

" Promouvoir la santé à l'école " est un e-Journal destiné aux professionnels de la promotion de la santé à l'école et, plus largement, ceux intéressés par les enjeux de santé en milieu scolaire



PROMOUVOIR
LA SANTÉ
À L'ÉCOLE

L'e-Journal PSE

N°65 Avril 2018

Sommaire

DOSSIER Sans langue de bois, des matinées proposées par l'ONE ont abordé la maltraitance des enfants. Comment aider les SPSE dans son repérage et sa prise en charge ? Quelques pistes sont évoquées ici.

TABAGISME Une étude confirme l'importance du rôle de l'école dans le tabagisme : actuellement, notre pays fait figure de mauvais élève en la matière.

REEDITION Un des points forts du chapitre sur les maladies infectieuses contenu dans *Mêmes en santé* ? Il tient compte, avec justesse, des réalités du terrain.



Dossier

Pour ne plus "passer à côté" de la maltraitance infantile

Dans les pays développés, la maltraitance infantile est sous-estimée, y compris par les professionnels de santé. Entre risque (ou peur) d'erreur - ou de suspicion erronée - et sous-signalement, comment aider les services PSE en la matière ?



"En Belgique, où le signalement de ses cas n'est pas obligatoire, l'ampleur de la **maltraitance infantile n'est pas connue**. En Fédération Wallonie-Bruxelles, on dispose seulement des données du SAJ et de SOS Enfants", remarque le Dr Florence Renard, conseillère médicale ONE-PSE (1). En pratique, les **professionnels de santé contribuent seulement à une petite proportion des signalements**. Pourtant, ils sont forcément confrontés à ce problème : selon l'Organisation mondiale de la Santé, dans les pays développés, de **5 à 10% des enfants** sont **concernés, toutes formes de maltraitements confondus**.



Comme le rappelle un article (2), "**le bilan de santé** offre, de manière évidente, plusieurs avantages pour **le repérage** de la maltraitance." En effet, ce contact individualisé couvre près de 100% des enfants scolarisés, il se trouve au carrefour de nombreuses informations, avec une vision globale de l'enfant et de sa fratrie ainsi qu'un suivi longitudinal. Pour les SPSE, et surtout pour les **co-équipiers que sont en cette matière le médecin et l'infirmière scolaires**, le défi est donc de taille. Mais sensible et ardu.

"La maltraitance est dérangeante, elle implique une série de **situations délicates, chronophages et sans solutions faciles**. Il est **plus simple de ne rien voir** mais, ce qui nous guide, ce doit être l'intérêt de l'enfant", remarque le Dr Michel Dechamps, conseiller médical pédiatre ONE. Une telle optique implique de dépasser les **freins au repérage**. "Identifiés à plusieurs niveaux, ils sont liés, entre autres, aux perceptions de la situation de l'enfant de la part des professionnels, à celles liées à leur rôle d'intervenant, au manque de formation tout comme, aussi, au contexte de travail, au stress engendré par la situation ou, encore, à la perception des bénéfices versus les inconvénients dus à un signalement", détaille le Dr Florence Renard. Néanmoins, ce sujet "fait partie des demandes régulières que nous recevons du terrain", constate le Dr Nathalie Ribesse, adjointe à la direction santé au Pôle Promotion de la Santé à l'Ecole de l'ONE.

Tous concernés

Certes, la maltraitance infantile ne figure pas dans les missions explicites imparties aux services PSE : tant le décret PSE que ses arrêtés d'application n'abordent absolument pas cette question. En revanche, le **décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance** indique que la médecine scolaire représente un "**service spécifique**" d'aide aux enfants maltraités, tout comme les PMS, les équipes SOS Enfants et le SAJ. Dans les faits, une immense majorité des services PSE sont, tous les ans, confrontés à des situations de maltraitance (lire ci-dessous l'article "Ce qui disent les rapports..."). **Comment mieux les repérer ?** Les réponses varient en fonction des spécificités de chaque service mais, aussi, en fonction de leur mobilisation dans la recherche et dans la prise en charge (y compris préventive) de cette problématique.

