



LE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE EN MILIEU SCOLAIRE

La Belgique reste un pays à basse incidence de tuberculose (10,7 nouveaux cas pour 100.000 habitants en 2006). Toutefois, dès 1993, on constatait que l'incidence cessait de diminuer et se stabilisait : c'était et c'est toujours principalement lié à « l'importation » de nouveaux cas en provenance de pays à forte incidence. (Notons cependant que, dans le Hainaut, p. ex., l'incidence est plus élevée chez les Belges que chez les immigrants: la tuberculose est une maladie sociale, liée aux conditions de vie, aux facteurs socio-économiques.) Quelles ont été, depuis une quinzaine d'années, les mesures de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire, et quelles modifications vont intervenir dans les cinq ans à venir ? Pour le savoir, nous avons rencontré le Dr Maryse Wanlin, directrice médicale du FARES (Fonds des Affections Respiratoires).

Nos lecteurs et lectrices se rappelleront être passés par là : jusqu'à la fin des années 1980, le dépistage de la tuberculose visait tout le monde. Par la suite, on a privilégié la stratégie qui consiste à cibler les groupes à risque. Cette stratégie sélective est adoptée en milieu scolaire avec l'arrêt du 10/07/1991. En pratique :

- on sélectionne des écoles plutôt que des élèves, sur base d'une prévalence élevée de tests tuberculiques positifs ;
- on dépiste les « contacts », c'est-à-dire les personnes qui ont été en contact avec une personne contagieuse ;
- on dépiste également les étudiants en stage à l'hôpital, milieu favorable à la contamination ;
- on maintient cependant le dépistage systématique des élèves de 3^e secondaire pour observer comment l'index tuberculique évolue (monitoring épidémiologique).



Photo : Sandrine Palmaerts © Question Santé

Dans la Communauté française de Belgique, le contrôle de la tuberculose repose de manière générale (pas spécifiquement en milieu scolaire) sur quatre axes :

- diagnostic et traitement de la maladie aussi précoces que possible ;
- dépistage actif (organisé) parmi les populations à risque, c'est-à-dire celles où l'incidence est égale ou supérieure à 50 pour 100.000 ;
- dépistage prophylactique parmi les « contacts » ;
- dépistage actif chez les sujets exposés à un risque élevé de contamination, notamment sur leur lieu de travail.

En 2002, la Ministre de la Santé a souhaité réévaluer l'approche adoptée et a constitué un groupe de concertation pour revoir les stratégies dans le cadre d'un programme quinquennal. Maryse Wanlin : « Nous avons travaillé en concertation avec le Cabinet de la Ministre, la Direction générale de la Santé et les représentants des Services PSE et des CPMS de la Communauté française. Nous avons proposé de maintenir le dépistage des contacts (qui est d'ailleurs une constante de

tous les programmes) mais de supprimer l'antenne épidémiologique : l'index tuberculique restait constant, et nous disposons par ailleurs du Registre de la tuberculose. Enfin, nous proposons de remplacer la sélection des écoles par une sélection des élèves à risque. »

Qui sont ces élèves à risque ? « Surtout ceux qui proviennent d'un pays à haute prévalence de tuberculose et qui séjournent pour la première fois en Belgique depuis un an ou moins.

Il ne s'agit pas seulement de demandeurs d'asile ou de personnes en séjour illégal. Tous ces primo-arrivants font l'objet d'un dépistage. D'autres groupes à risque sont dépistés au cas par cas : les élèves dits précarisés¹, dont les conditions de vie facilitent la contamination, et ceux qui font des séjours dans des zones à forte prévalence, par exemple qui retournent au pays d'origine pour y passer les vacances. »

Il y a cinq ans, la concertation se constitue en Comité de pilotage du programme quinquennal 2002-2007. La volonté est d'évaluer annuellement, sur base de données informatisées, la politique mise en place. Cependant, pour diverses raisons techniques ou organisationnelles, cette évaluation annuelle ne fonctionne pas comme prévu. Dès lors, une enquête prospective par questionnaire est organisée pour évaluer le dépistage actif ; elle porte sur l'année 2005-2006. Elle comprend un volet quantitatif (« couverture » du dépistage de la population-cible, etc.) et un volet qualitatif (notamment les difficultés rencontrées). Parallèlement, il s'agit de réunir l'information sur les cas de tuberculose détectés à l'école, qui est disponible pour trois années scolaires (2003-2006).

