensibilisation au partenariat mais incertitude dans l'application

Echanger entre professionnels (travail d'équipe, vocabulaire commun, rencontre, ...) - Identification partenaires pertinents - Identifier des compétences complémentaires (des personnes qui montrent un intérêt et une compétence "promotion de la santé) en-dehors de l'équipe - Mobilisation partenaires - Organiser, stimuler un partenariat ou y adhérer - Elaboration de projet en partenariat - Collaboration avec autres équipes PSE

Les sentiments de progrès et d'amélioration des capacités concernent davantage les échanges entre pairs (presque 90 % de sentiment de progression pour "*échanger entre professionnels*" et 55 % de sensation d'amélioration des capacités pour "*collaborer avec d'autres équipes PSE*") ainsi que l'idée d'élaborer un projet en partenariat. Il est vraisemblable que la rencontre entre équipes dans les formations, ainsi que les réactions de certains formateurs pour dépasser les résistances en mettant en évidence la nécessité de développer des partenariats, ont favorisé ces sentiments de capacité plus importants.

Ce sentiment d'évolution devient moins évident quand on passe à des éléments plus "techniques" telles que "*identifier des compétences en dehors de l'équipe*" et "*mobiliser un partenariat*" : sentiment de progression moins marqué (< 80 %), moins de la moitié des répondants se sentent plus ou beaucoup plus capables, entre un tiers et la moitié des répondants ne se sentent pas prêts à appliquer la compétence dans la pratique.

Il est à signaler que plusieurs items se rapportant à la question du partenariat sont caractérisés par la réponse "je ne sais pas me prononcer". Cette indécision plus forte en matière de

partenariat pourrait être liée à l'incertitude des répondants à l'égard d'un mode de travail qu'ils n'ont pas ou peu appliqué.

L'usager au centre de la démarche : des progrès sensibles

Conception usager/partenaire - Considérer les enfants / les jeunes comme partenaires du projet - Faire "avec les acteurs de l'école" et non faire "pour eux"

La conception de l'usager comme partenaire du projet semble être un mode de travail en voie d'application. Le sentiment de progression par rapport à cette compétence est en effet élevé (> 80 %). Le sentiment d'être plus ou beaucoup plus capable est élevé également (> 50 %). Et la proportion de répondants s'estimant prêts à mettre en œuvre cette compétence dans leur quotidien professionnel est importante (presque 50 %) et en tout cas supérieure à la proportion de ceux qui s'estiment "pas capables pour l'instant" ou "motivés mais pas prêts".

4. Quelle est la diffusion d'informations entre participants et non participants?

4.1. Objectifs, outils et méthodes

Un des objectifs des formations est d'amener les participants à diffuser informations et apprentissages au sein de leurs équipes. Etant donné que cet objectif s'insère dans un processus en développement, il est intéressant de pouvoir estimer, après cette première année,

- si des actions ont été entamées au sein des équipes pour assurer cette diffusion ;
- si des outils vus au cours des formations ont été transférés entre participants et non-participants ;
- si les équipes ont participé à la réalisation d'activités de promotion santé / d'éducation santé.

L'enquête téléphonique utilisée ici est décrite en annexe. Elle a concerné deux échantillons de 16 équipes.

Il convient de noter que, pour 6 équipes (en l'occurrence 6 centres PMS du réseau de la Communauté française), les résultats ont été influencés par la participation de l'ensemble des membres de l'équipe à la formation. Dans ce cas, les questions relatives à l'échange sur le contenu et la transmission d'outils ont été considérées comme positives.

De même, pour deux équipes PSE, personne n'a participé à la formation. Il s'agit de petites implantations composées d'un seul permanent dont les pouvoirs organisateurs auraient privilégié d'autres implantations dont ils sont responsables. Les questions relatives à l'échange sur le contenu et la transmission d'outils ont ici été considérées comme négatives, après avoir vérifié que la personne interrogée n'avait eu aucun contact avec les autres implantations concernant les formations PSE.

4.2. Résultats

Les deux tests (tableau 6 ci-dessous) montrent que toutes les questions n'ont pas un nombre de défauts inférieur ou égal à 5 et que donc l'objectif de 80 % de diffusion auprès des équipes n'a pas été atteint globalement, c'est-à-dire à la fois au niveau de l'échange sur le contenu, de la transmission d'outils et de la poursuite d'activités d'éducation santé. Ce taux de diffusion a donc été surestimé mais cette surestimation n'est que partielle.

**Tableau 6 : enquête téléphonique
Résultats des 2 tests réalisés**

	Test 1		Test 2	
	défauts (non)	non défauts (oui)	défauts (non)	non défauts (oui)
échange contenu	5	11	5	11
transmission d'outils	6	10	7	9
poursuite activités	3	13	5	11

En effet, l'analyse plus fine des réponses permet de montrer que ce résultat provient du fait que la transmission d'outils entre participants et non participants des équipes PSE n'a pas été aussi effective qu'imaginé. Ce constat apparaît clairement dans les deux tests où le nombre de défauts concernant cette transmission est supérieur à 5. Il aurait été plus adéquat de tester un objectif de 65 % de transmission des outils dans les équipes.

Par contre, il est établi que l'échange de contenu et la participation à l'élaboration d'activités d'éducation santé ou de promotion santé concernent 80 % des équipes PSE. L'objectif testé a donc été atteint pour ces deux points.

