



**Recherche exploratoire sur le processus de recueil informatisé de données
sanitaires des enfants scolarisés en Communauté française**

Pascale DECANT

Avec la collaboration de Damien FAVRESSE, Patrick DE SMET, Isabelle GODIN

Septembre 2009



*Service communautaire de Promotion de la santé
Avec le soutien de la Communauté française*

Tous nos remerciements aux coordinateurs et aux équipes de terrain ainsi qu'à toutes les personnes que nous avons rencontrées en entretien dans le cadre de cette recherche.

TABLES DES MATIERES

1. INTRODUCTION	5
2. METHODOLOGIE	7
2.1. CHOIX DE L'APPROCHE	7
2.2. RECOLTE DES DONNEES	7
2.3. TRAITEMENT DES DONNEES	10
3. HISTORIQUE	12
4. CONTEXTE INSTITUTIONNEL	15
4.1. L'ORGANISATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE A L'ECOLE	15
4.2. LES EQUIPES DE TERRAIN	16
4.3. LES PARTENARIATS	17
5. DESCRIPTION DU DISPOSITIF DE RECUEIL DE DONNEES	18
5.1. LES OBJECTIFS DU RECUEIL	18
5.2. LE CONTENU DU RECUEIL	18
5.3. LE PLAN DE DEPLOIEMENT DU RECUEIL	22
5.4. LE SUIVI ET L'EVALUATION DU RECUEIL	22
6. DESCRIPTION DU PROCESSUS DE RECUEIL	24
6.1. LE FLUX DE DONNEES	24
6.2. LES SOURCES DE DONNEES DES SERVICES	26
6.3. LE MATERIEL ET LES METHODES	28
6.4. L'INFORMATISATION DES SERVICES	29
6.5. RECUEIL DE DONNEES CENTRALISE ET DOSSIER INDIVIDUEL	33
7. RESULTATS DU RECUEIL DE DONNEES	35
7.1. PHASE PILOTE DU RECUEIL	35
7.2. SUIVI DU RECUEIL REALISE EN 2006-2007	36
7.3. VARIABILITE ENTRE SERVICES	39
7.4. PROCEDURE DE VERIFICATION/CORRECTION DE VALEURS	40
7.5. ANALYSE DES INDICATEURS	41
7.6. RETRO-INFORMATION DES SERVICES	44
8. ANALYSE TRANSVERSALE	46
8.1. IDENTIFICATION DE FREINS /FACILITATEURS	46
8.2. CONSTRUCTION DE CATEGORIES DE FREINS/FACILITATEURS	46
8.3. ANALYSE INTRA-CATEGORIELLE	52
8.4. PROPOSITION D'UN MODELE D'APPROPRIATION DU RECUEIL DE DONNEES	54

9.	SYNTHESE ET PISTES	58
9.1.	AMÉLIORER LA PERCEPTION DU RECUEIL	59
9.2.	AUGMENTER LES CAPACITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU RECUEIL	62
10.	REFERENCES	65
11.	ANNEXES	69

1. Introduction

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la mise en place du recueil standardisé d'informations sanitaires dans les services de Promotion de la Santé à l'école (PSE). La récolte de données sanitaires est une des nouvelles missions dévolues aux services depuis la réforme qui a pris place en Communauté française avec le décret du 20 décembre 2001¹. L'objectif du recueil de données est déterminé par l'article 8 de ce décret: « l'établissement du recueil standardisé d'informations sanitaires doit contribuer à une définition des besoins locaux en matière de santé et à l'élaboration d'une politique communautaire pour la santé des jeunes ».

Recueillir des données sanitaires via les services de promotion de la santé à l'école (PSE) représente une des rares possibilités de connaître l'état de santé de la population scolaire quasi-complète². En effet, les enfants scolarisés en Communauté française sont vus en bilan de santé par les services PSE à des périodes définies et d'une façon reproductible dans leur cursus scolaire. La connaissance de leur population par les services et la présence d'indicateurs récoltés en routine renforcent l'intérêt de la mise en place d'un tel recueil. Ce type de recueil de données est également développé en Communauté flamande dans les centres de santé scolaire (Centra voor leerlingenbegeleiding) bien que le projet connaisse actuellement d'importantes modifications³. Des outils d'observation et de suivi sanitaire des enfants via les services de santé scolaire se développent notamment en France dans plusieurs villes/départements (Villes en Santé de l'OMS, ORS Alsace⁴,...).

En Communauté française, cette mission se traduit actuellement pour les équipes de terrain par un encodage informatisé (obligatoire) de certaines données sanitaires des enfants scolarisés. Après de multiples modifications apportées au projet initial (voir historique), la phase pilote du recueil a pris place en septembre 2005. Celle-ci était destinée à tester la faisabilité du recueil informatisé de données. Soixante et un services ont participé à l'encodage des données des enfants de première maternelle et les données d'environ 23 000 enfants ont été centralisées.

Lors de la phase pilote, les acteurs de terrain ont rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de cette mission. Ces difficultés étaient notamment liées au surcroît de travail imposé par l'encodage. Il est apparu également un sentiment de décalage entre la mission théorique et la réalité de terrain.

Par ailleurs, les résultats d'une évaluation de la qualité des données réalisée par SIPES-ULB (service communautaire de promotion de la santé chargé de l'analyse des données) ont fait état de déficits dans le processus de recueil⁵. Sans pour autant connaître les raisons intrinsèques de ces déficits, il en résultait une exploitation restreinte des données recueillies par les services.

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

2 Deboosere P., De Spiegelaeere M., Klaassens M. et al. (2007) Gezondheidsindicatoren op wijkniveau voor het Brussels Gewest : Een verkennende analyse. Mission commanditée par le Secrétariat Régional au Développement Urbain (SRDU-GSS0) pour le monitoring systématique des quartiers bruxellois, non publié, 68 p.

3 Grommen S. (2007) "NICO is dood". *Data News* 33, p 4.

4 Polesi H., Schauder N., Imbert F. (2004) La santé des enfants de 6 ans en Alsace : analyse des bilans de santé scolaire 2000-2001, ORS Alsace. Marseille, Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 – Les inégalités de santé.

5 Piette D., de Smet P. (2007) Premiers éléments d'évaluation et d'exploitation des données recueillies par les services PSE/CPMS pour l'année scolaire 2005/2006 – niveau 1ère maternelle. ULB-PROMES, 87 p.

Ainsi, la présente recherche s'interroge sur les difficultés rencontrées et les déficits apparus lors du recueil informatisé. Elle a pour but de mieux comprendre l'ensemble du processus conduisant à la production des données afin d'aider à la prise de décisions et la mise en place d'actions susceptibles de l'améliorer.

Les questions spécifiques de recherche sont les suivantes :

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain dans la mission de recueil de données et à quoi sont-elles dues ?
- Y a-t-il des difficultés rencontrées à d'autres phases du processus de recueil dépendant d'autres structures ou acteurs (exportation des données, centralisation des données) ?
- Sur quelles difficultés serait-il possible d'agir et comment ?

2. Méthodologie

2.1. Choix de l'approche

Pour répondre aux questions de recherche et comprendre en profondeur les difficultés de l'implantation du recueil de données, le choix méthodologique s'est porté sur une approche qualitative.

Un des buts de la recherche qualitative est le développement de concepts permettant de comprendre les situations dans leur environnement naturel et mettre en évidence les significations, expériences et les opinions des participants⁶. Cette approche est la plus appropriée pour appréhender une recherche visant la compréhension des processus, considérant l'apparition d'un phénomène comme le résultat d'une histoire⁷. Le choix de l'approche qualitative nous permet de privilégier également une démarche inductive. Celle-ci suppose de partir des observations et données recueillies sur le terrain pour ensuite induire des hypothèses⁸ et proposer une représentation structurée de la situation.

2.2. Récolte des données

Lors de notre recherche, la récolte des données a été réalisée en plusieurs étapes : une phase exploratoire, la construction d'un guide d'entretien et la réalisation de la collecte des données par entretien dans les services PSE.

Dans la récolte des données, on peut distinguer plusieurs méthodes utilisées : la consultation de littérature et la réalisation d'entretiens exploratoires et qualitatifs.

Des informations ont pu également être récoltées par le biais de l'observation et de l'implication du chercheur dans des activités de pilotage et d'analyse du recueil ; cette source d'information est complémentaire à la recherche.

2.2.1. Phase exploratoire

2.2.1.1. *Consultation de littérature*

La consultation de documents a permis, comme le soulignent Quivy et al., de faire le point sur les connaissances concernant le problème de départ, en l'occurrence la mise en place du recueil de données PSE.

Les documents consultés sont des travaux et des recherches antérieurs consacrés à ce recueil informatisé de données (procès verbaux de réunions du groupe de travail chargé du suivi de 2005 à 2007, inventaire du matériel, rapport d'analyse, étude de faisabilité, enquête dans les services PSE...). A notre connaissance, il n'existe pas de document sur le développement du projet de recueil de données en routine en Communauté française.

6 Pope C., Mays N. (1995) Reaching the parts other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research, *British Medical Journal* 311:pp 42-45.

7 Vigour C. (2005) La comparaison dans les sciences sociales : pratiques et méthodes. Paris, Editions La Découverte, 335 p.

8 Vigour C., op cit.

2.2.1.2. Entretiens exploratoires

Les lectures ont permis de mieux retracer l'histoire du recueil et d'entamer dans un deuxième temps des entretiens exploratoires auprès de personnes expertes. L'investigation par entretien a porté sur trois domaines d'expertise :

- la collaboration aux travaux préalables à ce projet de recueil de données
- l'expérience d'autre récolte de données mises en place avec des acteurs de promotion à la santé
- des connaissances spécifiques de recueil de données en routine

Conformément à leur finalité⁹, ces entretiens ont permis de prendre en considération d'autres aspects du phénomène étudié qui n'étaient pas nécessairement pris en compte dans les documents consultés (et auxquels le chercheur n'aurait pas pensé).

Cette phase exploratoire nous a servi à mieux définir les informations à collecter auprès des services à l'aide du guide d'entretien.

2.2.2. Construction du guide d'entretien

Le choix de la méthode de récolte des données s'est orienté sur l'entretien qualitatif en raison de sa spécificité à explorer les faits¹⁰ qui sont exprimés par les acteurs. Ces faits peuvent concerner des représentations et des pratiques. L'entretien prévu est semi-directif afin que des thématiques soient abordées mais que chaque rencontre puisse également produire des éléments de connaissance particuliers à chaque entretien¹¹.

Pour réaliser ces entretiens semi-directifs, un guide d'entretien (voir annexe) a été construit. Celui-ci a donc constitué un support de base pour les entretiens tout en assurant une liberté d'échange avec nos interlocuteurs.

Plusieurs catégories thématiques ont constitué le guide d'entretien : il s'agissait de renseignements institutionnel et organisationnel du service, de la situation d'informatisation (matériel informatique, exploitation de celui-ci), des sources d'informations primaires des services, du processus de prise de mesures (matériel, méthode), du processus d'encodage (matériel, méthode) et des ressources et besoins des services.

2.2.3. Collecte des données par entretien

2.2.3.1. *Sélection des services*

Les entretiens semi-directifs ont été menés dans 15 services de promotion de la santé à l'école. La répartition des visites entre les services s'est faite dans le but de privilégier l'analyse approfondie et exemplaire des diverses situations¹². Cette démarche n'a donc pas visé la représentativité d'un échantillon de services PSE mais la diversité des situations tout en s'assurant qu'aucune situation importante n'a été oubliée¹³.

9 Quivy R., Van Campenhoudt L. (1995) Manuel de recherche en sciences sociales. Paris, Editions Dunod, 288 p.

10 Blanchet A., Gotman A. (1992) cité par Albarello L. (2003) Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique. Bruxelles, Editions de boeck, Collection Méthodes en sciences humaines, 197 p.

11 Blanchet A., Gotman A. (2007) L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris, Editions Armand Colin (2ème édition refondue), 127 p.

12 Vigour C., op cit.

13 Ruquoy D. (1995) cité par Albarello L., op cit.

Les critères de diversification des services rencontrés ont été leur mode organisationnel (services de promotion de la santé à l'école ou centres psycho-médico-sociaux), la diversité géographique (différentes provinces), la diversité des réseaux d'enseignement, la diversité des logiciels d'encodage et la diversité des tailles des services.

2.2.3.2. Réalisation des entretiens

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés de façon individuelle et collective (équipe ou partie de l'équipe). En fonction de la gestion de la mission de recueil par le service, la fonction des personnes identifiées comme spécialistes différait. Les professionnels rencontrés étaient soit des médecins, des médecins coordinateurs, des infirmières, des secrétaires ou des informaticiens. Le choix d'une rencontre en face à face ou collective s'est faite également en fonction de l'implication des personnes du service et de la présence dans le service d'un coordinateur d'équipe.

La sélection de nouveaux services a été menée jusqu'à saturation de l'information. Ce principe renvoie à la question de l'apport significatif d'informations et de connaissances de l'analyse d'une interview supplémentaire¹⁴. Ainsi, nous avons expérimenté que l'émergence de nouvelles informations diminue avec la multiplication des rencontres.

Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2007 et avril 2008, en temps et lieu convenant aux personnes interrogées et duraient environ 1h30.

2.2.4. Source complémentaire d'informations

En complément des entretiens réalisés dans les services, une autre source d'informations provient de l'implication du chercheur dans des activités de pilotage et d'analyse du recueil des données (de septembre 2007 à août 2009).

L'implication comme observateur et acteur dans le processus apporte un regard complémentaire sur la situation. Les activités réalisées sont :

- la participation au groupe de travail « recueil des données » chargé de piloter le recueil
- l'analyse d'un inventaire du matériel médical et informatique réalisé précédemment par l'Administration
- la participation à la rédaction du rapport au Comité d'accompagnement
- la participation en tant que personne-ressource à la réunion du Comité d'accompagnement
- la participation à la préparation de l'analyse des données
- le suivi du processus de correction des données en tant que personne-ressource pour les services PSE
- la participation à des réunions techniques/informatiques
- la mise en page des résultats des analyses de données
- la rédaction de documents d'aide à la lecture des données et d'un questionnaire d'évaluation de la rétro-information
- la préparation de l'envoi de la rétro-information dans les services
- la permanence pour les questions des acteurs de terrain
- l'analyse des questionnaires d'évaluation de la rétro-information

14 Bajoit G., Franssen A. (1995) cité par Albarello L., op cit.

2.3. Traitement des données

2.3.1. Combinaison des sources d'informations

Différentes sources d'informations ont été exploitées dans notre recherche. Il s'agit de littérature consultée, d'entretiens exploratoires d'experts, d'entretiens qualitatifs avec les acteurs de terrain et d'observations par notre implication dans le suivi du recueil.

L'utilisation de différentes sources de données dans l'analyse de la situation constitue un moyen de valider les résultats¹⁵. Cette combinaison permet dès lors de vérifier l'exactitude et la stabilité des informations. L'appréhension de l'objet de recherche à partir de différentes sources permet également de combiner les points de vue pour mieux aborder la complexité de la situation analysée¹⁶.

Chaque partie de ce rapport est donc construite à partir de différentes sources qui ont été combinées.

L'historique a été réalisé sur base de la consultation de littérature et des entretiens exploratoires. La description du contexte institutionnel se base sur la consultation de la littérature et les entretiens qualitatifs. Pour la description du dispositif de recueil, ont été exploités la littérature et la participation du chercheur au processus. Quant au descriptif du processus, il s'appuie sur la littérature consultée, les entretiens qualitatifs et la participation du chercheur au processus.

Les résultats du recueil sont basés sur le suivi par le chercheur, de l'analyse à la rétro information des données collectées par les services en 2006-2007.

Enfin, l'analyse transversale est construite sur base des entretiens effectués sur le terrain. L'unité d'analyse est le service bien qu'on ne puisse exclure des différences entre les personnes d'un même service.

2.3.2. Analyse de contenu des entretiens

Le contenu des entretiens a été exploité de différentes façons, il s'agit de :

- une analyse thématique
- une analyse du processus de recueil et de son appropriation par les services
- une analyse transversale permettant de synthétiser les situations d'appropriation du recueil (construction d'un modèle).

La première méthode d'analyse utilisée pour structurer le contenu des entretiens est l' « analyse thématique » comme décrite par Blanchet et Gotman : elle découpe transversalement l'ensemble des entretiens et recherche une cohérence thématique¹⁷. Les catégories thématiques étaient en partie construites à priori et correspondaient aux thèmes abordés dans le guide d'entretien. D'autres catégories ont été constituées a posteriori sur bases des informations nouvelles apparues dans les entretiens.

Suite à cette structuration du contenu, l'analyse a porté sur le processus de recueil informatisé. Nous avons décrit les différentes étapes de la collecte des données et la façon dont les services se les approprient : les sources de la collecte des informations primaires, le recueil de données par le bilan de santé, l'informatisation des données.

15 Apostolidis T. (2006) Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia : Teoria E Pesquisa* 22 (2) : pp 211-226. [online].

16 FUNDP-Département de Psychologie (2001-2003) Exclusion et sciences humaines. Namur, 228 p.

17 Blanchet A., Gotman A. (1992) cité par Albarello L., op cit.

La description de ces processus a servi à mettre en évidence les différentes façons dont les acteurs de terrain appliquent leur mission de recueil. Elle a permis de faire émerger l'hétérogénéité présente dans la mise en œuvre du recueil.

Si la description visait à mettre en exergue l'hétérogénéité des services dans l'appropriation de la mission de recueil, l'analyse transversale a consisté à faire apparaître les points de convergence entre les services et à faire ressortir les dimensions communes, à la fois séparant ou unissant, les situations rencontrées et décrites.

L'analyse transversale reflète particulièrement l'approche inductive de notre recherche. En effet, elle part des résultats descriptifs des processus pour en arriver à l'élaboration d'un modèle permettant de mieux comprendre la manière dont les services se réapproprient la mission de recueil.

Plusieurs étapes se sont succédées et se sont construites au cours de l'analyse transversale. Elles constituent en elles-mêmes des résultats de l'analyse et sont décrites dans la partie qui concerne l'analyse transversale. Ces étapes sont :

1. l'identification de freins et facilitateurs de l'implantation du recueil dans les services
2. la construction de catégories de freins/facilitateurs : la catégorie constitue une rubrique qui rassemble les éléments du discours de même nature ou du même registre¹⁸ mais elle va au-delà de la désignation du contenu pour préciser la signification de faits, la désignation d'un phénomène¹⁹.
3. l'analyse intra-catégorielle : elle correspond à la recherche du sens de ce qui est dit au sein de chaque catégorie²⁰. Cette analyse nous permet de mettre en évidence d'une part des logiques opposées au sein de chaque catégorie (voir tableau 13 p 52) et d'autre part, des tendances transversales reliant les différentes catégories (voir tableau 14 p 53).
4. la modélisation des résultats de l'analyse intra-catégorielle : elle se base sur le modèle idéal-typique de M. Weber²¹ (voir figure 3 p 55).

18 Albarello L., op cit.

19 Paillé P., Mucchielli A. (2003) L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris, Editions Armand Colin, 211 p.

20 Albarello L., op cit.

21 Vigour C., op cit.

3. Historique

Une recherche sur l'informatisation des données des centres d'inspection médicale scolaire (IMS) a été menée en 2000. L'objectif de cette étude était d'analyser la faisabilité de la constitution d'une base de données sur la santé des enfants en Communauté française de Belgique. Cette base de données (sanitaires, socio-culturelles, environnementales) pourrait alors permettre l'identification de populations à risques et l'orientation des programmes de santé.

Les éléments motivant la réalisation de cette étude étaient²² :

- le récent développement de l'outil informatique
- les possibilités de faciliter le travail des centres de santé
- les initiatives d'informatisation de certaines équipes
- le besoin d'informations permettant d'aider les acteurs politiques à la prise de décision en matière de santé.

Deux axes dans l'exploitation de l'outil informatique étaient d'emblée privilégiés : la collecte des données de santé et la gestion administrative des services.

Outre l'intérêt de disposer de données de santé des enfants, les résultats de cette recherche soulignaient la nécessité de considérer cette possibilité de recueil par les centres comme un projet en soi. Un tel recueil de données devrait alors se baser sur des objectifs clairs, une méthodologie précise, des modalités de fonctionnement adaptables à des réalités de terrain souvent différentes et soumis à une évaluation périodique²³. Plusieurs scénarios pour la mise en place du projet étant possibles, des choix stratégiques se posaient sur l'étendue des centres de santé concernés, l'étendue des bilans de santé à informatiser (obligatoire, partiels ou sélectifs), sur les indicateurs à récolter et les populations à inclure. La nécessité de standardiser le recueil de données et la prudence d'un planning de déploiement progressif et évalué étaient également recommandées.

Après l'étude de faisabilité, une enquête²⁴ a été menée auprès des centres de santé scolaire pour le projet d'informatisation des données de santé. Cette enquête avait pour objectifs :

- d'informer les centres sur le projet
- d'évaluer la volonté des centres à participer au projet
- de dresser un état des lieux des méthodes de travail concernant la collecte et la consignation des données susceptibles d'être incluses dans ce projet d'informatisation
- d'établir un inventaire du parc informatique
- de faire évaluer une proposition d'indicateurs de santé récoltables en routine

La liste révisée des indicateurs à recueillir comportait des variables sanitaires (état de santé subjectif de l'enfant évalué par les parents, état vaccinal de l'enfant, résultats d'examen biométrique, de la vue et des caries dentaires) mais également des variables socio-environnementales (école, milieu de vie de l'enfant).

Lors de cette enquête, les centres et associations rencontrées ont exprimé des préoccupations liées au projet d'informatisation. Ces préoccupations provenaient principalement du fait que des

22 Godin I.(2000) Etude de faisabilité des données sanitaires des centres de médecine scolaire. Rapport sur l'état des lieux de la situation et ébauches de recommandations, ULB Promes, 13 p.

23 Godin I., op cit.

24 Godin I. (2000) Résultats concernant les enquêtes menées auprès des centres de santé scolaires en Communauté française de Belgique pour le projet d'informatisation des données de santé des élèves, ULB Promes, 20p.

projets similaires avaient déjà pris place dans certains centres sans pouvoir être poursuivis et ce, pour diverses raisons : projets trop ambitieux, insuffisamment définis, adjoints de problèmes logistiques ou de manque de préparation pour leur mise en œuvre (standardisation).

Sur base de ces expériences, les centres énonçaient des points de réflexion tels que²⁵ :

- la nécessité de former toutes les personnes participant au projet pour valoriser le travail fourni par les équipes et avoir des données de qualité utilisables
- la distinction à faire entre le dépistage individuel et les objectifs de santé publique
- le fait d'assurer la confidentialité des données
- la nécessité de standardiser les méthodes de travail entre les centres participants
- la nécessité d'harmoniser les documents (anamnèse à compléter par les parents,...)
- la nécessité d'envisager la collecte des données socio environnementales avec la participation des parents
- la nécessité d'approfondir la question de la participation du professeur pour certaines questions

La solution informatique privilégiée et considérée comme un incitant à participer au projet était l'achat d'ordinateurs (portables) équipés du logiciel le plus approprié.