Quels sont les résultats de cette évaluation ?

1. La rentabilité du dépistage actif en milieu scolaire s'avère faible : autrement dit, on déploie beaucoup d'efforts pour un résultat limité. En effet, la grande majorité des cas (80%) sont dépistés parce que les parents vont consulter sur base de symptômes chez leur enfant. Par ailleurs, 12% des cas diagnostiqués proviennent du dépistage des contacts... et pas forcément en milieu scolaire. Le dépistage actif ne détecte que 8% des cas : 7% par les Services PSE et CPMS-CF.

2. Le dépistage chez les contacts est indiscutablement une mesure à conserver : les personnes infectées asymptomatiques présentent un risque élevé de développer la tuberculose dans les deux années qui suivent. Une découverte précoce de l'infection permet de les mettre sous traitement préventif, diminuant le risque de 70 à 90%. Cependant, le suivi varie d'un patient à l'autre parce que tous les médecins traitants ne sont pas convaincus de la pertinence de traiter préventivement ; en outre, ils ne donnent pas toujours une information sur la prise en charge qu'ils proposent à leurs patients.

¹ C'est-à-dire vivant dans des conditions socio-économiques particulièrement difficiles, avec pour conséquence un accès limité à un habitat salubre, à une alimentation équilibrée et à des soins adéquats.

3. Le taux de couverture n'a pas pu être calculé pour le dépistage des contacts, il était relativement bas parmi les primo-arrivants (80%) alors qu'il était plus élevé chez les autres élèves à risque (91%). Pourquoi ce résultat ? Voir encadré.

Maryse Wanlin : « Il y a évidemment un gros problème de communication, parce que ni les enfants ni les parents primo-arrivants ne maîtrisent forcément bien le français. Un autre gros souci, c'est la méfiance – notamment chez les personnes en séjour illégal – voire l'incompréhension : quand votre enfant a été bien suivi au pays, vous vous demandez pourquoi il faut lui faire subir des tests spécifiques... Ensuite, l'identification des élèves à risque n'est pas simple ; elle implique que les Directions d'école fournissent une liste aux équipes PSE-PMS, or la collaboration n'est pas toujours optimale. Il s'est aussi produit une confusion quant à la définition administrative de la notion de primo-arrivant, que la Direction générale de l'Enseignement a tenu à rectifier en 2006. »

Des problèmes organisationnels sont également en cause : « Selon les écoles, on peut se retrouver à devoir organiser un dépistage pour de tout petits groupes, voire pour un seul élève... Pour qui il faut ouvrir un flacon de tuberculine de 10 doses, dont la durée de validité est de 8 jours ! Dès lors, le coût de revient du dépistage, qui est à charge du PSE-PMS, grimpe en flèche. Du côté de la radiographie, le problème est l'accès à un examen gratuit, pour des familles qui ont souvent un revenu très mince. C'est d'ailleurs pour améliorer l'accessibilité que, dans le Hainaut, on a organisé une tournée du car radiologique de la Province de Namur. Mais il reste que la Communauté française n'est pas couverte de manière équitable. »

On note aussi un manque de collaboration avec les médecins traitants et les structures de prise en charge, que ce soit en amont (les antécédents des élèves en matière de dépistage) ou en aval (le suivi après dépistage en milieu scolaire). Enfin, une proportion importante – de l'ordre de 45% – des Services PSE-CPMS qui ont répondu au questionnaire n'étaient pas concernés par le dépistage (pas d'élève à risque ni de cas de tuberculose identifié), avec pour conséquence une perte d'expertise. Mais les connaissances de base sont aussi à mettre en cause : des pourcentages importants de répondants à l'enquête (parfois de l'ordre de 30%) ne donnaient pas une définition correcte de la notion de primo-arrivant ou ne connaissaient pas précisément le délai pour réaliser le dépistage à partir du moment d'entrée sur le territoire belge.

Quelle est l'importance du problème de la tuberculose en milieu scolaire ? Parmi les écoles sous tutelle des Services PSE et des CPMS de la Communauté française, on a décelé 20 cas en 2003-2004, 43 en 2004-2005 et 50 en 2005-2006. L'incidence est faible : inférieure à 6 pour 100.000 (rappel : près de 11/100.000 dans le pays). En outre, la majorité de ces cas sont très concentrés : 60% dans la Région bruxelloise, 22% dans la Province de Liège, 12% dans le Hainaut. Dès lors, quelles pistes peut-on prendre dans les années à venir ?



