

Evaluation qualitative du programme de l'éducation pour la santé dans les établissements scolaires marocains

[Qualitative evaluation of the education program for health in Moroccan schools]

Noureddine Eloutassi¹, AbdelHadi Hammi¹, Abdelali Arbia¹, Mohammed Yazidi², Majda Louasté³, Latifa Boudine⁴, and Bouchra Louasté⁴

¹Laboratoire des Sciences de la vie,
Centre Régional des Métiers de l'Education et de la Formation/CRMEF/BP 49/30000/VN,
Fès, Maroc

²Laboratoire des Sciences de la terre,
Centre Régional des Métiers de l'Education et de la Formation,
Marrakech, Maroc

³Laboratoire Esthétiques et Sciences de l'homme,
Université sidi Mohammed Ben Abdellah/Faculté des Lettres et des Sciences Humaines,
Fès, Maroc

⁴Laboratoire de Biotechnologie,
Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté des sciences,
Fès, Maroc

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The main objective of this study is to qualitatively evaluate the degree of implementation of actions and educational activities for health facilities in the Fès-Boulemane region, Morocco; and an analysis of contextual factors facilitating or hindering the implementation process. The target population is represented by officials of the Department of Education and professional managers and operational health. Data were collected through direct observation, document analysis and semi-structured interviews. According to this study, we noticed an insufficient degree of implementation with a large gap between what was planned and what is actually implemented. The major factors facilitating this action are; voluntarism, the experience of some actors and the availability of teaching materials. However, the main factors holding, an absence of dynamic steering, an ill-defined partnership, insufficient communication, an absence of ongoing training and a shortage of human resources unequally distributed. In conclusion, the key to success of such intervention is effective coordination and collaboration between different stakeholders. Hence the need to set up coordinating committees and monitoring at regional and national level in order to strengthen the management of the program and establish a continuing education action plan for all personnel concerned.

KEYWORDS: Qualitative evaluation, education for health, degree of implementation, schools.

RÉSUMÉ: L'objectif principal de cette étude, est d'évaluer qualitativement le degré de mise en œuvre des actions et des activités d'éducation pour la santé dans les établissements scolaires de la région Fès-Boulmane, Maroc. Ainsi, qu'une analyse des facteurs contextuels facilitant ou entravant ce processus de mise en œuvre. La population cible est représentée par les responsables des départements de l'éducation nationale et de la santé. Les données ont été collectées par l'observation

directe, l'analyse documentaire et les entretiens semi directifs. Nous avons remarqué un degré insuffisant de mise en œuvre avec un écart important entre ce qui a été planifié et ce qui est réellement implanté. Les principaux facteurs facilitant cette action sont; le volontarisme, l'expérience de certains acteurs et la disponibilité du matériel didactique. Par contre, les principaux facteurs freinant cette action sont ; une absence de pilotage dynamique, un partenariat mal défini, une communication insuffisante, une absence de formation continue et une pénurie des ressources humaines inégalement réparti. En conclusion, la clé de réussite d'une telle intervention est la coordination et la collaboration efficaces entre les différents acteurs concernés. D'où la nécessité de mettre en place les comités de coordination et de suivi au niveau national et régional, afin de renforcer le pilotage du programme et d'établir un plan d'action de formation continue pour l'ensemble des personnels concernés.

MOTS-CLEFS: Evaluation qualitative, éducation à la santé, degré de mise en œuvre, milieu scolaire.

1 INTRODUCTION

En 2013, plus de 7 millions d'élèves et d'étudiants ont poursuivi leurs études au niveau des 39 000 établissements scolaires et universitaires marocains [1], [2]. Cette population se caractérise par sa vulnérabilité vis à vis des comportements à risque (tabagisme, toxicomanie, infections sexuellement transmissibles etc.) qui se répercutent sur la santé générale des jeunes et sur leur avenir social et éducatif. De ce fait le Maroc a développé, et depuis plusieurs décennies, de nombreuses actions en faveur de cette population dans le but de préserver et promouvoir son état de santé d'une part et de contribuer à améliorer les conditions d'apprentissage d'autre part [3].

En 2011, le Maroc a révisé sa stratégie nationale de santé scolaire et universitaire pour remédier la situation alarmante en adoptant une approche intégrée fondée sur la collaboration des différents acteurs concernés [4], [5], [6]. Il a mis l'accent sur la promotion du mode de vie sain, la qualité de prise en charge, l'amélioration de la couverture sanitaire au niveau des établissements et le renforcement du partenariat.

Dans cette étude, l'ensemble des actions et des activités sur l'éducation pour la santé décrite en 2011 sont étudiées. De plus, les objectifs spécifiques de l'étude étant d'évaluer le degré de mise en œuvre de ces activités sur le terrain par les responsables du Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) et le Ministère de la Santé (MS) ; de leur dresser un état des lieux et de répertorier les facteurs contextuels facilitant ou entravant leur implantation et enfin de proposer quelques recommandations et certaines pistes d'améliorations.

1.1 CONCEPT D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

La promotion de la santé est une approche adoptée en 1984 et formalisée en 1986 par la Première Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé (CIPS) réunie à Ontario, Canada [7]. Ainsi, cette approche a été définie comme le " processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci pour parvenir à un état de bien-être physique, mental et social ".

Broussouloux et Houzelle [8] ont rapporté que l'éducation à la santé " vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque. Elle repose sur des méthodes et techniques qui permettent d'apporter l'information à l'individu sous une forme qui soit appropriable, sans le stigmatiser ni le culpabiliser ". Au Maroc, la division de la santé scolaire et universitaire a défini l'éducation pour la santé comme l'ensemble des activités d'information, d'éducation et de communication qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent, individuellement et collectivement pour conserver la santé et à recourir à une aide en cas de besoin. Généralement, l'éducation à la santé dans les écoles " vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences " [8], [9].