Concernant la faisabilité du projet, l'enquête mettait en évidence la nécessité de la présence d'une équipe responsable du projet, de la collaboration d'un comité d'accompagnement du projet et du fait que les centres trouvent un intérêt direct (matériel, financier) à participer au recueil de données²⁶.

Fin de l'année 2001, le décret relatif à la promotion de la santé à l'école (M.B. 17-01-2002) instaure une réorganisation des missions des centres d'inspection médicale scolaire (IMS) et inclut l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires.

Les travaux ayant suivi l'étude de faisabilité de l'informatisation de données socio-sanitaires dans le cadre des activités IMS ont abouti à la création d'un logiciel de saisie des données appelé SESIS. Ce logiciel a été implanté dans une dizaine de services candidats pour la phase test et des modifications ont été apportées au cours de cette phase. Comme prévu, du matériel informatique a été fourni aux services afin de les aider à répondre à leur mission de recueil de données.

La première version du logiciel SESIS ne permettait pas de répondre aux tâches de gestion des activités des centres bien que ces conditions aient été repérées comme éléments facilitateurs de l'acceptation du logiciel par les futurs utilisateurs. A la période où le logiciel d'encodage prenait place au sein de quelques services pilotes, les documents de référence et les pratiques n'étaient pas encore standardisés. Ces aspects avaient pourtant été également relevés dans les conditions de faisabilité du projet.

Suite à la phase de test du logiciel, des difficultés ont été exprimées par les équipes PSE concernant la solution informatique choisie (destinée uniquement à l'encodage), la charge de travail liée au planning de récolte, le nombre d'items à récolter et la question de la confidentialité des données.

25 Godin I., op cit.

26 Godin I., op cit.

Un groupe de travail a été mis en place en 2005 afin d'étudier les possibilités d'améliorations. Celui-ci a ensuite proposé une réforme de l'arrêté d'application afin de garantir la faisabilité de la récolte par les services PSE. Cette proposition a été approuvée par la Commission de promotion de la santé à l'école²⁷ et s'est traduite par la publication de l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 7 juillet 2006 fixant le modèle de recueil standardisé d'informations sanitaires applicables aux élèves de l'enseignement maternel et primaire.

Concrètement, les décisions ont concerné une diminution des items à récolter et le renoncement au logiciel unique d'encodage (SEGIS) en faveur des divers logiciels déjà utilisés localement. Ces logiciels créés à l'initiative de travailleurs du secteur permettaient d'informatiser partiellement ou complètement le travail administratif, les consultations et constituer un dossier individuel d'enfant. Dès lors, étant donnée la multiplication des solutions informatiques, le format des données à récolter a dû répondre à un cahier des charges décrit par l'ETNIC, partenaire informatique du gouvernement de la Communauté française.

Enfin, concernant la problématique de la confidentialité des données, la Commission de protection de la vie privée a marqué son accord sur le recueil d'informations centralisé dans son avis daté du 18 janvier 2006.

A la suite de ces changements, le premier encodage des données sanitaires a débuté en septembre 2005. Il a constitué la phase pilote du recueil. A l'issue de la phase pilote, des constats de difficultés et de faible qualité des données sont apparus de façon évidente.

²⁷ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 8 février 2002 relatif à la commission de promotion de la santé à l'école, M.B., 26 février 2002, 26448.

4. Contexte institutionnel

4.1. L'organisation de la promotion de la santé à l'école

« La promotion de la santé à l'école (PSE) est obligatoire dans tous les établissements d'enseignement fondamental et d'enseignement secondaire ordinaires et spécialisés, ainsi que dans les centres d'éducation et de formation en alternance, organisés ou subventionnés par la Communauté française »²⁸.

Les services de promotion de la santé à l'école (PSE) sont attachés par convention à un ou plusieurs établissements scolaires. La répartition des établissements scolaires entre services de promotion de la santé à l'école se fait en fonction du *réseau d'enseignement* dont fait partie l'établissement scolaire. *« Bien que le terme "réseau" soit très souvent utilisé dans le milieu scolaire, il n'existe pas de définition juridique de ce terme »²⁹.*

Un établissement scolaire peut être organisé par la Communauté française (réseau de la Communauté française) ou subventionné par celle-ci, dans ce cas, il dépend d'un autre pouvoir organisateur. Ce pouvoir organisateur peut être officiel (province, commune), cet établissement fait alors partie du réseau officiel subventionné ; dans le cas d'un pouvoir organisateur libre (asbl, diocèse...), l'établissement fait partie du réseau libre subventionné.

La mission de promotion de la santé à l'école est réalisée par des équipes de terrain dont les contextes institutionnels varient :

« Pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, la promotion de la santé à l'école est exercée dans les centres psycho-médico-sociaux, par le personnel de ces centres. Pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, la promotion de la santé à l'école est exercée par les services agréés selon les dispositions du présent décret »³⁰.

Entre les centres psycho-médico-sociaux et les services de promotion de la santé à l'école, c'est le pouvoir organisateur qui diffère. Le pouvoir organisateur des centres PMS est la Communauté française tandis que pour les services PSE, il s'agit d'un pouvoir organisateur soit officiel (provinces, communes), soit privé (asbl,...).

La particularité des centres PMS est que la mission PSE est sous la tutelle de la Direction générale de la santé tandis que l'autorité administrative de ces centres reste l'Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique. Dans les services PSE, la Direction générale de la santé est l'autorité administrative qui les agréée mais ceux-ci doivent également répondre de l'autorité de leur pouvoir organisateur.

L'hétérogénéité des contextes institutionnels des services/centres favorise les variations et les inégalités dans la mise en place de la mission de recueil de données, que ce soit d'un point de vue organisationnel ou financier.

En effet, indépendamment du fait que « les services bénéficient d'une subvention globale, calculée sur base forfaitaire par élève comptabilisé au 15 janvier dans les établissements

28 Décret du 20 décembre 2001, op. cit.

29 Administration générale de l'Enseignement et de la recherche scientifique. Organisation générale de l'enseignement en Communauté française. Accessible sur <http://www.enseignement.be/index.php?page=25568> (consulté le 20-05-2009).

30 Décret du 20 décembre 2001, op. cit.

scolaires avec lesquels ils ont conclu une convention »³¹, certains services (dépendant d'un PO officiel ou libre) vont être soutenus dans leur mission de recueil et d'autres pas.

Les variations entre services se traduisent par exemple pour certains par des démarches fastidieuses pour obtenir du matériel informatique (accord de nombreuses personnes faisant partie du PO, délais de décisions, délais d'obtention du matériel) tandis que d'autres services obtiennent des ressources complémentaires (achat d'un logiciel par la province, renforcement de l'effectif de l'équipe par la commune). Certains services ont du faire face à des changements tels que des aides de la commune (membre du personnel payé) dont ils n'ont plus bénéficié.

Quant aux centres PMS (comme certains services PSE), ils sont face à des enveloppes budgétaires inamovibles mais bénéficient de normes d'encadrement (détermination d'un nombre maximal d'enfants par membre de personnel).

Par ailleurs, ils doivent notamment faire face à des délais d'obtention des informations relatives à leur mission plus importants que les services PSE. En effet, tous les documents édités par la Direction générale de la Santé doivent transiter et sont envoyés par l'Administration de l'Enseignement (circulaires, rétro-information, questionnaire d'évaluation,...).

Si le contexte institutionnel diffère entre les services, c'est aussi l'organisation professionnelle de l'équipe qui varie.

4.2. Les équipes de terrain

Concernant les professionnels formant l'équipe de Promotion de la Santé à l'Ecole, la législation précise que le service « comprend au minimum un équivalent mi-temps de personnel médical et un équivalent temps plein de personnel infirmier »³².

Entre centres PMS et services PSE, mise à part cette base obligatoire, la composition de l'équipe est différente. Dans les centres PMS, le médecin vient renforcer l'équipe pluridisciplinaire (psychologue, assistante sociale, infirmière) pour les bilans de santé des élèves. Souvent, il est engagé comme professionnel indépendant et son temps de travail est restreint. Pour ces raisons, les possibilités d'investissement de la part du médecin dans un recueil de données sanitaires sont faibles ; fréquemment, les données sont encodées a posteriori par un autre membre de l'équipe.

Dans les services PSE, plusieurs cas de figures co-existent ; dans certains cas, le médecin est coordinateur d'une ou plusieurs équipes ou directeur/directrice d'un service ou encore employé à temps partiel dans un ou plusieurs services. Comparés aux centres PMS, ces différents types de configuration d'équipes semblent être plus propices à l'investissement du médecin dans l'ensemble des missions du service. Ce constat positif doit être nuancé par un besoin fréquemment soulevé de ressources humaines supplémentaires dans les services PSE et l'absence de normes d'encadrement.

31 Décret du 20 décembre 2001, op. cit.

32 Décret du 20 décembre 2001, op. cit.

4.3. Les partenariats

Certains services PSE ont créé des partenariats avec des organismes extérieurs (observatoire, clinique universitaire). Ces partenariats se traduisent souvent par une récolte de données réalisée par le service (passation de questionnaire chez les jeunes, récolte de données de tension artérielle en routine). Ces données sont ensuite analysées, diffusées aux services et publiées par l'organisme partenaire. En contrepartie, le service bénéficie d'une aide matérielle (prêt de matériel pour les prises de mesures, conseils d'étalonnage du matériel,...).

L'implication du service dans une telle démarche est facilitée par la valeur accordée à celle-ci (par le service lui-même et l'organisme) et par l'appui apporté par l'organisme pour la récolte des données.

Les différents aspects du partenariat sont des éléments à tenir en compte dans la compréhension des différences entre services face à la mission de recueil. En effet, les partenaires peuvent représenter des ressources non négligeables dans le travail quotidien du service. De plus, lorsqu'un service est engagé dans une démarche avec des partenaires extérieurs, cela peut l'aider à mieux percevoir l'intérêt d'une mission comme le recueil de données. Les services sont aussi plus à même de questionner une mission comme le recueil puisqu'ils ne retrouvent pas les termes d'un partenariat (quel est leur bénéfice ? à quoi vont servir les données ?).

Après avoir situé les différents contextes de travail des services (institutionnel, organisationnel), nous allons décrire le dispositif de recueil de données tel qu'il est prévu par la Communauté française (partie 5) et la manière dont il est mis en œuvre dans les services (partie 6).

5. Description du dispositif de recueil de données

5.1. Les objectifs du recueil

Les objectifs du recueil standardisé de données sont énoncés dans le décret relatif à la promotion de la santé à l'école. Il s'agit d'une part de « *contribuer à une définition des besoins locaux en matière de santé* » et d'autre part de « *contribuer à l'élaboration d'une politique communautaire pour la santé des jeunes* ». A notre connaissance, ces objectifs ne bénéficient pas de définition opérationnelle.

Néanmoins, le groupe de travail (2006) chargé du suivi du recueil apporte les précisions suivantes : « *L'objectif du recueil de données sanitaires est double :*

1) être, grâce à l'informatisation, tout d'abord bénéfique au niveau local : améliorer le suivi individuel de l'élève avec traçabilité longitudinale (accès facilité aux données antérieures de ce même enfant) et rendre possible une visualisation des caractéristiques propres de la population suivie par le service comparées à celles de l'ensemble de la population scolaire en Communauté française ;

2) être également bénéfique au niveau central : recueillir les données anonymisées d'un très grand nombre d'enfants et analyser cet énorme pool de données, ce qui devrait permettre d'étudier certaines caractéristiques sanitaires de la population et donc de définir des orientations politiques et guider des analyses plus fines (par exemple pour les vaccinations : besoins d'analyse de couverture par échantillonnage) »³³.

5.2. Le contenu du recueil

Une première proposition d'indicateurs à recueillir faisait suite à l'enquête de faisabilité menée auprès des centres. Celle-ci a été profondément réduite par le groupe de travail mis en place en 2005. Actuellement, les données recueillies par les services dans le cadre du recueil informatisé de données concernent cinq thématiques. Les thématiques et les variables recueillies par les services sont décrites ci-après³⁴.

5.2.1. La signalétique

Il s'agit des informations de type administratif et démographique. Ces informations sont reçues en partie via l'anamnèse remplie par les parents.

- L'établissement scolaire et le numéro FASE de l'établissement scolaire/implantation scolaire.
- L'année scolaire
- Le niveau/section
- Le service PSE et numéro FASE du service/antenne PSE
- La date de naissance de l'enfant
- Le sexe de l'enfant

³³ Groupe de travail chargé du suivi du recueil standardisé d'information sanitaires (2006) Procès verbal de la réunion du 5 octobre. Cabinet de la Ministre Catherine Fonck, 5 p.

³⁴ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 7 juillet 2006 fixant le modèle de recueil standardisé d'informations sanitaires applicable aux élèves de l'enseignement maternel et primaire, M.B., 5 septembre 2006, 31011.

- La nationalité de l'enfant
- Le code postal du domicile de l'enfant et numéro de séquence de la localité ou la localité à l'étranger
- La date de la visite médicale
- L'absence éventuelle de l'élève au bilan de santé
- Le numéro identifiant unique du dossier de l'enfant.

Les données sanitaires des enfants sont rendues anonymes par l'utilisation d'un numéro unique relié aux données lors de leur exportation. L'identification d'un enfant ne peut se faire que par le service qui possède le dossier individuel complet de l'enfant. Chaque dossier individuel d'un enfant créé par un service PSE est doté d'un numéro unique composé de trois séquences de chiffres : le n° FASE du premier service visité par l'enfant - le n° FASE de la première antenne visitée par l'enfant - un n° complémentaire généré par le service.

Afin d'éviter la création de plusieurs numéros identifiant pour un même enfant qui changerait de service, il est conseillé aux services d'indiquer le numéro identifiant sur le dossier médical de l'enfant (format papier) étant donné les transferts de dossier effectués par voie postale. Ainsi, le service dans lequel l'enfant serait vu ultérieurement pourrait utiliser le même numéro identifiant. Néanmoins, il semble que les transferts par voie postale ne soient pas systématiques, certains services ne reçoivent pas les dossiers demandés ou le délai d'attente est très long.

Actuellement, un enfant qui change de service n'a pas nécessairement son dossier qui le suit.

5.2.2. Les vaccinations

Le calendrier vaccinal recommandé en Communauté française a servi de référence pour les items à recueillir. Un tableau comparable à la carte de vaccination a été intégré dans les différents logiciels et l'interface sur le Web (interface d'encodage gratuite destinée aux services ne s'étant pas doté d'un logiciel).

Une « date d'effet » est encodée pour spécifier la dernière date à laquelle des informations sur le statut vaccinal ont été remplies. Il est demandé également aux équipes de spécifier la source des données (carnet et/ou anamnèse ou néant) ainsi que la date de vaccination pour chaque dose de vaccin. L'encodage de la source d'information apporte une précision sur la validité des données. La source privilégiée en matière de vaccination reste le carnet de santé officiel de l'enfant reprenant les vaccinations effectuées.

Pour chaque vaccin, il est demandé d'encoder la date de(s) l'injection(s) ou l'éventuel refus de la vaccination. Si la date de la dose est inconnue, il est conseillé aux équipes d'encoder comme date de référence le 15 du mois d'administration de la dose.

Tableau 1 : Liste des pathologies prévues pour l'encodage et codification³⁵

Pathologie	codification
diphtérie	01
polio	02
méningocoque	03
hépatite b	04
tétanos	05
rougeole	06
rubéole	07
oreillons	08
haemophilus influenzae de type b	09
pneumocoque	10
coqueluche	11
Hépatite A	12
BCG	15

La liste des pathologies et le nombre de doses reçues par les enfants pour chaque vaccin rend l'encodage des données vaccinales fastidieux et conséquent.

Chaque nouvelle année prévue dans le plan de déploiement signifie l'encodage du carnet complet de vaccination de chaque enfant vu en bilan de santé.

La circulaire ministérielle éditée en septembre 2008 a tenu compte de ce constat évoqué par les services : « Suite aux réflexions du groupe de travail et aux recommandations émises par le comité d'accompagnement qui s'est réuni le 15 juin 2008, l'encodage des vaccinations pour les enfants de 2^{ème} primaire est facultatif et ce uniquement pour cette année scolaire 2008-2009. Cette mesure a été prise afin de décharger certains services des contraintes liées à l'encodage des vaccins pour une nouvelle population d'enfants. En effet, d'une part, dès l'année 2009-2010, les enfants de 2^{ème} primaire correspondront à la cohorte déjà encodée par vos services, et, d'autre part, l'encodage sera devenu plus aisé par l'expérience acquise au fil des années. Il est cependant vivement recommandé, pour tous les services qui en ont la possibilité, d'encoder les données vaccinales de 2^{ème} primaire »³⁶.

5.2.3. La biométrie

Les mesures biométriques sont encodées par le service :

- le poids (en grammes)
- la taille (en centimètres)
- le percentile de BMI

³⁵ Marquet D. (2008) Projet IRIS : interface de recueil d'informations sanitaires. Entreprise des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication, dernière version édité le 7/07/2008, 19 p.

³⁶ Gouvernement de la Communauté française (2008) Circulaire ministérielle à destination des pouvoirs organisateurs des services PSE, des responsables des services PSE, des responsables des Centres PMS de la Communauté française via la Direction Générale de l'Enseignement obligatoire. Recueil standardisé d'informations sanitaires : améliorations apportées pour l'année académique 2008-2009 et rétro-information des données recueillies en 2006-2007, 11 p.

5.2.4. L'examen de la vue

L'encodage informant que l'enfant a la « vue corrigée » a été modifié afin de mieux représenter les situations rencontrées sur le terrain, il permet dès lors (septembre 2008) de différencier trois situations:

- soit l'enfant porte des verres de correction lors de la visite; la mesure d'acuité visuelle est réalisée avec verres; l'information transmise par le service est « vue corrigée = oui »
- soit l'enfant ne porte pas de verres de correction; la mesure d'acuité visuelle est réalisée sans verres; l'information transmise par le service est « vue corrigée = non »
- soit l'examineur est informé que l'enfant porte des verres mais celui-ci ne les a pas lors de la visite; l'information transmise par le service est « vue corrigée = sans lunette »

Des modifications sur le type de test et la précision accordée au test par le service ont également été faites. Le type de test utilisé (test image, test E, test Stycar) et les résultats du test d'acuité visuelle sont encodés par le service. Une mention peut être ajoutée si le test semble douteux, s'il n'a pas été réalisable ou s'il n'a pas été réalisé.

Etant donné que certains services ont à leur disposition un réfractomètre, une mention « réfractomètre » a été ajoutée. Celle-ci permet de stipuler l'utilisation d'un réfractomètre seul ou en complément d'un test d'acuité visuelle. Le réfractomètre ne donnant pas de résultat sous forme de cote (0-10), il s'agit actuellement d'une simple mention. Si un test d'acuité visuelle a été réalisé, les cotes de celui-ci sont prises en compte.

Les items possibles pour l'encodage du test stéréoscopique ont également été modifiés. Les mentions "test douteux", "test non réalisable" ont été ajoutée aux mentions existantes (normal/pathologique/non réalisé/) afin de mieux représenter les situations des équipes.

5.2.5. Les demandes de suivi

Ces données permettent de connaître si un suivi a été conseillé par le service aux parents (renvoi vers un professionnel de santé) et l'éventuelle réponse obtenue après que l'enfant ait été vu par la personne recommandée.

- L'élève doit-il faire l'objet d'un bilan spécifique ? (oui/non).
- L'élève a-t-il été référé ? (oui/non).
- Une réponse a-t-elle été obtenue ? (Oui/non/ pas encore).
- Rappel/date ?

Tableau 2 : Liste des références et codification³⁷

Référés	codification
Généraliste	GE
Pédiatre	PE
Dentiste	DE
ORL	OR
Ophthalmologue.	OP
PMS	PM
Autres	AU

37 Marquet D., op cit.

5.3. Le plan de déploiement du recueil

Comme le contenu du recueil, son plan de déploiement est fixé par Arrêté. Le plan de déploiement du recueil (tableau 3) prévoit l'encodage des données sanitaires par ajout successif d'une population d'enfants correspondant au niveau scolaire vu en bilans de santé.

Il concerne jusqu'en 2009-2010 les enfants de l'enseignement maternel et primaire et avant d'être étendu au niveau de l'enseignement secondaire, son dispositif devra être évalué par le Comité d'accompagnement.

L'année scolaire 2005-2006 correspond à la phase pilote du recueil. Depuis l'année scolaire 2006-2007 tous les services sont dans l'obligation de répondre à leur mission de recueil de données.

Tableau 3 : Plan de déploiement du recueil de données³⁸

<i>Années scolaires</i>	<i>Classes</i>
2005-2006	1 ^{ère} maternelle
2006-2007	1 ^{ère} maternelle
2007-2008	1 ^{ère} maternelle et 3 ^{ème} maternelle
2008-2009	1 ^{ère} maternelle, 3 ^{ème} maternelle et 2 ^{ème} primaire
2009-2010	1 ^{ère} maternelle, 3 ^{ème} maternelle et 2 ^{ème} primaire et 6 ^{ème} primaire
2010-2011	1 ^{ère} maternelle, 3 ^{ème} maternelle et 2 ^{ème} primaire et 6 ^{ème} primaire, 1 ^{ère} accueil, 1 ^{ère} complémentaire, 2 ^{ème} générale et 2 ^{ème} professionnelle
2011-2012	1 ^{ère} maternelle, 3 ^{ème} maternelle et 2 ^{ème} primaire et 6 ^{ème} primaire, 1 ^{ère} accueil, 1 ^{ère} complémentaire, 2 ^{ème} générale et 2 ^{ème} professionnelle, 1 ^{ère} secondaire complémentaire « soins infirmiers », 4 ^{ème} secondaire et CEFA
2012-2013	1 ^{ère} maternelle, 3 ^{ème} maternelle et 2 ^{ème} primaire et 6 ^{ème} primaire, 1 ^{ère} accueil, 1 ^{ère} complémentaire, 2 ^{ème} générale et 2 ^{ème} professionnelle, 1 ^{ère} secondaire complémentaire « soins infirmiers », 4 ^{ème} secondaire et CEFA, Enseignement supérieur hors universités

5.4. Le suivi et l'évaluation du recueil

Deux instances sont prévues pour assurer le suivi du recueil de données. Il s'agit d'un Groupe de travail et d'un Comité d'accompagnement.

Le groupe de travail a été mis en place en 2005 à la demande du Cabinet de la Ministre en charge de la santé. Les membres du groupe ont été proposés par la Commission de promotion de la santé à l'école en accord avec le Cabinet de la Ministre. Ce groupe de travail n'a pas d'existence légale et ses membres ne sont pas nommés. Les différentes institutions concernées par le recueil y sont représentées.

Le groupe de travail est composé de :

- représentants des services PSE

³⁸ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 7 juillet 2006, op cit.

- représentants des centres PMS du réseau de la Communauté française
- représentant du Service communautaire SIPES-ULB
- représentants de l'administration de la Direction générale de la Santé
- représentants du cabinet de la Ministre de tutelle
- fournisseurs de logiciels
- représentant de l'ETNIC, service informatique du Gouvernement de la Communauté française

Le Secrétariat et la Présidence de ce groupe de travail sont assurés par l'Administration en étroite collaboration avec le Cabinet de la Ministre de tutelle.