Les échanges sur le contenu sont plus fréquents que la transmission d'outils : cela suggère que la dynamique au sein des équipes par rapport à la formation reste davantage à un niveau théorique que pratique. Ce résultat confirme l'intérêt de porter à présent l'attention sur le développement des aptitudes et l'application des formations dans le cadre professionnel.

Les résultats montrent également que, dans la majorité des équipes, la formation n'a pas été l'occasion, comme certains le pensaient, d'arrêter les activités d'éducation santé. La minorité ($\leq 20\%$) qui n'ont pas réalisé ce type d'activités justifient leur position par le temps investi dans les formations.

III. EVALUATION PORTANT SUR LE PROCESSUS

1. Quelle est la satisfaction des participants par rapport à la formation?

1.1. Objectifs, outils et méthodes

La satisfaction générale des participants a été étudiée au terme de chaque module. Cet outil était surtout utile pour le formateur : l'analyse immédiate des données pouvait lui fournir un feedback intéressant sur le module qui venait de se terminer, feedback qu'il pouvait interpréter en relation avec le déroulement récent du processus de formation. Les données présentées ici apportent une interprétation plus globale de la satisfaction.

La satisfaction générale est d'abord envisagée via des "cibles" (voir en annexe – VI.2.1.6.) remises aux participants au terme de tous les modules. Cette satisfaction porte sur 8 items, dont 5 sont plus clairement centrés sur le processus et les 3 autres sur les apports / résultats : inter-activité des modes d'animation, échanges entre participants, gestion du temps, clarté des objectifs, ambiance, convivialité, possibilités d'application dans la pratique, enrichissement personnel, apport d'informations nouvelles.

Les consignes données aux participants pour remplir la cible étaient les suivantes : "Veuillez indiquer par une croix sur les pointillés votre niveau d'appréciation pour chacun de ces huit dimensions". Les niveaux d'appréciation étaient "faible", "moyen" ou "intensif".

Deux questions ouvertes viennent en complément. Sur l'ensemble des groupes et des modules, 1471 cibles ont été obtenues.

Par ailleurs, *la satisfaction a également été étudiée au travers de la rencontre des attentes des participants vis-à-vis de la formation.* Les participants ont été invités à se situer par rapport à une série d'attentes exprimées par leurs pairs lors d'une enquête menée par la Croix-Rouge auprès de 20 services en juin 2002. Ces attentes peuvent se superposer ou non aux objectifs "officiels" de la formation et aux objectifs des formateurs eux-mêmes. L'idée sous-jacente est d'illustrer dans quelle mesure ces attentes sont progressivement rencontrées au fil du processus de formation. Ce cheminement sera différent selon les groupes (variabilité inter-groupes) et, à l'intérieur des groupes, selon les participants (variabilité intra-groupes). L'interprétation des réponses d'un seul groupe à un seul questionnaire ne présente pas d'intérêt; seule la globalisation et l'évolution dans le temps fournissent des résultats significatifs.

Les principales informations concernant la rencontre des attentes sont recueillies via un questionnaire administré aux modules 1, 4 et 6 (voir annexe VI.2.1.7.). Les analyses ont porté sur 667 formulaires (284 au premier module, 215 au quatrième et 168 au sixième). D'autres informations sur les attentes sont apportées par les réponses à une des deux questions ouvertes proposées par la "cible".

Enfin, les observations de 6 groupes répartis sur les modules 1 à 4 (voir point VI.2.1.3. en annexe) ont également permis l'identification de conditions facilitant et freinant la réalisation des formations PSE. Parmi ces conditions, elles ont mis en évidence les représentations des participants à propos des formations elles-mêmes (utilité, cohérence, pertinence, lien avec le terrain, caractère obligatoire, ...).

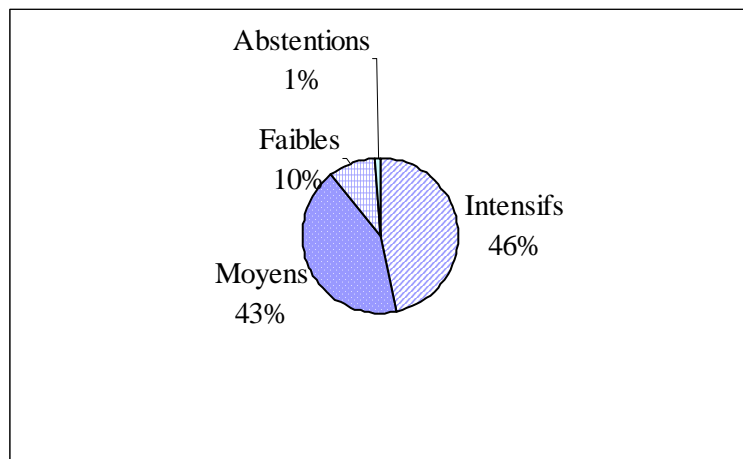
1.2. Résultats

a) Evolution de la satisfaction générale

La satisfaction générale s'améliore régulièrement entre le module 1 et le module 5 pour rediminuer légèrement au module 6

Une globalisation des résultats aux items de la cible pour l'ensemble des groupes et des modules montre la satisfaction des participants (niveau de satisfaction intensif pour 46%, moyen pour 43% et faible pour 10%).

Graphique 7 : "cible"
Satisfaction des participants, pour l'ensemble des items, des groupes et des modules



On s'intéresse ensuite à l'évolution de la satisfaction de l'ensemble des groupes au fil des modules (notée à la fois pour chaque item et globalement pour tous les items confondus).

