

néanmoins savoir que tout problème respiratoire fébrile qu'elles pourraient présenter, endéans les dix jours après leur retour en Belgique, doit leur faire adopter l'attitude responsable suivante : se rendre au service d'urgences de l'hôpital le plus proche en ayant pris soin d'informer préalablement l'hôpital du contexte général (suspicion de SRAS, retour d'un pays à risque...).

Prendre garde aux excès, ne pas céder à la panique

Notre pays a déjà été le théâtre de réactions excessives face au risque extrêmement modéré que cette épidémie fait courir à la population belge. Exemples de décisions irrationnelles récemment prises et qui devraient dorénavant être évitées : cérémonie de mariage d'un Asiatique réalisée en plein air à Bruxelles, mise en quarantaine de policiers de la région d'Arlon revenant de vacances en Thaïlande, réticences à l'acceptation en crèche ou à l'école d'enfants ou d'enseignants revenant d'un voyage en Asie durant les vacances de Pâques.

Chacun doit savoir qu'il n'y a pas de raison d'imposer une quelconque restriction à toutes les personnes en provenance d'une région d'Asie autre que la zone affectée (principalement la Chine) ni à une personne asymptomatique qui en est venue depuis plus de dix jours et n'a pas été en contact étroit avec un malade avéré.

Critères diagnostiques

Il faut songer à la possibilité d'un cas de SRAS lorsque l'on se trouve en présence d'un patient qui présente :

- une poussée fébrile (> 38°C);
- et de la toux ou une gêne respiratoire;
- et un ou plusieurs des éléments suivants **au cours des dix jours** précédant l'apparition des symptômes :
 - notion de contact rapproché avec un cas présumé ou probable de SRAS;
 - notion de voyage ou de résidence dans une zone où l'on a récemment signalé une transmission locale du SRAS.

Etant donné qu'il s'agit d'une maladie à caractère épidémique, il faut souligner l'importance de notifier sans délai tout cas suspect ou probable aux services appropriés des Communautés et Régions. Ceci s'applique autant aux médecins des hôpitaux qu'aux généralistes, tant aux pédiatres qu'aux médecins scolaires.

Pour Bruxelles, vous pouvez prendre contact avec le médecin responsable aux numéros suivants :
02 502 60 01 ou 0478 77 77 08
E-mail : vgilbert@ccc.irisnet.be.

Pour la Communauté française :
04 364 14 00, 0486 09 04 21
ou 065 328 360
E-mail : yvo.pirenne@cfwb.be.

Service public fédéral :
0476 605 605
Site : www.health.fgov.be.

Institut de Santé publique (formulaire de déclaration) : 0479 45 95 49

Site de l'OMS :
www.who.int/csr/sars/en/

Call-center pour le public
de 9 h 00 à 17 h 00 :
02 501 40 00 ou 02 501 40 01

D' Jérôme de Roubaix
Direction générale de la Santé

« 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' Ph. Demoulin, G. Houlioux, M. Lejeune, D' R. Lonfils, D' M. Meersseman, D' R. Moriaux, D' P. Trefois
Maquette : Muriel Logist
Les articles non signés sont de la rédaction. Les articles signés n'engagent que leur auteur.
Editeur responsable :
D' W. Brunson,
44 boulevard Léopold II,
1080 Bruxelles.



PROMOUVOIR LA SANTÉ À L'ÉCOLE

N° 2
juin 2003

SUR LE TERRAIN...

UNE EXPÉRIENCE À STRÉPY-BRACQUEGNIES

Le Service PSE de Strépy-Bracquegnies mène depuis 1999 un projet pilote dans les écoles communales de La Louvière, qui regroupent un peu plus de la moitié de la population scolaire de la région du Centre. Le choix de l'enseignement communal permettait de travailler à l'échelle d'un réseau suffisamment important et structuré (19 directeurs, 38 implantations), inscrit dans une entité, la Ville de La Louvière, vue sous l'angle d'une Ville-Santé. Pour l'instant, le projet est suspendu en raison de la restructuration de l'équipe, liée entre autres à un problème de financement. Nous pensons néanmoins que les observations et les réflexions issues de cette expérience peuvent intéresser d'autres équipes PSE.