1.2 HISTORIQUE DU PROGRAMME AU MAROC

Au Maroc, selon le ministère de la Santé [4], [5], [9] la couverture sanitaire de la population scolaire et universitaire est passée par plusieurs étapes dont les principales sont les suivantes :

- 1926: Prestations d'hygiène scolaire étaient fournies uniquement aux enfants de colons contre les épidémies ;
- 1962: Intégration des activités d'hygiène et création du service central d'Hygiène Scolaire et Universitaire (HSU) ;
- 1971: Diffusion du premier circulaire fixant les directives d'HS ;
- 1987: Relance des activités d'HS et naissance du Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) ;
- 1994: Création de la Division de la Santé Scolaire et Universitaire (DSSU);
- 2003: Révision du PNSSU avec la participation de plusieurs intervenants, avec de nouvelles préoccupations et renforcement d'Information et d'Education pour la Santé (IEC) ;
- 2009 : Programme national de la santé scolaire et universitaire ;
- 2011 : Stratégie Nationale de Santé Scolaire et Universitaire (SNSSU) ;
- 2012 : Nouveau programme de la SNSSU.

1.3 STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE (SNSSU)

Dans le cadre de la consolidation des acquis du programme national de santé scolaire et universitaire et pour le but de renforcer la coordination avec les différents partenaires en tenant compte des nouveaux besoins des jeunes, le Maroc a élaboré et adopté en 2011 de nouvelles stratégies nationales de santé scolaire. Ces dernières, sont le fruit d'une analyse approfondie de la situation épidémiologique de la population scolaire et universitaire, et de celle des jeunes en général. Elles ont été formulées en concertation avec les différents partenaires et s'appuient sur les différentes interventions développées par le Ministère de la Santé. Elles reposent sur une approche multisectorielle, globale et intégrée [3], [6].

La santé scolaire et universitaire ne doit pas être considérée simplement comme une médecine de dépistage centrée sur l'élève et l'étudiant mais plutôt comme une politique transversale de santé et d'éducation au service de la réussite scolaire, du bien-être. Les principaux objectifs de cette nouvelle stratégie nationale ont été commandés comme suit :

- Adopter une approche intégrée fondée sur la collaboration conditionne le succès des interventions en milieu scolaire ;
- Promouvoir la santé des jeunes afin de leur assurer un meilleur développement physique et mental ;
- Promouvoir le mode de vie sain en milieu scolaire et universitaire ;
- Impliquer les parents d'élèves et de mobiliser la communauté autour de la santé et de la sécurité en milieu scolaire ;
- Renforcer la collaboration et le partenariat avec tous les intervenants ;
- Partager l'information entre les partenaires directement impliqués en vue d'une prise de décision éclairée ;

Nous avons résumé les principaux axes qu'ont été adoptés par le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) et le Ministère de la Santé (MS) dans la nouvelle stratégie de 2011 et le nouveau programme de 2012 [3], [6]. Ce rappel a été exploité postérieurement pour comparer ce qui a été planifié pour l'éducation à la santé et ce qui a été réalisé réellement au niveau du terrain.

Tableau 1. Développement du cadre organisationnel et partenarial

Résultats attendus	Actions
1 : Domaines de coopération prioritaires identifiés et réglementés. 2 : Engagement, adhésion des partenaires assurés. 3 : Coopération effective et renforcée entre les départements ministériels concernés, au niveau central, régional, provincial, local, ainsi qu'avec les associations (parents d'élèves, etc.)	- Identification des domaines prioritaires de coopération avec chaque département et intervenant - Etablissement d'une réglementation des domaines identifiés - Mobilisation des acteurs associatifs - Conclusion de conventions de partenariats opérationnels - Production de procédures - Mise en place d'organes de coordination au niveau national, régional et local - Elaboration de circulaires conjointes

Tableau 2. Renforcement des actions de prévention, d'éducation à la santé, de dépistage des maladies

Résultats attendus	Actions
1. Amélioration des connaissances et des compétences des élèves et des étudiants en matière de santé et de mode de vie sain	- Insertion de modules d'information en matière de santé et de mode de vie sain au niveau du curricula adapté pour chaque niveau - Renforcement de la composante santé au niveau des clubs scolaires -Institutionnalisation de la célébration de toutes les journées nationales et internationales de la santé - Renforcement du rôle des espaces santé Jeunes dans l'éducation à la santé - Élaboration et diffusion de supports éducatifs

Tableau 3. Renforcement des compétences des différents intervenants impliqués dans la santé scolaire et universitaire

Résultats attendus	Actions
1 : Le personnel des départements ministériels concernés, à tous les niveaux, sont formés/informés des problématiques de santé et d'éducation, des programmes mis en œuvre, des méthodes à utiliser en vue d'améliorer la réussite, le bien-être et la santé des élèves et des étudiants...	- Elaboration de modules d'éducation à la santé physique, mentale et sociale des enfants et des jeunes - Dispensation de la formation auprès des intervenants en matière de santé scolaire - Développement d'un plan d'action de formation continue commune aux différents intervenants dans le domaine de la SSU

Tableau 4. Renforcement de l'évaluation, des études et de la recherche

Résultats attendus	Actions
1 : Suivi périodique et régulier des activités du programme de SSU assuré à tous les niveaux 2 : Partenaires informés et décisions à entreprendre éclairées 3 : Données épidémiologiques et comportementales relatives à la santé des jeunes disponibles et mises à jour	- Révision et allègement du système Informatique actuel du programme - Développement d'une base de données informatisée sur la santé scolaire et universitaire - Production et diffusion d'un rapport annuel sur l'état de santé de la population scolaire et universitaire - Planification et développement de recherches spécifiques sur les nouveaux problèmes de santé - Intégration de la SSU dans les travaux de recherche des universités et des instituts

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 INTRODUCTION

Nous avons analysé l'implantation du programme de l'éducation pour la santé dans les établissements scolaires par les responsables du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) et le Ministère de la Santé (MS). Cette étude a été réalisée d'une façon qualitative et évaluative, autour de cas multiples avec des niveaux d'analyses imbriqués. Les méthodes appropriées sont principalement les études de cas [10]. Ainsi, la présente investigation vise essentiellement à décrire l'état des lieux de l'adoption et l'implantation des activités liés à l'éducation à la santé au niveau des collèges et des lycées du secteur public en référence à ce qui a été planifié par les départements gouvernementaux concernés et identifier et analyser les facteurs susceptibles d'influencer ces opérations.