Pour l'ensemble des items, l'évolution est statistiquement significative (chi-carré, p toujours inférieur à 0.00001) : il y a un lien entre le choix d'un type de réponse ("F" – "M" – "I") et le module (1-2-3-4-5-6).

Tableau 8 : "cible"
Evolution, en pourcentages, par module, de la répartition des "faibles", "moyens" et "intensifs" (sur les 8 items)

	Module 1 n=289	Module 2 n=277	Module 3 n=273	Module 4 n=238	Module 5 n=216	Module 6 n=180
Faible	25.72 %	7.32 %	6.29 %	5.75 %	2.26 %	9.86 %
Moyen	46.36 %	46.71 %	46.81 %	41.77 %	29.99 %	44.33 %
Intensif	27.92 %	45.97 %	46.81 %	52.47 %	67.75 %	45.82 %

Cette évolution s'avère également significative pour chaque item pris séparément : on ne peut attribuer l'évolution au fil des modules à certains items particuliers : la satisfaction des participants augmente pour tous les items entre le module 1 et le module 6 (voir tableau 5 en annexe).

Globalement, le module ayant recueilli le niveau de satisfaction le plus élevé est le module 5, suivi par le module 4. Nous observons une diminution du nombre de "F" et une augmentation du nombre de "I" entre le module 1 et le module 5. Nous pouvons en conclure une augmentation

de la satisfaction des participants au cours des cinq premiers modules. La tendance s'inverse au sixième module, pour arriver à des résultats proches de ceux obtenus au cours du module 2.

Ce dernier constat peut résulter de la chute du nombre de cibles traitées au dernier module (biais introduit par les cibles manquantes ?) ou par un effet de contraste entre les contenus et méthodes du module 5 très apprécié et du module 6 (module de clôture sans contenu précis annoncé).

Finalement, certaines réponses à la question ouverte "**Globalement, je pense que la journée a été ...**" apportent d'autres informations quant à la satisfaction des participants par rapport au processus de formation. Les catégories d'analyse de contenu pour cette question sont décrites en annexe. Les résultats se situent au tableau 6 en annexe.

Ainsi, 55 personnes ont répondu à cette question en s'exprimant (entre autres) sur le processus de formation. Septante et un pourcents des réponses sont positives : journée active, interactive, structurée, claire,... Les réponses négatives reflètent un manque de structure, de clarté, de gestion du temps,...

D'autres participants (112) se sont exprimés sur le processus au niveau du groupe. Nonante-six pourcents des réponses sont positives : *ambiance conviviale et cool, échanges enrichissants, bonne occasion de se rencontrer, ...* Les réponses négatives reprennent les problèmes exprimés par rapport à la rencontre d'autres réseaux mais aussi la plainte de la non-participation de certains... ainsi que les termes exprimant une mauvaise ambiance.

Finalement, certaines remarques portaient sur le formateur lui-même. La toute grande majorité de ces commentaires étaient positifs : *belle prouesse, dynamisme,...*

Il semble que le fait de s'exprimer à ce sujet et la manière de le faire soient liés à l'appartenance au groupe⁷.

- L'évolution de cette satisfaction au fil des modules semble être due, d'une part, à une dissociation progressive entre le Décret et les formations et, d'autre part, à une prise de conscience, chez les participants, de l'apport potentiel de la formation

Les observations ont permis d'affiner les résultats portant sur l'évolution de la satisfaction des participants.

1. - Démarrage des formations marqué par un climat de résistances

Dans les groupes observés, le démarrage des formations a été marqué par la prédominance d'un climat de résistances et par l'hétérogénéité des participants (différences entre réseaux d'enseignement, différences contextuelles et méthodologiques entre les équipes, différences de connaissances, compétences et expériences entre participants). Ces résistances, entretenues par une partie des participants, se sont surtout focalisées sur les insatisfactions et les craintes à l'égard du Décret et sur le caractère utile ou non des formations. Les formations sont ainsi devenues le lieu d'expression des insatisfactions et des craintes à l'égard du Décret PSE et les formateurs ont été perçus comme les représentants de ce Décret. Ces résistances se sont habituellement estompées au fil du temps, permettant aux participants de s'installer progressivement dans une dynamique d'apprentissage. Cette amélioration du climat dans les formations se ressent également dans la diminution voire la disparition des récriminations sur le caractère obligatoire de la formation ou l'absence de rencontre des attentes individuelles (pas de formation en hiver, fin de formation à 15 h, etc.).

⁷ Chi-carré

2. - De l'association à la dissociation Décret / formation

Ces insatisfactions qui s'exprimaient davantage au cours des échanges en groupe entier se sont estompées au fil des modules sous l'impulsion, notamment, de formateurs qui ont opéré une distinction nette entre le contenu de la formation et le décret PSE et sous l'impulsion d'apprenants qui, en se "contrôlant" mutuellement de manière informelle, ont développé une forme de désapprobation sociale à l'égard de cette instrumentalisation. Cette dissociation décret / formation a permis l'instauration d'une dynamique d'apprentissage plus constructive autour de la démarche Promotion Santé.

3. - De la question de l'utilité à la prise de conscience de l'apport

A son début, la question de l'utilité de la formation se rencontrait chez une partie des participants. Cette interrogation se posait principalement sous deux formes :

- une formation considérée comme une perte de temps,
- une attitude sceptique par rapport à une approche encore inconnue.