Bien que les acteurs de terrains soient représentés dans le groupe de travail, certains services gardent l'impression que les décisions ne se prennent pas en concertation avec eux. En effet, ils n'ont pas élu eux-mêmes de représentants. Etant donné les différences de contexte institutionnel et de réalité de terrain, les personnes invitées à participer au groupe de travail semblent représenter davantage la réalité de leur service plutôt que de l'ensemble des services PSE.

Les missions du groupe de travail ne sont pas formellement déterminées. La création du groupe de travail permet aux différents représentants de se rencontrer, de collaborer et d'élaborer des adaptations à apporter au recueil informatisé de données. Une fois par an, le groupe de travail rapporte au Comité d'accompagnement les démarches effectuées dans le cadre du suivi du recueil et lui fournit un état des lieux du processus. Ceci afin d'éclairer la prise de décision du Comité d'accompagnement chargé du suivi de la mise en œuvre du recueil de données. Le groupe de travail assurerait alors la mise en œuvre des décisions du Comité d'accompagnement.

Concernant le Comité d'accompagnement, sa constitution est prévue par l'article 7 de l'AG du 3 juin 2004 et ses membres sont nommés par le Ministre de tutelle. Il est composé de³⁹ :

- un représentant de chaque service communautaire de promotion de la santé agréé
- deux membres de la commission de promotion de la santé à l'école
- un expert informaticien
- le directeur général de la Direction générale de la santé de la Communauté française, ou son représentant
- un représentant du ou des ministres ayant la promotion de la santé et les centres psycho-médico-sociaux dans leurs attributions.

Le comité d'accompagnement est chargé du suivi de la mise en œuvre du recueil des données. Il remet chaque année, au plus tard le 1er septembre, un rapport de ce suivi au Ministre ayant la santé dans ses attributions et propose les orientations majeures et les modifications générales à apporter au recueil. Il devra procéder à une évaluation globale du recueil en 2009-2010 et rendra un rapport au plus tard le 1^{er} septembre 2010.

En mai 2008, le groupe de travail a rendu son rapport⁴⁰ au Comité d'Accompagnement. Celui-ci a été convoqué et s'est réuni en juin 2008. Le suivi de cette réunion et les décisions du Comité d'accompagnement n'ont pas connu de suite utile. Les réunions du groupe de travail ne sont plus poursuivies depuis lors non plus.

39 Arrêté du Gouvernement de la Communauté Française du 3 juin 2004 organisant le recueil standardisé d'informations sanitaires en application des décrets du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités, M.B., 1 septembre 2004, 29044.

40 Groupe de travail chargé du suivi du recueil standardisé d'informations sanitaires (2008) Rapport au Comité d'accompagnement ,12 p.

6. Description du processus de recueil

La description du processus de recueil de données retrace les différentes étapes au travers desquelles va se construire la base de données socio-sanitaires.

Nous avons tout d'abord décrit l'ensemble de ces étapes prévues dans le recueil (flux de données) et approfondi la façon dont les services appliquent ces étapes sur le terrain.

6.1. Le flux de données

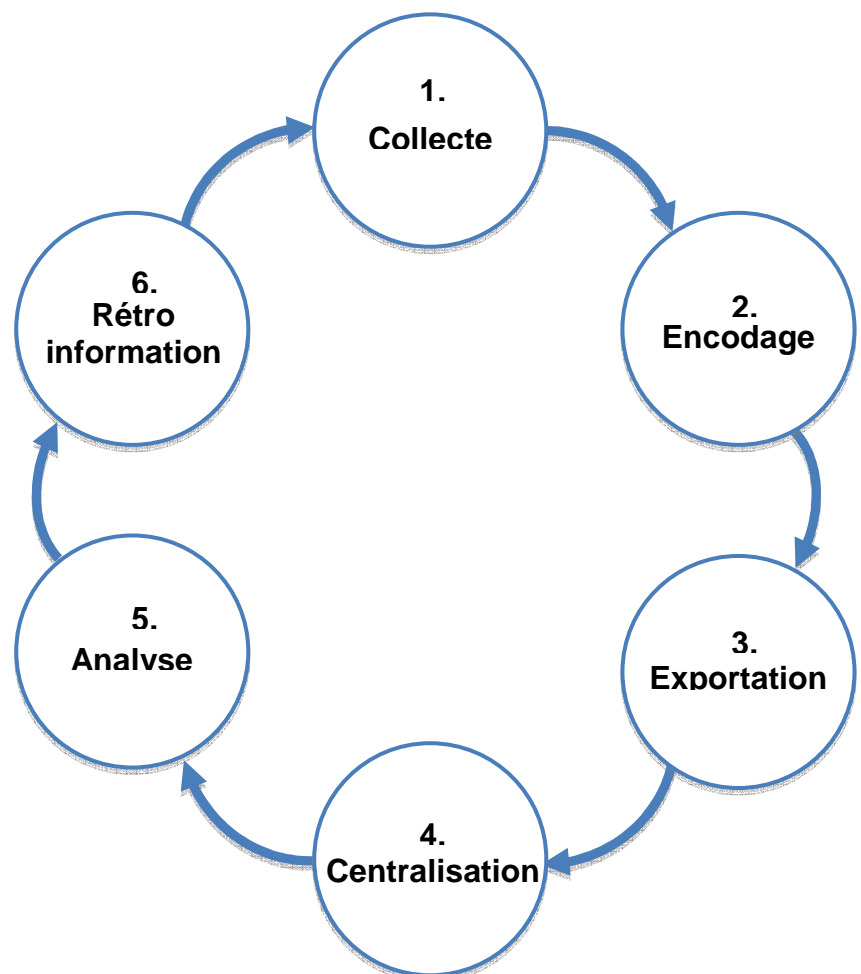
Dans le cadre de l'établissement du recueil standardisé de données, un traitement de données sanitaires est réalisé. Les modalités de traitement des données qui sont prévues dans la législation sont les suivantes⁴¹ :

- a) les données récoltées sont rendues complètement anonymes
- b) les données signalétiques sont physiquement disjointes des données médicales
- c) les membres du personnel habilités à avoir accès aux données sont identifiés nominativement
- d) les résultats de l'analyse des données sont communiqués à la Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française, sous forme de tableaux agrégés
- e) toutes les données sont détruites au terme ultime du projet de collecte des données.

La responsabilité du traitement dans le respect de la législation sur la vie privée est confiée au Directeur général de la santé.

On peut distinguer plusieurs étapes dans le flux de données sanitaires : celles-ci sont produites (collectées et encodées) à un niveau local (services PSE) et circulent à destination du niveau central (Communauté française) où elles sont analysées. Ensuite, une rétro-information est organisée vers le niveau local.

Figure 1. Représentation graphique du flux de données



41 Arrêté du Gouvernement de la Communauté Française du 3 juin 2004, op cit.

Les étapes qui ont lieu dans le processus actuel sont donc les suivantes :

1. La **collecte** des données

La collecte des données sanitaires est réalisée au niveau local par les acteurs de promotion de la santé à l'école. Les données collectées concernent la signalétique, les vaccinations, la biométrie, l'examen de la vue, les demandes de suivi (voir 5.2). Les sources primaires de ces données collectées sont diverses : écoles, parents (documents d'anamnèse, carnet de vaccination transmis), bilans de santé (voir 6.2).

2. L'**encodage** des données

Les services de promotion de la santé à l'école (PSE) utilisent pour l'encodage des données, soit un logiciel de leur choix, soit un site Internet (appelée interface Web) mis gratuitement à leur disposition par la Communauté française.

3. L'**exportation** des données

Les données extraites des bases de données des services sont transmises, sous un format standard préétabli (format XML), par les services PSE annuellement, au plus tard le 15 novembre, à la Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française. L'hébergement de la base de données a été délégué à l'Etnic, partenaire informatique du Gouvernement de la Communauté française.

4. La **centralisation** des données

Dans certains cas, les données de plusieurs services ont été centralisées par le fournisseur de logiciel avant d'être exportées. L'ETNIC ajoute à cette base de données, les données encodées via l'interface d'encodage puis procède à l'envoi de l'ensemble de la base de données (relationnelle) vers SIPES-ULB, service chargé de l'analyse des données.

5. L'**analyse** des données

L'analyse des données sanitaires est confiée au service communautaire de promotion de la santé en charge des missions relatives au traitement des informations sanitaires (SIPES-ULB). Celui-ci procède à une évaluation de la qualité des données (disponibilité, validité) (voir 7.2) avant l'analyse quantitative des données. L'analyse porte actuellement sur l'indice de masse corporel, les résultats aux tests d'acuité visuelle et la vaccination des enfants (fréquence de ces problèmes parmi les enfants du service considéré et comparaison avec l'ensemble des services).

6. La **rétro-information** des données

Après l'analyse des données, le service SIPES-ULB rédige des documents de rétro information à l'intention des services (voir 7.6). Ceux-ci sont envoyés aux services par la Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française.

La confrontation des résultats de l'analyse auprès des acteurs de terrain peut donner lieu à des adaptations de la récolte de données.

Après la description du flux de données, nous allons analyser plus en profondeur les étapes de celui-ci, en commençant par les sources et la collecte des données primaires par les acteurs de terrain (voir 6.2.).

6.2. Les sources de données des services

Les données demandées pour le recueil sanitaire proviennent localement de différentes sources. On peut distinguer les informations provenant de l'école, celles transmises par les parents via le document d'anamnèse ainsi que les données récoltées par le service lors du bilan de santé. Ces sources de données présentent chacune des caractéristiques spécifiques qui auront un impact sur le processus de recueil de données standardisé.

6.2.1. Les écoles

Lorsqu'une convention est passée entre l'établissement scolaire et le service PSE, l'école devient l'acteur de liaison privilégié pour la transmission des données administratives des enfants vers le service PSE concerné. Les données administratives des enfants devraient en principe être informatisées par l'école et envoyées aux services PSE en début d'année scolaire.

L'informatisation des données sanitaires par les services PSE (utilisation d'un logiciel pour remplir la mission de recueil de données) implique de démarrer ce travail à partir de données socio-démographiques accessibles et fiables. Le respect d'un format spécifique permet aux services d'importer directement la liste des données administratives envoyées par l'école dans le logiciel afin de procéder à la préparation des bilans de santé (nombre d'élèves à voir, création du dossier individuel de l'enfant, encodage des données vaccinales...).

Toutefois, de nombreux services éprouvent des difficultés pour obtenir la liste des élèves auprès des écoles et les raisons sont diverses : difficultés des écoles pour créer les listes, absence de messagerie électronique pour transmettre les informations, informations lacunaires, informations erronées, non-respect du format, non-respect des délais d'envois... Certains services se verront alors dans l'obligation de passer du temps à retravailler les listes de leurs enfants sous tutelle avant de pouvoir procéder à leur propre travail d'informatisation. Ceci a lieu indépendamment du cadre du recueil de données mais en est une condition préalable.

6.2.2. Les parents

Les parents sont aussi concernés par les données récoltées dans le recueil sanitaire. Dans tous les services, un document d'anamnèse est transmis aux parents avant la visite de l'enfant afin de récolter certaines informations (état de santé de l'enfant, antécédents médicaux, informations vaccinales).

Les difficultés rencontrées par le service dans l'obtention de ces informations sont également de plusieurs ordres. Des anamnèses médicales ne sont pas rendues au service par les parents (difficultés à comprendre, à remplir les documents...), certaines anamnèses rendues sont incomplètes (refus de répondre à certaines questions comme le milieu de vie, le statut de travail des parents, pas de données vaccinales, carnet de vaccination perdu ou inexistant,...) ou comportent des informations erronées (dates de vaccination illisibles ou incomplètes).

Tous ces aspects vont provoquer une absence d'information dans le dossier de l'enfant. Le service pourra tenter de récupérer ou vérifier l'information mais dans certains cas, des données resteront manquantes. Cette réalité du travail de terrain doit être prise en compte car elle peut se

concentrer dans certains services plus que dans d'autres et être à l'origine d'une faible disponibilité des données (voir 7.2.2) pour le recueil informatisé.

6.2.3. Les bilans de santé

6.2.3.1. *Organisation des bilans de santé*

Les fréquences, contenus et modalités des bilans de santé sont fixés par Arrêté gouvernemental⁴². Les enfants sont vus plusieurs fois par le service de promotion à la santé durant leur cursus scolaire pour un bilan de santé complet ou partiel. Les visites sont réalisées dans les locaux du service ou, dans certains cas, à l'école dans un local adéquat.

À l'occasion du bilan de santé, le service procède à différents examens (ceux-ci diffèrent un peu selon le niveau scolaire dans lequel l'enfant se trouve) et consigne les résultats des examens dans le dossier individuel de l'enfant. Ces examens sont (en maternelle et en primaire) :

- le bilan vaccinal
- l'examen biométrique (développement staturo-pondéral)
- l'examen sensoriel (vue et audition)
- l'examen médical de la sphère ORL et bucco-dentaire (1^{ère} maternelle)
- l'examen d'urines (à partir de la 3^{ème} maternelle)
- l'examen clinique complet (à partir de la 3^{ème} maternelle)
- le repérage des troubles du langage (3^{ème} maternelle)

Les données du bilan de santé concernées par le recueil informatisé sont les données vaccinales, les résultats de l'examen staturo-pondéral (poids/taille) ainsi que les résultats de l'examen de la vue.

6.2.3.2. *Délocalisation et multiplication des circuits*

Un aspect à relever dans une mission comme le recueil de données est la multiplication, tant dans les centres PMS que dans les services PSE, du nombre de cabinets de consultation.

Pour les centres PMS, c'est la délocalisation au sein des différentes écoles qui augmente le nombre de cabinets de consultations. A l'inverse, les services PSE sont plus éloignés des écoles mais doivent assurer la venue des enfants au service. Ils doivent organiser un système de circuit (équivalent à un cabinet de consultations) pour voir plusieurs classes simultanément.

D'un côté comme de l'autre, la mise en œuvre du recueil se faisant parallèlement à l'organisation des bilans de santé, cela nécessite du matériel (médical, informatique,...). Si les services veulent informatiser leurs consultations et pouvoir encoder les données des enfants en temps réel, ils doivent multiplier le matériel informatique. Les aides complémentaires de pouvoirs organisateurs de certains services vont dans ce cas également faire la différence et permettre à certains services la réalisation de leurs missions dans de meilleures conditions.

Les bilans de santé représentent la source la plus importante de données pour le recueil standardisé réalisé par les services. En outre, il importe de se questionner sur le matériel et les méthodes utilisés par les acteurs de terrain et de l'existence d'une certaine uniformité entre les services.

⁴² Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 13 juin 2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application de l'article 2, alinéa 2, M.B., 25 juillet 2002.

6.3. Le matériel et les méthodes

Les services disposent d'un libre choix méthodologique en ce qui concerne la réalisation pratique des différents examens prévus lors du bilan de santé. Des recommandations sont émises quant aux instruments ou aux tests à privilégier mais il n'existe pas à proprement parler de documents de référence permettant d'assurer la standardisation du matériel et l'uniformisation des pratiques entre les services. De plus, dans certains cas, les recommandations (nouveau test d'acuité visuelle recommandé) sont perçues comme décalées de la réalité du travail (test plus difficile à utiliser qu'un autre test utilisé couramment). Elles ne sont alors pas suivies par certains services jugeant peu pertinent ce changement d'habitudes de travail.

C'est aussi l'addition de recommandations relatives à chaque activité du service (vaccinations, test d'acuité visuelle, programme de promotion de la santé à l'école) qui renforce le sentiment de décalage de celles-ci avec le cadre de travail des services et d'un découpage des missions.

Concernant le matériel, nos observations corroborent les résultats d'un inventaire réalisé en 2007 par la Direction générale de la santé auprès des services. Cet inventaire n'étant pas exhaustif, il permettait toutefois d'avoir un aperçu de la situation matérielle des services. C'est principalement un manque d'uniformité du matériel médical (balances, toises,...) inter-services et intra-services qui était relevé ainsi que des besoins en matériel médical divers et sous-évalués.

Quant aux pratiques, l'hétérogénéité concerne davantage les services entre eux que les membres d'un même service.

L'utilisation de tests différents pour examiner la vue de l'enfant (E-test, test image, Stycar test, rétinomax) est évidente. La préparation de l'enfant par le service à passer le test n'est pas systématique, elle doit parfois être réalisée par l'enseignant. Enfin, les modalités de passation et l'interprétation des résultats du test se distinguent également d'un service à l'autre.

En ce qui concerne l'état vaccinal de l'enfant, l'évaluation de la fiabilité de la source des données vaccinales est différente entre les services. Dans certains cas, les données vaccinales sont récoltées uniquement sur base d'une photocopie du carnet de vaccination, dans d'autres cas, les données peuvent être recopiées par les parents sur le document d'anamnèse. Cette dernière méthode représente une source supplémentaire d'erreurs (de retranscription) avant l'encodage des données dans le logiciel.

Le souci d'uniformiser les pratiques et la conscience d'une nécessaire standardisation des instruments, des modalités d'encodage, etc. sont palpables dans de nombreux services. Ainsi, certains services admettent que les modes de fonctionnement n'avaient pas changé depuis 1964 ; qu'il est important de travailler de façon plus uniforme mais également de rationaliser les démarches de recherche, d'achat du matériel adéquat. Cette volonté n'est pas nécessairement soutenue dans les faits (pas d'organisme central) et les équipes restent démunies face à leurs besoins.

6.4. L'informatisation des services

L'informatisation d'un service nécessite un équipement informatique (ordinateurs et logiciels) ainsi que l'intégration de ces outils dans l'environnement de travail et la gestion quotidienne du service. Ces deux aspects vont conditionner la mise en œuvre et l'intégration d'une mission comme le recueil de données.

6.4.1. Logiciels

Trois logiciels (IMSPLUS, DOSMED, OMNIPRO) et une interface sur le WEB existent en Communauté française pour permettre l'encodage des données sanitaires des enfants dans le cadre du recueil informatisé. Un quatrième logiciel (CREALYS) a été utilisé par un seul service pour le recueil 2006-2007 mais n'a pas permis d'exporter les données, il a été abandonné au bout d'un an. Un dernier logiciel qui doit être cité est le MAXIMS, il s'agit d'un logiciel permettant aux services de gérer leurs tâches administratives. Il est sur le point d'être totalement remplacé par les autres logiciels car il ne permet plus de répondre à l'ensemble des missions des services (format trop ancien donc plus de possibilités de l'adapter pour le recueil).

6.4.1.1. Création et choix des logiciels

L'utilisation de logiciels distincts entre services résulte de l'abandon du logiciel unique (voir historique). La création des logiciels IMSPLUS et DOSMED est à l'initiative d'équipes de terrain, respectivement d'un service PSE et d'un centre PMS. Le logiciel OMNIPRO a été mis en place par la province du Luxembourg. Ces trois logiciels ont pour but de gérer les tâches administratives des services (planifier et gérer les visites médicales, envoyer des courriers aux parents,...) et créer un dossier médical informatisé des enfants vus en bilan de santé.

Les trois logiciels répondent tous les trois à un cahier des charges⁴³ fixant le type d'information et le format des données concernées par le recueil standardisé. Ces données sont exportées vers l'Etnic, partenaire informatique de la Communauté française, chargé de centraliser les données et de les envoyer vers le service chargé de leur analyse (SIPES-ULB).

Les services sont libres de choisir une des deux solutions informatiques (en vente) mais l'achat de celle-ci se fait également de façon autonome. Le choix de certains services s'est orienté vers le logiciel le moins cher (DOSMED) et pas nécessairement en fonction de l'adéquation du logiciel à leurs besoins. Certains services qui ne se sont pas équipés de logiciels ont été invités à procéder à un encodage par le biais d'une interface accessible sur le Web réalisée par l'Etnic. L'encodage via l'interface reste une formule provisoire, il ne permet pas la constitution d'un dossier informatisé utilisable au niveau local mais permet d'ajouter les données de ces services au recueil centralisé.

6.4.1.2. Distribution des logiciels

La distribution des logiciels dans les services PSE/PMS est présentée dans le tableau 4. L'information concernant le logiciel utilisé accompagne les données exportées par les services et

43 Marquet D., op cit.

centralisées par l'Etnic. Cette distribution n'est pas exhaustive, elle concerne uniquement les services qui ont envoyé des données pour l'encodage de l'année scolaire 2006-2007 (n=73).

Concernant les différents logiciels, il faut préciser que le logiciel OMNIPRO est un outil réservé aux services PSE de la Province du Luxembourg. Les logiciels IMSPLUS et DOSMED couvrent relativement le même nombre de services et d'enfants. Leur répartition entre centres PMS et services PSE est inégale. A la base, ils ont tous deux une spécificité : DOSMED s'adresse aux PMS et IMSPLUS aux PSE mais cela n'empêche pas des services PSE (n=12) d'avoir choisi le DOSMED. La quatrième formule qui est l'interface Web est utilisée par un tiers des services ayant participé au recueil en 2006-2007.

Tableau 4 Répartition des logiciels/interfaces dans les services pour l'encodage des données de 1^{ère} maternelle (N=73)⁴⁴

Logiciels/interface	OMNIPRO	IMSPLUS	DOSMED	Interface WEB	Total
Services PMS	0	0	14	15	29
Services PSE	1	22	12	8	44
Dossiers enfants reçus	2818	16545	15005	7192	41560

La configuration actuelle du paysage informatique pourrait être caractérisée de « multiple » et « décentralisée ».

- multiple : car quatre solutions informatiques co-existent et la gestion de chacune d'entre elles est assurée par l'entité responsable de sa création
- décentralisée : chaque modification apportée au cahier des charges du recueil demande aux fournisseurs d'en assurer l'implémentation sur le terrain dans chaque service. Les responsables des logiciels développent actuellement des procédures de mise à jour par Internet (pour re-centraliser) mais cette démarche n'est pas encore généralisée.

6.4.2. Désavantages des logiciels

Mis à part l'avantage pour certains acteurs d'utiliser un logiciel construit sur mesure, cette configuration multiplie le nombre d'intervenants dans le processus informatique du recueil. Les sources d'erreurs pour le recueil de données sont augmentées :

- les consignes d'encodage diffèrent d'un logiciel à l'autre en fonction de la programmation
- les champs visuels varient également entre les logiciels
- l'interprétation du langage utilisé dans les champs peut différer d'un encodeur à l'autre
- les modalités d'exportation peuvent entraîner des erreurs de la part de chaque logiciel
- le travail de centralisation de données provenant de plusieurs bases est également une phase sensible et sujette à l'introduction d'erreurs
- chaque modification du cahier des charges répercutée au niveau des logiciels peut lors de sa programmation par le fournisseur, être interprétée différemment.