2.2 FACTEURS ÉTUDIÉS

Dans ce travail, nous avons cherché les facteurs contextuels qui ont facilité ou entravé ce processus complexe d'implantation. Sachant que l'implantation de nouveau programme a nécessité l'intervention de plusieurs acteurs différents, à des niveaux de responsabilité différents et de plusieurs départements ministériels et entre deux ministères marocains [3]. Pour pouvoir déterminer ces facteurs explicatifs, nous avons procédé aux différents modèles théoriques [11], [12], [13]. La figure 1 résume les réflexions sur les facteurs impliqués dans le degré de mise en œuvre de ce programme.

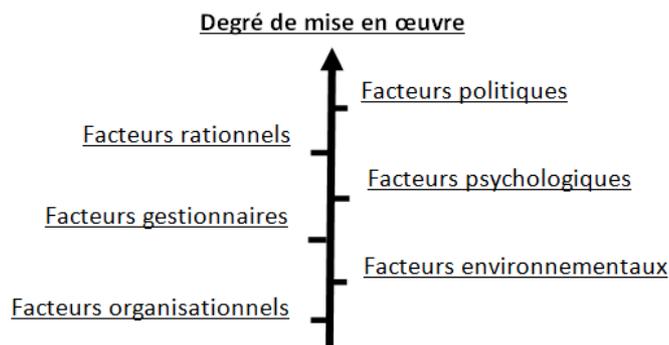


Fig. 1. Degré de mise en œuvre selon le modèle de réflexions sur les facteurs impliqués

Les facteurs étudiés ont été subdivisés ainsi, en des dimensions et des niveaux différents comme suit :

- Facteurs organisationnels : formalisation, collaboration, supervision, coordination et communication ;
- Facteurs environnementaux : partenariat avec la société civile, associations des parents d’élèves, urbanisation... ;
- Facteurs liés aux gestionnaires : leadership, style de gestion, innovation, formation, compétences en communication ;
- Facteurs psychologiques : motivation, implication, attitudes ;
- Facteurs rationnels : qualité de la planification, suivi et contrôle des chefs hiérarchiques ;
- Facteurs politiques : syndicats, responsables du MS et du MENFP et responsables locaux.

2.3 ECHANTILLONNAGE ET POPULATION CIBLE

Cette étude a été menée au niveau des établissements scolaires publics prospectés entre 2013 et 2014 appartenant à la région de Fès-Boulmane (RFB). Le choix de cette région était à cause de la faisabilité de l’étude par les professeurs stagiaires de la CRMEF de Fès qui se sont chargés à réaliser des enquêtes et collecter des informations et des données. Les échantillons étudiés couvrent les deux milieux urbain et rural et ils appartiennent à deux populations différentes :

Fonctionnaires du MENFP. Ce sont les directeurs des établissements scolaires, les responsables des Bureaux de Santé Scolaire et Sécurité Humanaire (BSSSH) aux délégations du Ministère de L’Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) et son académie régionale de Fès-Boulmane. Les entretiens ont été menés avec 12 intervenants dont les 6 responsables des BSSSH, ainsi que 5 directeurs d’établissements et un recteur (Tableau 5).

Tableau 5. Etablissements et bureaux de santé scolaire et sécurité humaine visités et les professionnels du MEN interrogés

Académie régionale Fès-Boulmane	Etablissement	Action et Poste de travail
Délégation de Fès	Unité de santé scolaire, BSSSH, Collège AlQods, Lycée Iben Zaydoun, Collège Ain Haron	Cadre administratif, Chef de l’unité, Chef du bureau, Visite, Directeur ou Recteur
Délégation de Sefrou	Unité de santé scolaire, BSSSH, Lycée Aïn Cheguag	Cadre administratif, Chef du bureau, Visite, Directeur
Délégation de Boulmane	Unité de santé scolaire, BSSSH, Lycée Boulmane, Lycée Charif Alidrissi	Cadre administratif, Chef du bureau, Visite, Directeur

Fonctionnaires du MS : les professionnels de santé (PS), les gestionnaires du programme au niveau des Services d’Infrastructures et des Activités Ambulatoires Provincial (SIAAP), au niveau de la Direction Régionale de la Santé (DRS) et de

la Direction de la Population (DP), les PS intervenants au niveau des centres de santé (CS) et le Centre Hospitalier Universitaire de Fès (CHU- Fès). Le tableau 6 montre les différents acteurs et participants professionnels de santé interrogés.

