

Sur l'ensemble du cursus scolaire, deux bilans de santé sont obligatoires : à l'entrée du cycle primaire et à l'entrée du cycle secondaire. Pour le reste, les examens ont lieu à la demande : on considère que les enfants sont en bonne santé et que la majorité sont suivis par les médecins de familles. Six pour cent des élèves sont examinés à la demande : pour raisons de santé (26 %), difficultés scolaires (23 %), aptitudes sportives

(11 %), problèmes de comportement (10 %), handicap (10 %), enfant en danger (8 %), réorientation (8 %), absentéisme (3 %) et grossesse (1 %).

Outre ces fonctions, les médecins scolaires français participent à la prévention du suicide et de la violence, au dépistage de l'obésité, à la mise en place des projets d'accueil individualisé, à l'assistance pédagogique

à domicile et au projet d'intégration de l'élève handicapé ou malade chronique.

Les lecteurs qui souhaiteraient obtenir l'ensemble de cette présentation, ainsi que les textes législatifs en vigueur en France, peuvent en faire la demande au Cabinet de la Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé, secrétariat de la Cellule Santé (02/213.35.72 ou jacqueline.dubreucq@cfwb.be).

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

## AVEC LES ENFANTS, LES PARENTS, LES ENSEIGNANTS

Le service PSE de l'UCL, à Woluwé-Saint-Lambert (Bruxelles), couvre rien moins que 73 établissements d'enseignement. Les trois quarts de ces écoles sont situées dans des communes dites aisées, mais les autres comprennent des populations beaucoup plus défavorisées. Vis-à-vis de celles-ci, depuis 1997, des actions spécifiques de promotion de la santé sont organisées.

**K**arin Levie, médecin coordinateur du service, nous décrit ces activités : « Il s'agit de projets annuels inspirés par les demandes des enfants comme des parents. Nous cherchons à aborder la santé de manière positive et même ludique, amusante. Par exemple, les enfants réalisent de petits spectacles, des jeux de rôles, qui sont présentés aux parents. Ceux-ci sont pour la plupart d'origine turque ou marocaine. Ce sont des immigrés de première génération, qui ont souvent un niveau de vie très bas ; beaucoup ne maîtrisent pas le français. Nous leurs proposons, une fois par mois environ, des groupes de discussion sur des thèmes liés à la santé. Nous utilisons des techniques de recherche-action et d'éducation par les pairs. »



Question de départ : comment le service PSE peut-il participer à l'amélioration de la santé des enfants défavorisés ? Première étape (1997) : une recherche visant à recueillir des données sanitaires mais aussi sociales et scolaires. Les principaux résultats ont montré :

- une plus forte prévalence des pathologies buccodentaires, ophtalmiques, ORL, neuropédiatriques, dermatologiques, cardiaques, urologiques, de l'albuminurie et de l'obésité ;
- un manque de prise en charge de ces problèmes par les familles et, en amont, une absence d'accès aux soins chez plus de 35% des familles ;
- des difficultés d'apprentissage des enfants à l'école, souvent liées aux habitudes de vie, à l'état de santé et à l'environnement.

Les étapes suivantes (de 1997 à 1999, puis de 2000 à 2003) comprenaient un volet éducatif en milieu scolaire, un volet médico-social et un volet intersectoriel.

Le projet éducatif a démarré dans trois classes

de 3<sup>e</sup> maternelle en 1997. Deux ans plus tard, grâce aux subsides obtenus, il se déroulait dans les 3<sup>e</sup> maternelles de six écoles. Suite à la demande des enseignants, le programme a été étendu en 2000 au cycle 5-8 ans. Les demandes de participation des écoles augmentent chaque année. Les objectifs sont de favoriser l'expression des besoins de l'enfant et, en partant de son vécu, de développer les savoirs, savoir-faire et savoir-être favorisant la santé. Plusieurs méthodes pédagogiques sont privilégiées, en accord avec les enseignants, notamment le jeu de rôles et la création et l'utilisation de marionnettes. La participation des enseignants à un apprentissage intégré au cursus scolaire et l'implication des parents dans le projet sont des éléments essentiels du processus.