Cette perception de la formation comme "perte de temps" semblait s'exprimer plus particulièrement chez des participants qui estimaient déjà disposer des connaissances et compétences prévues dans les formations et qui, par la même occasion, critiquaient le caractère obligatoire et redondant des formations par rapport à leur capital socioprofessionnel. L'évocation des concepts de base, en début de formation, a renforcé cette impression de "déjà vu" dans les premiers modules. Les récriminations à ce sujet semblent s'être effilochées par la suite.

Quant aux participants adoptant un regard sceptique à l'égard de l'utilité de la formation, c'est l'expérience de la formation même qui semble avoir été le critère d'affinement du jugement. Le passage d'une attitude d'incrédulité à la prise de conscience d'un apport a pu exiger le dépassement d'une série de présupposés à l'égard de la formation. Par exemple, il fallait dépasser la croyance que la formation allait donner des solutions toutes faites à des problèmes (un outil pour gérer la violence scolaire, un moyen de réaliser une animation dans une classe difficile, etc.), ou encore adopter un regard critique par rapport à son propre bagage professionnel (remettre en question des habitudes de travail profondément ancrées, reconnaître des déficits dans la manière d'appréhender la santé à l'école, etc.). Cette prise de conscience est plus ou moins lente selon les personnes, mais semble se propager à l'ensemble des participants.

- Les aspects de processus sont plus appréciés que les items sur les apports/résultats

Afin de nuancer les informations fournies par la cible, nous avons regroupé, d'une part, les items portant spécifiquement sur le processus (interactivité des modes d'animation, échanges entre participants, gestion du temps, clarté des objectifs et ambiance, convivialité) et, d'autre part, ceux portant sur la satisfaction des participants quant aux apports de la formation (apport d'informations nouvelles, enrichissement personnel, possibilité d'application dans la pratique).

Les détails quant à chacun de ces items se trouvent dans le tableau 5 en annexe. Si l'on globalise les 5 items "processus" et les 3 items "apports", on obtient la répartition suivante.

Tableau 9 : répartition des réponses portant sur le processus et sur les apports (en pourcentages de l'ensemble des items et des modules)

	Faibles	Moyens	Intensifs
Ensemble des réponses sur le processus (5 items)	6.5 %	39.3 %	54.1 %
Ensemble des réponses sur les apports (3 items)	15.5 %	49.1 %	35.5 %

On constate donc que, de façon générale (sur l'ensemble des modules), 7 % seulement des personnes ont évalué le processus comme étant "faible", alors que plus de la moitié l'ont évalué comme étant "intensif". Le processus est donc plus apprécié que les résultats, de manière statistiquement significative⁸.

Par ailleurs, la question ouverte "**Globalement je pense que la journée a été...**", qui accompagnait la cible, apporte également des informations quant à la satisfaction des participants sur le contenu de la formation.

Parmi les 1471 cibles reçues sur l'ensemble des groupes et des modules, 968 questionnaires (soit 65.8 %) proposent une réponse à cette question. Ces résultats sont fournis dans le tableau 6 en annexe.

Huit cent septante et un se sont exprimés sur le contenu de la formation. Parmi ceux-là, 84 % se sont exprimés de façon positive (*enrichissant, intéressant, fructueux, satisfaisant,...*) et 9 % de façon négative (*inintéressant, insatisfaisant, contenu qui ne correspond pas aux besoins ou trop théorique*).

Le module 1 est le module qui a obtenu le plus grand pourcentage de remarques négatives portant sur le contenu (22 %). Inversement, le module 5 est le module qui a obtenu le pourcentage le plus élevé de remarques positives à ce sujet (97 %).

La réponse des participants est liée à la fois à l'appartenance à un groupe ($p < 0.0001$) et au module (chi-carré, $p < 0.0001$).

b) Rencontre des attentes

On observe une évolution positive de la rencontre des attentes au fil des modules. Cette évolution se marque essentiellement entre les modules 1 et 4; le module 5 est celui pour lequel les participants sont les plus satisfaits sur le plan du contenu.

Il y a eu globalement une évolution positive dans la rencontre des attentes : on observe, au fil des trois prises d'information (modules 1, 4 et 6), de moins en moins de ☹ et de plus en plus de ☺ (tableau 7 en annexe).

Cette évolution est plus marquée entre le premier et la quatrième module qu'entre le quatrième et le sixième. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : un premier module particulièrement difficile, un quatrième module excellent, un sixième module moins bon, un niveau d'attentes plus élevé pour le 6^e module,... Des hypothèses similaires ont été avancées pour expliquer l'évolution de la satisfaction globale des participants (voir ci-dessus). Ces résultats, combinés aux observations, montrent en tout cas que le premier module a été difficile et source de nombreuses insatisfactions et que l'évolution positive de la satisfaction et de la rencontre des attentes s'est ensuite rapidement marquée.

Il convient également de signaler que la satisfaction des attentes est variable selon les groupes⁹.

⁸ Chi-carré

⁹ Chi-carré

On remarque qu'à la fin du module 6, les six attentes les plus souvent satisfaites sont les suivantes :

- rencontrer d'autres personnes, des nouveaux partenaires, et échanger les expériences réciproques;
- s'informer, se documenter;
- comprendre les nouveaux rôles et les missions prévus dans le décret;
- connaître les différentes étapes du projet;
- connaître les concepts de base, des repères théoriques généraux (promotion de la santé, éducation pour la santé);
- découvrir des outils pédagogiques, des outils d'information.