Tableau 6. Etablissements visités et des professionnels de santé questionnés

Lieu	Etablissement	Poste de responsabilité
Fès (IbenAlkhateb, Dhar Lmehraz et CHU)	SIAAP et CS	3 Médecins Responsables provinciaux du programme. 6 infirmières animatrices. 3 gestionnaires (chef de service ou responsable du PNSSU régional ou provincial)
Sefrou (centre de santé)	SIAAP et CS	1 Médecin Responsable provincial du programme. 1 infirmière animatrice. 2 gestionnaires (chef de service ou responsable du PNSSU régional ou provincial)
Boulmane (centre de santé)	SIAAP et CS	1 Médecin Responsable provincial du programme. 1 infirmière animatrice. 1gestionnaire (chef de service ou responsable du PNSSU régional ou provincial)

2.4 COLLECTE ET ANALYSE DE DONNÉES

Les méthodes utilisées pour collecter et analyser les données sont groupées et montrées dans la figure suivante :

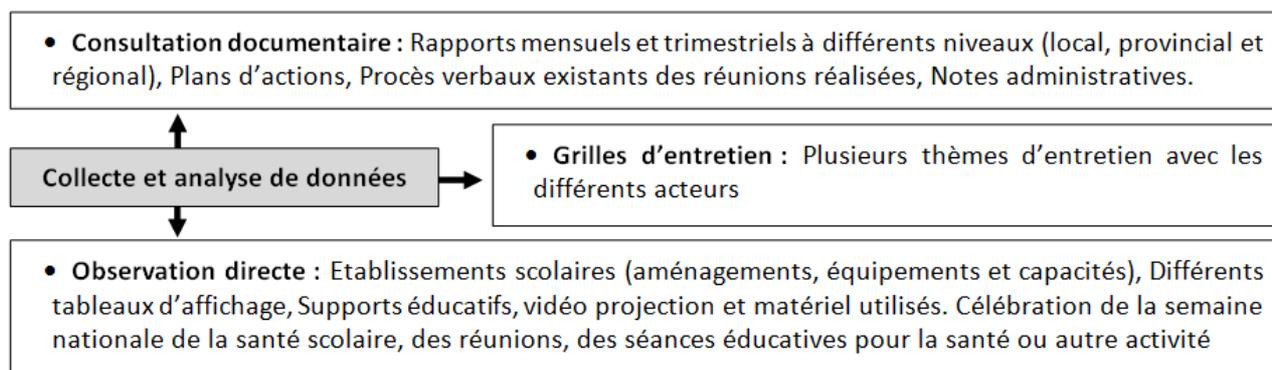


Fig. 2. Méthodes de collecte et d'analyse de données de l'étude

Les entretiens avec les Professionnels de Santé (responsables et opérateurs) ont été centrés sur :

- Les données générales du parcours professionnels du MENPF (la carte scolaire, le nombre d'établissements, le nombre d'élèves, le nombre d'enseignants, les clubs, les activités).
- Les données générales du parcours professionnel des médecins, des infirmiers, des représentants du PSS).
- Les ressources humaines, matérielles et financières (l'effectif, les qualifications, les répartitions, les motivations, les formations, les supports éducatifs, les moyens de la mobilité, les budgets et les indemnités).
- Les organisations et les missions des professionnels planifications, le plan d'action, les communications interne et externe, l'intégration des activités, l'équipe mobile, le déroulement des séances éducatives, le suivi, le système d'information.
- La coordination et le partenariat (les réunions, les conventions cadre, les relations avec les partenaires).
- Les recommandations d'amélioration et le besoins pour une meilleure implantation.

Les analyses effectuées (figure 3) sont verticales et transversales pour les facteurs étudiés et ils sont réalisés selon une approche repose sur une compréhension approfondie des données. Les résultats ont été interprétés et commentés en fonction des thèmes abordés. Le rôle des participants, leur droit de se retirer sans obligation ni pénalisation. Les mécanismes du respect de l'anonymat et de la confidentialité et le devenir des résultats générés à la fin de cette étude, sont clairement présentés aux participants afin d'obtenir leurs consentement libre et éclairé.

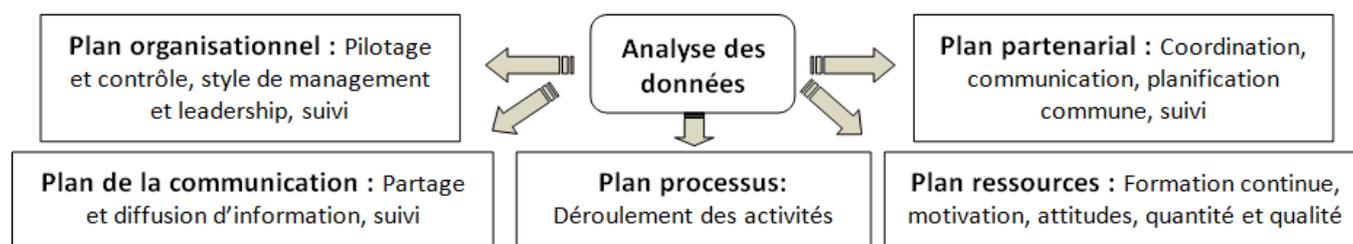


Fig. 3. Analyse des données sur plusieurs plans

3 RÉSULTATS

Les résultats se focalisent sur le degré de mise en œuvre du PNSS et les facteurs contextuels qui agissent sur leur implantation dans le système marocain de l'éducation. La figure suivante résume l'idée générale de cette étude.

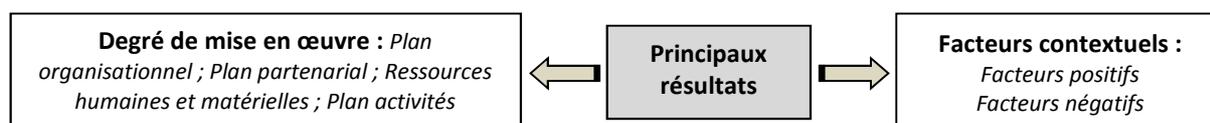


Fig. 4. Niveaux d'études qualitatives recherchés pour l'éducation à la santé

3.1 DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE

Les résultats de l'évaluation du degré de mise en œuvre du programme comme premier niveau de la présente étude a permis d'élaborer des constats selon différents plans. Il s'agit du plan organisationnel, plan partenarial et plan concernant les ressources et les activités.