© Françoise Jacobs

L'enjeu de la démarche était double :

- mettre sur pied un dispositif d'accompagnement des directions d'écoles, pour les aider à définir un programme d'actions basé sur des objectifs pédagogiques, la modification de l'environnement scolaire en faveur de la santé, et la participation des acteurs de l'école à la gestion des problématiques identifiées;
- permettre à l'équipe PSE (IMS à l'époque) de quitter une stratégie d'interventions ponctuelles basée sur l'offre et la demande d'animations, au profit d'un processus de promotion de la santé au sein de l'école, et ce par la redéfinition de sa mission, de son rôle et de ses activités.

Le pilotage du projet a d'abord été assuré par le Centre Local de Promotion de la Santé de Mons-Soignies, puis par un groupe de travail intersectoriel où le CLPS avait sa place. Ce groupe assurait l'accompagnement méthodologique de l'équipe PSE. Au quotidien, le projet était mené par une infirmière, engagée à mi-temps grâce à un budget obtenu auprès de la Communauté française, et le coordinateur du projet « La Louvière Ville-Santé », qui y consacrait un jour par semaine.

Le cadre méthodologique du projet est celui de la recherche-action, dont les présupposés théoriques sont que l'amélioration de la qualité des interventions passe par une modification du système, que celle-ci doit s'inscrire dans le temps et qu'elle repose sur trois éléments : la production de savoirs nouveaux (recherche), le changement des pratiques (action) et le perfectionnement par les acteurs de leur capacité à résoudre eux-mêmes leurs problèmes (formation).

On peut découper le projet en cinq phases successives :

- créer des partenariats avec les directions d'écoles (analyse des besoins, identification des priorités);
- collecter des données afin d'établir une « profil de santé » du réseau communal louviérois;
- analyser ces données et choisir des priorités d'action et des stratégies pour gérer les problématiques identifiées;
- mettre en place les actions;
- évaluer l'ensemble du projet en termes de processus et de résultats.

Dès le début, quatre choix stratégiques ont été opérés :

- la sensibilisation des directeurs, des enseignants, des équipes PMS, à une approche centrée sur le développement global de l'enfant, à l'évolution du rôle de l'IMS, aux priorités de santé en Hainaut, et aux outils et ressources disponibles;
- la médiation, en suscitant à l'intérieur du réseau des occasions de concertation entre les différents acteurs concernés par une même problématique, et en créant des dispositifs d'échange avec l'extérieur pour débattre de la santé à l'école;
- la participation du ou des public(s) cible(s) à l'analyse de la situation, à l'identification des besoins et à la réalisation des actions;
- la formation, par l'accompagnement méthodologique et, en fonction des besoins, l'organisation de cycles de formation à l'intention des directeurs et des enseignants.

Quelles leçons peut-on tirer de ces trois années de travail ? D'abord, les choix straté-

BRÈVES

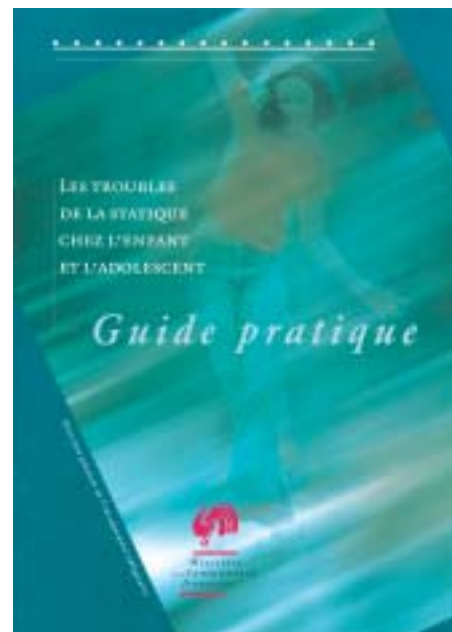
BILAN

Vous souhaitez sans doute connaître le bilan de la campagne de vaccination contre le méningocoque C que vous avez menée auprès des enfants de 3^e maternelle et de 1^{er} primaire, durant le premier trimestre de cette année scolaire.