La piste du décroisement

Pour améliorer encore la **mission de protection de l'enfant** qui incombe aux équipes, il serait souhaitable, insiste le Dr Florence Renard, de généraliser certaines recommandations et attitudes au sein de tous les services concernés (lire l'encadré "Des mots sur les maux"). Actuellement, face aux signes d'alerte repérés chez un enfant, le cloisonnement entre les domaines scolaire (enseignants), médical (SPSE, médecine générale et spécialisée) et psychosocial (CPMS, centre de guidance et de santé mentale) ne permet pas une guidance parentale et une réorientation précoce vers des services adéquats. De plus, en amont, des "troubles" discrets qui ont pu être repérés ne bénéficient pas toujours d'**une mise en commun de la part des différents intervenants**. Du coup, les services d'aide sont généralement sollicités tardivement, lorsque survient une crise ou en présence de signes cliniques.

Voilà pourquoi "**croiser les regards** de l'enseignant, des parents, du SPSE et du CPMS sur la santé et le bien-être de l'enfant est primordial, écrit le Dr Renard. Tout comme il est urgent de sensibiliser le monde enseignant à la problématique de la maltraitance et **d'améliorer la formation des intervenants du monde médical et psychosocial**, tout en les informant de leurs **rôles respectifs**. Ce n'est qu'ainsi qu'un **travail en réseau**, dès le repérage de signes d'alerte, pourra être favorisé, tant pour **évaluer la situation de l'enfant** que pour permettre un **soutien entre professionnels**". Cela devrait permettre à ces derniers **d'envisager une maltraitance** comme explication possible de symptômes ou de signes, de **la suspecter** lorsqu'existe un niveau sérieux de préoccupations, de **la détecter** (ou de **l'exclure** grâce à une autre explication) et de la **prendre en charge**.

(1) Tous les propos de ce dossier ont été tenus lors de la Matinée sur la maltraitance pour les professionnels des centres et services en charge de la Promotion de la Santé à l'Ecole, organisée par l'ONE le jeudi 15 mars à La Hulpe. Deux matinées identiques ont également eu lieu le 22/2 à Charleroi et le 24/3 à Liège.

(2) "Le médecin scolaire et la suspicion de maltraitance à enfant : vers des recommandations de bonnes pratiques dans l'intérêt de l'enfant", F. NOIRHOMME-RENARD, A. BLAVIER, S. LACHAUSSEE, C. MONVILLE, C. NIHOUL, C. GOSSET. Revue médicale de Liège, 2016;71 : 10 : 428-434.

Des mots sur les maux

Le Dr Florence Renard propose de développer un vocabulaire commun au sein de la PSE et de ses partenaires, avec l'adoption des définitions des équipes SOS Enfants. En voici un petit rappel, non exhaustif.

- La **maltraitance** peut être définie comme une situation de **violences physiques**, de **sérvices corporels**, d'**abus sexuels**, de **violences psychologiques** ou de **négligences graves**, qui compromettent le développement physique, psychologique ou affectif de l'enfant. Une attitude ou un comportement maltraitant peuvent être **intentionnels ou non**.

- La **maltraitance physique** : il s'agit de **tout traumatisme physique non accidentel** infligé à un enfant comme les coups, le syndrome du bébé secoué, les morsures, les brûlures...

- Les types de mauvais traitements dus à la **maltraitance psychologique** se traduisent par des interactions négatives à l'encontre d'un enfant, son dénigrement systématique, le **rejet**, les **menaces**, le chantage affectif, les **insultes répétées**, les **critiques constantes**, le **déni des besoins fondamentaux** ou de l'existence même de l'enfant, son **aliénation dans les situations conflictuelles** entre parents...