Les cinq attentes les moins souvent satisfaites au terme de la première année de formation sont :

- recevoir des repères méthodologiques pour aborder les publics interculturels;
- disposer de connaissances nécessaires pour prévenir et éviter les effets contre-productifs des actions santé;
- acquérir des notions en matière de théorie de l'organisation et de gestion de l'institutionnel;
- pouvoir évoluer dans les thèmes proposés par le Décret;
- recevoir des notions de pédagogie.

2. Quelle est la faisabilité de la mise en œuvre du cahier des charges de la formation ?

On cherche ici à mettre en évidence l'influence de certains aspects organisationnels, structurels, institutionnels, contextuels, logistiques, ... sur la formation. Les éléments d'information seront obtenus par l'observation de 6 groupes repartis sur les modules 1 à 4 (observations décrites en annexe – VI.2.1.3.).

2.1. L'application du cahier des charges par les formateurs : contenus respectés mais objectifs adaptés

Parmi les groupes observés, la plupart des formateurs ont éprouvé des difficultés à respecter l'ensemble des objectifs prévus dans le cahier des charges : les formateurs jugeaient celui-ci trop conséquent ou ils privilégiaient la qualité des apprentissages sur la quantité des objectifs prévus.

En général, il semble que les finalités (les représentations de la santé, l'élaboration d'un projet santé, les facteurs déterminant la santé, etc.) prévues dans le cahier des charges correspondent relativement bien aux contenus abordés par les formateurs. En revanche, les objectifs généraux et spécifiques, les compétences et les contenus fixés pour chaque module semblent avoir été peu voire pas appliqués comme tels lors des formations.

On ne peut toutefois en conclure que les apprentissages prévus dans le cahier des charges ne sont pas mis en œuvre dans les formations. Ces objectifs servent habituellement de fil conducteur, mais ils font l'objet d'adaptations d'origines diverses :

- un arrangement entre plusieurs formateurs s'occupant de la formation d'un même groupe,
- une adaptation du contenu des formations aux demandes et au rythme des apprenants,
- la nécessité d'accorder du temps pour fixer les acquis fondamentaux,
- la nécessité de réaliser des remédiations et des rappels concernant des points censés être acquis dans des modules antérieurs mais qui ne faisaient manifestement pas encore partie du bagage des participants,
- etc.

Certains formateurs (une seule formation observée) construisent aussi les modules de formation indépendamment du cahier des charges.

Il se peut aussi que le cahier des charges ait surestimé les compétences et connaissances des apprenants, et/ou qu'il ait sous-estimé le poids du cadre de référence IMS dans l'appréhension de la santé. C'est ainsi que les formateurs peuvent avoir été confrontés à des participants :

- ne connaissant pas le fonctionnement et les infrastructures des écoles dont ils sont responsables,
- ne pratiquant pas du tout le travail d'équipe,
- ne concevant une activité de promotion de la santé que comme une animation dans les classes,
- n'intervenant dans les établissements qu'à partir de demandes inscrites dans les spécificités de l'actualité locale,
- etc.

S'il y a une hétérogénéité dans l'application du programme de formation, il semble toutefois que trois éléments se retrouvent dans les différentes formations :

- le cadre de référence des formations se construit habituellement autour des différentes étapes de la démarche d'un projet santé;
- l'apprentissage se centre davantage sur l'acquisition de nouvelles aptitudes plutôt que sur la transmission de connaissances;
- le contenu des formations est défini par le cahier des charges et se base généralement sur l'expérience des participants.

La pédagogie utilisée, préférant les aptitudes au savoir, semble pertinente par rapport aux bénéficiaires de la formation dans la mesure où une partie de ceux-ci semblent adhérer à la promotion de la santé sans pour autant l'appliquer dans la pratique.

Dans la plupart des formations, le temps est ainsi davantage consacré à l'application d'outils sur une ou des situations choisies par les participants. Ces applications s'effectuent en sous-groupes, permettant la confrontation de ce qui est virtuellement et réellement acquis par les participants. Par la même occasion, elles peuvent servir à estimer de manière informelle les résultats des formations.

2.2. Application en sous-groupes : enjeu du changement

Dans les observations, les applications réalisées en sous-groupe semblent apparaître au sein des formations comme le vecteur principal du changement qui s'opère chez les apprenants. En raison des habitudes de travail profondément ancrées, l'expérience des participants ne semble pas souvent constituer un adjuvant aux applications en sous-groupe. Par contre, ces applications en sous-groupe sont, pour une partie des participants, l'occasion de se rendre compte de leurs besoins de connaissances et d'aptitudes en promotion de la santé et de prendre conscience de leurs déficits méthodologiques pour construire un projet santé. Cette prise de conscience est d'autant plus constructive que ces déficits méthodologiques ne semblaient pas toujours être ressentis dans les premiers modules de formation (voir point 2.2.2).

Les applications réalisées en sous-groupe constituent également une occasion privilégiée pour les formateurs de pointer de manière informelle l'état des acquis chez les participants, d'identifier les déficits d'apprentissage et d'y remédier sur place.

Le contexte actuel (atténuation des résistances, meilleure convivialité formateurs/apprenants, etc.) semble plus favorable à l'exploitation des applications en sous-groupe. Il semble également que certaines conditions facilitent cette utilisation des exercices, comme l'organisation d'un échange formateur/apprenants pendant ou après la réalisation des applications, l'exploitation d'un même thème pour réaliser différentes applications ou encore la concordance entre les consignes de l'exercice et la réalité des équipes PSE. De même, l'étalement des modules sur deux journées semble plus approprié pour estimer l'évolution informelle d'acquis chez les participants.