⁴⁴ données transmises par l'ETNIC

Outre les sources d'erreurs de l'utilisation de la configuration actuelle, d'autres inconvénients sont avancés concernant les logiciels :

- certaines tâches administratives qui incombent aux services (transfert des données d'un élève d'un service à un autre) sont difficilement réalisables informatiquement en raison de l'utilisation de différents logiciels et interfaces (gestion des numéros identifiants créés dans chaque service, nécessité d'une préparation informatique commune pour les transferts de dossiers)
- les logiciels ne répondent pas suffisamment aux attentes de certains services en matière d'informatisation des tâches administratives ; le logiciel est alors perçu par ces services uniquement comme un outil d'encodage et les efforts à fournir pour l'utiliser ne semblent pas utiles
- chaque adaptation de chaque logiciel génère un coût : si les fournisseurs de logiciels tentent non seulement d'améliorer leur outil pour l'adapter aux besoins des équipes, ils doivent également l'adapter aux décisions prises par le groupe de travail chargé du suivi du recueil de données ; ces coûts sont pris en charge par les services
- les logiciels montrent des signes de faiblesse : des changements opérés sur les logiciels (ajout de contrôle) les ralentissent ; l'augmentation de la quantité de données collectées suscite une crainte relative aux limites des outils. Il faut par ailleurs souligner que certains services « pilotes » dans l'utilisation de logiciel (logiciel unique ou versions antérieures de logiciels) ont expérimenté la perte de données lors de l'installation d'un nouveau logiciel.

6.4.3. Intégration de l'outil informatique

Dans certains services, l'outil informatique est uniquement utilisé pour répondre à l'obligation de recueil des données. Dans d'autres services, la mission de recueil s'intègre dans une informatisation globale du service.

6.4.3.1. *Disponibilité des outils informatiques*

Dans certains services, le matériel informatique (ordinateurs et logiciel) est disponible et facilite le travail quotidien des services. Chaque poste de travail (infirmière qui fait passer le bilan de santé, secrétariat,...) possède son ordinateur et l'ensemble des fonctionnalités du logiciel (informatisation des tâches administratives et des dossiers individuels) sont utilisées.

Cette condition matérielle peut, indépendamment du recueil de données, permettre au service de procéder à l'encodage des données sanitaires en temps réel (examen de la vue et encodage simultané des résultats).

Des services sont dans des situations bien différentes. Certains services équipés d'un logiciel ne possèdent pas suffisamment d'ordinateurs pour en placer à tous les postes nécessaires. Par ailleurs, la configuration, l'exiguïté du local ne permet pas toujours d'y placer le matériel informatique pour l'utiliser pendant le bilan de santé.

D'autres services ne sont pas dans un processus d'informatisation. Ils possèdent peu d'ordinateurs (uniquement au secrétariat par exemple) et pas de logiciel. Dans ce cas, ils encodent les données pour le recueil informatisé sur une interface provisoire mise à disposition sur le WEB. Des services ont également des problèmes de connexion Internet et n'ont dès lors pas toujours accès à l'interface d'encodage.

Lorsque les services doivent prévoir un temps d'encodage des données en dehors des visites médicales (raisons évoquées ci-dessus) pour répondre à la mission de recueil informatisé, la tâche est perçue comme conséquente et peu utile.

Enfin, être équipé matériellement n'est pas le garant du fonctionnement adéquat du système informatique du service. Sur le terrain, le besoin de soutien du système informatique par une maintenance professionnelle est évident. Celui implique des frais récurrents que les services ne savent pas nécessairement couvrir.

6.4.3.2. Démarche d'intégration des outils informatiques

Des différences s'observent entre les services concernant l'intégration des outils informatiques dans le travail quotidien. On a pu mettre en évidence que la disponibilité des outils en suffisance va favoriser leur intégration au travail quotidien ; d'autres aspects interviennent également.

Certains services se trouvent dans une démarche d'intégration de l'outil informatique. Dans le cadre de cette intégration, ils améliorent l'uniformisation de leurs habitudes de travail et du langage médical utilisé dans les dossiers. Le processus d'informatisation est valorisé car il demande davantage de concertation dans l'équipe et ce faisant, la qualité du travail s'améliore globalement.

Dans d'autres services, c'est la peur de l'outil informatique (peur de perdre les données), la résistance au changement (habitudes de travail ancrées) qui sont rencontrées. La sensation de devoir choisir entre encoder les données ou s'occuper de l'enfant et la perte de temps évoquée lors du bilan de santé rend difficile la perception des avantages de l'informatisation.

En fonction de l'intégration des outils informatiques et de l'organisation dans l'équipe, la fonction des personnes qui encodent les données (pour le recueil informatisé) change d'un service à l'autre. Dans certains services, c'est la personne qui réalise le bilan de santé qui encode simultanément les données (médecins, infirmières). Quand l'encodage est réalisé en dehors du bilan de santé, c'est soit chaque membre de l'équipe médicale (infirmières) qui prévoit un temps d'encodage des données des enfants vus en bilan de santé, soit ce travail est confié aux secrétaires ou encore à des personnes engagées spécifiquement pour encoder (encodage des dates de vaccination).

Les données qui sont informatisées par les services diffèrent également. Certains services utilisent leur logiciel uniquement pour les données sanitaires concernées par le recueil. D'autres viennent de se doter d'un logiciel et l'utilisent uniquement pour les tâches administratives (ils encodent encore via l'interface Web). D'autres services traitent l'ensemble des données de façon informatique.

6.5. Recueil de données centralisé et dossier individuel

Les variables à encoder pour le recueil informatisé peuvent influencer la gestion des données du dossier individuel. Le choix des termes à encoder pour le recueil ne correspond pas nécessairement aux spécificités du terrain. Les équipes relèvent par exemple l'inadéquation du terme « pathologique » choisi pour le recueil de données mais qui est également le terme transmis aux parents comme résultat du test de stéréoscopie.

Dans une optique d'adaptation du recueil aux réalités de terrain, le groupe de travail chargé du suivi a apporté des ajustements au cahier des charges pour l'encodage débutant en septembre 2008. Cependant, toute modification du cahier des charges va produire (en fonction des situations des services) un coût pour la mise à jour du logiciel qui doit être lui aussi adapté.

Il est important de prendre en compte que les changements apportés au recueil de données centralisé impliquent non seulement que les services modifient leurs habitudes de travail et d'encodage mais qu'ils en supportent les coûts (informatique, documents d'anamnèse adaptés et imprimés en fonction du recueil).

Ce même groupe de travail chargé de fournir un état des lieux du processus de recueil au Comité d'accompagnement l'interpelle à ce sujet : « *Le groupe de travail souhaite souligner la difficulté rencontrée dans la poursuite du double objectif du recueil de données standardisées (bénéfice local de l'informatisation et bénéfique pour la promotion de la santé en Communauté française). Le choix des indicateurs à recueillir illustre bien cette difficulté. Les objectifs sous-jacents à l'inclusion dans le recueil informatisé de chacun des indicateurs socio-sanitaires récoltés actuellement ou à ajouter dans le futur, tant au niveau local (PSE) qu'à des finalités de promotion de la santé en CFWB demanderait encore à être précisé* »⁴⁵.

Cette double finalité recherchée par le recueil et les difficultés rencontrées en réalité pour les atteindre suscitent chez les acteurs de terrain de nombreux questionnements (à quoi sert notre investissement dans la collecte ? quel est le bénéfice que nous pouvons en retirer ? comment sont utilisées les données récoltées pour la promotion de la santé en Communauté française ?). L'obligation d'encoder les données et la faible utilisation qu'il en est fait est source de frustration. Un contraste est également ressenti entre la logique de santé globale propre à la promotion de la santé et l'approche thématique induite par le recueil⁴⁶.

Sur base du cadre prévu actuellement pour le recueil (objectifs, contenu, évaluation), cette mission prend très peu de sens pour les acteurs de terrain. Cela contribue à la perception de celle-ci comme une surcharge de travail par les services, du temps perdu pour la promotion de la santé auprès des jeunes.

Néanmoins, la recherche du sens et de l'utilité des données récoltées est présente et propre à certaines équipes. Elle se traduit par des démarches diverses : certains services souhaitent évaluer l'adéquation entre les résultats des tests de vue qu'ils effectuent et le diagnostic posé par l'ophtalmologue après référence de l'enfant ; d'autres services réalisent des évaluations internes ; d'autres souhaiteraient utiliser les données pour améliorer leur reconnaissance dans

45 Groupe de travail chargé du suivi du « Recueil standardisé d'informations sanitaires » (2008) Rapport au Comité d'accompagnement 12 p.

46 Renard F., Vandoorne C. (2008) Suivi du projet de Service : synthèse des échanges des ateliers (réalisés lors de la journée PSE du 19 mars 2008). APES-ULG, 17 p.

les écoles ; pour évaluer l'utilisation du carnet de santé dans leur population ou pour obtenir des données au niveau géographique considéré comme pertinent. Certains services utilisent les données informatisées pour répondre à d'autres obligations (rapport d'activités). D'autres voient davantage de sens au recueil si les données sanitaires peuvent être croisées avec des données de type socio-économique (école en discrimination positive,...).

Il existe une importante diversité des situations des services PSE dans la mise en œuvre de la mission de recueil de données. Cette hétérogénéité est déjà présente dans le contexte institutionnel et organisationnel des services. Elle touche toutes les **phases** du processus de collecte et provoque des inégalités dans la mise en œuvre du recueil par les services.

Les **pratiques de terrain** (matériel, méthodes de prises de mesures) et les sources d'informations primaires utilisées pour l'encodage (carte de vaccination, anamnèse,...) sont variables d'un service à l'autre.

Les **niveaux d'informatisation** (nombre de postes informatiques disponibles,...) ainsi que l'intégration de l'outil informatique dans le travail quotidien des services, particulièrement les bilans de santé des enfants, diffèrent entre les services.

Les **logiciels** d'encodage sont multiples (quatre logiciels sont utilisés actuellement) et leur adaptation aux besoins et préoccupations du terrain (tâche d'encodage ou utilisation en cohérence avec le travail du service, les coûts supportés par le service) est également variable.

Enfin, la **perception** de l'utilité de la mission de recueil et son **appropriation** se distinguent entre services. Ces deux éléments sont fonction d'une série de déterminants que nous allons tenter de mieux comprendre dans l'analyse transversale.

7. Résultats du recueil de données

Les résultats du recueil de données 2006/2007 sont basés sur les données récoltées par les services PSE. Celles-ci ont été transmises à l'Etnic pour leur centralisation en une base de données et ensuite à SIPES-ULB, le service communautaire chargé de l'analyse des données. Ces données ont fait l'objet d'une évaluation de leur qualité et d'une analyse⁴⁷. Le suivi de ce processus nous permet d'utiliser les résultats de ces analyses afin d'apporter un éclairage quantitatif sur la situation du recueil dans les services.

Le recueil de données est en cours depuis la phase pilote, et bien que certaines modifications aient eu lieu depuis (changement dans le cahier des charges et dans les logiciels, consignes de standardisation des pratiques à destination des services, sensibilisation des services à l'encodage,...), la qualité des données recueillies reflète les difficultés rencontrées lors des différentes phases du processus.

7.1. Phase pilote du recueil

Pendant l'année scolaire 2005-2006, c'est une phase pilote du recueil de données qui a eu lieu. Les services qui ont participé à la phase pilote l'ont fait sur base volontaire, leur nombre est donc restreint. Etant donné le caractère récent du processus de récolte, une évaluation de la qualité des données a été réalisée.

Cette évaluation a mis en évidence des problèmes provenant de différentes phases du processus, rendant les données peu exploitables. Ces problèmes concernaient le matériel et les pratiques de terrain (défaut de standardisation du matériel, pratiques non uniformes), la description des données à récolter (absence de données négatives, manque de recommandations précises quant à l'encodage), l'utilisation des interfaces d'encodage (interprétation différente des champs visuels d'encodage), la disponibilité des informations et leur fiabilité (présence de valeurs erronées). A cela s'ajoutaient des problèmes dans l'utilisation du numéro FASE (identification des différentes implantations scolaires) par certains services ainsi qu'une difficulté à traiter des données de sujets dont l'établissement scolaire dépend de plusieurs services PSE/PMS.

Plus spécifiquement, l'évaluation des pratiques de mesure de poids sur base de la distribution des valeurs décimales montrait une importante disparité entre services. Les précisions de la prise de mesure allaient d'une mesure précise au dixième de kilogramme à un arrondi aux 500 grammes ou 1000 grammes⁴⁸.

Les résultats de l'évaluation de la qualité des données 2005-2006 ont été transmis aux services PSE en mars 2007 et ont renforcé le constat des difficultés exprimées par les services. Lorsque les données de l'année scolaire suivante 2006-2007 ont été exportées, une évaluation de la qualité des données a été réitérée, quelques résultats sont présentés ci-après.

47 de Smet P. (2008) Document de travail sur la qualité des données pour le recueil des données de la population de 1ère maternelle pour l'année scolaire 2006/2007. SIPES-ULB, 46 p.

48 Piette D., de Smet P., op cit.

7.2. Suivi du recueil réalisé en 2006-2007

L'évaluation de la qualité des données qui a été réalisée lors du deuxième recueil concerne l'exhaustivité des dossiers, la disponibilité des données par dossier ainsi que les données qui seraient potentiellement aberrantes. Ces trois aspects sont développés ci-dessous.

7.2.1. Exhaustivité des dossiers

L'exhaustivité, c'est-à-dire le rapport du nombre de dossiers reçus (N=40 736) sur le nombre de dossiers attendus a été calculée sur base du nombre d'élèves scolarisés (1ère maternelle) transmis par la Direction de la Promotion de la Santé à l'Ecole (N=70 643).

Pour le recueil 2006-2007, l'exhaustivité (observés/attendus) obtenue pour l'ensemble des services PSE est de 58% tandis que pour le recueil des données 2005-2006 (encore non obligatoire pour les services) elle était de 33%.

Si on compare les chiffres de référence (nombre d'élèves scolarisés) transmis pour le calcul de l'exhaustivité (N=70 643) avec les statistiques de naissances en Communauté française⁴⁹ pour l'année 2003 par exemple (N=50 718), il semble que les premiers chiffres soient surévalués. Si le dénominateur augmente de manière erronée, l'exhaustivité du recueil diminue aussi de manière erronée. Si on utilise les statistiques de naissances (année 2003), la proportion de dossiers réceptionnés s'élève alors aux alentours de 80%.

Pour le calcul de l'exhaustivité, il serait plus adéquat d'utiliser des chiffres de référence qui soient plus proches de la réalité de terrain tel que l'ensemble des enfants devant être vus par le service PSE mais ces chiffres ne sont actuellement pas disponibles.

En tablant sur une surestimation des chiffres, on peut toutefois observer que l'exhaustivité est assez homogène entre les provinces (tableau 5).

Tableau 5. Exhaustivité des données exportées en 2006/2007, par province⁵⁰

PROVINCE	OBSERVES	ATTENDUS	RAPPORT O/A (%)
Brabant wallon	3 696	5 959	62%
Hainaut	10 418	20 191	52%
Liège	9 183	15 092	61%
Luxembourg	3 317	5 144	64%
Namur	4 187	7 980	52%
Bruxelles	9 935	16 277	61%
Total	40 736	70 643	58%

Le calcul de l'exhaustivité a été réalisé par province mais également par service (résultats non présentés). Ces derniers chiffres ont permis de mettre en évidence l'existence de 9 services qui

49 Direction Générale de la Santé (2008) Santé en Communauté française : La santé de 0 à 1 an, p 2.

50 de Smet P., op cit.

n'ont envoyé aucun dossier d'enfant. Ceux-ci ont été contactés afin de connaître les raisons de leur non-participation au recueil. Des problèmes divers ont été recensés :

- une installation du logiciel difficile ou tardive par rapport à la date d'envoi des données
- des problèmes dans le transfert des données venant des écoles (données nécessaires à la construction des fiches élèves)
- des problèmes "informatiques"
- un manque de ressource compétente en informatique qui puisse aider le service
- un envoi de données par le service mais pas de données réceptionnées au niveau central (logiciel non adapté)

Dans l'ensemble, les services sont conscients de l'obligation décréte liée à la mission de recueil mais ces informations renforcent le constat de situations difficiles rencontrées par certains services.

7.2.2. Disponibilité des données

7.2.2.1. Variables démographiques

Le tableau 6 montre la proportion de dossiers pour lesquels la variable mentionnée est disponible. Ces proportions sont calculées sur le nombre total de dossiers reçus (n=40 736). Ils permettent de voir qu'une variable comme la date de naissance ou le sexe est disponible dans tous les dossiers des enfants. Comme il a été précisé ci-dessus, cela ne signifie pas pour autant que la donnée soit valide. Un contrôle est réalisé sur l'âge de l'enfant et le niveau scolaire que le service lui attribue et une vérification est demandée au service pour les valeurs aberrantes.

Tableau 6. Disponibilité des variables démographiques⁵¹

1^{ère} maternelle	Services (SPSE+CPMS) CF	
Variables		Disponibilité
	(N=40 736)	%
Sexe /date de naissance		100
Nationalité		97,2
Localisation		99,8

7.2.2.2. Variables sanitaires

Les proportions de dossiers pour lesquelles les variables sanitaires sont disponibles sont plus basses que pour les variables démographiques (tableau 7). Dans ce calcul, il est tenu compte de la proportion d'enfants absents au bilan de santé pour lesquels les mesures biométriques ou le test d'acuité visuelle n'ont pas été réalisés. Par contre, les données vaccinales sont peu dépendantes de la présence de l'enfant au bilan de santé mais dépendent davantage des informations fournies par les parents (anamnèses médicales non rendues, non complétées ou complétées mais avec des données vaccinales erronées, des dates illisibles ou incomplètes,...). En effet, parmi les 40 736 dossiers reçus, globalement, un tiers des enfants ne possèdent pas d'informations vaccinales (et davantage n'ont pas de données pour le vaccin contre le

⁵¹ de Smet P., op cit.

Pneumocoque car celui-ci a été introduit dans le circuit de distribution gratuit de la Communauté française en 2007⁵² et les vaccins contre l'Hépatite A et la tuberculose qui ne sont pas obligatoires) (tableau 8).

Tableau 7. Disponibilité des variables sanitaires⁵³

1^{ère} maternelle		Services (SPSE+CPMS) CF
Variables		Disponibilité
		%
Poids	(N=37 838)	94,8
Taille	(N=37 838)	94,8
Acuité visuelle	(N=37 838)	85,6
Suivi	(N=37 838)	80,8
Vaccins	(N=40 736)	71,3

Tableau 8. Disponibilité des données vaccinales⁵⁴

1^{ère} maternelle		Services (SPSE+CPMS) CF
Détail par vaccin		Disponibilité (au moins 1 date de dose)
	(N=40 736)	%
Poliomyélite		70,5
Diphtérie		70,4
Tétanos		70,0
Coqueluche		69,9
<i>Haemophilus influenzae b</i>		67,5
Hépatite B		61,7
Rougeole		66,4
Rubéole		66,3
Oreillons		66,3
Méningocoque C		62,9
Pneumocoque		15,8
Hépatite A		1,3
BCG		1,4

Concernant les données vaccinales, d'autres observations peuvent être faites. Selon le calendrier vaccinal en vigueur en Communauté française, l'administration de vaccins comme celui contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche se fait de façon combinée et doit atteindre 4 doses avant 2 ans (la dernière dose devant être administrée après 11 mois).

Dans le tableau 9, on observe que 16 356 enfants ont reçu 4 doses de vaccin contre la diphtérie tandis que 26 748 ont reçu 4 doses de vaccin contre le tétanos. Ces résultats bruts ne reflètent

52 Miermans M.C., Swennen B., de Terwangne M.C. et al. (2006) Vacciner ? Mieux comprendre pour décider. Programme de vaccination de la Communauté française PROVAC, Bruxelles, 32 p.

53 de Smet P., op cit.

54 de Smet P., op cit.

pas la réalité vaccinale des enfants en Communauté française telle qu'elle a été évaluée par les enquêtes de couverture vaccinale réalisées par PROVAC⁵⁵. Des analyses complémentaires sur les données vaccinales (selon le logiciel utilisé) ont montré que la discordance entre les nombres de doses de vaccin contre la diphtérie et le tétanos provient d'un problème survenu au niveau d'un des logiciels (IMS+) dont la cause doit être identifiée par le fournisseur.

Dans le même ordre d'idées, on observe une proportion d'enfants ayant reçu un nombre excessif de doses de vaccin tel que 6, 7 ou 8 doses. La procédure de vérification des données a permis de montrer que des données de plusieurs enfants se sont mélangées sous un même numéro identifiant suite à un problème survenu dans un des logiciels (DOSMED), multipliant ainsi artificiellement le nombre de doses des différents vaccins pour un seul numéro identifiant.

Tableau 9. Nombre de doses signalées⁵⁶

Doses	1 ^{ère} maternelle		Services (SPSE+CPMS) CF			
	Diphtérie		Tétanos		Coqueluche	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	12.054	29,6	12.225	30,0	12.273	30,1
1	109	0,3	131	0,3	123	0,3
2	253	0,6	117	0,3	116	0,3
3	11.876	29,2	1.377	3,4	1.391	3,4
4	16.356	40,2	26.748	65,7	26.700	65,5
5	53	0,1	103	0,3	98	0,2
6	24	0,1	1	0,0	1	0,0
7	2	0,0	5	0,0	5	0,0
8	9	0,0	29	0,1	29	0,1
<i>Total</i>	40.736	100	40.736	100	40.736	100

7.3. Variabilité entre services

La disponibilité des données présentée pour l'ensemble des services de la Communauté française (SPSE+CPMS) a également été analysée pour chaque service séparément (résultats non présentés). Des différences entre les services face à la mission de recueil mises en évidence dans la première partie de ce rapport s'observent également dans la disponibilité des données. En effet, certains services affichent une disponibilité de données relatives (par exemple) aux résultats d'acuité visuelle de 100% dans leurs dossiers envoyés tandis qu'au moins un service n'a envoyé aucune donnée pour cette variable (tableau 10).

55 Swennen B., Robert E. (2006) Couverture vaccinale des nourrissons en Communauté française de 1989 à 2003. Ministère de la Communauté française - Direction générale de la Santé - Programme de Vaccination en Communauté française PROVAC, 51 p.

56 de Smet P., op cit.

Tableau 10. Variation de la disponibilité des données entre services⁵⁷

1^{ère} maternelle	Services (SPSE+CPMS) CF			
	POIDS	TAILLE	VUE	SUIVI
Pourcentage total	95%	95%	86%	81%
Pourcentage maximum dans un service	100%	100%	100%	100%
Pourcentage minimum dans un service	30%	30%	0%	1%
Pourcentage médian	98%	98%	93%	100%
Nombre de sujets	n=37 838	n=37 838	n=37 838	n=37 838

A la suite de l'évaluation de la qualité des données, il semblait important de se demander comment peuvent être interprétés ces résultats. En effet, peut-on considérer que les services dont la qualité des données recueillies est moins bonne que d'autres rencontrent davantage de difficultés dans le processus de recueil (manque de ressources informatiques, logiciels peu adaptés, mauvaise compréhension des consignes, manque de temps, manque de formation..) ?