- La **négligence** renvoie à une **situation de carences** qui risquent de **compromettre le développement physique et psychologique** de l'enfant. C'est l'une des composantes de la maltraitance parmi les plus hasardeuses à définir. En effet, dans la majorité des cas où il y a négligence, même importante et de longue durée, on a surtout affaire à l'incapacité, à l'ignorance, à la non-disponibilité des parents. Si l'effet est bien celui d'une maltraitance, dans ces cas-là (et ceux-là uniquement), **l'intention** n'y est pas ! En revanche, il existe une minorité de situations où l'environnement de l'enfant veut lui nuire, en **omettant sciemment de s'occuper de lui** (sérvices par omission). Intentionnelle ou non, la négligence se traduit sur **plusieurs plans** : alimentation, habillement, surveillance, hygiène, éducation, stimulation, recours aux soins médicaux.

- Toutes les **pratiques institutionnelles** en lien avec les enfants peuvent devenir **maltraitantes** lorsqu'elles ne respectent pas le rythme, les besoins et les droits de l'enfant et de sa famille. Le **parcours institutionnel de l'enfant maltraité** peut également devenir maltraitant (instabilité des placements, retours en famille non préparés...).

- Il existe également des **situations à haut risque** dans lesquelles la maltraitance n'est pas avérée mais où le **contexte de vie** de l'enfant est très inquiétant (conflits majeurs entre les parents, alcoolisme, toxicomanie, violence conjugale...).

Des chiffres sur les maux

En 2015, les équipes SOS Enfants ont posé 2 130 diagnostics de maltraitance. Dans 477 cas, les enfants avaient été victimes de violences physiques (19,3% des maltraitements diagnostiqués, sans inclure la maltraitance sexuelle).

En 2013, le SAJ a pris en charge 42 269 enfants : parmi eux, 7 343 étaient victimes de maltraitance, dont 2 020 de maltraitance physique.

Environ 71% des enfants concernés ont entre 1 et 12 ans. Un enfant ayant déjà été maltraité a 50% de risque de l'être de nouveau et 10% de risque de décès. Pour les enfants présentant des comorbidités (difficultés d'apprentissage, troubles du comportement, maladie chronique...), ces risques sont accrus.

Ce que disent les rapports d'activités

Chaque année, **90% des équipes PSE** sont confrontées à une ou plusieurs situations de maltraitance, selon les rapports d'activités. Voici quelques-unes des données récoltées.

Depuis 2014, les rapports d'activités des SPSE contiennent une question concernant **la survenue d'une situation de maltraitance**. L'analyse des résultats engrangés dans les 80 rapports de l'année scolaire 2015-2016 (soit 850 371 élèves) a permis "d'établir **un état des lieux** des situations rapportées et des démarches, mais aussi d'identifier les forces et les difficultés rencontrées par les équipes", remarque le Dr Florence Renard, conseillère médicale PSE-ONE (1). Cependant, la plus grande **prudence** reste de mise dans **l'interprétation des résultats** et ce pour plusieurs raisons. Parmi elles, le fait que les rapports présentent **des réalités de travail très différentes**, ou bien que toutes les équipes ne fonctionnent **pas avec la même définition de la maltraitance**, et que toutes ne fournissent **pas forcément la même somme d'éléments en réponse** aux questions. Ces disparités ont mené à une conclusion : il va falloir "développer une réflexion sur les besoins et les manières de recensement des situations rencontrées en PSE. Actuellement, **la formulation 'situations de maltraitance rencontrées' n'est pas adaptée** à la réalité des équipes", constate le Dr Renard.

Des chiffres sous-évalués

Les rapports d'activités de trois équipes se démarquent clairement par l'importance des situations de maltraitance qu'elles ont été amenées à traiter. Deux de ces équipes sont situées en province de Namur, l'autre en province du Hainaut, dans un service ayant développé une politique préventive auprès des écoles, ce qui a entraîné un recours nettement accru ou plus précoce des écoles à la PSE durant l'année 2016-2017. En pratique, **90% des services** ont déclaré avoir été **confrontés à une ou à des situations de maltraitance** durant l'année. Tous les rapports ne mentionnent pas de données chiffrées, mais les indications dont on dispose montrent que les services PSE sont peu confrontés à la maltraitance infantile par rapport aux valeurs de référence dont fait état la littérature. Ainsi, pour 2016-2017, on relève "seulement" 689 situations.