Photo : Sandrine Palmaerts © Question Santé

Que faire en 2007-2012 ?

Maryse Wanlin : « La priorité numéro un est de diminuer le délai de diagnostic de la maladie ; pour cela, il faut être attentif à l'apparition des symptômes de tuberculose active. Par contre, le dépistage des primo-arrivants et des autres élèves à risque par les équipes PSE-PMS n'apparaît plus comme une priorité, d'autant que nombre de ces personnes vont se retrouver dans d'autres filières de dépistage. » Concrètement, la politique des cinq prochaines années devrait reposer sur quatre axes :

- Organisation de bilans de santé spécifiques pour les primo-arrivants originaires de pays à haute prévalence de tuberculose au cours de l'année de leur arrivée (recherche systématique de tout signe d'appel de tuberculose).
- Lorsqu'un bilan de santé est organisé, même recherche chez les élèves à risque, c'est-à-dire répondant à une ou plusieurs des conditions suivantes : en situation de précarité, originaires des pays à haute prévalence, ayant voyagé dans ces pays ou ayant eu des contacts récents avec des sujets contagieux ou suspects de contagiosité.
- Dépistage des contacts lorsqu'un sujet contagieux a été identifié dans l'école.

- Développement au sein des Services PSE et CPMS d'une stratégie d'information sur la tuberculose, ciblant les élèves à risque.

La mise en œuvre de cette politique sera conditionnée par une définition et une répartition claires des rôles entre les différents partenaires, au premier plan desquels les Services PSE et CPMS de la Communauté française.

Mais elle suppose d'autres conditions : le renforcement de la collaboration entre les équipes PSE-PMS et les Directions d'école (le Comité de pilotage du programme, qui s'ouvrira à un représentant de la Direction générale de l'Enseignement, devra plancher là-dessus); le renforcement de la collaboration entre les Services PSE et CPMS et les acteurs extra-scolaires concernés par les primo-arrivants (ONE,

centres d'accueil...) pour rationaliser le dépistage et la prise en charge; le maintien ou le renforcement du niveau d'expertise des personnels via la formation continuée. Le FARES pourra notamment intervenir à ce niveau. Sur le plan de l'information/sensibilisation également, il peut offrir une aide technique; un outil pédagogique est d'ores et déjà téléchargeable sur www.fares.be.

LECTURE

PARENTS, ENSEIGNANTS... LA GUERRE OUVERTE ?

Sous la direction de Philippe BÉAGUE
Bruxelles, Couleur Livres, 2007

Il ne faut pas se laisser tromper par ce titre un brin provocateur : l'ouvrage n'est en rien polémique. Ce qui ne surprendra pas les lecteurs de la précédente publication de l'Association Française Dolto : *Education. Quels repères pour grandir ?* (2004, chez le même éditeur), qui plaçait déjà pour une alliance entre parents et professionnels de la santé. Ce deuxième livre se focalise sur le milieu scolaire. Il est clair cependant que le partenariat entre la famille et l'école est à construire, il ne va pas de soi. Défi que relèvent les contributeurs de cet ouvrage collectif, parmi lesquels Philippe Béague se taille la part du lion puisqu'il écrit au total une cinquantaine de pages (mention spéciale pour la qualité d'écriture de « Une société fragilisée : la famille et l'école, actrices de prévention face à la dépression »). Notons aussi les noms



jusqu'à-là classé parmi les plus violents de France, soit redevenu un lieu de vie et d'éducation. Car c'est ce qu'elle annonce d'emblée à la rentrée aux nouveaux profs : « Vous n'êtes pas ici seulement pour enseigner, vous êtes aussi ici pour éduquer... Aucun adulte qui passe à côté d'un enfant en difficulté – parce qu'un enfant qui fait quelque chose d'interdit est en difficulté –, aucun ne doit passer à côté de cet enfant sans lui manifester son intérêt d'adulte. » Et elle cite : « La beauté est dans les yeux de celui qui regarde... Si vous voulez que quelque chose change chez eux, c'est votre regard qui doit le leur apporter. C'est la façon dont vous allez les voir, les considérer, leur parler, qui va faire qu'ils vont vous écouter ou pas. Mais ce n'est pas facile ! » En effet, on le verra dans le reportage, ce n'est pas facile, c'est même très dur... Mais ça paie.