La Direction générale de la Santé et l'équipe de PROVAC préparent l'évaluation de l'ensemble de la campagne. Actuellement, seules des informations partielles sont à notre disposition : le nombre de doses de vaccins que vous avez commandées et, pour une partie des centres PSE, le nombre de vaccins administrés. Pour réaliser l'évaluation complète de cette campagne, nous avons besoin des informations dont vous disposez.

Nous vous demandons d'envoyer, dès le 30 juin 2003, une copie des pages 1, 6, 15 et 16 de votre rapport d'activités à PROVAC, au Ministère de la Communauté française, boulevard Léopold II, 44, à 1080 Bruxelles.

Nous serons ainsi en mesure de vous communiquer les résultats dès la prochaine rentrée scolaire. Par ailleurs, PROVAC vous a envoyé différents courriers pour évaluer la couverture vaccinale des enfants de 3^e maternelle et pour préparer la prochaine année scolaire. Déjà nous vous remercions d'y donner suite dans les meilleurs délais.



STATIQUE

Le guide pratique sur les troubles de la statique chez l'enfant et l'adolescent a été notamment envoyé, début mai, aux Services PSE, aux Centres PMS de la Communauté française et aux Centres locaux de promotion de la santé.

Des exemplaires supplémentaires peuvent être obtenus auprès de la Direction de la promotion de la santé à l'école :
M^{me} Monique Neury, 02 210 58 26,
monique.neury@cfwb.be

giques se sont globalement avérés positifs, quoique celui de la formation par l'accompagnement méthodologique doit être reformulé ou différé : il semble que cette stratégie soit apparue trop tôt dans le processus du projet et dans un moment de réorganisation interne du réseau communal. Par contre, la méthodologie de la recherche-action nous a permis de définir les pratiques qui étaient à la portée de notre équipe et qui pouvaient véritablement promouvoir la santé à l'école : revoir l'organisation de certaines approches (p. ex. pédiculose, visite des bâtiments...), redéfinir les rôles à l'intérieur de l'équipe afin de renforcer le fonctionnement et les relations, affiner les modes de communication

avec les différents publics (directeurs, enseignants, parents...).

Nous avons également pu réunir tout un ensemble d'informations sur l'enseignement communal louviérois. Cependant, la masse de données produites par les interviews semi-dirigées avec les directeurs et les rencontres avec les équipes pédagogiques a posé quelques problèmes de traitement et de diffusion. Une partie des données reste sous-utilisée. Enfin, l'évaluation des résultats en termes de formation doit être nuancée. Les directions se sont montrées rétives à l'idée de démarche participative, à la collecte d'informations et à l'organisation de groupes de travail sur des problématiques

communes à tous. L'effet de formation en termes d'acquisition de compétences a été le plus marqué chez deux infirmières qui ont pris une part active à la démarche. Cependant, leur rôle a été relativement marginalisé par les autres membres de l'équipe. Mais cette tendance s'estompe depuis la mise en place des formations PSE.

L'équipe cherche maintenant à adapter son rôle à ses principales stratégies d'intervention : la communication, le soutien méthodologique, la médiation.

D'après un texte
d'Isabelle Thibau et Chantal Sadzot

FORMATIONS PSE

NOUVELLES DU FRONT...

Nous avons demandé à Marie Ledoux, du Service Education Santé de la Croix Rouge, de faire le point sur le programme de formation, qui touche à la fin de son premier cycle, et de nous donner un aperçu du second cycle qui commencera à la rentrée 2003-2004. Interview.

appelons d'abord que la formation s'adresse à quinze groupes territorialement répartis en Communauté française. Certains groupes ont le même formateur tout au long du cycle, d'autres une succession d'intervenants. Chaque système a ses avantages : les formateurs successifs amènent des facettes différentes de la promotion de la santé, tandis qu'avec un « formateur au long cours » il s'installe davantage un esprit de travail de groupe singulier. En outre, comme toujours en formation, chaque groupe a sa « couleur », en fonction des individus, bien sûr, mais aussi de la région, du type de partenariat avec le CLPS, des réseaux qui vont se construire. Chaque groupe évolue donc différemment, même si tous restent dans un cadre général commun. Il y a d'ailleurs eu trois séances d'intervention entre formateurs pour garantir le cadre, le fil conducteur.