S'il est probable que la qualité des données est influencée par les ressources disponibles dans le service, ce lien ne va pas toujours de soi. En effet, les entretiens réalisés sur le terrain ont permis de voir que certains services présentant des problèmes de ressources ont par ailleurs de bons résultats en terme de disponibilité des données. Ces services pallient le manque de ressources par des actions qui ne leur sont pas utiles dans le travail quotidien : un temps plus long passé à l'encodage (encodage a posteriori des dossiers des enfants vus), l'utilisation de solution informatique provisoire (interface d'encodage sur le WEB).

7.4. Procédure de vérification/correction de valeurs

Lorsque les données sont disponibles, c'est leur validité qui doit être évaluée. En effet, les logiciels permettent de contrôler certaines erreurs qui pourraient être faites à l'encodage (impossibilité d'encoder une date de vaccination avant la date de naissance,...) mais ces contrôles sont différents d'un logiciel à l'autre et certainement insuffisants.

Pour permettre un contrôle suffisant de la validité des données, des tests ont été réalisés sur la base de données centralisée. Des seuils d'erreurs (limites d'âge pour le niveau scolaire, limites de poids et taille extrême, nombre de doses de vaccination élevé, date de vaccination antérieure à la date de naissance,...) décidés en réunion de suivi ont mis en évidence des données pouvant avoir fait l'objet d'erreurs d'encodage, sans exclure que des erreurs pourraient provenir d'autres phases du processus. Ensuite, une procédure de vérification des données hors des seuils a été organisée.

Chaque service a reçu en format papier les informations lui permettant d'identifier, par le numéro unique, l'enfant pour qui une (des) valeur(s) étai(en)t à vérifier. Cette vérification permet de différencier les valeurs se trouvant hors des seuils mais qui seraient correctes (vraies mesures de l'enfant) des valeurs qui se révéleraient être des erreurs d'encodage.

⁵⁷ de Smet P., op cit.

Les informations fournies par les services sont utilisées pour confirmer dans la base de données les données correctes, exclure les données incorrectes et corriger les données (poids/taille) avec les nouvelles données reçues. Le choix de ré-encoder uniquement les données de poids/taille a été posé car cela permettait de mieux exploiter cette variable (en augmentant sa disponibilité et sa validité) tout en tenant compte de la disposition de ressources restreintes mais nécessaires à ce nouvel encodage.

Si cette démarche permet de sensibiliser les services aux erreurs d'encodage possibles, leur permettre de corriger des données dans les dossiers individuels des enfants ainsi qu'améliorer sensiblement la validité de la base de données, elle ne permet pas de corriger des erreurs provenant d'autres phases du processus (prise de mesure incorrecte, erreur lors de l'envoi des données, etc.).

Cette tâche supplémentaire tant pour les équipes que pour le service en charge de l'analyse des données est provisoire. A l'avenir, l'augmentation du nombre d'enfants concernés demanderait un système de contrôle des erreurs (encodage et autres types d'erreurs) plus efficient.

7.5. Analyse des indicateurs

Dans l'état actuel du processus de recueil, le plan d'analyse des données cherche à fournir aux services encodeurs une connaissance de leur population sur base de quelques indicateurs dérivés des données récoltées. Ces résultats sont transmis à chaque service/antenne de taille suffisamment élevée (plus de 99 enfants) et une information sur l'évaluation de la qualité des données accompagne l'analyse.

Suite à une proposition de plan d'analyse au Groupe de travail chargé du suivi du recueil (mai 2008), certains indicateurs ont été écartés. Ces derniers ont été identifiés comme non adaptés à la réalité du terrain et toute tentative d'interprétation aurait été biaisée (voir 7.5.1). L'analyse de certains indicateurs a révélé des résultats non plausibles reflétant des problèmes de processus (voir 7.5.2). Pour l'analyse des données vaccinales, le service chargé de l'analyse a dû faire appel au service de la Communauté française expert en vaccination (PROVAC).

7.5.1. Indicateurs non adaptés

Des indicateurs prévus dans le cahier des charges se sont avérés lors du plan d'analyse et à l'analyse non adaptés à la réalité du terrain.

1. L'interprétation de l'item « vue corrigée » par les acteurs de terrain pose question. En effet, si l'enfant porte des lunettes mais qu'il les a oubliées, les services encodent-ils « vue corrigée » alors que le test d'acuité visuelle sera réalisé sans lunette ? L'item étant utilisé différemment par chaque service, les résultats liés à l'analyse de celui-ci ne seraient pas interprétables. Après ce constat, le groupe de travail chargé du suivi a décidé d'adapter le cahier des charges (changement répercuté au niveau des logiciels), ce changement a pris effet à partir du recueil de 2008-2009 (voir 5.2.4).
2. Un autre problème d'interprétation concerne les résultats du test de stéréoscopie. A l'analyse, on observe une proportion de 11,0% (N=4 460) d'enfants pour lesquels aucune des trois

modalités de réponses prévue par le cahier des charges n'a été utilisée (normal, pathologique, non réalisé). On ne peut donc pas interpréter cette donnée manquante.

Pour de nombreux services, les modalités de réponse au test de stéréoscopie ne sont pas adéquates ; le test peut avoir été réalisé mais le résultat semble douteux, de même que le test peut avoir été irréalisable (enfant qui pleure,...). Ces deux modalités de réponse ont été ajoutées dans le cahier des charges après décision du groupe de travail. Ce changement a pris également effet à partir du recueil 2008-2009 (voir 5.2.4).

3. Toujours pour l'acuité visuelle, on peut également citer une utilisation des tests d'acuité visuelle qui diffère entre les services. Certains services ont encodé sous l'appellation d'un test (Test Image) des résultats d'acuité visuelle réalisés avec un autre test (le test Stycar ne faisant pas partie des items à cocher). D'autres services ont encodé des résultats d'acuité visuelle différents selon le test utilisé (Test E et Test Image), ce qui est possible mais ne permet pas d'interpréter quel est le résultat à prendre en compte. Le premier constat a fait l'objet d'adaptations du cahier des charges afin que les services puissent transmettre les résultats d'acuité visuelle ainsi que l'information sur le test effectivement utilisé. Concernant le deuxième constat, il n'a pas encore été pris en compte par le groupe de travail.
4. Un autre type d'indicateur qui demanderait à être revu concerne la référence de l'enfant par le service (référence signifie que le service a conseillé ou demandé aux parents d'aller consulter un professionnel de santé en fonction d'un problème dépisté). L'item « Une réponse a-t-elle été obtenue ? (Oui/non/ pas encore) » est peu utilisé dans les services car ces derniers ne reçoivent pas nécessairement le feedback du suivi qu'ils ont conseillé/demandé même si l'enfant a effectivement été vu par le professionnel concerné. Les résultats de l'analyse de cet indicateur ne sont pas utilisables si l'on tient compte du fait que les services ne parviennent en général pas à avoir ces informations.

7.5.2. Résultats non plausibles

Des résultats non plausibles ont été identifiés à l'analyse de certains indicateurs et confirmés grâce aux commentaires des services lors de l'évaluation de la rétro information. Ces résultats ne reflètent pas la réalité du terrain, ils sont incohérents et trouvent leur explication dans un problème de processus.

1. L'analyse des résultats des tests d'acuité visuelle a montré une proportion importante de valeurs nulles. On note par exemple concernant le « Test image » que, parmi les enfants pour lesquelles des résultats d'acuité visuelle (aux deux yeux) étaient disponibles (N=33 247), 50,2% présentaient des valeurs nulles au test Image. Cette proportion était similaire pour l'autre test d'acuité visuelle, le test E. Cette apparition de valeurs nulles n'est pas systématique, elle se produit quel que soit le test utilisé mais également lorsqu' aucun test n'a été réalisé. Après analyse du processus de transfert des données, ce problème semble survenir lors du chargement du fichier par l'organisme qui centralise les données (ETNIC).
2. L'analyse des références d'enfants (conseil/demande du service PSE aux parents de consulter) vers un professionnel de santé (ophtalmologue, pédiatre etc. ou autre) montre également des résultats non probables. Dans le tableau 11, on observe que la proportion la

plus importante de référence provient de la modalité de réponse "autre". Pourtant, d'après les services, cette modalité de réponse ne serait pas ou peu utilisée.

Actuellement, ces résultats ne sont pas interprétables mais ils mettent en évidence la présence d'un problème dans le processus dont la raison n'a pas encore été identifiée.

Tableau 11 : Référence vers un professionnel de santé, ensemble des services CF⁵⁸

TYPE SUIVI	DENTISTE	GENERALISTE	OPHTAL	ORL	PEDIATRE	PMS	AUTRE
Proportion	2,6%	7,3%	5,6%	2,4%	0,45%	0,12%	61,1%
IC 95%	(2,5;2,8)	(7,0;7,6)	(5,4;5,8)	(2,3;2,6)	(0,38;0,52)	(0,09;0,16)	(60,6;61,5)
Nombre de sujets	n=40535	n=40535	n=40535	n=40535	n=40535	n=40535	n=40535

58 de Smet P., op cit.

7.6. Rétro-information des services

7.6.1. Objectifs et contenu

Les résultats de l'évaluation de la qualité des données (disponibilité et erreurs avant et après correction) ainsi que certains indicateurs dérivés des données récoltées ont été transmis aux services sous forme de rétro information. Les objectifs poursuivis par la rétro information sont des objectifs à court terme et à plus long terme :

A court terme, la rétro-information devrait :

- apporter aux services une connaissance complémentaire de la population de 1^{ère} maternelle : comparaison des données de la population vue par le service avec une population d'ensemble
- impliquer les services dans la compréhension de l'analyse des données récoltées
- sensibiliser les services par rapport à leur travail d'encodage pour le recueil de données (erreurs d'encodage, disponibilité de l'information)

A long terme :

- améliorer le processus de récolte des données de façon globale

Une aide à la lecture des documents a été rédigée afin d'accompagner les services dans la compréhension et l'utilisation des données quantitatives.

7.6.2. Evaluation

Un questionnaire a été joint au courrier afin d'évaluer l'adéquation de la rétro information en regard des objectifs de connaissance de leur population (1), de compréhension des données (2), de sensibilisation au travail d'encodage (3), mais également d'évaluer la diffusion des documents dans le service (4) et l'intérêt des services à recevoir une rétro information dans l'état actuel du processus de recueil (5). Enfin, une partie du questionnaire était destinée à récolter l'avis des services sur les améliorations à apporter à la rétro information (6) et leur laissait la possibilité de faire des commentaires s'ils le souhaitaient (7).

Trente-sept services/antennes ont répondu au questionnaire sur les 73 services ayant reçu une rétro-information sur la qualité des données et les données de leur population.

Les réponses à la première question posée ("dans votre service, combien de personnes liront la rétro information reçue ? ") permettent de voir que les situations sont très différentes dans la diffusion des documents au sein d'une équipe (4). Dans certains services, toute l'équipe lit le document, dans d'autres, c'est le(s) responsable(s) du service qui a (ont) effectué cette lecture, avec dans certains cas, une transmission des informations au reste de l'équipe. Parfois, ce sont les encodeurs (pas d'information demandée sur leur fonction dans le service) qui lisent les résultats, accompagnés pour certains des responsables d'équipe.

Parmi les services répondants (N=37), près de 90% sont (tout à fait/plutôt) d'accord pour dire que "la rétro information apporte une connaissance complémentaire de la population de 1^{ère} maternelle qui sera utile dans différentes activités" (celles-ci n'étaient pas précisées dans le questionnaire) (1). Par contre, les informations sur la qualité des données ne semblent utiles que pour la moitié des services (3). La moitié des services qui ont répondu au questionnaire sont tout

à fait d'accord pour dire que « le document d'aide à la lecture a facilité la compréhension des tableaux » tandis que 37,8% sont plutôt d'accord (2).

Presque trois quarts des services répondants sont plutôt d'accord/tout à fait d'accord pour dire que "recevoir une rétro information sur les données encourage le service/antenne à s'investir dans le recueil de données" (5).

Parmi les répondants, un quart des services (27%) estiment que le contenu de la rétro information (données présentées dans les tableaux) devrait être amélioré (apporter des commentaires plus précis et concrets) ; deux tiers des services répondants (67,6%) trouvent que la forme (la présentation des informations) devrait être améliorée (utiliser des graphiques/tableaux plus clairs, simplifier la présentation,...). (6) De manière générale, le temps nécessaire à la lecture est trop long et le couplage de plusieurs documents (qualité des données, analyse des données) rend la lecture trop conséquente.

Ce questionnaire a été l'occasion pour certains (7) de marquer leur intérêt pour les indicateurs relatifs aux problèmes de vue, de surpoids et les informations vaccinales voire pour des indicateurs qui ne sont pas récoltés (résultats des tests auditifs). La confrontation des données récoltées avec la pratique des services a fait émerger des remarques par quelques répondants sur des données paraissant incohérentes voire fausses.

Les remarques et commentaires issus de l'évaluation de la rétro information confirment des constats effectués sur le terrain. Les inégalités entre services réapparaissent face à l'appropriation des résultats de l'analyse des données. Les équipes diffèrent tant dans la lecture (possibilités et temps passé à celle-ci), la compréhension, la diffusion des résultats au sein de l'équipe. Au-delà des améliorations à apporter au document, les commentaires reflètent différentes problématiques : celles liées au contenu du recueil et le souhait de l'étendre à d'autres données, les déficits du dispositif du recueil ; ces problématiques conduisant à la remise en question de la validité des résultats.

8. Analyse transversale

Dans la partie descriptive du processus, nous nous sommes attelés à retracer et évaluer les étapes et les actions entreprises dans la récolte des données. Nous avons mis en évidence les difficultés rencontrées par les services de promotion de la santé et particulièrement la diversité des situations face à la récolte de données.

Comme souligné dans la méthodologie, les étapes successives de l'analyse transversale nous permettent d'avancer dans la compréhension des difficultés éprouvées par les acteurs de terrain. Ces étapes sont l'identification de freins et facilitateurs de l'appropriation du recueil, la construction de catégories de freins/facilitateurs, l'analyse intra-catégorielle et la modélisation des résultats de l'analyse intra-catégorielle.

8.1. Identification de freins /facilitateurs

L'analyse du contenu des entretiens (analyse thématique et analyse du processus de récolte et de sa mise en œuvre dans les services) fait apparaître un rapport différent des services à une même thématique du recueil. On note par exemple, concernant les objectifs du recueil informatisé, que certains en ont une vision positive (reconnaissance de l'objectif du recueil à long terme) tandis que d'autres ne voient pas l'utilité de celui-ci (manque de visibilité, de consensus sur les objectifs du recueil).

Ces différences dans la manière dont les services s'approprient le recueil et les éléments de sa mise en œuvre nous ont amenés à repérer leur connotation, positive ou négative, attribuée par le service.

En fonction de leur connotation positive (facilitateur) et/ou négative (freins/barrières) pour l'implantation du recueil dans les services, les thématiques ont été classées en freins et/ou en facilitateurs. Une même thématique se décline en frein ou en facilitateur selon les situations observées dans les équipes.

8.2. Construction de catégories de freins/facilitateurs

Comme nous l'avons introduit dans la méthodologie, la catégorisation va représenter un exercice aboutissant à la proposition d'un terme porteur d'une signification en lien avec des comportements, des faits, des représentations. Notre approche inductive se traduit ici par un essai de désignation de processus en jeu sans empreinte de références préexistantes. Cette construction se base sur l'analyse des faits, des expériences. Cela n'exclut pas que nous ayons un référentiel lié au sujet étudié⁵⁹.

Trois grandes catégories de freins/facilitateurs à l'implantation du recueil ont émergé du travail de catégorisation. La construction de ces trois catégories sur base de la liste des freins/facilitateurs fait ressortir trois éléments saillants de l'appropriation d'une mission comme le recueil informatisé de données.

59 Paillé P., Mucchielli A. (2003) L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris, Editions Armand Colin, 211 p.

Dans la première catégorie, il s'agit d'éléments qui ont trait à la perception du recueil par les services (utilité du recueil, adéquation entre le recueil et la mission de promotion à la santé,...).

La deuxième catégorie touche les aspects de la mise en œuvre du recueil par les services (décisions, planification, degré d'opérationnalisation,..).

La troisième catégorie concerne les différents types de ressources mobilisées par les services dans la mise en place du recueil.

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des éléments classés en freins et/ou facilitateurs et la catégorie à laquelle ils appartiennent. Une explication des faits désignés par la catégorie permet d'appuyer et de justifier le sens du terme qu'il lui a été donné.

Tableau 12. Catégorie des freins/barrières et facilitateurs de l'implantation du projet de recueil

Catégories	Freins/Barrières	Facilitateurs
La perception du recueil par les services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de visibilité des objectifs à court, moyen, long terme ▪ Perception d'une incohérence entre contenu du recueil et (politiques de) promotion de la santé ▪ Perception du recueil comme une perte de temps : priorisation des autres missions ▪ Absence de bénéfices immédiats 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaissance de l'objectif à long terme ▪ Perception du recueil comme initiateur de changements nécessaires à l'évolution du travail des services ▪ Utilisation des données récoltées pour répondre à des préoccupations locales
La mise en œuvre du recueil par les services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'informatisation préalable de données et manque d'accessibilité à des données informatisées nécessaires aux services (listes écoles, identifiant unique...) ▪ Absence de planification du recueil ▪ Conditions de faisabilité non respectées ▪ Impression que les décisions se prennent « au-dessus » ▪ Décalage entre politique et terrain (recommandations, mise en œuvre du recueil) ▪ Résistance aux changements ▪ Hétérogénéité des pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dynamiques initiées dans l'équipe avant la mise en place du recueil ▪ Implication dans les décisions ▪ Sensibilisation à la nécessité d'uniformité (outils et méthodes) ▪ Formation à l'outil informatique ▪ Prédilection individuelle favorable aux changements ▪ Intégration de l'outil informatique au quotidien initiée dans l'équipe ▪ Perception des bénéfices de l'informatisation dans les missions

<p>Les ressources dans les services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encadrement insuffisant pour assurer les missions ▪ Absence de coordination d'équipe ▪ Manque de moyens matériels ▪ Configuration complexe du paysage informatique ▪ Solution informatique non adaptée ▪ Manque d'appui aux missions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allocation de ressources complémentaires (PO) ▪ Encadrement suffisant pour assurer les missions ▪ Présence d'une coordination d'équipe ▪ Solution informatique adaptée/adaptable ▪ Appui aux missions, partenariat avec un organisme extérieur
---	---	--

8.2.1. La perception du recueil par les services

La valeur accordée au recueil informatisé par les acteurs de terrain va, entre autres, conditionner les possibilités d'implantation de celui-ci. C'est la question de l'utilité du recueil qui est posée et le sens que cette mission prend pour eux.

Questionner l'utilité du recueil de données revient à questionner ses objectifs, son contenu, ses bénéfices et sa priorité par rapport aux autres missions du service.

Derrière les objectifs et le **contenu** du recueil, c'est le choix de chacun des indicateurs prévus dans la récolte et leur utilisation qui est concerné. En effet, le choix d'un indicateur doit se faire en fonction du phénomène étudié et de l'objectif recherché de sorte que l'indicateur contribue à éclairer une question. « *L'indicateur est en principe une manifestation observable et mesurable des composantes du concept* »⁶⁰. Le concept, dans le cas du recueil informatisé, est la santé des enfants (par exemple de première maternelle) scolarisés en Communauté française. La santé de ce groupe de population n'étant pas directement observable, il faut passer par une série d'indicateurs pour estimer, appréhender leur santé.

Les indicateurs choisis dans le cadre du recueil (indice de masse corporelle, résultat au test d'acuité visuelle, date et nombre de doses de vaccins,...) et les thématiques auxquelles ils s'attachent (prévention des maladies transmissibles,...) apparaissent insuffisants aux yeux des acteurs de promotion de la santé à l'école pour mener à bien les **objectifs** du recueil tels que : au niveau local, soutenir et orienter les équipes dans leur mission de promotion de la santé des enfants et au niveau central, orienter le pilotage de la promotion de la santé en Communauté française.

Il semble également que le recueil des données, constitué de quelques indicateurs, s'intègre peu dans une vision globale de la santé alliant bien-être physique, psychologique et social, principe fondamental en promotion de la santé.

De même, l'intégration de la **mission** de recueil dans un projet de service, "projet en matière de promotion de la santé à l'école que le service développe au travers de ses quatre missions

⁶⁰ Quivy R., Van Campenhoudt L., op cit.

légal⁶¹ ne peut se faire si cette mission a peu de valeur (perte de temps) aux yeux des acteurs de terrain ; les autres missions restent les priorités.

L'absence de **bénéfices immédiats** est également un enjeu de la valorisation du recueil par les équipes. Ces dernières encodent des données et se questionnent quant à l'utilité de cette tâche notamment à court terme. La production de données par les professionnels de santé pour différents niveaux d'utilisation (central, local) les rend responsables de la standardisation des données et représente une tâche additionnelle venant concurrencer les autres missions (promotion de la santé des enfants). Le temps et les efforts investis à cette tâche impliqueraient qu'ils en soient les premiers bénéficiaires. Ces constats sont apparus dans la mise en œuvre d'autres instruments de récolte de données notamment en milieu hospitalier⁶².

La perception du recueil (valorisation/dévalorisation) dépend fortement des autres catégories de freins/facilitateurs : les possibilités de mise en œuvre du recueil et la disponibilité des ressources. Un service qui a développé un instrument de collecte de données pour répondre à des préoccupations locales avant la mise en place du recueil informatisé en Communauté française est généralement plus enclin à accepter et à s'investir dans cette nouvelle mission, cette dernière venant renforcer une démarche de collecte de données préexistante. Un service qui jouit de ressources (humaines, financières) pour assurer l'informatisation, pour l'aider à implanter le recueil sera plus disposé à s'investir dans une démarche de changement en ce domaine.

8.2.2. La mise en œuvre du recueil par les services

La récolte et l'utilisation de données pour aider à la décision en matière de promotion de la santé (objectifs du recueil) que ce soit par les instances politiques ou par les services PSE ne va pas nécessairement de soi. Elle est le fruit d'un processus qu'il est nécessaire de préparer et d'accompagner.

Le recueil de données est une nouvelle mission qui doit d'abord s'intégrer dans le quotidien des acteurs de terrain. L'application de cette nouvelle mission doit entraver le moins possible le fonctionnement normal du service. Pour ce faire, il s'agit de préparer les services à adopter cette nouvelle mission, ce qui implique en réalité d'intervenir à plusieurs niveaux d'action : l'**institution**, le **service**, la **personne**.

A un niveau **institutionnel**, les changements nécessaires à l'introduction d'un nouveau mode de récolte de données dans l'ensemble des services de promotion de la santé à l'école doivent se prévoir. Nous avons pu mettre en évidence que les problèmes d'informatisation des écoles, des administrations dont les services dépendent quotidiennement renforcent les difficultés de leur propre informatisation. L'implantation du recueil n'en est que plus lourde.

En l'absence de lignes directrices du pilotage du recueil et du non-respect de conditions de faisabilité à des niveaux sus-jacents aux services, l'implantation du recueil dans les services est fortement conditionnée et remise sans cesse en question.