3.1.1 3.1.1 PLAN ORGANISATIONNEL

Sur le plan organisationnel, les résultats montrent des degrés de mise en œuvre très variables présentés dans le tableau 7. Selon plusieurs critères ils sont soit positifs soit négatifs.

Tableau 7. Degré de mise en œuvre dans le système éducatif marocain d'après le plan organisationnel

		<i>Plan organisationnel</i>	
		<i>Résultats positifs</i>	<i>Résultats négatifs</i>
Niveau de l'Académie Régionale Fès-Boulmane		<ul style="list-style-type: none"> • L'Académie Régionale Fès-Boulmane dispose d'un responsable du bureau de BSSSH. • Les bureaux s'occupent des activités de la santé scolaire ; Visite Médicale Systématique (VMS), visite de classe par l'infirmier, séances d'information et éducation pour la santé, contrôle d'hygiène des établissements, aussi des assurances et accidents en milieu scolaire. • Le responsable du bureau central est expérimenté en classe et en gestion. • Les enseignants des sciences de la vie et de la terre (SVT) assurent volontairement la coordination des activités de l'éducation sanitaire au sein des clubs de santé. Ils sont assistés parfois par ceux de l'éducation féminine. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'absence du responsable du bureau central au niveau de délégation Sefrou et Boulmane, à Sefrou le poste est assuré par un cadre administratif. • Départ du médecin scolaire initialement recruté à l'académie. • Mauvaise gestion de temps opérationnel: le système est assuré soit par un seul médecin, soit par une seule infirmière pour assurer la VMS, les séances éducatives, la prise en charge des élèves référés par les directeurs des établissements scolaires en plus de la délivrance des certificats de dispense de l'exercice physique. Pour l'infirmière, elle assure de temps en temps des activités de soins.
	Niveau des centres de santé	<ul style="list-style-type: none"> • La désignation assurée des médecins et des animateurs points focaux, régional et provinciaux, responsables du programme et aux circulaires ministérielles. • Les personnels sont expérimentés : médecins points focaux provinciaux (10 ans d'ancienneté au niveau des CS), trois animateurs sont tous des infirmiers diplômés d'état expérimentés et un seul nouveau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin responsable du programme n'est plus opérationnel depuis environ une année. Ses attributions sont provisoirement assurées par le médecin chef du SIAAP. • La majorité des points focaux assurent d'autres activités sociales • Le responsable régional ne dispose pas de bureau fixe pour assurer ses attributions.

3.1.2 PLAN PARTENARIAL

Dans cette partie d'étude, les résultats qualitatifs obtenus concernent l'état des lieux de la mise en place du comité de coordination entre plusieurs secteurs dans le domaine de la santé. Ainsi, la figure 5 exprime ces principaux résultats.

Contribution à la rencontre nationale sur la santé scolaire et la promotion de la santé des jeunes sous le thème de «santé mentale, connaissances et pratiques», et coordination exprimées à tous les niveaux entre les acteurs du MS et du MENFP, sauf pour la délégation de Boulmane où les procédures exigées par la délégation et qui ont tendu les relations.



Convention cadre de partenariat est signée entre plusieurs ministères qui vise à renforcer la collaboration, la coordination et le partage des connaissances entre les différents secteurs de la santé scolaire et universitaire et la santé des jeunes. La présidence, la coordination et le secrétariat sont accordées au MS aux niveaux régional et provincial [3].

Fig. 5. Résultats qualitatifs sur le plan partenarial et la mise en place du comité de coordination

3.1.3 RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

Aussi, la détermination de degré de mise en œuvre a permis d'enregistrer de remarquables points sur le plan des ressources humaines et matérielles pour le PNSSU. Les résultats obtenus sont résumés dans la figure 6.

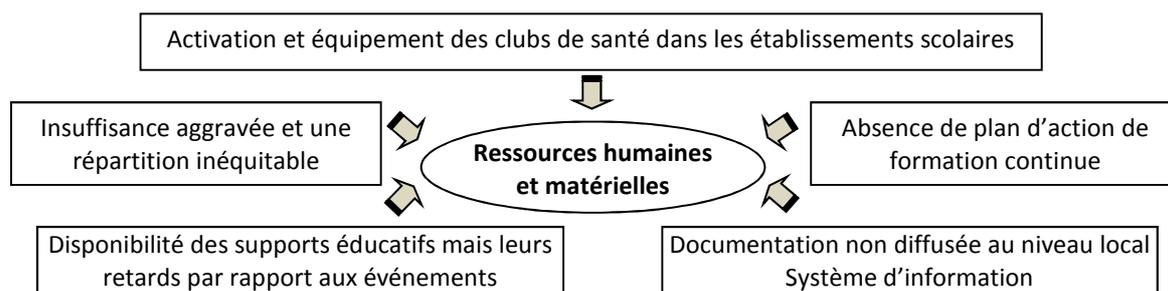


Fig. 6. Degré de mise en œuvre sur le plan des ressources humaines et matérielles

La répartition des professionnels de santé dans l'Académie Fès-Boulmane est inéquitable. Le tableau suivant présente cette répartition.

Tableau 8. Répartition inéquitable des professionnels de santé dans l'académie Fès-Boulmane

Délégation	Médecins de SSU	Infirmiers de SSU	Nb des élèves	Nb élèves / médecin de SSU	Nb élèves / infirmier de SSU
Fès medina	30	20	38567	1286	1929
Moulay Yakoub	34	22	42433	1249	1928
Sefrou	20	13	30123	1506	2318
Boulmane	12	8	22482	1874	2810

Aussi, les 20 professionnels de la santé entretenus ont tous noté l'absence de formation continue concernant le PNSSU pendant les deux dernières années et même les réunions de deux à 4 heures, qu'ils faisaient ne sont plus organisées. Les intervenants du MEN n'ont aussi bénéficié d'aucune formation continue ni de réunion à ce propos.