Nous en sommes maintenant (mi-mai) au module 5 ; le suivant, qui interviendra à la mi-juin, clôturera la première année de formation. Celle-ci a essentiellement été consacrée à une sensibilisation et à une approche conceptuelle de la promotion de la santé et du projet d'école en santé. Le module 5, cependant, constitue l'amorce d'une démarche plus pragmatique, puisqu'il est consacré à la communication. Il est attendu avec impatience par tous les participants, surtout par ceux qui n'ont pas une « culture » de la formation continue. Ils se disent qu'ils vont devoir s'adresser aux gens, conclure des partena-

riats avec les écoles – alors que certaines infirmières, depuis des années, ne sont jamais sorties de leur centre de médecine scolaire, que le contact de certaines équipes avec les écoles se situe purement sur un plan d'organisation logistique. D'autres sont plus présentes dans les écoles, ou ont même déjà établi des partenariats, ponctuels ou continus. On retrouve cette hétérogénéité dans les quinze groupes.

Je pense que la formation correspond de plus en plus aux attentes des participants. Au départ ils ont été déstabilisés par les remises en question liées au décret. La formation n'a pas pour objectif de répondre à toutes ces questions, mais au début il s'est produit une sorte d'amalgame. Même maintenant, il faut de temps en temps rappeler que nous sommes là en tant que pédagogues, pour assurer une formation ; il est clair que tout ce que l'on apprend en formation, comme ce que l'on entend dans un colloque, n'est pas toujours directement applicable professionnellement. Ce sont des repères, des pistes, des ressources. Des occasions de s'impliquer, de faire le point, de rencontrer des collègues et d'échanger avec eux, de modifier certaines représentations. Effectivement, il y a une obligation de formation liée au décret, mais dans d'autres secteurs il existe aussi des changements liés à des décrets... sans qu'il y ait pour autant une possibilité de se former. On peut donc voir cela de manière positive ! Sans nier toutes les difficultés du contexte.

Au module 1, les résistances étaient fortes, mais elles se sont peu à peu estompées. Je pense que les participants se rendent compte que la promotion de la santé n'est pas seulement un mot. Qu'elle n'exclut pas la notion de médecine préventive. Qu'elle n'entraîne pas une obligation de faire des choses différentes. Ils commencent à voir comment ils pourraient potentialiser ce qui fonctionne déjà, ce qu'ils pourraient initier pour rejoindre un objectif de promotion de la santé. Plutôt que de rester dans le cadre de visites médicales biométriques auxquelles s'ajoutent quelques séances dites d'éducation pour la santé, il s'agit d'élargir la perspective à un travail qui soit plus en continu, transversal et interdisciplinaire. L'évolution à accomplir se situe surtout dans la façon de travailler.

Nous demandions aux participants de s'arrêter un temps pour réfléchir sur leur pratique. Or beaucoup d'entre eux, par leur formation et leur contexte professionnel, sont toujours dans l'action. La quantité d'actions réalisées est un critère de valeur ; s'arrêter devient perturbant. D'où une attitude parfois revendicative ou même agressive chez certains : « on n'a pas de temps à perdre, on a x enfants à voir ». Il leur a fallu le temps de comprendre que la promotion de la santé suppose toute une démarche systémique, pluridisciplinaire, qui ne se fait pas en deux coups de cuiller à pot, de façon linéaire : définition du problème, choix d'une solution, évaluation. Au début, les médecins surtout

se situaient beaucoup dans ce schéma-là, qui est d'ailleurs propre à leur formation.