Que mesure-t-on ?

Outre la **maltraitance physique** (42 rapports signalent la réalisation de "constats de lésions"), d'autres grandes catégories émergent des rapports. Ainsi, le plus grand nombre de situations rapportées ont trait à **la négligence**, avec un manque de soins primaires (comme des privations alimentaires) ou de soins médicaux. Les **problèmes d'hygiène** - parfois "déplorable, ayant un impact sur la vie sociale de l'enfant"- et/ou de pédiculoses (souvent récidivantes) sont cités à de nombreuses reprises.

Une autre catégorie de maltraitance est également présente dans les rapports : celle des **situations familiales difficiles**, "à risque" ou "inquiétantes". Elles surviennent par exemple en raison de troubles psychiques des parents ou de violence conjugale, mais aussi lors d'un manque de cadre éducationnel ou, au contraire, en raison d'une éducation trop stricte.

Certains rapports mentionnent également des **situations de mal-être** d'enfants en souffrance. Des cas **d'absentéisme scolaire** "majeur", de décrochage ou de déscolarisation, avec parfois suspicion de négligence ou de maltraitance sont aussi documentés, tout comme des suspicions de certificats médicaux de complaisance (pour éviter la gymnastique ou l'école). Enfin, plusieurs équipes ont été confrontées à des cas de **maltraitance sexuelle** (y compris avec des suspicions d'excision).



Comment gérer ces situations ?

D'après les rapports d'activités, la **gestion des situations se fait "au cas par cas"**, avec l'organisation de **réunions multidisciplinaires** et la mise en place d'un **travail en réseau**. Les partenariats créés comprennent presque toujours une **collaboration avec le CPMS**. Les données recueillies ne permettent pas de quantifier le recours aux services de 2^e ligne. En matière de suivi, certains SPSE laissent un autre organisme prendre la relève. D'autres s'investissent davantage, par exemple via des contacts téléphoniques entre les différents intervenants ou par "un suivi médical serré de la situation". Le **contact avec les parents** (ou l'adulte maltraitant) n'est **pas systématique**. Dans 7 des 80 rapports, les intervenants font cependant état de visites, "parfois nombreuses", au domicile de l'enfant.

Enfin, certains services évoquent des **activités préventives** menées auprès des écoles. Autre point marquant : des équipes mentionnent un **sentiment de frustration** (généralement lié au manque de temps pour réfléchir à ces situations) et, aussi, de **solitude** : "Nous sommes parfois bien seuls face à une situation de maltraitance", écrit ainsi l'une d'entre elle. Et vous ?

(1) D'après l'article du Dr Florence RENARD, "Maltraitance infantile : analyse des rapport d'activités des équipes de Promotion de la Santé à l'Ecole, années 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017", ONE-Pôle PSE direction santé, février 2018.

Ecouter un enfant, tout un programme

Les **enfants expriment leur vérité**, avec leur ressenti et leurs souvenirs, parfois flous. La parole de l'enfant doit être prise au sérieux, tout en sachant que ce qu'il dit ne correspond pas toujours à la réalité...

Pour encadrer cette rencontre avec l'enfant, voici quelques recommandations émanant de Suisse et contenues dans *Situations de maltraitances : référentiel à l'usage des professionnels de la santé scolaire* (2013).

Première situation, celle d'un enfant qui vous fait des confidences.