61 Gouvernement de la Communauté française (2007) Circulaire ministérielle et administrative à destination des pouvoirs organisateurs des services PSE, des responsables des services PSE, des responsables des Centres PMS de la Communauté française via la Direction Générale de l'Enseignement obligatoire. Rentrée scolaire académique 2007-2008, 33 p.

62 Berg M., Goorman E. (1999) The contextual nature of medical information. *International Journal of Medical Informatics* 56: pp 51-60.

Autant le recueil a besoin d'être valorisé (objectifs clairs, faisables, reconnus), préparé (par un organe de pilotage) autant sa mise en œuvre doit être planifiée et progressive. Les changements imposés par cette mission dans les équipes sont nombreux. Ils impliquent un vrai travail d'appropriation par les **personnes** et les **équipes**. Si ceux-ci ont le sentiment que les décisions se prennent sans eux, que l'on ne tient pas compte de leurs réalités (hétérogènes) de travail, que peu de moyens sont mis à leur disposition pour soutenir ces changements, qu'ils se sentent incompétents pour utiliser les nouveaux outils, ils auront tendance à résister aux changements.

Lors de rencontres avec les services (formation, journées d'échange...), le souci de changement, d'uniformisation, d'harmonisation entre les équipes et dans l'équipe est souvent exprimé. Cette préoccupation d'améliorer la qualité de leur travail n'est pas nouvelle⁶³. Elle représente un terreau favorable à l'implantation d'une nouvelle mission comme le recueil mais nécessite d'être exploitée davantage. Elle est une condition nécessaire mais non suffisante de l'implantation du recueil qui devrait être davantage valorisée, préparée et soutenue par des ressources.

8.2.3. Les ressources des services

L'accessibilité des services à des ressources représente le troisième élément-clé pour l'implantation du recueil dans les services de promotion de la santé à l'école. Si la préparation du recueil concerne plusieurs niveaux, les ressources sont également de plusieurs ordres : ressources du **service** (encadrement, coordination d'équipe, gestion de la nouvelle mission), ressources **individuelles** (capacités à utiliser les outils), ressources **matérielles** (informatiques,...), ressources **extérieures** (partenariat,...).

L'inadéquation entre les moyens et les missions des acteurs de terrain est cependant un problème récurrent mis en exergue et qui représente un frein à l'application du Décret instaurant les nouvelles missions de promotion à la santé⁶⁴. Comme le précise André du Bus : « Dans notre société caractérisée par une précarité croissante, les services PSE me disent qu'ils n'arrivent plus à remplir leurs missions de base (...) Les difficultés actuelles à recruter et fidéliser un médecin coordinateur – dont le statut réclame une revalorisation – ne sont pas de nature à soutenir les équipes PSE dans leurs missions de base »⁶⁵.

L'effectif de l'**équipe** PSE doit être suffisant pour assurer les compétences requises par les missions (congés maternité, maladie, difficultés de remplacement,...). On note également que la présence/l'absence d'une coordination d'équipe, d'un leadership facilite/freine la mise en œuvre et l'appropriation d'une mission telle qu'un recueil de données. Cette idée est renforcée par les résultats d'une analyse qualitative sur les barrières à l'utilisation des données. Ceux-ci révèlent que tous les participants questionnés mentionnent l'importance et la nécessité d'un coordinateur d'équipe comme facteur d'accessibilité ; quelqu'un qui puisse les informer à propos des données,

63 Favresse D., Protto J. (2004) Evaluation PSE : Analyse des obstacles, des facilitateurs et éléments prioritaires à l'application du Décret – 1ère partie PSE. ULB-Promes

64 Favresse D., Protto J., op cit.

65 Jourdan G.C (2009) Entretien et propos recueillis auprès de André du Bus. Education Santé 241, p 11.

les aider à déterminer ce que sont les données, à répondre à leurs questions, à les aider à les utiliser,...

⁶⁶. En effet, le coordinateur d'équipe est une personne qui peut davantage suivre l'implantation du projet et faciliter l'introduction de changements dans l'équipe tout en assurant un encadrement et un soutien de celle-ci.

L'importance de disposer d'un effectif et d'un encadrement d'équipe ne suffit pas à mettre en œuvre une mission spécifique comme le recueil de données. L'acquisition de **matériel** (médical, informatique) et la disposition d'une solution informatique adaptée aux besoins du terrain est nécessaire sans que sa qualité soit fonction du budget que le service a pu lui allouer.

L'informatisation du service (rationalisation des tâches) demande à chacun d'utiliser les outils informatiques et de s'adapter à leur intégration dans le quotidien. L'acquisition de ces **ressources individuelles** (compétences informatiques, valorisation du changement) nécessaires à la mise en place d'un nouveau mode de travail peuvent être facilitées par une aide extérieure (formations, partenariats,...).

Une fois du nouveau matériel acquis et utilisé, les services doivent pouvoir l'entretenir, le mettre à jour. L'accessibilité à cette maintenance va faciliter l'appropriation du changement sur le long terme. Une inaccessibilité à cette maintenance va, le cas échéant, mettre les équipes face à des problèmes insolubles. Les capacités de gestion du parc informatique ne peuvent dépendre des individus présents dans l'équipe mais bien de la structure de l'encadrement.

L'**appui aux équipes** pour intégrer les différentes missions dans un projet de service représente également une ressource importante permettant de valoriser le recueil. L'investissement par les services dans la préparation et la mise en œuvre du recueil doit être guidé par l'intérêt de la mission (à court, moyen, long terme).

66 Bloom Y., Figgs LW., Baker EA. et al. (2000) Data uses, benefits, and barriers for the behavioural risk factor Surveillance system: A qualitative Study of Users. Journal of Public Health Management and Practice 6 (1) : pp 78-86.

8.3. Analyse intra-catégorielle

La classification des éléments de l'implantation de recueil en freins et/ou en facilitateurs et la catégorisation qui a suivie ont fait partie d'un travail de séparation des éléments pour mieux les appréhender. Une fois les catégories construites (perception, préparation, ressources), nous avons examiné leurs spécificités, rechercher le sens propre à chacune d'entre elles tout en gardant le contraste freins/facilitateurs. Ensuite, nous avons remis en relation les entités des catégories⁶⁷.

Cette analyse nous a permis d'une part, de dégager et nommer dans chaque catégorie des logiques de service PSE opposées (analyse horizontale tableau 13) et d'autre part, dans l'opposition des freins et facilitateurs, de dégager ce qui reliait les catégories (analyse verticale tableau 14).

Ces logiques opposées et les tendances transversales permettent de tirer les traits caractéristiques des situations des services dans l'appropriation du recueil informatisé.

Tableau 13. Désignation des logiques opposées dans chaque catégorie

Catégories	Freins/Barrières	Facilitateurs
Perception du recueil par les services	Perception du recueil comme un travail supplémentaire	Perception de l'apport du recueil dans les missions
Mise en œuvre du recueil par les services	Pas de préparation à la mise en œuvre du recueil	Préparation à la mise en œuvre
Ressources dans les services	Absence de ressources au niveau individuel, organisationnel, institutionnel	Moyens pour assurer la mise en œuvre

Les logiques opposées dans la **perception du recueil** par les services sont :

- Du côté des facilitateurs, il ressort une perception du recueil par le service comme un outil pouvant soutenir le service dans ses missions, soit qui est intégré au travail quotidien (utilisation de données) ou pourrait s'y inscrire dans une évolution du travail des services (restructuration par l'informatisation des données,...)

⁶⁷ Paillé P., Mucchielli A., op cit.

- Du côté des freins, on observe une perception du recueil par le service comme un élément perturbateur entrant en concurrence avec les autres missions, comme une activité contraignante qui a peu de sens.

Les logiques opposées dans **la mise en œuvre** du recueil par les services sont :

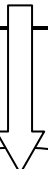
- Du côté des facilitateurs, il ressort une dynamique de préparation du service (prédisposition individuelle, dynamiques d'équipes, informatisation,...) à la mise en œuvre du recueil
- Du côté des freins, on observe une absence de préparation à l'arrivée d'une mission comme le recueil (absence de planification, résistance aux changements,...).

Les logiques opposées en ce qui concerne **les ressources** dans les services :


- Du côté des facilitateurs, il existe une série de moyens développés pour permettre la mise en œuvre du recueil
- Du côté des freins, on observe une absence de ressources que ce soit au niveau individuel, organisationnel, institutionnel.

Tableau 14. Tendances transversales aux catégories

Catégories	Freins/Barrières	Facilitateurs
Perception du recueil par les services	Perception du recueil comme un travail supplémentaire	Perception de l'apport du recueil dans les missions
Mise en œuvre du recueil par les services	Pas de préparation à la mise en œuvre du recueil	Préparation à la mise en œuvre
Ressources dans les services	Absence de ressources au niveau individuel, organisationnel, institutionnel	Moyens pour assurer la mise en œuvre



Tendance A



Tendance B

Dans la **tendance A**, le recueil est une mission qui vient perturber les autres missions. Sa mise en œuvre prend place de façon immédiate et non préparée. Le service n'a pas de ressources pour y faire face.

Cette tendance met en exergue un rapport du service au recueil basé sur les effets présents de la mission (contrainte) et le sentiment de devoir assumer une tâche sans y voir un intérêt pour eux.

Dans la **tendance B**, le recueil représente un outil pouvant aider le service dans ses autres missions. Pour pouvoir utiliser cet outil, sa mise en œuvre va être préparée et des moyens pour assurer celle-ci sont mis en place par le service.

Cette tendance met en avant un rapport du service au recueil inscrit dans une dynamique de projet, projet qui est déployé dans le temps (préparation passée, présente et utilisation future).

8.4. Proposition d'un modèle d'appropriation du recueil de données

L'analyse de contenu des entretiens nous a permis de mettre en évidence des éléments-clés de l'implantation du recueil dans les services (*sa perception, sa préparation, ses ressources*) ainsi que des situations de services face à ces éléments, allant d'une *tendance A* (mission « contrainte ») à une *tendance B* (mission « opportunité »). Sur base des résultats de cette analyse, nous tenterons de synthétiser l'ensemble de ces éléments par la construction d'un modèle.

Chaque élément-clé de l'implantation du recueil étant fortement relié aux deux autres, le modèle doit d'une part, refléter les interactions entre ces éléments et d'autre part, permettre de situer tous les services entre des situations extrêmes.

La construction du modèle est basée sur le modèle « idéal-typique » de M. Weber. Ce modèle nous permet de comprendre et reconstruire la réalité des services face au processus d'appropriation du recueil dont nous avons isolé les traits caractéristiques⁶⁸.

Les caractéristiques principales du phénomène étudié (dans notre cas l'appropriation du recueil) vont constituer les deux axes du modèle. Ils sont décrits séparément et ensuite, leur croisement donne lieu à la construction de 4 idéaux-types, c'est-à-dire, 4 situations extrêmes de l'appropriation du recueil par les services.

8.4.1. Description des axes du modèle

Le premier axe représente l'attitude des services par rapport au recueil en fonction de la perception qu'ils en ont. Les situations opposées de la perception du recueil par les services sont sa valorisation ou sa dévalorisation. L'attitude des services peut être dichotomisée en une attitude d'"adhérent" au recueil si le service le valorise ou de "non-adhérent" si le service le dévalorise, adhérent au recueil signifiant en être partisan, adhérer à l'idée⁶⁹.

68 Vigour C., op cit.

69 <http://thesaurus.reference.com>

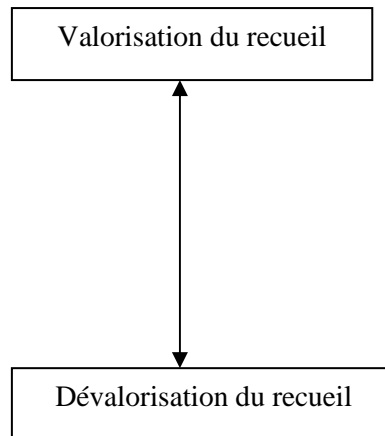


Figure 2. Premier axe du modèle représentant l'attitude des services

Le deuxième axe représente les aptitudes et ressources des services pour mettre en œuvre le recueil. Cet axe regroupe l'ensemble des ressources qu'un service est capable de dégager pour mettre en œuvre le recueil, qu'elles soient institutionnelles, organisationnelles, individuelles, matérielles. Les situations extrêmes sont l'absence de telles ressources et la disposition de telles ressources. L'absence de ressources place le service dans une situation d'impuissance de produire du changement. Il est incapable d'être un acteur de cette mise en œuvre, il se limite à être un simple agent exécutant. A l'inverse, la présence de ressources place le service dans une situation où il peut être acteur des changements et de la mise en œuvre du recueil.

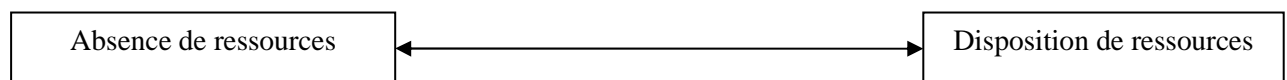


Figure 3. Deuxième axe du modèle représentant les aptitudes des services

8.4.2. Croisement des deux axes

Cette double opposition dans la perception du recueil (valorisation/dévalorisation) et dans la capacité à le mettre en œuvre (absence de ressources/disposition de ressources) constitue les variations extrêmes des fondements nécessaires à l'appropriation d'une nouvelle mission. Le croisement de ces deux axes (attitudes, capacités) permet de faire émerger quatre situations typiques⁷⁰ d'appropriation actuelle du recueil de données.

70 Favresse D. (2007) Construction d'une approche transdisciplinaire des exclusions : Dossier Précarité et réseaux. *Les cahiers de Prospective Jeunesse* 45: pp 2-7.

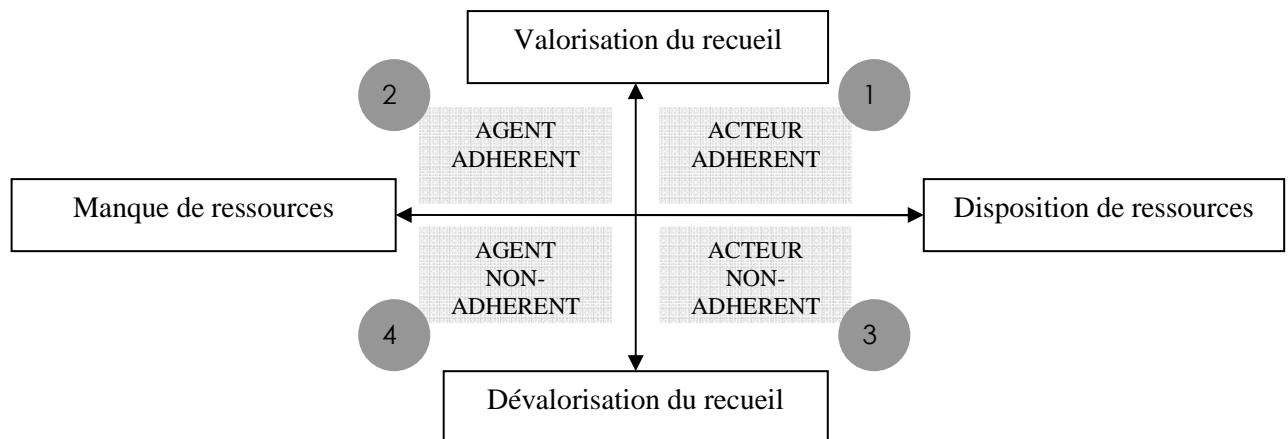


Figure 4. Modèle d'appropriation d'une nouvelle mission par les acteurs de promotion de la santé à l'école

La **situation 1** reflète une convergence entre la valeur accordée au recueil par le service et sa capacité à le mettre en œuvre. Le service adhère à l'idée de la nouvelle mission car il en saisit son utilité pour ses autres missions et se voit comme le bénéficiaire. Il possède des ressources internes et externes pour la mise en œuvre du recueil et son adaptation aux besoins locaux. Le service se positionne comme un acteur du changement, il s'y implique et s'approprie la mission. Dans cette situation, le service est un « **acteur adhérent** ».

La **situation 2** reflète une divergence entre la représentation du recueil pour le service (valorisation) et sa capacité à s'y impliquer par manque de ressources. Le service est conscient de l'utilité du recueil, il adhère à l'idée de la mission mais celle-ci reste peu adaptée aux besoins locaux. Le service n'a pas les moyens d'être acteur du changement, il ne peut s'approprier la mission même si celle-ci l'intéresse.

Dans cette situation, le service est un « **agent adhérent** » ou « agent par contrainte ».

La **situation 3** reflète la divergence entre la dévalorisation du recueil et la présence de ressources permettant de le mettre en œuvre. Le service ne perçoit pas le recueil comme un outil utile pour ses missions. Il dispose pourtant de ressources lui permettant d'être acteur du changement. L'appropriation de la mission n'a pas lieu d'être pour le service puisqu'elle n'a pas d'intérêt. Dans cette situation, le service est un « **acteur non-adhérent** ».

La **situation 4** reflète une convergence entre la représentation peu valorisée du recueil et l'incapacité à le mettre en œuvre. Le service perçoit le recueil comme une obligation dont les bénéfices ne lui sont pas destinés (pas de cohérence avec l'ensemble des missions, pas de réponse aux besoins locaux). Associé aux faibles capacités d'action du service (manque de ressources humaines, logistiques, coordination,...), le manque d'intérêt envers cette mission ne permet pas de se placer dans une perspective de changement. Le service ne s'approprie pas la mission, il est un « **agent non adhérent** » réalisant une tâche pour autrui.

Les quatre situations extrêmes développées sont des points de départ pour hiérarchiser les différents cas rencontrés sur le terrain.

La construction de notre modèle idéal-typique s'appuie notamment sur le modèle transdisciplinaire élaboré dans le cadre d'une recherche sur l'exclusion. Dans ce modèle transdisciplinaire, les caractéristiques des quatre types sont « tirées à l'extrême », les individus concrets (dans notre cas, les unités d'analyses sont les services et non les individus) s'inscrivent principalement dans un type de logique mais peuvent chevaucher plusieurs catégories ou, tout simplement, changer de type au cours de leur histoire⁷¹.

En effet, les services s'inscrivent principalement dans une situation d'appropriation mais ils peuvent en couvrir plusieurs. Par exemple, un service peut être dans une situation d'agent - adhérent mais n'être en déficit que sur un niveau de ressource (capacité à utiliser les outils informatiques). Un autre service peut être dans une situation d'acteur non-adhérent, en désaccord avec le contenu actuel du recueil tout en étant partisan de disposer de données via un recueil informatisé.

Dans cette perspective, on peut envisager qu'un service évolue avec le temps d'une situation à une autre. Par exemple, la mise en place de ressources complémentaires dans un service agent-adhérent peut lui permettre d'évoluer vers une situation d'acteur - adhérent.

Ce modèle nous permet donc de replacer l'hétérogénéité des services dans l'appropriation du recueil autour des deux axes-clés de cette appropriation : l'attitude des services à l'égard du recueil et les aptitudes et ressources à le mettre en œuvre.

L'implantation d'un recueil informatisé de données de qualité nécessite des ressources et la valorisation de la part des personnes qui doivent (obligation décrétable) s'y impliquer.

Si les ressources sont présentes mais que les acteurs ne sont pas adhérents, leur implication est faible et l'appropriation est inexistante. Si l'intérêt est perçu mais que les services ne disposent pas de ressources, leur implication est difficile et l'appropriation insuffisante.

La situation qui apparaît comme davantage difficile est celle des services qui combinent les deux principaux freins. Les services dans une telle situation d'absence de ressources et ne voyant pas l'intérêt de la mission qu'ils doivent assumer ne sont pas aptes à s'y impliquer. Bien que ces conditions soient très défavorables, elles ne sont pas inéluctables. Elles nécessitent d'être améliorées.

La construction du modèle d'appropriation de la mission de recueil informatisé permet de mieux cerner la problématique de l'implantation du recueil et de dégager des recommandations pour son amélioration.

71 FUNDP-Département de Psychologie, op cit.

9. Synthèse et pistes

La mise en place du recueil informatisé de données sanitaires a pour **objectif**, à terme, de guider la promotion de la santé des enfants et des jeunes scolarisés en Communauté française⁷². La construction d'une telle base de données passe par l'encodage de données issues entre autres du bilan de santé des enfants, cet encodage étant réalisé par les équipes de promotion de la santé à l'école. L'avantage de passer par les bilans de santé réalisés par ces équipes, c'est qu'ils permettent de toucher de façon quasi exhaustive une classe d'âge et de suivre certains indicateurs de santé des enfants (sans toutefois être un recueil de données longitudinal).

Dans les services de promotion de la santé à l'école en Communauté française, le recueil informatisé de données sanitaires est une nouvelle mission qui fait désormais partie des **missions de base**. Les résultats de notre recherche permettent de mieux comprendre les **difficultés** rencontrées par les acteurs de terrain et les problèmes de qualité des données recueillies. Une partie de ces difficultés constatées ne sont pas nouvelles et ont déjà été communiquées. Par ailleurs, elles avaient fait l'objet de recommandations antérieures à la mise en œuvre du recueil, notamment la nécessité pour les équipes de trouver un intérêt direct à participer au recueil, l'importance d'une équipe responsable du projet et avant toute chose, la nécessité de standardiser le matériel et les méthodes des équipes⁷³.

Notre recherche a pu souligner plus précisément les freins à l'**appropriation** d'une telle mission par les acteurs de promotion de la santé à l'école ; celle-ci venant d'un côté, perturber leurs autres missions, leurs habitudes de travail et de l'autre côté, exigeant de mobiliser du temps et de disposer de ressources diverses.

Tenant compte d'une part, des finalités du recueil de données et d'autre part, des difficultés d'appropriation de leurs missions par les services PSE, nos résultats mettent en exergue la nécessité de mettre en place des **adaptations** au processus de recueil. L'analyse transversale que nous avons réalisée apporte un regard nouveau sur la situation et met en évidence les **éléments clés** de l'amélioration de l'implantation du recueil de données dans les services.

Notre analyse a permis d'identifier une situation que l'on pourrait considérer comme idéale à l'appropriation du recueil de données standardisé. Cette situation implique que les services deviennent **acteurs et adhérents** au recueil de données.

Accompagner les services vers une appropriation du recueil nécessite donc de les prendre en compte sur plusieurs aspects : leurs perceptions ou prédispositions à participer au recueil ainsi que leurs aptitudes ou capacités à le mettre en œuvre. Ces deux éléments ont également été identifiés dans d'autres contextes comme facilitateurs de l'introduction⁷⁴ et de l'adoption⁷⁵ d'un changement dans les pratiques de terrain. Ces recherches soulignent également l'importance de travailler sur la perception du changement avant de passer à l'action.

72 Décret du 20 décembre 2001, op cit.

73 Godin I., op cit.

74 Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, ss la dir. de Bantuelle M., Demeulemeester R. (2008) Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Saint-Denis, Editions INPES, 132 p.

75 Jonckheer P., Burggraeve P., Artoisenet C. et al. (2006) Participer à un réseau de récolte de données. Qu'en pensent les médecins ? *La revue de la Médecine Générale* 240 : pp 84-89.