Perspectives pour la 2^e année de formation

L'année prochaine, comme prévu dans le curriculum, on entamera une formation-action. Les participants seront d'emblée mis en situation d'élaboration d'un projet et accompagnés dans ce processus. Comment se fera cet accompagnement est encore en question pour l'instant. On gardera sans doute la formule du module de formation, avec une place beaucoup plus grande consacrée à l'aspect pratique, mais cela pourra varier en fonction du point où chaque équipe se situera. Ce sera

aussi une question de moyens : par exemple, un des groupes compte 28 personnes : il est inimaginable que le formateur puisse travailler avec eux sur un grand nombre de projets différents. Dans d'autres groupes, quelques services PSE seulement sont représentés parce que les centres de santé ont fusionné ; il est donc envisageable que le groupe travaille davantage « sur le terrain ». Le choix de la ou des formules est donc encore à opérer, mais l'accent sera clairement mis sur une formation-action.

Une autre question qui se pose est celle du transfert des contenus de la formation aux membres des équipes qui n'ont pas pu en

bénéficier. En fonction des contextes institutionnels et organisationnels, certains participants essaient déjà d'échanger avec leurs collègues, mais ce n'est sûrement pas le cas partout. Le fait de se mettre en projet amènera inévitablement les participants à impliquer, peu ou prou, leurs collègues. Il y aura donc transmission, mais il faudra être attentif aux conditions. L'enjeu est évidemment la cohérence du projet global de la promotion de la santé à l'école. Tous les adultes professionnellement en contact avec des enfants et des adolescents en milieu scolaire devraient travailler dans une même perspective.

SRAS (PNEUMONIE ATYPIQUE) : LE POINT

Le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), aussi appelé pneumonie atypique, est une affection nouvelle (apparue dans le sud de la Chine en novembre dernier), qui cause une épidémie en Extrême-Orient et fait couler beaucoup d'encre dans le monde entier.

De quoi s'agit-il ? D'une maladie fébrile (plus de 38° C), avec toux et difficultés respiratoires, attribuée à un coronavirus d'un type nouveau, dont le génome a cependant déjà pu être cartographié. Début mai, environ 7.000 cas avaient été déclarés (parmi lesquels 500 décès). Pour pouvoir disposer prochainement d'un outil diagnostique spécifique et précoce, un test PCR est déjà disponible, mais l'OMS travaille actuellement à l'élaboration d'un kit plus fiable.

La Chine (en ce compris les territoires de Hong Kong et de Taïwan) est aujourd'hui la seule région du monde où des cas de transmission locale sont quotidiennement recensés (c'est dans cette région qu'ont été recensés plus de 92% de l'ensemble des cas). Ce n'est donc pas tout l'Extrême-Orient, et encore moins toute l'Asie, qui est touchée. La situation fut un moment critique dans la région de Hanoi (Vietnam) et à Toronto (Canada), mais elle est maintenant totalement contrôlée dans ces deux pays, qui n'ont plus présenté, depuis plusieurs semaines, de nouveaux cas de transmission locale. Plus récemment, même la Mongolie extérieure et Singapour ont également pu être retirés de la liste des pays à risque majeur.

Quant aux cas, peu nombreux, décrits en Europe, ils sont tous des cas importés pour lesquels on a pu établir un contact étroit et récent



(dans les dix jours précédents), à l'étranger, avec une personne diagnostiquée SRAS qui présentait des symptômes.

Conseils aux voyageurs

Les personnes désireuses de se rendre en Chine, à Hong Kong et/ou à Taïwan devraient être découragées de le faire, sauf motif impératif totalement incontournable. Le reste du monde n'est soumis actuellement à aucune restriction de voyage. Une personne qui se rendrait malgré tout en Chine devrait savoir

que, si elle contractait sur place une maladie fébrile quelconque, elle pourrait éprouver des difficultés à prendre l'avion du retour, qu'elle devra se faire soigner sur place et que les assurances « rapatriement » ne fonctionnent pas en pareil cas.

Les personnes en provenance des régions à risque y ont, à leur départ, reçu l'information nécessaire sur le SRAS. Elles sont passées par un contrôle, tant au départ de l'Asie qu'à l'entrée dans l'espace Schengen. Elles doivent