- Choisissez **un endroit** où l'on peut s'entretenir **sans être dérangé** par un tiers.
- Ecoutez attentivement, sans contraindre à parler, en faisant sentir que vous êtes prêt à discuter avec lui de choses difficiles. Ne lui posez **pas de questions directes susceptibles d'influencer le récit** mais seulement : "Quand, où, qui, dans quelles circonstances ?".
- Ne demandez pas à l'enfant pourquoi il a gardé le silence pendant longtemps, **n'exprimez pas de doutes** à propos de ses dires.
- **Notez** le plus fidèlement possible toutes **vos observations** ainsi que **ses déclarations**, avec ses mots.
- Soyez empathique, évitez de montrer votre embarras, votre désarroi, votre stupeur (vous connaissez le harceleur, l'abus sexuel a été commis par une femme...). **Vous pouvez dire que de tels actes ne doivent pas se pratiquer.**
- Dites clairement à l'enfant que vous ne pouvez garder pour vous ses confidences et expliquez-lui les **démarches qui seront entreprises.**
- Abstenez-vous de toutes **interprétations hâtives.**

Deuxième cas de figure : l'enfant ne parle pas.

- Soyez patient et créez **un climat de confiance** avec lui. Trouvez une occasion de lui parler dans un lieu calme.
- Faites-lui part de votre **inquiétude à son sujet**. Restez à son écoute sans le soumettre à un interrogatoire.

La suite de ce dossier sera publiée lors du prochain *e-journal PSE*. Au sommaire : les recommandations concernant le constat de lésions, ainsi que des pistes pour réagir, en équipe, face à la maltraitance.

JEUNES ET TABAC

De la fumée plein les yeux...

Les résultats obtenus dans le cadre des études européennes SILNE et SILNE-R démontrent que chaque établissement scolaire a un rôle évident à jouer contre le tabagisme. En particulier en faisant respecter la réglementation anti-tabac.

Quel est l'effet de l'application des réglementations anti-tabac dans les écoles sur le tabagisme des jeunes ? L'hypothèse selon laquelle le tabagisme est un comportement social est-elle exacte et, dans ce cas, quelles conclusions en tirer ? Ces **deux interrogations** ont été au cœur des études européennes SILNE (Smoking Inequalities Learning from Natural Experiments) et SILNE-R (1), menées, en Belgique, par des chercheurs de l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS-UCL) sous la direction du Pr Vincent Lorant.

Grande leçon à retenir de ces enquêtes : les **résultats médiocres affichés par notre pays**. "Le taux de tabagisme hebdomadaire des jeunes Namurois (Namur a été choisie pour mener les études en raison de sa représentativité) fait partie des deux plus élevés parmi les 7 villes européennes ayant participé à l'étude, détaille le Pr Lorant. Chez nous, **près d'un adolescent sur cinq (18%) est un fumeur** hebdomadaire, ce qui est **très préoccupant**."

Une question de loi

Selon l'étude, il existe un **réel "effet établissement"** dans la prévalence du tabagisme : on fume plus (ou on fume moins) dans les écoles, selon qu'elles mobilisent - ou pas - les ressources permettant d'**appliquer la réglementation anti-tabac**. Au sein des établissements qui appliquent de façon stricte les mesures anti-tabac, on parvient à réduire davantage le tabagisme des 14-16 ans. Seulement voilà : actuellement, chez nous, "ces mesures d'interdiction du tabagisme sont encore **interprétées de manières très diverses**", constate la chercheuse Nora Mélard (IRSS-UCL). Ainsi, par exemple, certains établissements autorisent la cigarette pendant les fêtes de l'école ou lors des excursions...



Par ailleurs, poursuit le chercheur Pierre-Olivier Robert (IRSS-UCL), il s'agit d'éviter aussi un **"effet de déplacement"**, avec des fumeurs massés autour de l'école, ce qui peut nuire à la réputation de celle-ci tout en augmentant la visibilité du tabac. Pour contourner ce piège, il suffit d'avoir recours à la mesure phare qu'est **l'interdiction de fumer aux abords de l'école**. Cette décision, rappelle le chercheur, dépend du directeur, un personnage clé dont la motivation est essentielle dans la détermination à lutter contre le tabagisme.