Au niveau de MENEf, nous avons assisté à la réunion de coordination de l'Académie Régionale de Fès-Boulmane avec la DRS. Cette réunion concerne la généralisation de l'activation des clubs de santé au niveau de tous les collèges et lycées de la région. Cependant, nous avons observé que presque tous les établissements scolaires ont activé (selon les nouvelles directions de la MS) son club de santé. De plus, aucun problème financier nous n'a été souligné pour l'aménagement des locaux et l'achat de matériel pour les clubs pédagogiques de santé car dans le cadre de programme d'urgence du MENEf. En effet, le budget ne pose plus problème, surtout avec l'appui des associations des parents d'élèves [14], [15].

Sur le plan de coordination entre le MS et le MENEf, nous avons constaté une faible distribution de l'information et de la diffusion des documents élaborés par la division de la santé scolaire au niveau de tous les intervenants opérationnels. Par contre, la communication est définie comme action de transmettre et de recevoir des informations. Aussi, nous avons remarqué un cloisonnement entre les deux départements concernant ce partage de documents.

3.1.4 PLAN ACTIVITES D'INFORMATION ET EDUCATION POUR LA SANTE (IES)

Dans cet axe, nous avons suivi les activités et les réunions de l'équipe mobile d'information, les séances éducatives et la célébration de quelques journées nationales et internationales dédiées à la santé

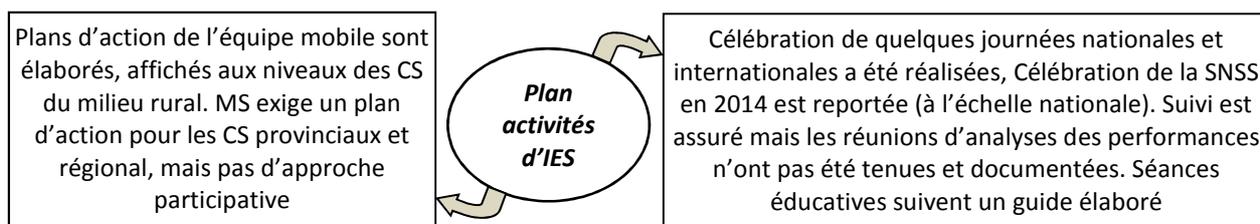


Fig. 7. Résultats qualitatifs sur le plan activités d'information et éducation pour la santé

Les séances éducatives dans les établissements scolaires visités ont été déroulées selon le guide élaboré par le programme du ministère de la santé. En pratique, elles sont réalisées lors de la Visite Médicale Systématique (VMS) pendant le passage au premier trimestre et une deuxième visite réalisée lors de la célébration de la Semaine Nationale de la Santé Scolaire (SNSS) ou certaines journées internationales. Les visites et les activités de l'équipe mobile pour les établissements du milieu rural n'ont remarquablement pas eu lieu comme il a été indiqué par les responsables des CS et les délégations de Sefrou et de Boulmane. En général, le nombre moyen de bénéficiaires était 2 classes par établissement (moyen de 75 élèves/établissement). Nous avons pu assister à une seule séance animée par le médecin qui a respecté le guide des activités programmées. En effet, l'équipe locale de santé scolaire assure des séances pour les élèves, surtout au premier trimestre ou lors de la SNSS.

La célébration de quelques journées nationales et internationales dédiées à la santé a été réalisée avec l'absence des PS, nous avons assisté à des journées consacrées au VIH/SIDA, tabac et drogue, tuberculose. Ce sont nos enseignants des Sciences de la Vie et de la Terre (enseignants stagiaires du centre régional des métiers de l'éducation et de la formation, CRMEF, promotion 2013-2014) qui l'ont célébrée dans les établissements de la délégation de Fès.

La Semaine Nationale de la Santé Scolaire (SNSS) a été réalisée en 2012 sous le thème «l'exercice physique, santé, prévention et réussite» et en avril 2013 sous le thème de santé buccodentaire, au niveau national. Mais en 2014, la SNSS a été annulée dans la région de Fès-Boulmane à cause des contraintes de logistique selon les responsables de la santé.

3.2 FACTEURS CONTEXTUELS

Après avoir entamé le degré de mise en œuvre, nous avons étudié les facteurs contextuels agissant sur l'implantation de programme de la santé. Ces facteurs se distinguent en des facteurs facilitant ou entravant l'implantation du programme. Les analyses des résultats sont proposées dans les paragraphes suivants.

Les facteurs contextuels positifs sont les facteurs facilitant la mise en œuvre des actions et des activités d'éducation pour la santé. Dans le tableau 9 nous avons examiné les principaux résultats qualitatifs sur la convention cadre de partenariat, sur le volontarisme noté de certains intervenants, sur l'expérience des points focaux et enfin sur la disponibilité des ressources et matérielles aux établissements scolaires.

Tableau 9. Facteurs contextuels facilitant l'implantation du programme pour la santé

Facteurs positifs	Principales remarques
Convention et partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Les engagements sont devenus clairs de chaque département au niveau central et mise en place du comité opérationnel intersectoriel national.
Volontarisme des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • La motivation personnelle est manifestée par la majorité des PS et des acteurs des des MENFP. Ce volontarisme est remarquable chez la plupart des médecins et infirmières responsables de la programmation pour la santé « plein temps » et des directeurs des établissements visités et aussi des professeurs de SVT et les responsables des clubs de la santé.
Expérience des points focaux	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels des points focaux et des centres de santé ont une expérience moyenne de 10 ans. La rigueur est le climat prédominant pour les responsables de ministère de l'éducation nationale et de la formation professionnelle. Les responsables de MENFP et MS exécutent et planifient en souplesse et flexibilité.
Disponibilité des matérielles	<ul style="list-style-type: none"> • Etablissements scolaires équipées de matériel et de vidéo de projection et autres moyens nécessaires pour les activités parascolaires.