Les pistes de travail que nous proposons vont se structurer autour de ces deux axes (la perception du recueil et les capacités de mise en œuvre). Ces pistes permettent d'**orienter les travaux** à mener institutionnellement pour améliorer l'appropriation du recueil des données par les acteurs de terrain mais ne prétendent pas décrire les modalités de l'action. Elles nécessitent, pour la mise en œuvre d'un plan d'action d'être traduites à un niveau opérationnel (comment mettre en place ces améliorations). Ainsi, l'ensemble de la stratégie adoptée et des démarches prévues devrait être compilé dans un document de référence.

9.1. Améliorer la perception du recueil

L'amélioration de la perception du recueil par les services devrait passer par un travail de **clarification des objectifs** par les instances politiques et les groupes décisionnels (groupe de travail chargé du suivi, comité d'accompagnement, commission PSE,...). En effet, l'objectif de guider la promotion de la santé, tout en étant considéré par les services comme une finalité intéressante, reste pour beaucoup trop "théorique". Le lien entre cet objectif lointain et le recueil de données actuel n'est pas nécessairement évident pour les équipes.

La connaissance et la reconnaissance des objectifs par les services nécessitent de s'appuyer tout d'abord sur une vision claire, consensuelle, stratégique du recueil. En d'autres termes, il importe avant tout travail d'appropriation par les équipes de pouvoir répondre clairement aux questions suivantes :

- la question du sens et de la légitimité du recueil c'est-à-dire **pourquoi veut-on récolter des données** ? Cette question reflète le manque de clarté du recueil tant au niveau institutionnel et politique que des équipes de terrain.
- la question des bénéficiaires potentiels du recueil de données c'est-à-dire **à quels acteurs sont destinées les données récoltées** ? Cette question met en évidence que les niveaux d'utilisation des données sont insuffisamment définis.

Les réponses à ces questions représentent les fondements nécessaires pour redonner au recueil un cadre clair et homogénéiser la conception du recueil entre les différents niveaux d'action (institutionnel, équipe, personne). Redéfinir "collectivement" les objectifs du recueil de données informatisé et en assurer la compréhension par tous nécessitent un **décloisonnement entre les niveaux d'action**. Il importe, pour ce faire, de développer les échanges d'informations entre les différents niveaux d'action (flux d'informations vertical) et à un même niveau d'action (flux d'informations horizontal).

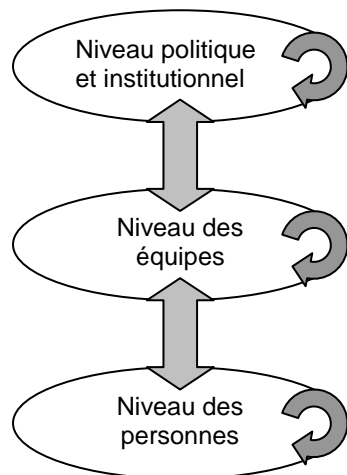


Figure 5. Echanges entre les niveaux d'action et à chaque niveau d'action

La réflexion institutionnelle à mener pour définir les réponses aux questions devrait s'appuyer sur les **besoins des équipes** en termes de données pertinentes. Nous avons analysé la situation des services sans exclure que les personnes peuvent, au sein d'une même équipe, avoir des visions différentes. En ce sens, le **coordinateur d'équipe** pourrait favoriser les échanges et centraliser davantage les représentations et les besoins de son équipe. Pour pouvoir jouer ce rôle d'interface, le coordinateur doit connaître les difficultés du recueil, tenir compte des besoins de chacun et être à même de centraliser et faire remonter ces informations. Dans cette optique, un travail de définition des besoins des équipes pourrait s'appuyer davantage sur la présence d'une coordination d'équipe.

9.1.1. Partir des besoins des acteurs de terrain pour orienter la définition des objectifs

Une sensibilisation de chaque équipe à l'intérêt du recueil semble indispensable dans le travail d'appropriation de la mission. La motivation des équipes à mettre en place une série de changements dans le but de récolter des données qui devront être utiles à plusieurs niveaux (central et local) doit pouvoir s'appuyer sur la présence de bénéfices immédiats et concrets. Ces changements devraient dès lors rencontrer les **besoins** et être en accord avec les valeurs et les expériences des équipes que ce soit concernant les tâches de gestion (gains de l'informatisation, amélioration de la qualité du travail, évolution du travail du service, réponse à des préoccupations d'uniformisation) que dans le travail de promotion de la santé (recherche de cohérence du projet de service...).

En effet, il apparaît opportun de retravailler la définition de la mission de recueil en veillant à assurer une **cohérence** entre cette mission et l'ensemble du projet de service des acteurs de PSE. Faire valoir les bénéfices d'une telle mission, c'est pouvoir définir en quoi elle sera profitable au projet global du service. Le développement récent et la recherche de l'utilisation plus systématique de données (récoltées par les équipes ou autres données disponibles en Communauté française) que ce soit pour⁷⁶ analyser une situation, choisir des priorités, élaborer des objectifs d'intervention, suivre le projet ou l'évaluer peut davantage conférer (dans certaines

⁷⁶ Cette partie s'inspire d'un manuel en construction (Favresse D. et CLPS) pour aider à l'utilisation des données en promotion de la santé dans le développement de projet : conseils méthodologique et pratiques (titre non définitif).

conditions) une utilité au recueil. L'**utilisation des données** demande, comme il a été mis en évidence dans d'autres contextes⁷⁷, un accès facilité aux données, des ressources (pour collecter, examiner les données, accompagner leur utilisation...) ainsi que des données pertinentes et de qualité.

Cela implique de choisir des indicateurs qui permettraient aux acteurs de terrain de mieux remplir leurs missions de Promotion de la Santé à l'École.

9.1.2. Concilier les besoins des acteurs de terrain et la rigueur scientifique dans la définition des indicateurs à récolter

Concernant la sélection des indicateurs, il est essentiel d'assurer leur pertinence : les indicateurs doivent permettre d'éclairer **les questions** qui se posent **en promotion de la santé** et de **répondre aux besoins** des acteurs de terrain. Ils doivent permettre d'identifier des "problèmes" de santé pour lesquels des interventions efficaces peuvent être mises en place.

Cela dit, il faut également tenir compte de la réalité des acteurs de terrain à qui il sera demandé de récolter l'information (l'information est-elle disponible ?) et développer une certaine rigueur méthodologique dans la collecte des indicateurs afin de rendre les données crédibles aux yeux des acteurs et décideurs en promotion de la santé.

A côté de la pertinence, les indicateurs devraient également répondre à des **critères** permettant d'assurer leur **qualité** lors de leur construction et leur mise en œuvre⁷⁸⁷⁹⁸⁰. Ces exigences sont notamment :

- la **validité** : elle correspond à la capacité de l'indicateur à mesurer réellement ce qu'on pense qu'il mesure c'est-à-dire être le véritable reflet de la situation étudiée, dans la population générale tout comme dans des groupes de population
- la **fiabilité** : elle correspond à la capacité de l'indicateur à mesurer la situation étudiée d'une façon reproductible dans le temps
- la **sensibilité** : elle correspond à la capacité d'un indicateur à détecter des changements dans la situation étudiée
- la **spécificité** : elle correspond à la capacité de l'indicateur à montrer un réel changement dans la situation étudiée.

Mise à part les exigences scientifiques, on peut également pointer le fait qu'un indicateur doit être facile à comprendre, à élaborer, à collecter et directement utilisable. C'est la question de la **disponibilité de données** abordable en termes de coût financier, de temps ou d'efforts de récolte qui se pose également.

77 Wilkinson D., Michie S., McCarthy M. (2007) The use and perceptions of routine health data : a qualitative study of four cancer network teams in England. *Health Services Management Research* 20: pp 211-219.

78 Llodra J.C. (2006) Health Surveillance in Europe : European Global Oral Health Indicators Project - Criteria of selecting Essential Indicators. Health and Consumer Protection Directorate-General Community Action Programme on Health Monitoring European Commission Project 2002472, Latvia [online].

79 Culyer A.J. (1978) cité par Hunt S.M., McEwen J., McKenna S.P. (1985) Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 35 : pp 185-188.

80 Kramers P.G.N. (2003) The ECHI project: Health indicators for the European Community. *European Journal of Public Health* 13 (3 supplément) : pp 101-106.

Enfin, soulignons qu'il est préférable d'avoir peu d'information mais de bonne qualité que beaucoup d'information de mauvaise qualité ou bien entendu pas d'information du tout.

9.1.3. Définir les tâches, les rôles et assurer des échanges

La mise en œuvre d'actions pour améliorer un processus de recueil de données où de nombreux acteurs interagissent demandent un travail de :

- définition/clarification des **tâches** (réflexion, prise de décision, définition opérationnelle des activités, coordination du plan d'action, mise en œuvre, soutien administratif,...)
- définition/clarification des **rôles** des différents acteurs (décideurs, groupe de travail chargé du suivi, commission PSE, comité d'accompagnement, équipes de terrain, coordinateurs d'équipe...)

De plus, il serait nécessaire d'établir un consensus entre les différentes parties concernées sur la nécessité de développer des passerelles entre les groupes décisionnels afin d'assurer une **complémentarité des activités** et un **échange d'informations** (éviter que plusieurs groupes ne travaillent sur un même sujet sans savoir ce qui est fait dans les autres groupes).

A ce sujet, il nous semble important de placer ce plan d'action dans une approche de **réduction des inégalités** entre les services PSE afin de permettre à l'ensemble des services d'avoir les mêmes chances (capacités) d'assurer leurs missions, dont celle de recueil standardisé de données.

Favoriser les principes de promotion de la santé dans le travail des acteurs de terrain, c'est favoriser la **participation** des équipes dans les décisions et l'équité des moyens dans la mise en œuvre du plan d'action. L'aspect des moyens, des ressources sera davantage explicité dans le point suivant.

La consultation des personnes concernées par le recueil (acteurs de terrain) et l'assurance d'une **représentation équitable** de tous au sein des groupes décisionnels semblent être capital pour replacer le travail à mener dans un climat de confiance et d'égalité. La présence de personnes qui joueront assurément le rôle d'interface, c'est aussi une façon d'améliorer la transmission des informations aux équipes, d'améliorer la compréhension des décisions et leur permettre d'être davantage concernés par le recueil des données sanitaires. Ainsi, la sélection des personnes participant aux groupes décisionnels devrait se faire sur base de critère clairement défini (représentation des différents types de services, des différentes entités géographiques,...).

Le travail sur la représentation du recueil avec les équipes doit passer par un **investissement institutionnel** afin de répondre aux questions essentielles d'une récolte de données et définir correctement quelles sont les capacités, les ressources à développer à chaque niveau d'action pour la mise en œuvre du recueil.

9.2. Augmenter les capacités de mise en œuvre du recueil

Pour permettre aux services de mettre en œuvre la mission de recueil, il importe de leur assurer un degré suffisant de préparation au changement et leur donner les moyens autant à **court terme** qu'à **long terme** d'être acteurs du changement.

Il s'agit, à court terme, de leur procurer les moyens de développer un minimum de savoir-faire afin de s'assurer que tous aient un **socle de compétences** équivalent pour mettre en route le

recueil. Chaque personne confrontée à la mise en œuvre du recueil doit pouvoir développer un sentiment d'auto efficacité face à cette tâche et bénéficier le cas échéant de ressources (formations) lui permettant d'acquérir les compétences nécessaires : compétences informatiques (outil de base, logiciel), aptitudes au changement,... Les besoins en formation devraient être recensés au niveau des personnes concernées.

A plus long terme, il s'agit de s'assurer que les services bénéficient d'un accompagnement suffisant pour pouvoir faire face aux difficultés apparues dans la durée.

A la prévision des moyens à court et à long terme, s'ajoute la nécessité de définir des moyens intégrant différents niveaux et types de ressources.

Les **ressources extérieures** au recueil (écoles, services PMS, médecins, administration) mais nécessaires à sa mise en œuvre doivent être prises en compte dans le plan d'action. Celles-ci devraient être mobilisées afin d'enrayer le manque d'informatisation voire d'accessibilité aux données nécessaires aux services (numéro identifiant unique, listes informatisées par les écoles sous tutelle, fichier centralisé des services et de leurs écoles sous tutelle, chiffres de référence...).

Dans un souci d'équité et tout en tenant compte des réalités de terrain, il serait important d'assurer aux équipes un **outil informatique** (logiciel) unique et adaptable permettant une gestion informatisée des services et une exportation de données avec une assurance de qualité. Tout en n'attribuant pas au logiciel toutes les facultés de résoudre les difficultés, sa **qualité** peut influencer la qualité de la gestion des données (flexibilité, réponse aux besoins), la qualité des données recueillies (harmonisation de l'interprétation, contrôle à l'encodage), peut motiver et améliorer la qualité du travail des services (gains de temps, uniformisation,...) ainsi qu'une certaine qualité de la communication des services avec les acteurs extérieurs (transmission des informations entre services, lettres aux parents automatisées mais adaptables,...). Une recherche sur un nouveau projet de centralisation de la base de données a été réalisée en 2009⁸¹.

Dans le cas de l'utilisation d'un logiciel unique, les services pourraient dès lors représenter les uns pour les autres des **ressources potentielles** (formation par les pairs). Cela peut également être le cas dans une démarche d'uniformisation des pratiques de terrain. Cette dernière nécessiterait l'adéquation de matériel et la rédaction de recommandations de « bonne pratique »⁸² qui fassent consensus au niveau du terrain.

L'acquisition de **matériel médical et informatique** apparaît comme un élément saillant pour soutenir les équipes dans la mise en œuvre de la mission de recueil « standardisé » de données. Le matériel devrait être fonction de l'organisation des bilans de santé (délocalisation, multiplication des circuits) et de la disposition des locaux. Son adaptation aux recommandations de bonne pratique pourrait se faire de manière définie et progressive.

Une plus grande uniformité du matériel médical associée à une harmonisation des procédures devrait favoriser la standardisation de la collecte de données. La standardisation de

81 Candeur M. (2009) Dossier Médical Scolaire. Projet de centralisation : descriptif de la base de données. Recueil standardisé d'informations sanitaires en Communauté française, Promotion de la santé à l'école, 24 p.

82 En Flandre, la Vlaamse Wetenschappelijke van Jeugdgezondheidszorg a édité des recommandations accessibles sur www.vwvj.be

l'interprétation des items et de l'encodage devrait pouvoir être assurée en partie par un outil commun (logiciel) et un guide d'encodage (les formations venant compléter le panel).

Enfin, la maintenance du matériel doit elle aussi être organisée et centralisée pour pérenniser la démarche de standardisation.

Pour conclure, nous soulignons l'importance de **mobiliser des ressources disponibles et compétentes** dans chaque matière concernée afin de permettre une certaine efficacité des actions :

- Appuyer les décisions sur les évaluations antérieures afin de ne pas renouveler des erreurs coûteuses
- Mobiliser les acteurs de terrain et prendre en compte leur réalité de travail pour diminuer les adaptations d'un tel dispositif à posteriori
- Concerter et centraliser davantage les services de la Communauté française (administration, programme de vaccination, soutien au projet de services,...) déjà intégrés dans le développement et l'appui aux missions PSE
- S'adjoindre des personnes qualifiées dans le développement des actions (réflexion sur le logiciel, construction du logiciel, formations, recommandations,...)
- Favoriser le partenariat et son extension à d'autres équipes avec des institutions extérieures
- Envisager l'adjonction d'appui extérieur auxquels les services puissent se référer (permanence téléphonique informatique par exemple)
- Envisager un encadrement et les ressources humaines suffisantes au sein de chaque équipe ; comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, la fonction de coordinateur comme agent centralisant les informations semblent être une approche intéressante dans un cadre de travail comme celui des services PSE (centralisation des informations, des besoins, interface avec les instances institutionnelles, leadership,...).

10. Références

Administration générale de l'Enseignement et de la recherche scientifique. Organisation générale de l'enseignement en Communauté française. Accessible sur <http://www.enseignement.be/index.php?page=25568> (consulté le 20-05-2009).

Albarello L. (2003), Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique. Bruxelles, Editions de boeck, Collection Méthodes en sciences humaines, 197 p.

Albarello L. (2004) Devenir praticien-chercheur : comment réconcilier la recherche et la pratique sociale. Bruxelles, Editions de boeck, Collection Méthodes en sciences sociales, 138 p.

Apostolidis T. (2006) Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 22 (2): pp 211-226 [online].

Berg M., Goorman E. (1999) The contextual nature of medical information. *International Journal of Medical Informatics* 56: pp 51-60.

Blanchet A., Gotman A. (2007) L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris, Editions Armand Colin (2^{ème} édition refondue), 127 p.

Bloom Y., Figgs LW., Baker EA. et al. (2000) Data uses, benefits, and Barriers for the Behavioural Risk Factor Surveillance System: A qualitative Study of Users. *Journal of Public Health Management and Practice* 6 (1): pp 78-86.

Deboosere P., De Spiegelaere M., Klaassens M. et al. (2007) Gezondheidsindicatoren op wijkniveau voor het Brussels Gewest: Een verkennende analyse. Mission commanditée par le Secrétariat Régional au Développement Urbain (SRDU-GSS0) pour le monitoring systématique des quartiers bruxellois, non publié, 68 p.

de Smet, P. (2008) Document de travail sur la qualité des données pour le recueil des données de la population de 1^{ère} maternelle pour l'année scolaire 2006/2007. SIPES-ULB, 46 p.

Direction Générale de la Santé (2008) Santé en Communauté française : La santé de 0 à 1 an, p 2.

Favresse D. (2007) Construction d'une approche transdisciplinaire des exclusions : Dossier Précarité et réseaux. *Les cahiers de Prospective Jeunesse* 45: pp 2-7.

Favresse D., Protto J. (2004) Evaluation PSE : Analyse des obstacles, des facilitateurs et éléments prioritaires à l'application du Décret – 1^{ère} partie PSE. ULB-Promes

FUNDP-Département de Psychologie : Grawez M. & Mercier M. ; UCL-RESO : Libion F., Doumont D. & Deccache A. ; ULG-CEDEM : Jamin J. & Martiniello M., ULB-PROMES : Favresse

D. & Piette D. ; UMH-CERIS : Barras C., Pourtois J.-P. & Desmet H., (2001-2003) Exclusions en sciences humaines / pour la Communauté française (Ministre F. Dupuis), Namur, 228 p.

Godin I. (2000) Résultats concernant les enquêtes menées auprès des centres de santé scolaires en Communauté française de Belgique pour le projet d'informatisation des données de santé des élèves. ULB-Promes, 20 p.

Godin I. (2002) Etude de faisabilité des données sanitaires des centres de médecine scolaire. Rapport sur l'état des lieux de la situation et ébauches de recommandations. ULB-Promes, 13 p.

Grommen S. (2007) "NICO is dood". *Data News* 33, p 4.

Groupe de travail chargé du suivi du recueil standardisé d'informations sanitaires (2006) Procès verbal de la réunion du 5 octobre. Cabinet de la Ministre Catherine Fonck, 5 p.

Groupe de travail chargé du suivi du recueil standardisé d'informations sanitaires (2008) Rapport au Comité d'accompagnement, 12 p.

Hunt S.M., McEwen J., McKenna S.P. (1985) Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 35: pp 185-188.

Jonckheer P., Burggraeve P., Artoisenet C. et al. (2006) Participer à un réseau de récolte de données. Qu'en pensent les médecins ? *La revue de la Médecine Générale* 240 : pp 84-89.

Jourdan G.C (2009) Entretien et propos recueillis auprès de André du Bus. *Education Santé* 241: p 11.

Kramers P.G.N. (2003) The ECHI project: Health indicators for the European Community. *European Journal of Public Health* 13 (3 supplement): pp 101-106.

Llodra J.C. (Professor) (2006) Health Surveillance in Europe: European Global Oral Health Indicators Project - Criteria of selecting Essential Indicators. Health and Consumer Protection Directorate-General Community Action Programme on Health Monitoring European Commission Project 2002472, Latvia [online].

Marquet D. (2008) Projet IRIS : interface de recueil d'informations sanitaires. Entreprise des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication, dernière version édité le 7/07/2008, 19 p.

Miermans M.C., Swennen B., de Terwangne M.C. et al. (2006) Vacciner ? Mieux comprendre pour décider. Programme de vaccination de la Communauté française PROVAC, Bruxelles, 32 p.

Paillé P., Mucchielli A. (2003) L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris, Editions Armand Colin, 211 p.

Piette D., de Smet P. (2007) Premiers éléments d'évaluation et d'exploitation des données recueillies par les services PSE/CPMS pour l'année scolaire 2005/2006 – niveau 1ère maternelle. ULB-PROMES, 87 p.

Polesi H., Schauder N., Imbert F. (2004) La santé des enfants de 6 ans en Alsace : analyse des bilans de santé scolaire 2000-2001, ORS Alsace. Marseille, Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 – Les inégalités de santé.

Pope C., Mays N. (1995) Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal* 311: pp 42-45.

Quivy R., Van Campenhoudt L. (1995) Manuel de recherche en sciences sociales. Paris, Editions Dunod, 288 p.

Renard F., Vandoorne C. et al. (2008) Suivi du projet de Service : synthèse des échanges des ateliers (réalisés lors de la journée PSE du 19 mars 2008). APES-ULG, 17 p.

Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, ss la dir. de Bantuelle M., Demeulemeester R. (2008) Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Saint-Denis, Editions INPES, 132 p.

Swennen B., Robert E. (2006) Couverture vaccinale des nourrissons en Communauté française de 1989 à 2003. Ministère de la Communauté française - Direction générale de la Santé - Programme de Vaccination en Communauté française (PROVAC), 51 p.

Vigour C. (2005) La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes. Paris, Editions La Découverte, 335 p.

Wilkinson D., Michie S., McCarthy M. (2007) The use and perceptions of routine health data: a qualitative study of four cancer network teams in England. *Health Services Management Research* 20: pp 211-219.

Textes législatifs et circulaires :

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

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 7 juillet 2006 fixant le modèle de recueil standardisé d'informations sanitaires applicable aux élèves de l'enseignement maternel et primaire, M.B., 5 septembre 2006, 31011.

Arrêté du Gouvernement de la Communauté Française du 3 juin 2004 organisant le recueil standardisé d'informations sanitaires en application des décrets du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités, M.B., 1 septembre 2004, 29044.

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 13 juin 2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application de l'article 2, alinéa 2, M.B., 25 juillet 2002.

Décret du 17 juillet 2003 modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, M.B., 28 août 2003.

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 8 février 2002 relatif à la commission de promotion de la santé à l'école, M.B., 26 février 2002, 26448.

Gouvernement de la Communauté française (2007) Circulaire ministérielle et administrative à destination des pouvoirs organisateurs des services PSE, des responsables des services PSE, des responsables des Centres PMS de la Communauté française via la Direction Générale de l'Enseignement obligatoire. Rentrée scolaire académique 2007-2008, 33 p.