2.3. Hétérogénéité des conditions matérielles, logistiques et humaines

Les formations observées présentaient un caractère hétéroclite sous de nombreux aspects :

- l'environnement physique (local peu approprié à une formation, cantine présente dans les infrastructures, etc.),
- les conditions matérielles pour assurer les formations (absence de tableaux, etc.),
- les supports écrits transmis aux participants,
- les perturbations externes à la formation (passage de personnes extérieures à la formation, etc.)
- l'aide logistique apportée par les CLPS (photocopies des transparents, gestion du repas, apport du rétroprojecteur, etc.).

L'intervention des CLPS allait en effet de la quasi-absence de prise en charge à une prise en charge totale. Il semblait important sur ce point de remédier aux problèmes rencontrés par certains formateurs, de préciser clairement les possibilités d'aide que le formateur pouvait recevoir du CLPS concerné, d'assurer la distribution aux participants d'un support écrit à même de favoriser la transmission vers les membres des équipes PSE ne participant pas à la formation, voire d'organiser un système d'échange d'outils entre les formateurs.

D'une manière générale, les "déficits" en termes de matériel et de logistique ont favorisé, dans les premiers modules, l'émergence des critiques et des résistances de participants à l'égard des formations et du Décret. De même, les ressources disponibles (nombre de formateurs, expériences en matière scolaire des formateurs et des participants, outils disponibles sur ordinateur portable, etc.) combinées aux qualités des formateurs (capacité de gérer un groupe hétérogène, faculté d'adaptation par rapport à l'imprévu, aptitude à mobiliser la participation, etc.) sont autant d'éléments qui semblent agir sur la mise en œuvre des formations. Sur ce point, il apparaît que les ressources des formateurs sont en partie liées aux ressources dont ils disposent dans leur activité professionnelle (rétroprojecteur, ordinateur portable, nombre d'encadrants "réels" dans les formations, etc.).

IV. REGULATION DU PROGRAMME DE LA FORMATION (CONTENU ET PROCESSUS)

Cette partie du rapport rassemble les apports de plusieurs instruments d'évaluation afin d'en dégager les éléments qui pourraient donner des pistes pour la deuxième année de formation.

1. Apport de l'outil "grille d'auto-évaluation des compétences" (questionnaire "a")

L'évaluation du sentiment d'acquisition des compétences a clairement montré qu'il restait des progrès à faire quant à l'application des compétences dans les pratiques professionnelles.

Pour isoler les items qui semblent poser le plus de difficultés et qui mériteraient qu'on s'y attarde durant la deuxième année, on a regroupé d'une part les modalités "*je ne me sens pas capable / pas prêt à mettre en œuvre cette compétence*" et d'autre part les modalités "*je me sens prêt ou je le fais déjà*".

Les items ci-dessous sont ceux pour lesquels le sentiment de n'être pas prêt est proportionnellement plus fréquent que le positionnement net dans l'application :

- Mener une analyse institutionnelle minimale (...)
- Utiliser différentes techniques pour faire une analyse de situation
- Situer notre rôle comme déclencheur d'une dynamique de promotion de la santé dans les écoles
- Montrer qu'on a "démarré", produire de la visibilité au niveau du demandeur, du PO, de la hiérarchie, ...
- Se "mettre en marche" : démarrer une réflexion, dégager des pistes d'action, ...
- Planifier, négocier, gérer : fixer des réunions, distribuer des tâches, faire un planning
- Organiser, stimuler un partenariat ou y adhérer

2. Apport de l'outil "observation"

L'observation a permis d'identifier :

- 1) des tendances ayant probablement facilité le programme des formations la première année, comme :
 - la "mise au placard" du Décret dans le contenu des formations,
 - la centration des apprentissages sur l'acquisition de nouvelles aptitudes plutôt que sur la transmission de connaissances,
 - l'exploitation des applications réalisées dans les travaux en sous-groupe,
- 2) des éléments influençant, positivement ou négativement, le déroulement des formations, tels que :
 - l'hétérogénéité des participants et leurs prédispositions à l'apprentissage,
 - les ressources personnelles des formateurs pour assurer la formation et s'adapter aux caractéristiques des apprenants,
- 3) des éléments paraissant freiner la mise en place des apprentissages, comme :
 - les diverses formes de résistances présentes chez les participants,
 - l'inscription des formations dans une réforme des équipes PSE,
 - les habitudes de travail profondément ancrées chez des participants.

L'observation amène aussi à évoquer quelques points qui méritent une attention durant la seconde année de formations.

D'abord, si la dissociation Décret/formation semble avoir favorisé la dynamique d'apprentissage, il n'empêche que la clarification du Décret reste un thème d'actualité ; il paraît nécessaire de tout faire pour en assurer la diffusion, via d'autres moyens que la formation, tant auprès des équipes PSE qu'auprès des autres acteurs scolaires.

Ensuite, la principale évolution semble résider dans l'instauration d'un climat favorable à l'apprentissage et l'ouverture de la plupart des participants à la démarche de promotion de la santé. Il s'agit d'une avancée importante mais sans doute insuffisante pour être appliquée efficacement à court terme sur le terrain (manque, chez certains, de connaissance du milieu scolaire ; culture du travail en équipe et du partenariat à acquérir pour d'autres ; risques de résistances des membres des équipes ne suivant pas la formation ; etc.). Cette évolution est d'autant moins suffisante que le sentiment d'inapplicabilité de la formation sur le terrain semble perdurer chez une partie des participants. Il importe donc, semble-t-il, de partir des divers enseignements de cette année pour affiner l'élaboration et la planification de l'accompagnement des participants au cours de la seconde année et, plus spécifiquement, pour encadrer les interactions entre les formations et les pratiques de terrain. Sur ce point, l'observation nous indique qu'il est opportun de centrer l'apprentissage sur l'application et la fixation dans les pratiques professionnelles.