Comparativement à l'étude des facteurs facilitant la mise en œuvre des actions et des activités pour la santé, nous avons aussi cherché dans ce qui suit les facteurs entravant cette programmation. Les principaux résultats ont été résumés dans le tableau 10. Ils se focalisent sur l'absence de pilotage et de formation continue, l'insuffisance de la communication et de la coordination entre les deux systèmes et aussi sur les facteurs liés aux ressources humaines et matérielles.

Tableau 10. Facteurs contextuels entravant l'implantation du programme pour la santé

Facteurs négatifs	Principales remarques
Formation continue Pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • L'absence du comité de coordination et de suivi aux niveaux régional et provincial. • La faible gouvernance du PNSSU en général. • L'absence d'un plan d'action commun • Le manque de formation continue mentionné dans la plupart des entretiens. • Le besoin manifesté en formation sur les techniques d'animation, d'information et de communication et aussi sur la psychologie de l'adolescent.
Nouvelles technologies Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Les dysfonctionnements de la communication interne du MS. • Le retard fréquent des PS sur l'utilisation des nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC), • L'indisponibilité des téléphones fixe ou mobile et des adresses personnelles des PS • L'absence de coordination entre les partenaires des MS et MENFP • L'occupation des PS des MS et MENFP par d'autres programmes en 2014.
Ressources humaines Matérielles	<ul style="list-style-type: none"> • L'intégration des activités parascolaires des clubs de santé dans les heures du travail des enseignants. • Le retard de réception des supports éducatifs se reflète négativement sur plusieurs événements importants en matière d'éducation pour la santé, (SNSS et journées internationales). • L'absence totale des délégués et chefs du SIAAP dans les activités scolaires, • La routine administrative des chefs hiérarchiques pour la transmission de l'information dans MENFP et MS. • Le manque des remplaçants (départ en retraite) est constaté dans 3 CS. Ce qui a constitué un souci majeur pour les autres professionnels.

4 DISCUSSION

Nos études réalisées sur le degré de mise en œuvre du programme de l'éducation pour la santé, nous ont permis de constater que malgré l'expérience et le volontarisme de certains acteurs et la disponibilité du matériel nécessaire au bon déroulement des activités d'IES, aucun pilotage dynamique du programme au niveau régional n'a été réalisé. De plus, il y a absence totale de la mise en place d'un comité de coordination et de suivi. La communication s'avère quasiment insuffisante. La pénurie des ressources humaines est remarquablement aggravée par une répartition inéquitable. Les formations continues sont absolument absentes pour le personnel.

Selon plusieurs études [16], [17], [18] le volontarisme exprimé par certains acteurs envers les actions accordés aurait facilité la mise en œuvre de certaines activités ; mais en l'absence de motivation et de reconnaissance, ils évolueraient certainement vers le stress de travail reconnu sous le nom "burn-out" et qui est considéré comme "une pathologie de civilisation".

La désignation de personnes expérimentées n'a pas amoindri les facteurs négatifs de la mise en œuvre au niveau organisationnel comme l'absence d'officialisation du comité de coordination et de suivi et le faible pilotage du programme. L'organisation des nations unies pour l'éducation (UNESCO) et l'organisation mondiale de la santé (OMS) considèrent la bonne gouvernance comme étant un principal élément constitutif d'un tel programme performant [19], [20], [21], [22].

L'indisponibilité des ressources humaines et leur répartition inéquitable ont été considérées parmi les obstacles d'implantation du programme et causent l'insatisfaction et la démotivation pour certains des PS et parfois même au gestionnaire. Dans un CS, l'organisation d'unité de santé scolaire formée d'un médecin plein temps et une infirmière à temps partiel nous paraît une expérience très intéressante à généraliser. Le dynamisme de telle unité ne peut être assuré uniquement par la disponibilité des ressources humaines en effectif suffisant mais plutôt leur engagement et leur dévouement en serait la clé principale de réussite [2].

Au niveau partenarial, les bonnes relations en général, entre les PS et ceux du MENFP à différents niveaux, soient une condition nécessaire mais insuffisante pour atteindre les objectifs escomptés de la stratégie. D'autant plus que les plans d'action communs nécessitant une approche participative, n'étaient pas élaborés. Ainsi, la conclusion de convention de partenariat opérationnel au niveau périphérique, nous paraît fondamentale pour contribuer à améliorer les performances des activités d'IES ainsi que tout le programme [14]. L'éducation pour la santé en milieu scolaire devrait être un domaine de longue prolongation nécessitant une coordination et une mutualisation des moyens existants entre tous les partenaires concernés, et que celles-ci soient une condition de la réussite.

Aussi, la communication interne au niveau de la DRS et ses délégations a été remarquée insuffisante, malgré la disponibilité des nouvelles technologies ; ceci est probablement à cause de l'absence de formation continue en la matière. La diffusion incomplète des documents élaborés, y compris la convention cadre de partenariat, par les PS et les acteurs des MENFP. Cette absence de formation continue pourrait aussi nous expliquer, entre autres, la démotivation de certains intervenants. Par contre, la formation continue est en effet érigée au rang d'obligation légale pour tous les professionnels, quel que soit leur mode d'exercice.