Un "effet de pairs"

Pourquoi **l'interdiction de fumer à l'école** (et à ses abords) est-elle considérée par les chercheurs comme un **outil essentiel de promotion de la santé** et comme une **mesure de prévention** à employer sans modération ? Réponse : c'est parce que SILNE a mis en lumière l'importance de **l'influence des liens sociaux dans le tabagisme au sein des écoles**. Pour s'en assurer, les chercheurs ont interrogé 11 015 élèves belges de 3^e et de 4^e secondaire sur leurs liens sociaux. L'analyse de leurs réponses a confirmé que les jeunes sont davantage susceptibles de fumer s'ils sont entourés de fumeurs.

En fait, à l'adolescence, les **comportements de santé se propagent via les relations sociales**. L'influence d'un groupe d'amis partageant un même comportement (fumeurs ou non fumeurs) joue à la fois **sur l'adoption et sur le maintien** de celui-ci. Dans cet "effet de pairs", le risque de commencer à fumer est directement proportionnel au pourcentage de fumeurs dans l'école. Or, dans la mesure où l'application de la réglementation anti-tabac contribue au **sentiment d'isolement** du fumeur, elle lui fait perdre les bénéfices accrus que lui apporte le fait de fumer en groupe. CQFD.

Une question de justice sociale

SILNE a également permis de rappeler que les comportements de santé à risque sont plus fréquents chez les **adolescents qui ont le moins d'attentes concernant leur futur**. Il existe aussi une forte **association entre tabagisme hebdomadaire et bien-être scolaire**, mauvais résultats et faible engagement à l'école. De plus, détaille le Pr Lorant, "les **groupes sociaux les plus défavorisés** fument davantage, commencent plus tôt à fumer, ont davantage de difficultés à s'arrêter. En fait, l'école est un terreau au sein duquel s'enracinent les **inégalités de santé**. Et les inégalités sont, aussi, le résultat du système scolaire."

Certes, SILNE-R a montré une baisse globale de la prévalence du tabagisme entre 14 et 16 ans. Mais, paradoxalement, ce sont les pays déjà bien classés au départ qui ont enregistré les meilleurs résultats. "En Belgique, mauvais élève du classement, on peut estimer que les inégalités de santé sont restées identiques", poursuit le Pr Lorant. Une excellente raison (de plus) pour "**mettre ou remettre à l'avant-plan des priorités de promotion de santé la problématique du tabac**", plaident les chercheurs de l'étude SILNE.

(1) Financée par la Communauté Européenne, la première phase de SILNE a été menée de janvier 2012 à décembre 2014. La seconde, en cours d'analyse, a eu lieu entre octobre 2015 et octobre 2018. <http://silne-r.ensp.org/>

Mais à quoi ça sert, ces études ?

Le tout n'est pas de mener des études sur la santé des jeunes : encore faut-il que leurs enseignements soient pris en compte...

A quoi servent les études de santé si leurs résultats n'impactent pas ceux qui font les lois ou les Plans liés à la santé, ceux qui doivent les appliquer et ceux qui, dans leurs pratiques professionnelles, rencontrent le problème traité ? C'est, exactement, la question que posent le Pr Vincent Lorant (Institut de Recherche Santé et Société/IRSS-UCL) et les chercheurs de son équipe, après avoir mené en Belgique l'enquête européenne concernant le tabagisme dans les écoles.

Ces chercheurs l'assurent : les résultats de SILNE (Smoking Inequalities Learning from Natural Experiments) et de SILNE-R devraient mener à **s'interroger sur une nouvelle cohérence à instaurer** en matière de lutte contre le tabagisme au niveau de toutes les instances et de tous les organismes impliqués (services PSE, CPMS et CLPS compris).

L'idée fondamentale ? Prendre en compte **tous les acteurs concernés**, les impliquer dans des stratégies cohérentes (avec des moyens adéquats), le tout au sein de **réseaux** où plus personne ne renverrait la patate chaude à l'autre sous prétexte que cette politique de promotion de la santé n'est pas son affaire...

Le tabac, une question de santé, présente et à venir...

Voici quelques pistes suggérées par le Pr Vincent Lorent, Adeline Grard, Nora Mélard et Pierre-Olivier Robert pour guider les mises en actions présentes et à venir contre le tabagisme des jeunes.