Gouvernement de la Communauté française (2008) Circulaire ministérielle à destination des pouvoirs organisateurs des services PSE, des responsables des services PSE, des responsables des Centres PMS de la Communauté française via la Direction Générale de l'Enseignement obligatoire. Recueil standardisé d'informations sanitaires : améliorations apportées pour l'année académique 2008-2009 et rétro-information des données recueillies en 2006-2007, 11 p.

11. Annexes

- Annexe 1 : Guide d'entretien qualitatif avec les services de promotion de la Santé à l'Ecole
- Annexe 2 : Communication orale sur les premiers résultats des entretiens qualitatifs – Avril 2008
- Annexe 3 : Synthèse préliminaire de la recherche exploratoire sur le processus de recueil informatisé de données sanitaires des enfants scolarisés en Communauté française.

Annexe 1 : Guide d'entretien qualitatif avec les services de
promotion de la Santé à l'Ecole

Guide d'entretien pour les services de promotion de la santé à l'école

1. Renseignements généraux :

Date de l'entretien :

- Dénomination du service PSE ou centre PMS :
- Code FASE siège principal / Code FASE service/antenne visitée :
- Adresse du service/antenne :
- Responsable du service :
- Personne(s) rencontrée(s) et statut :
- Nombre d'enfants sous tutelle :
- Nombre de circuit :
- Nombre d'antenne :
- Réseau :
- Organisé ou subventionné par la CF ?
- Pouvoir Organisateur :

2. Renseignements généraux sur l'informatisation du service

- Informatisation complète du centre ?
- Depuis quand ?
- Quel est le logiciel utilisé ?
- Combien d'ordinateurs sont à disposition ?
- Combien d'ordinateurs sont destinés à l'encodage ?
- Combien d'ordinateurs sont destinés au travail administratif ?
- Combien d'ordinateurs sont destinés à l'encodage et au travail administratif ?

3. Sources d'information primaires des services

- Quelles sont les sources des informations (Exple anamnèse aux parents) ?
- Quelle est l'exhaustivité de l'information reçue ?
- Y a t'il des difficultés rencontrées dans la récolte des informations auprès des parents, si oui, quelles sont-elles ? (exple : langue, culture,...)

4. Processus de prises de mesure

1. Poids

- Méthode :
- Instrument :
- Étalonnage :
- Problèmes rencontrés pour la prise de mesure ?

- Problèmes rencontrés pour l'encodage ?

2. Taille

- Méthode :
- Instrument :
- Étalonnage :
- Problèmes rencontrés pour la prise de mesure ?
- Problèmes rencontrés pour l'encodage ?

3. Acuité visuelle

- Quels sont les tests utilisés :
 - E-test ?
 - Test image ?
 - Test Stychard ?
 - Lang I ou II ?
 - Autres
- Quels sont les critères de décision pour faire passer le test à l'enfant ?
 - Age ?
 - Difficulté d'utilisation ?
- Que signifie « vue corrigée » ?
- Pertinence des items à cocher, de l'utilisation de cote ?
- Y a-t-il des conditions environnementales précises à respecter ?
- Y a-t-il des problèmes rencontrés pour la prise de mesure ?
- Y a-t-il des problèmes rencontrés pour l'encodage ?

5. Récolte des données vaccinales

- Quel est le schéma vaccinal de référence pour les enfants vus en première maternelle 2006-2007 ?
- Quelle est la validité des dates de vaccination quand il n'existe pas de carnet ?
- Y a-t-il des problèmes rencontrés pour la prise d'information ?
- Y a-t-il des problèmes rencontrés pour l'encodage ?

6. Récolte des données de suivi

- Que signifie être référé ou non référé vers un professionnel ?
- Existe-t-il des références multiples (différents problèmes vers un seul spécialiste ?)

7. Processus d'encodage

- Quelle est l'année correspondant au début de l'encodage des données sanitaires ?
- L'encodage est-il simultané à la prise de mesures ou division des tâches ?

- Est-ce la même personne qui encode tout ?
- Y a-t-il possibilité d'identifier la personne qui a pris la mesure si problème d'encodage ?
- Toutes les informations sont-elles consignées également sur papier ?
- Où sont stockés les dossiers en formats papier ?
- Y a-t-il possibilité d'identifier le format papier qui va avec le dossier électronique ?
- Les deux sources d'informations sont-elles remises à jour quand une erreur est trouvée ?
- Où sont entreposées les fiches après l'encodage ?
- Y a-t-ill possibilité d'avoir des doublons d'encodage ?
- Quelles sont les conditions d'encodage :
 - Bruit ?
 - Réalisation de plusieurs travaux en même temps ?
 - Autres :
- Quelles sont les difficultés rencontrées pour l'encodage ? (exple : problèmes d'indisponibilité des ordinateurs pour d'autres tâches)

8. Synthèse : ressources/besoins et pistes

- Comment est ressenti le projet de recueil informatisé ? Quels sont les avantages et les inconvénients de celui-ci ?
- L'équipe a-t-elle reçu une formation spécifique?
- Y a-t-il une personne-ressource qui puisse aider dans l'application des recommandations ?
- Y a-t-il une personne-ressource qui puisse aider au niveau informatique ?
- Quels sont les besoins pour améliorer la standardisation des examens et de l'encodage ?
- Selon vous, quelles seraient les conditions qui permettraient d'optimiser le recueil ?

Annexe 2 : Communication orale sur les premiers résultats des entretiens qualitatifs – Avril 2008

Recueil informatisé de données sanitaires des enfants scolarisés en Communauté française : description d'un processus

P. Decant - I. Godin
SIPES - ESP - Université Libre de Bruxelles -
Belgique

*Troisième colloque international des programmes
locaux & régionaux de santé*

ULB

I. Introduction

Quelles sont les pratiques et les conditions de réussite des différents types et niveaux d'appui aux dynamiques locales?

Communication centrée sur deux aspects :

- les dynamiques locales : les équipes des services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) et leurs missions
- les appuis aux dynamiques locales : quels appuis aux missions des acteurs de PSE plus particulièrement la mission de recueil informatisé des données sanitaires?

ULB



II. Contexte



- Réorganisation de la promotion de la santé en Communauté française (1997)
 - Mission du service communautaire SIPES : production, analyse et diffusion de données
- Modifications du décret relatif à l'Inspection Médicale Scolaire en Communauté française (2001)
 - Missions des acteurs de médecine scolaire :
 - programmes de promotion de la santé
 - bilans de santé et vaccinations
 - prophylaxie et dépistage
 - recueil standardisé de données sanitaires

ULB



III. La mission de recueil informatisé de données

Objectifs :

- « Contribuer à une définition des besoins locaux en matière de santé »
- « Contribuer à l'élaboration d'une politique communautaire pour la santé des jeunes »

Contenu :

- données socio-démographiques
- biométrie
- vue
- vaccinations
- suivi des enfants

Plan de déploiement : 2005-2006 / 2009-2010

ULB



IV. Sa mise en oeuvre

Premier encodage - année scolaire 2005-2006 :

- phase pilote de recueil
- destinée à tester la faisabilité de la mise en place du processus de recueil

Résultats intermédiaires :

- mise en évidence de difficultés et besoins divers venant du terrain

Actions entamées :

- mise en place d'un groupe de travail
- modifications du cahier des charges et des logiciels
- recommandations en matière de méthodes d'examen et de mesure
- recherche sur l'amélioration du processus par SIPES

ULB



V. Recherche sur l'amélioration du processus

1. Méthodologie :



→ comment avoir une **vue d'ensemble** du processus ?

- objectifs : connaissance et compréhension
- stratégie : phase exploratoire
- activités : rencontrer les acteurs concernés et retracer les étapes collecte - diffusion

2. Définition de l'objet de recherche :

→ quels sont les **freins** et les **facilitateurs** de l'implantation du recueil de données au niveau des équipes de terrain?



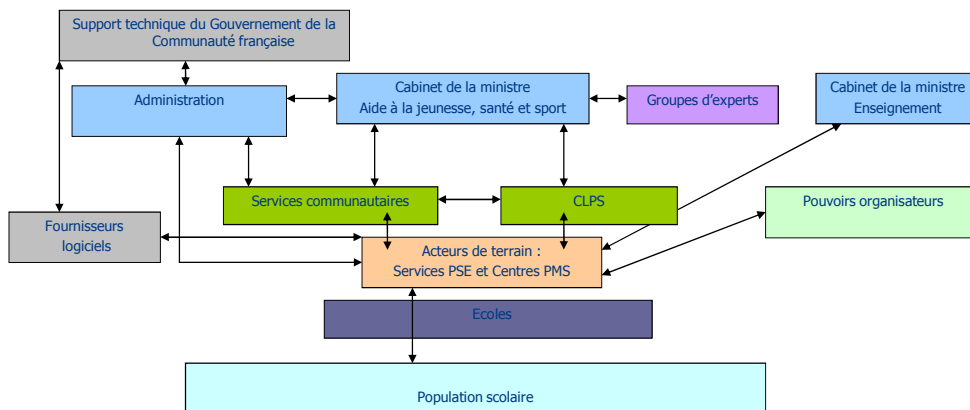
ULB

VI. Vue d'ensemble

1. De nombreux acteurs
2. Les pratiques de terrain
3. Les ressources
4. Les outils et procédures de mesure
5. L'informatique : matériel et pratiques
6. Les logiciels informatiques
7. Les étapes de traitement de données
8. Les objectifs



VI.1. Acteurs





VII. Freins à l'implantation du recueil

- multitude d'acteurs
- pas de « vision » partagée
- hétérogénéité des équipes
- résistance aux changements
- planification insuffisante
- décalage entre recommandations et pratiques de terrain
- manque d'appui ou personne-ressource

ULB



VII. Facilitateurs de l'implantation du recueil

- accroissement coordination entre acteurs politiques
- présence d'une coordination d'équipes
- ressources en fonction des attentes
- informatisation globale
- amélioration de la perception du recueil
- amélioration de la cohérence du recueil
- rétro-information en fonction des besoins et des objectifs

ULB



IX. Perspectives

- Envisager des pistes de réflexions et d'actions sur base des constats
 - Travailler en concertation avec les acteurs
 - Construire une vision commune
 - Relancer le processus de planification
 - Coordonner les actions
 - Faire évoluer le recueil
- Disposer d'une base de données valide et fiable sur la santé des enfants en Communauté française

ULB



Merci de votre attention !

pdecant@ulb.ac.be

www.ulb.ac.be/esp/sipes

ULB

Annexe 3 : Synthèse préliminaire de la recherche exploratoire
sur le processus de recueil informatisé de données sanitaires
des enfants scolarisés en Communauté française

**Recueil informatisé de données sanitaires des enfants scolarisés en Communauté française par les services PSE : Eléments de synthèse de la recherche exploratoire sur le processus - P. Decant
avec la collaboration de P. de Smet, D. Favresse et I. Godin**

1. Cadre de la recherche :

- Décret du Gouvernement de la Communauté française du 20/12/2001 instituant le recueil de données sanitaires dans les missions des services Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE)
- Constats établis après la phase pilote du recueil de données en 2005/2006 : difficultés rencontrées par les acteurs de terrain et niveau insuffisant de la qualité des données pour envisager leur utilisation
- Nécessité de trouver des pistes pour améliorer le dispositif prévu pour le recueil des données.

2. Questions de recherche :

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain dans la mission de recueil de données et à quoi sont-elles dues ?
- Y a-t-il des difficultés rencontrées à d'autres phases du processus de recueil dépendant d'autres acteurs (exportation des données, centralisation des données) ?
- Sur quelles difficultés serait-il possible d'agir et comment ?

3. Méthodologie :

- Choix d'une approche qualitative pour permettre l'identification et la compréhension des difficultés de l'implantation du projet de recueil
- Récolte d'informations sur le processus à travers :
 1. la consultation de travaux et recherches antérieurs (étude de faisabilité, procès verbaux de réunions du groupe de travail chargé du suivi, inventaire du matériel et des méthodes utilisés dans les services PSE...)
 2. la réalisation d'entretiens exploratoires avec des experts et d'entretiens semi-directifs dans 15 services de Promotion de la Santé à l'Ecole
 3. le suivi du processus en cours à partir du recueil des données en 2006/2007
- Traitement des informations :
 1. description du processus de recueil (phases, acteurs,...)
 2. analyse transversale des entretiens et observations réalisés dans les services

4. Résultats :

Les résultats descriptifs du processus et l'analyse transversale sont basés principalement sur les informations récoltées à travers les travaux et recherches consultés ainsi que les entretiens et observations réalisés dans les services de Promotion de la Santé à l'Ecole. Les résultats du recueil de données 2006/2007 sont basés davantage sur la récolte des données par les services PSE ainsi que l'évaluation de la qualité des données, l'analyse des données (réalisées par P. de Smet) et le suivi du processus par le service SIPES-ULB.

4.1 Description du processus

Il existe une importante diversité des situations des services PSE dans la mise en œuvre de la mission de recueil de données. Cette hétérogénéité touche toutes les phases du processus dont notamment :

- les pratiques de terrain (prises de mesures, matériel) et les sources d'informations utilisées pour l'encodage (carte de vaccination, anamnèse,...) variables d'un service à l'autre
- des divergences de niveau d'informatisation entre les services (nombre de poste informatique disponible,...) et d'intégration de l'outil informatique dans le travail quotidien des services particulièrement les bilans de santé des enfants

- la multiplicité des logiciels d'encodage (quatre logiciels sont utilisés actuellement) et l'adaptation variable de ceux-ci aux besoins et préoccupations du terrain (tâche d'encodage ou utilisation en cohérence avec le travail du service)
- d'importantes différences chez les acteurs dans l'appropriation de la mission de recueil et la perception de son utilité.

4.2 Analyse transversale

Sur base des observations et de la diversité documentée dans la description du processus, il apparaît que l'hétérogénéité des situations des services PSE entrave l'implantation du recueil de données. Trois grandes catégories de freins/facilitateurs à cette implantation ont été mises en évidence. Il s'agit premièrement d'éléments qui ont trait à la valorisation du recueil par les services (utilité du recueil, adéquation entre le recueil et la mission de promotion à la santé) ; la deuxième catégorie touche les aspects de la préparation des services à la mise en œuvre du recueil (décisions, planification, degré d'opérationnalisation,...). La troisième catégorie concerne les différents types de ressources qui sont touchées par la mise en place du recueil. Le tableau récapitulatif suivant reprend l'ensemble des éléments identifiés :

Catégorie de sens	Freins/Barrières	Facilitateurs
La valorisation du recueil par les services	<ul style="list-style-type: none"> Manque de visibilité des objectifs à court, moyen, long terme Perception d'une incohérence entre contenu du recueil et (politiques de) promotion de la santé Perception du recueil comme une perte de temps : priorisation des autres missions Absence de bénéfices immédiats 	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance de l'objectif à long terme Perception du recueil comme initiateur de changements nécessaires à l'évolution du travail des services Utilisation des données récoltées pour répondre à des préoccupations locales
La préparation des services à la mise en œuvre du recueil	<ul style="list-style-type: none"> Manque d'informatisation préalable de données et manque d'accessibilité à des données informatisées nécessaires aux services (listes écoles, identifiant unique...) Absence de planification du recueil Conditions de faisabilité non respectées Impression que les décisions se prennent « au-dessus » Décalage entre politique et terrain (recommandations, mise en œuvre du recueil) Résistance aux changements Hétérogénéité des pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Dynamiques initiées dans l'équipe avant la mise en place du recueil Implication dans les décisions Sensibilisation à la nécessité d'uniformité (outils et méthodes) Formation à l'outil informatique Prédisposition individuelle favorable aux changements Intégration de l'outil informatique au quotidien initiée dans l'équipe Perception des bénéfices de l'informatisation dans les missions
La disponibilité des ressources dans les services	<ul style="list-style-type: none"> Encadrement insuffisant pour assurer les missions Absence de coordination d'équipe Manque de moyens matériels Configuration complexe du paysage informatique Solution informatique non adaptée Manque d'appui aux missions 	<ul style="list-style-type: none"> Allocation de ressources complémentaires (PO) Encadrement suffisant pour assurer les missions Présence d'une coordination d'équipe Solution informatique adaptée/adaptable Appui aux missions, partenariat avec un organisme extérieur

Ces facilitateurs et freins sont répartis dans les services de façon très inégale, de sorte que certains services cumulent les facilitateurs, d'autres cumulent les freins et des services sont dans des situations intermédiaires. Dans notre rapport, un modèle a été proposé pour synthétiser en 4 types les situations possibles des services par rapport à l'implantation du recueil. Cette analyse transversale devrait permettre de mieux cerner les facilitateurs à utiliser pour améliorer le dispositif et de prendre la réelle mesure des freins existants.

4.3 Quelques résultats du recueil des données récoltées en 2006/2007

Le recueil de données est en cours depuis la phase pilote, et bien que certaines modifications aient eu lieu

depuis (changement dans le cahier des charges et dans les logiciels, consignes de standardisation des pratiques à destination des services, sensibilisation des services à l'encodage,...), la qualité des données recueillies reflète les difficultés rencontrées à différentes phases du processus. En voici un bref aperçu :

- Exhaustivité des dossiers de 1^{ère} maternelle envoyés pour l'ensemble des services : 58%
- 9 services sur 81 n'ont envoyé aucune donnée, pour diverses raisons
- Données vaccinales manquantes pour l'ensemble des services qui ont envoyé des données : en moyenne 30%
- Données biométriques disponibles : variabilité entre services de 30% à 100%
- Données demandant une vérification (exemple des dates d'absences des enfants aux bilans de santé se trouvant en dehors de la période de collecte des données) : variabilité entre les services de 0% à 13%
- Données médicales de plusieurs enfants sous un même numéro unique : problème de gestion des identifiants par un des logiciels
- Données médicales devenues incorrectes à l'exportation : problèmes d'exportation des données par un des logiciels
- Indicateurs prévus dans le cahier des charges non adaptés à la réalité du terrain, par exemple :
 1. l'item « vue corrigée » est-il à cocher si l'enfant porte des lunettes mais également s'il en porte mais les a oubliées ?
 2. l'item « le service a-t-il reçu une réponse après avoir référé un enfant ? » est peu utilisé dans les services
- Résultats non plausibles d'indicateurs analysés car ne reflètent pas la réalité du terrain, par exemple :
 1. 100% des enfants d'un service sont référés vers un intervenant, dont 80% présentent la modalité de réponse "autre"
 2. proportion importante de résultats nuls (0/10) aux tests d'acuité visuelle

Il semble y avoir peu de consensus entre les acteurs pilotant le recueil pour pallier et dépasser les erreurs mises en évidence. Plus spécifiquement, les moyens mis en place pour le support administratif du recueil présente une série de déficits (absence de documents de référence pour le pilotage du recueil, cessation des activités du groupe de travail chargé du suivi,...).

5. Synthèse et recommandations :

Les résultats de notre recherche permettent de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain et les problèmes de qualité des données recueillies. Une partie de ces difficultés constatées ne sont pas nouvelles et ont fait l'objet de recommandations antérieures, notamment la nécessité pour les équipes de trouver un intérêt direct à participer au recueil, l'importance d'une équipe responsable du projet et avant toute chose, la nécessité de standardiser le matériel et les méthodes des équipes (Godin, I. 2000)⁸³.

L'objectif à long terme du recueil de données est de guider la promotion de la santé des enfants et des jeunes scolarisés en Communauté française⁸⁴. Nos résultats mettent en exergue la nécessité de mettre en place des adaptations au processus de recueil pour atteindre cet objectif. Plus précisément, il semble nécessaire de prendre en compte les équipes de terrain sur plusieurs plans :

1. leurs prédispositions à participer au recueil : les connaissances des objectifs du recueil, l'intérêt ou valeur perçue du recueil, les besoins de données, les bénéfices immédiats de l'informatisation, la motivation,...
2. leurs aptitudes à participer effectivement au recueil : leurs compétences informatiques, la gestion des changements du travail quotidien,...
3. le matériel et les méthodes à leurs dispositions pour assurer un recueil de données standardisé

⁸³ Godin, I., Etude de faisabilité des données sanitaires des centres de médecine scolaire. Rapport sur l'état des lieux de la situation, ébauches de recommandations, ESP-ULB Promes, Août 2000, 13p

⁸⁴ Gouvernement de la Communauté française (2001) Décret relatif à la promotion de la santé à l'école (M.B. 17-01-2002)



**Service d'Information en
Promotion Education Santé**

Nous recommandons que ces trois pôles de préoccupations fassent l'objet d'un plan d'action global et coordonné intégrant à la fois une définition plus précise des objectifs, une définition des moyens mis en oeuvre pour atteindre ceux-ci mais également la distribution des responsabilités et des tâches entre les différents niveaux d'action (décideurs, noyau de pilotage, équipe chargée du suivi, comité d'accompagnement, équipes de terrain,...).

La mise en oeuvre des actions doit pouvoir être appuyée et encadrée par un organe de pilotage et bénéficiaire d'un suivi adéquat afin d'assurer son bon déroulement. L'ensemble doit faire l'objet d'un document de référence.

Il nous semble primordial d'intégrer au plan d'action un travail de réduction des inégalités entre les services PSE afin de permettre à l'ensemble des services d'avoir les mêmes chances d'assurer leurs missions, dont celle de recueil standardisé de données. Favoriser les principes de promotion de la santé dans le travail des acteurs de terrain c'est également favoriser la participation des équipes dans les décisions et l'équité des moyens dans la mise en oeuvre du plan d'action.

A ce sujet, la définition des moyens devrait intégrer différents niveaux et types de ressources. Dans ce souci d'équité et tout en tenant compte des réalités de terrain, il serait important d'assurer aux équipes un outil informatique (logiciel) unique et adaptable permettant une gestion informatisée des services et des données à exporter avec une assurance de qualité (qualité de l'outil, qualité de la gestion des données, qualité des données recueillies, qualité du travail des services, qualité de la transmission des informations entre services, etc.).

Nous pensons également que la mise en place d'actions pour accompagner les changements au sein des équipes devrait être envisagée (formations à l'outil informatique de base, formation à l'utilisation du logiciel, formations méthodologiques à la compréhension et l'utilisation des données,...).

Par ailleurs, le recueil de données implique un partenariat entre les services PSE et des intervenants extérieurs (écoles, services PMS, médecins, administration). Le manque d'informatisation voire d'accessibilité de données nécessaires aux services (numéro identifiant unique, listes informatisées par les écoles sous tutelle, fichier centralisé des services et de leurs écoles sous tutelle,...) demanderait à être analysé et pris en compte dans le développement du plan d'action.

Il apparaît opportun de travailler les différents aspects visant l'amélioration du recueil en veillant à assurer une cohérence entre cette mission et l'ensemble du projet de service des acteurs de PSE. Nous soulignons l'importance par exemple que l'expansion des items à récolter (situation socio-économique, milieu de vie de l'enfant,...) puisse permettre aux acteurs de terrain de mieux remplir leurs missions de Promotion de la Santé à l'Ecole.

Les différents aspects évoqués ici sont détaillés dans le rapport complet de notre recherche dont la rédaction est en cours.

Pascale DECANT
Chercheur SIPES-ULB
E-mail : pdecant@ulb.ac.be
Tél : 02 555 40 97