5 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'évaluation qualitative du degré de mise en œuvre des actions et des activités d'éducation pour la santé et l'analyse des facteurs contextuels a été étudiée dans ce travail. Nous avons visé les professionnels de santé appartenant aux deux populations différentes (Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle et le Ministère de la Santé) de la région Fès-Boulmane.

Nous avons pu conclure que le degré de mise en œuvre était généralement insuffisant. Et ce, malgré l'expérience et le volontarisme de certains acteurs et la disponibilité du matériel nécessaire pour les séances d'éducation pour la santé au niveau des établissements scolaires. Les principaux facteurs du contexte qui ont entravé cette mise en œuvre, était l'absence d'un pilotage dynamique au niveau régional. L'absence est également notée, au niveau régional et provincial, de mise en place des comités de coordination et de suivi. De plus, il est signalé la pénurie des ressources humaines aggravée par une répartition inéquitable. Les communications sont quasiment insuffisantes. Et finalement, les formations continues sont remarquablement absentes.

En perspective, nous espérons pouvoir contribuer à améliorer l'étude dédiée à l'éducation pour la santé par la proposition de certaines pistes jugées importantes :

- La restructuration des taches des gestionnaires périphériques dans le programme ;
- La mise en place des comités de coordination et de suivi prévus par la convention cadre de partenariat au niveau régional, provincial et national ;
- La mise d'un plan d'action commun de formation continue selon une approche participative ;
- L'établissement d'équilibre entre milieux urbain et rural et entre les provinces en se basant sur des critères objectifs notamment la population cible et l'accessibilité géographique ;
- L'assurance d'une large diffusion de l'information et de la documentation en se basant sur les nouvelles technologies ;
- L'organisation des rencontres régionales et nationales des PS ;
- L'intégration par texte réglementaire les heures des activités parascolaires en général dans l'emploi du temps des enseignants actifs ;
- La Mise en place des mécanismes de motivation et de reconnaissances des efforts des professionnels.

REFERENCES

- [1] RSE, Recueil Statistique de l'Education de 2013-2014, Direction de la Stratégie, des Statistiques et de la Planification, Division des Etudes et des Statistiques, Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, Royaume du Maroc, 2014.
- [2] SEC, Santé en chiffres de 2013, Direction de la Planification et des Ressources Financière, Division de la Planification et des Etudes, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, Ministère de la Santé, Royaume du Maroc, (2014).
- [3] IES, Information et Education pour la Santé, "Approche multi - sectorielle de la politique de population, Chapitre 4- Information, Education et Communication (IEC) et population - réalisations", Limites et perspectives de développement, Publications du Haut Commissariat, Maroc, 2012.
- [4] MS, Ministère de la santé, "Rapport de l'enquête mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire (GSHS) au Maroc", Maroc, 2010.
- [5] MS, Ministère de la santé, "Stratégie Nationale de la santé scolaire et universitaire (SNSSU)", Maroc, 2011.
- [6] SNSSU, "Rapport sur la Stratégie Nationale de Santé Scolaire et Universitaire", Direction de la population, division de la santé scolaire et universitaire, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2011.
- [7] OMS, Organisation mondiale de la santé, "Première Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé", Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa, Ontario, Canada, 1986.
- [8] S. Broussouloux and M. N. Houzelle, "Éducation à la santé en milieu scolaire : Choisir, élaborer et développer un projet". Saint-Denis : éditions INPES, collection Dossiers Varia, 2006.
- [9] MS, Ministère de la Santé, "Guide des activités du Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (GPNSSU)". Maroc, 2012.
- [10] A. P. Contandriopoulos, F. Champagne and J. L. Denis, "L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes", *revue d'épidémiologie et santé publique*, vol. 48, no 6, p 517-539, 2000.
- [11] F. Champagne and J. L. Denis, "Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : analyse de l'implantation", *service social*, no 41, p 143-163, 1992.
- [12] F. Champagne, "La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé", Étude no 39, no de catalogue CP32- 79/39-2002F-IN ISBN 0-662-87980-5, 2002.
- [13] N. Regrag, "Analyse de l'implantation du centre de référence du diabète de la province de Kenitra, Rabat", *INAS*, 2012.
- [14] CNS, Conférence Nationale sur la Santé, "Pour un nouveau réforme dans le système de santé", 2^{ème} conférence nationale sur la santé sous la présence de l'organisation mondiale de la santé, *Le livre blanc*. Ministère de Santé, Royaume du Maroc, 2013.
- [15] CNEF, Charte Nationale d'Education et de Formation, 2009. Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle. Royaume du Maroc. [Online] Available: <http://www.men.gov.ma/sites/fr/Lists/Pages/charte.aspx>
- [16] G. Fotinos and J. M. Horenstein, "Le « burnout » des enseignants. La qualité de vie au travail dans les lycées et collèges". *CASDEN*. vol 2, pp 1-135, 2011.
- [17] NCM., "Rapport sur la Nouvelle Constitution du Maroc", secrétariat général du gouvernement, Direction de l'Imprimerie Officielle, Royaume du Maroc, 2011.
- [18] K. R. Sowmya and N. Panchanatham, "Job burnout: an outcome of organisational politics in banking sector. Far East" *Journal of Psychology and Business*, vol. 2, No 1, p 49, 2011.
- [19] M. P. Pomey, J. L. Denis and A. P. Contandriopoulos, "Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé". *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 39, no 3, 2008.

- [20] D. De Savigny and A.Taghreed, "Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé", ISBN 978 92 4 156389 5, Organisation mondiale de la santé, 2009.
- [21] H. Dusmesnil, B. Saliba serre and J. C. Régi, "Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants". *Santé publique*, Vol. 21, no 4, pp. 355-364, 2009.
- [22] L. Paina and D. H. Peters, "Understanding pathways for scaling uphealth services through the lens of complex adaptive systems", *Health Policy and Planning*, 1-9, 2011.