- On oublie les études dépassées ou **les préjugés** selon lesquels parler des "substances" pousse les jeunes à les tester. Et voilà que tombe un argument qui permettait de ne (plus) rien faire...

- On fait sien ce constat (déjà ancien) : les simples "séances d'infos" ne marchent pas. Elles ne sont donc pas "une solution".

- Pour toucher les jeunes, mieux vaut leur parler des **effets à court terme du tabagisme**. Par exemple, de ses conséquences néfastes sur les performances sportives. Ou bien du fait qu'avoir mauvaise haleine n'aide pas à draguer. Une autre précision : plus une intervention est globale, plus elle a de chance de fonctionner. Il faut donc, par exemple, parler du tabac lorsqu'on aborde le cannabis, puisque les deux comportements sont très liés.

- Pour toucher les jeunes les plus vulnérables et/ou les groupes socio-économiques plus exposés, des **subsidés supplémentaires** pourraient être attribués aux **écoles à risque** en raison de leur public (et aux SPSE qui les soutiennent). L'étude SILNE montre qu'à Namur certains établissements comptent 5% de jeunes fumeurs, pour plus de 30% dans d'autres.

- Chaque établissement pourrait avoir l'obligation de monter un **plan d'actions anti-tabac** (avec l'aide de son SPSE, par exemple) montrant au minimum comment, où, quand et à qui (professeurs, visiteurs...) est appliquée la réglementation anti-tabac au sein de l'école.

- Des modèles alternatifs permettent de **travailler les influences sociales**, un point essentiel en matière de tabac. Actuellement, en Belgique, peu d'approches de promotion de la santé s'appuient sur les **effets de pairs**. Pourtant, des modèles d'interventions appliqués dans d'autres pays fonctionnent... pour autant qu'ils bénéficient de soutiens adéquats.

- Actuellement, des **outils de prévention ou de promotion de la santé** (réalisés par exemple par certains CLPS) restent inutilisés, faute d'être **diffusés** via un réseau efficace.

- Ce point concerne (aussi, sinon surtout) les autorités de santé : pour être efficace, tout travail de prévention en amont doit tenir compte de la problématique de **l'initiation au tabac**. Sans oublier d'organiser un travail de relais pour **rendre le sevrage accessible aux professeurs et aux jeunes** qui souhaitent arrêter de fumer.



MOMES EN SANTE

Pour faire face aux maladies infectieuses

Avec un peu de courage, on peut se plonger dans les arrêtés concernant le rôle de la PSE en matière de maladies infectieuses. Mais il est beaucoup plus simple d'opter pour la lecture, moins fastidieuse et très complète, du chapitre qui traite de ce thème dans *Mômes en santé*...

Dans l'ouvrage *Mômes en Santé* revu et réédité, le chapitre consacré aux **maladies infectieuses** ne se contente pas d'être un "pense-bête" bien conçu et convivial. Elaboré par tous les acteurs (anciens et plus nouveaux) concernés par ce thème, il regroupe **l'essentiel des informations** à maîtriser par les professionnels PSE, mais aussi par les autres publics intéressés. De plus, il apporte un certain nombre de données utiles qui tiennent compte **des réalités de terrain** rencontrées par les services PSE et les centres PMS-CF.

Ainsi, "parce qu'ils font partie de notre actualité du moment, les points concernant **la coqueluche et la rougeole** ont été travaillés et relus avec une grande attention, souligne le Dr Nathalie Ribesse, adjointe à la direction santé au Pôle Promotion de la Santé à l'Ecole de l'ONE, qui a coordonné la révision de ce chapitre. Par ailleurs, sans faire partie de l'arrêté, **certaines autres maladies faisant** l'objet de changements épidémiologiques (comme la maladie de Lyme) ou, parfois, d'un manque d'informations ont bénéficié d'**informations spécifiques** dans cette édition."