3. Apport de l'outil "questionnaire acquis" (questionnaire "b")

La sentiment d'une stabilité dans les capacités suite aux formations reste important chez les participants.

Plus spécifiquement, les formations ont eu moins d'impact sur les aptitudes qui touchent le travail en équipe, c'est-à-dire sur un univers que les participants sont censés bien connaître, et sur des aptitudes qu'ils peuvent directement confronter à leurs expériences professionnelles. Ces aptitudes ne varient pas de manière significative d'un groupe à l'autre et nous interrogent sur le fonctionnement même des équipes PSE qui soit travaillent collectivement et adoptent déjà une démarche de réajustement de leurs actions, soit sont profondément ancrées dans des habitudes professionnelles particulièrement difficiles à changer et caractérisées par une séparation stricte des rôles. L'hétérogénéité des équipes fait que ces deux hypothèses sont probables mais ne nous permet pas de savoir si l'une prédomine sur l'autre. Tout comme l'hétérogénéité des participants laisse présager des inégalités entre les équipes dans les possibilités d'appliquer ce décret. Le fonctionnement même des équipes PSE sur le terrain reste encore fortement méconnu et induit une incertitude quant aux possibilités de cette application.

Deuxièmement, si des pratiques qui exigent un travail d'exploration (utilisation des informations existantes, identification des facteurs qui agissent sur la santé) ne sont pas ressenties comme améliorées à la suite des formations, ce sentiment varie d'un groupe à l'autre et suggère l'impact des résistances apparues au début des formations. Il importerait de réaliser durant la deuxième année de formation un travail de "remédiation" spécifique auprès des groupes concernés.

4. Apport de l'outil "enquête téléphonique"

L'enquête téléphonique montre que les échanges formels, suite à la formation, entre les participants et les non-participants des équipes PSE se sont davantage focalisés sur le contenu que sur la transmission d'outils. Ce constat suggère que la dynamique présente au sein des équipes par rapport à la formation reste davantage à un niveau théorique qu'à un niveau pratique. Il confirme l'intérêt de porter à présent l'attention sur le développement des aptitudes et l'application des formations dans le cadre professionnel.

5. Apport de l'outil "cible"

Sur l'ensemble des 6 modules, 31.2 % des participants ont répondu à la question "La journée aurait été plus réussie si ...". Les résultats se trouvent dans le tableau 8 en annexe.

- 12 % se sont exprimés sur le **contenu** (avec un pic de 30 % au premier module) :
souhait de plus de concret et d'outils prêts à être appliqués dans la pratique, désir d'un contenu absent de la formation, attentes non prises en compte, objectifs pas ou mal définis, ...
Le fait de s'être exprimé sur le contenu est à la fois lié au module¹⁰ et à l'appartenance à un groupe¹⁰.
- 7 % se sont exprimés sur l'**organisation et la structure de la journée** :
meilleure gestion du temps, désir de concision, plus d'interactivité, plus de travail en sous-groupes, plus d'alternance entre théorie et pratique, plus de concision ...
Le fait de s'exprimer sur l'organisation et la structure de la journée est également lié à l'appartenance à un groupe¹⁰ mais non au module.
- 4 % se sont exprimés sur la **logistique** avec un maximum de 7 % au premier module :
problèmes de locaux, de collation, de matériel non adapté, désir de distribution de documents, ...
Le fait de s'exprimer sur la logistique semble être lié à l'appartenance à un groupe¹⁰ mais non au module.
- 2 % se sont exprimés sur la **dynamique de groupe** avec un maximum de 4 % au premier module :
manque de motivation de certains, manque d'écoute, monopole de la parole, ...
Le fait de s'être exprimé sur la dynamique de groupe semble ne pas être lié au module ni à l'appartenance au groupe.
- 1 % se sont exprimés sur la **gestion des inscriptions** (ceci essentiellement lors du premier module : 4 %) :
souhait de la présence d'autres participants, problèmes dus à la présence de réseaux différents, caractère obligatoire de la formation...
Le fait de s'être exprimé sur la gestion des inscriptions semble être à la fois lié au module¹⁰ et à l'appartenance à un groupe¹⁰.

¹⁰ Chi-carré, p<0.001

6. Apport de l'outil "questionnaire attentes"

Comme exposé dans le tableau 7 en annexe, les cinq attentes les moins rencontrées à la fin du module 6 étaient les suivantes :

- Recevoir des repères méthodologiques pour aborder les publics interculturels (6 % de 😊)
- Disposer de connaissances nécessaires pour prévenir et éviter les effets contre-productifs des actions santé (9.5 % de 😊)
- Acquérir des notions en matière de théorie de l'organisation et de gestion de l'institutionnel (11.3 % de 😊)
- Pouvoir évoluer dans les thèmes proposés par le décret (11.3 % de 😊)
- Recevoir des notions de pédagogie (11.9 % de 😊)

V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Durant cette première année de formation, un groupe de travail spécifiquement consacré à l'évaluation de la mise en place du Décret PSE s'est réuni à de nombreuses reprises. Le présent rapport d'évaluation ne concerne qu'un aspect de cette évaluation, à savoir le déroulement et les apports de la première année des formations organisées pour l'ensemble des équipes PSE de la Communauté française.