« Promouvoir la santé à l'école » est réalisé par le Service communautaire de promotion de la santé / Question Santé asbl, 72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02 512 41 74 – Fax : 02 512 54 36
Courriel : question.sante@skynet.be
Site : www.questionsante.org
Secrétaire de rédaction : A. Cherbonnier
Conseil de rédaction : D^r Ph. Demoulin, D^r F. Henry, D^r N. Lambion, M. M. Lejeune, D^r R. Lonfils, D^r R. Moriaux, D^r P. Trefois
Maquette : Muriel Logist
Les articles non signés sont de la rédaction.
Les articles signés n'engagent que leur auteur.
Editeur responsable :
D^r Ph. Demoulin,
44 boulevard Léopold II,
1080 Bruxelles.

de Jozef Corveleyn (psychologue, KUL), qui traite des familles dites défavorisées, celles dont le rapport avec l'école est le plus difficile, fait de peurs et d'autodévalorisation, Sylviane Giampino (Association Nationale des Psychologues de la Petite Enfance), qui nous parle de ce « métier » qu'est l'accueil des enfants, Michel Vandebroek (pédagogue, RUG), de la place des parents dans les crèches de quartier, et Chantal Letor, de la profession qu'elle exerce depuis 33 ans : institutrice maternelle.

Ce deuxième ouvrage s'accompagne d'un DVD comprenant trois séquences. La première est un reportage (40') de Thierry Vincent de Lestrade produit par France 3 en 2002 : « Madame la Principale ». Pendant tout un trimestre, l'équipe de tournage suit cette directrice, énergique et persuasive, qui, avec le soutien d'une équipe éducative elle aussi époustouflante, est parvenue à ce que son Collège,

La deuxième séquence (20') sera peut-être plus familière au téléspectateur belge puisqu'elle est centrée sur un des anciens élèves de Jacques Duez, ce prof de morale qui filmait les échanges qu'il organisait en classe, plus intéressé par l'expression des enfants que par le discours magistral (une série de montages tirés de ces enregistrements est passée sur la RTBF). Frédéric, une vingtaine d'années, en visionnant ces séquences, redécouvre l'enfant qu'il était et, pour lui, c'est un coup de poing, une prise de conscience, et peut-être un nouveau départ : « C'est quelqu'un qui ne peut pas être oublié... qui m'a donné une leçon de vie », dit-il parlant de lui-même à 7 ans.

Enfin, la troisième séquence (20') donne la parole à Pie Tshibanda, conteur mais aussi psychologue. Avec son humour, son bon sens et sa feinte naïveté, il nous rappelle des repères élémentaires que, dans cette société de l'immédiateté et du moi-d'abord, nous n'oublions que trop aisément.

COMMENT ARTICULER NOS PRATIQUES DE PRÉVENTION AUPRÈS DES JEUNES ?

Les tables rondes Assuétudes du Brabant Wallon proposent aux professionnels du monde scolaire, de l'aide à la jeunesse et de la promotion de la santé une réflexion collective quant à la complémentarité de leurs pratiques; elles se veulent autant de points d'ancrage pour des actions concertées.

Depuis 2004, le Centre local de promotion de la santé du Brabant Wallon, le Service Prévention Tabac du FARES et le Service Prévention générale du Service d'Aide à la Jeunesse de Nivelles organisent et animent des tables rondes sur le thème de la prévention des assuétudes. Ces espaces d'échanges visent à renforcer les compétences des professionnels qui ont une mission d'accompagnement des jeunes et à développer des interventions complémentaires en matière de prévention des assuétudes. Ils s'inscrivent dans un processus de renforcement du travail en réseau visant une plus grande cohérence des actions de prévention. Progressivement, les tables rondes pourront déboucher sur des initiatives menées conjointement par les acteurs scolaires, ceux de l'aide à la jeunesse et ceux de la promotion de la santé.