Bien entendu, pour prévenir les maladies transmissibles à prévention vaccinale, "le **renforcement de la couverture vaccinale** reste une priorité, précise le Dr Ribesse. Or, on sait que cette mission de vaccination est appliquée de manière hétérogène au sein du secteur PSE. L'origine de cette situation ne provient pas d'un désintérêt par rapport à la vaccination. Il est dû principalement à un problème de ressources et de **sous-financements** qui orientent les services vers d'autres choix". Il n'empêche : cela implique que tous les enfants ne bénéficient pas partout du même service...



Un déficit d'image

Afin de renforcer l'efficacité des mesures préconisées en matière de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses, les auteurs de ce chapitre mentionnent également l'importance d'une pleine **collaboration des divers intervenants**. Pour s'imposer, cette stratégie d'alliance "devra **surmonter le manque de (re)connaissance des services PSE** de la part des parents, constate le Dr Nathalie Ribesse. Actuellement, les services souffrent d'un déficit d'informations concernant leurs missions - souvent confondues avec celles des CPMS, par exemple - et d'un déficit d'image. Etre mieux connus des parents faciliterait la communication avec ces derniers, y compris sur ces problématiques des maladies infectieuses et des mesures destinées à les combattre."

En attendant, dans les établissements, le rôle des médecins scolaires concernant l'implémentation de mesures d'hygiène, générales ou spécifiques, demeure fondamental. "Les **visites d'écoles** sont un moment important, propice au dialogue ainsi qu'à la **sensibilisation et à la conscientisation des directions**", rappelle le Dr Nathalie Ribesse.

Cependant, les observations non contraignantes qui découlent de ces visites peuvent-elles mener à des changements durables de comportements ? Est-ce d'ailleurs possible lorsque certaines carences sont liées au manque de moyens des écoles ? "Je crois très fort **aux projets que l'on peut impulser** ou aider à mettre en place au sein des établissements, souligne le Dr Ribesse. Ces initiatives sont souvent susceptibles d'avoir des **effets à long terme**. De plus, dans un certain nombre de cas, les directions s'appuient sur **les rapports du médecin scolaire pour construire et défendre leurs projets** de changements, y compris parfois pour plaider leur cause auprès des pouvoirs organisateurs."

En définitive, "en matière de lutte contre les maladies infectieuses, les services PSE connaissent **des situations très différentes**, confirme-t-elle. En effet, dans certaines écoles, leurs missions - qui incluent entre autres l'obligation de disponibilité - peuvent être rendues plus difficiles en raison d'une **pénurie de médecins**". Sur ce point, *Mômes en santé* reste hélas impuissant...

Les SPSE peuvent toutefois compter sur l'appui précieux, en Wallonie, de la Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ et, à Bruxelles, de l'inspection de l'hygiène de la COCOM.



Avec le soutien de



« **Promouvoir la santé à l'école** » est réalisé
par le Service de promotion de la santé /
Question Santé asbl
Rue du Viaduc 72 - 1050 Bruxelles - Belgique



T +32 (0)2 512 41 74
F +32 (0)2 512 54 36



www.questionsante.org
info@questionsante.org

L'asbl Question Santé est un acteur reconnu dans le domaine de la santé, en matière d'information, d'éducation, d'animation, de gestion de projet et de communication. Elle met en débat les enjeux individuels et collectifs de la santé et les traduit en projets et outils, accessibles à des publics variés. Intégrée dans de multiples réseaux d'acteurs institutionnels et de terrain, Question Santé s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire, à l'écoute des besoins du terrain et des évolutions sociétales.

Responsable Newsletter : Marinn Trefois

Conseil de rédaction : Fabienne Henry, Sophie Lefèvre, Aurélie Quintelier, Bernadette Taeymans

Les articles non signés sont de la rédaction. Les articles signés n'engagent que leur auteur.

Editeur responsable : Benoît Parmentier - chaussée de Charleroi 95 B - 1060 Bruxelles

Copyright © 2018 Question Santé asbl - All rights reserved.

Pour vous désinscrire, cliquez [ICI](#)