Les données sur lesquelles se base le rapport ont été recueillies au moyen de plusieurs outils : cinq questionnaires écrits, l'observation de plusieurs modules de formation et une enquête téléphonique auprès des non-participants. Les conclusions et recommandations reprises ci-après se basent sur une analyse transversale de toutes les données.

Les formations... important vecteur de changement

Dans la plupart des groupes, les formations ont été l'occasion d'installer au sein des équipes PSE une "culture favorable" à la promotion de la santé. Ainsi, les formations semblent avoir développé ou renforcé chez les participants un ensemble de prédispositions sur lesquelles on peut s'appuyer pour asseoir une démarche de promotion de la santé à l'école :

- sentiment d'amélioration de ses capacités (réponse à la demande et soutien à la mise en place de projets, rôle professionnel, partenariat extérieur et avec les usagers eux-mêmes, ...);
- modification et acceptation de son image professionnelle;
- conception relativement partagée de l'usager "partenaire";
- sentiment de trouver un sens et un accomplissement personnel dans le travail;
- perception positive des relations d'équipe;
- diminution des résistances (crainte, opposition) face au Décret PSE;
- ...

Les formations ont donc contribué à installer chez les participants une culture favorable. Par ailleurs, un transfert formalisé d'informations entre participants et non participants semble avoir été réalisé dans une majorité d'équipes. Les exercices en sous-groupe apparaissent comme le vecteur principal du changement qui s'opère chez les participants. Toutefois, ce changement concerne plus les attitudes que l'application dans la pratique et le développement des aptitudes techniques nécessaires à celle-ci.

Evolution de la satisfaction au fil des modules

La satisfaction des participants quant au processus de formation est variée et dépend fortement du groupe d'appartenance. On note cependant dans tous les groupes une évolution importante et positive entre le début et la fin de la formation : les résistances diminuent, la satisfaction augmente, les apprentissages se mettent en place, la dynamique de groupe s'améliore, ...

Ce que les participants ont particulièrement apprécié

En ce qui concerne les processus de formation, ce sont surtout les échanges entre participants, l'ambiance et la convivialité ainsi que les exercices réalisés en sous-groupes qui ont été appréciés. On devrait s'appuyer, durant la deuxième année de formation, sur les liens tissés au cours des formations de la première année pour développer des stratégies d'action collective.

Les attentes quant au contenu les mieux rencontrées au terme de la formation concernent le partage (rencontrer de nouveaux partenaires, échanger nos expériences, ...), l'information (se documenter, comprendre les rôles et missions prévus par le décret, connaître les différentes étapes d'un projet, apprendre des repères théoriques généraux, ...) et la découverte de nouveaux outils.

Hétérogénéité... des groupes de formation, des équipes PSE

Au fil des résultats décrits dans ce rapport, on a noté de nombreuses différences significatives entre les groupes. Ces différences sont assez difficiles à interpréter. En effet, elles pourraient être dues à divers éléments, dont l'influence respective est impossible à déterminer. Il faut en effet acter l'importante hétérogénéité intergroupes dans les conditions matérielles, logistiques et humaines, entre autres :

- la composition des groupes évoquée ci-dessous (pré requis des apprenants, réseau, professions, habitude de travail en équipe, ...)
- le formateur
- l'implication des CLPS
- les groupes manquants (non réponses)
- le besoin en accompagnement des équipes

L'hétérogénéité notée au niveau des conditions logistiques et matérielles s'observe aussi au niveau des équipes. Les pré-requis des différentes équipes et leurs besoins en matière de promotion de la santé (théorie, pratiques, ...) sont très variables et nécessitent un accompagnement différencié. En d'autres termes, il faut veiller à prévoir un système d'accompagnement flexible et adaptable aux diverses réalités des équipes PSE.

Des éléments à retravailler, à approfondir

Les aptitudes *d'ordre technique* sont des éléments sur lesquels il sera nécessaire de revenir dans la majorité des groupes : il reste des attentes non rencontrées et le sentiment de compétence est moins élevé pour ces aptitudes. Les participants ne se sentent pas encore à l'aise pour mener une analyse institutionnelle minimale, faire une analyse de situation, produire de la visibilité, gérer un projet dans une école, organiser un partenariat, ... Ceci est compréhensible dans la mesure où ces aptitudes "techniques" font l'objet de la deuxième année de formation.

En lien avec ces compétences "techniques", c'est toute la question de *l'application des compétences sur le terrain* qu'il convient de travailler maintenant. C'est bien l'objectif principal de la deuxième année de formation. Une proportion non négligeable de participants souhaite plus de concret. Il est maintenant nécessaire d'accompagner les participants dans la mise en pratique sur le terrain des acquis de la formation.

Une série de participants continuent à estimer que le décret est "inapplicable". Il serait nécessaire d'approfondir notre compréhension des éléments qui déterminent cette *(im)possibilité d'application*.

Finalement, il est nécessaire de *diffuser* et de *clarifier le Décret* lui-même. Ceci ne doit cependant pas se faire au sein des formations. Formations et formateurs doivent être dissociés du Décret : ce n'est pas leur rôle de clarifier ni d'expliquer le contenu et les modalités d'application du Décret. Il faut donc mettre en place d'autres modalités de communication autour de celui-ci. Cette diffusion / clarification doit se faire tant vers les équipes PSE que vers les autres acteurs scolaires.