Les deux premières journées d'échanges, en 2004 et 2005, ont essentiellement mis en évidence les représentations des adultes concernant les consommations à risque des jeunes. En effet, ces représentations et les valeurs, attitudes et comportements qui y sont liés déterminent les contenus et les méthodes des programmes de prévention. La troisième journée d'échanges (mars 2006) visait à faire découvrir des initiatives de prévention développées localement. Il s'agissait d'une part de prendre du recul pour mieux comprendre les ressentis des jeunes par rapport aux assuétudes, d'autre part de réfléchir aux divers aspects de nos pratiques, tels que la participation du public concerné, les différents types de message de prévention et la place des outils. Un stand d'information consacré à des outils et des campagnes de prévention était d'ailleurs ouvert tout au long de la journée.

À partir de l'évaluation des participants et de leurs suggestions, les tables rondes suivantes ont pris la forme de trois matinées avec des temps de travail en sous-groupes autour des thèmes suivants : les principaux « modèles » de prévention, le type de communication avec les jeunes, et la société de consommation comme contexte des assuétudes

contemporaines. Pour faire le lien entre les aspects théoriques et pratiques de la prévention, une série de questions ont été proposées :

- Quels sont les objectifs et les pratiques de prévention que j'applique avec les jeunes ?
- Comment mes pratiques peuvent-elles s'articuler avec celles des autres ?
- Comment tenir compte des représentations des jeunes, de leurs priorités, de leur contexte et de leur projet de vie ?
- Comment créer un climat de confiance ?
- Quels facteurs de risque la société de consommation engendre-t-elle pour le jeune en recherche identitaire ?
- Quels facteurs de protection peut-on développer dans ses pratiques de prévention ?

Ces questions ont servi de fil conducteur aux travaux. Comme appui théorique, une guidance documentaire était proposée avant et après les matinées.

Que ressort-il des tables rondes ?

Au travers de ce dispositif d'échanges, les participants ont pu renforcer leurs compétences dans un domaine où il n'existe ni recette ni mode d'emploi qu'il « suffirait » de diffuser. Ils ont identifié une série de pistes d'action qui seront reprises dans un dossier de communication. Elles concernent notamment :

- la communication et la relation avec le jeune (par exemple, aménager en concertation avec les jeunes des espaces-temps d'expression);
- le rôle des acteurs de prévention (tout adulte peut être un acteur de prévention par sa proximité et la qualité de sa relation avec les jeunes);
- les modalités d'intervention des acteurs de prévention ;
- la prévention dans le contexte de la société de consommation (reconnaître la multiplicité des usages et des motifs de consommation);
- la nécessité de renforcer la concertation entre les professionnels du milieu scolaire, de l'aide à la jeunesse et de la promotion de la santé.

En 2007, le partenariat de départ s'est élargi à des représentants du monde scolaire : la médiation scolaire, les Services PSE et Centres PMS, le Centre d'Enseignement secondaire, le Conseil de zone... Ceci afin de faire place à leurs points de vue en matière de prévention des assuétudes, de construire ensemble la prochaine table ronde, qui se tiendra le 28 novembre, et d'être intermédiaire auprès des futurs participants. À chaque étape du projet, l'accent est mis sur la concertation et la complémentarité des rôles propres à chaque secteur (et non leur uniformisation !). Par exemple, les compétences des professionnels de l'aide à la jeunesse en matière de prévention peuvent compléter la mission éducative du secteur scolaire. Cette démarche a aussi pour avantage de mettre en contact des professionnels travaillant à l'échelle locale ou provinciale, ce qui constitue déjà un pas vers la construction d'un réseau.

Mettre en place des lieux de concertation entre acteurs développant des compétences distinctes dans différents milieux de vie est un des moyens de concrétiser une approche globale de la prévention. L'organisation de tables rondes visant à favoriser cette concertation a été une première étape vers un « maillage » local mettant en valeur la diversité et la complémentarité des compétences et des pratiques. La perspective est de rendre de plus en plus solide l'interaction entre les intervenants et de permettre une implication collective concertée plutôt qu'une série d'actions isolées.

**FARES, Service Prévention Tabac :
Delphine Willems et Hernando Rebolledo
en partenariat avec le CLPS-BW :
Anne-France Hubaux
et le SAJ de Nivelles :
Brunhilde Calewaert**

Tous les documents évoqués dans cet article sont disponibles auprès du Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon (010/62.17.62, info@clps-bw.be). Les lecteurs désireux de s'inscrire à la prochaine table ronde peuvent s'adresser à la même source.