L'objectif général de l'axe médico-social est d'améliorer le suivi de la visite médicale des enfants, en organisant des rencontres entre intervenants médico-sociaux, enseignants et familles. Ces rencontres, via la technique d'animation du *focus group*, via des entretiens semi-dirigés à domicile et des permanences

individuelles à l'école, offrent l'occasion d'exprimer des difficultés qui vont bien au-delà de la sphère biomédicale. Les conditions de vie de ces familles sont souvent dramatiques : absence d'eau courante, promiscuité, insalubrité, manque d'espace et de moyens pour l'expression psychoaffective et le développement intellectuel de l'enfant, etc. Les problèmes rencontrés sont nombreux : absence totale d'intégration sociale, craintes importantes vis-à-vis de la société belge et de ses institutions, manque d'estime de soi, anxiété quant à un parcours de vie pré-déterminé pour leur enfant, etc.

L'ampleur des problèmes et la complexité des situations rencontrées mettent en lumière la nécessité d'un travail intersectoriel coordonné et basé sur les besoins exprimés. A long terme, cet axe de travail vise un partenariat avec les ressources de quartier, privées et institutionnelles. Le service PSE peut se positionner comme interface entre ces ressources, d'une part, et les familles et l'école, d'autre part.

## APRÈS LES POUX, LES TEIGNES!...

Les teignes du cuir chevelu résultent d'une infection du cheveu par des dermatophytes : des champignons qui se nourrissent d'une protéine présente à la surface de la peau, la kératine.

**O**n distingue différents types de teignes. Depuis quelques années, les **teignes tondantes** sont en augmentation constante dans les grandes villes où il existe une immigration importante. Par teigne tondante, on entend une ou plusieurs plaques de pellicules où les cheveux sont cassés. Les plaques sont grandes ou petites, et n'ont pas nécessairement de limites nettes. Les pellicules sont parfois inexistantes ou, au contraire, très abondantes. Les cheveux sont cassés à ras des follicules pileaires ou à quelques millimètres de leur émergence. Cet aspect est d'autant plus piégeant qu'il s'agit d'une teigne à transmission interhumaine. Elle ne laisse pas de cicatrices après guérison. Une **teigne suppurative** s'observe le plus souvent lorsque la contamination est due à un animal, mais on l'observe parfois dans certains cas de transmission interhumaine. Un ou plusieurs macarons enflammés, recouverts de pertuis (orifices) ou de pustules, sont posés sur le crâne. Ils s'accompagnent de ganglions et guérissent le plus souvent sans laisser de cicatrices.

### Modes de transmission

Les teignes du cuir chevelu se transmettent à partir d'autres enfants et, rarement, d'adultes (**teignes anthropophiles**). Une

teigne anthropophile est très contagieuse pour les autres enfants. La contagiosité est la plus élevée chez les enfants en bas âge ; elle est favorisée par la literie et les jouets, ainsi que les échanges de peignes, brosses et bonnets. Les mesures de prévention (couvre-chef) et d'éviction devront être très strictes.

Les teignes se transmettent aussi à partir d'animaux : chats, chiens, petits rongeurs domestiques... (**teignes zoophiles**) ; cependant, une personne infectée par un animal est très peu contagieuse pour autrui. Elles peuvent enfin se transmettre à partir du sol (**teignes géophiles**), mais cette situation est exceptionnelle et n'entraîne pas de risque de contagion ultérieure.

### Que faire en présence d'un cas de teigne dans une école ?

- Afin d'éviter une contamination intrascolaire, il est indispensable de dépister l'infection précocement. Le porteur de la teigne doit être écarté de l'école.
- Idéalement, le porteur se rendra chez un dermatologue en compagnie des autres membres de sa famille, qui subiront également un dépistage. Il faut exiger une identification du dermatophyte par culture, afin de connaître son mode de transmission.
- Si **deux** cas surviennent dans la même classe, un dépistage doit être fait chez **tous** les élèves. Les élèves symptomatiques doivent être écartés comme le malade.
- L'enfant ou le membre du personnel infecté ne pourra fréquenter l'école en l'absence d'un certificat prouvant qu'il est traité par des antimycosiques oraux depuis **au moins dix jours** (idéalement trois semaines, temps nécessaire pour identifier l'agent pathogène) et qu'une identification du champignon par culture est en cours.
- La réintégration se fera moyennant un certificat médical mentionnant le traitement (voie orale, minimum 10 jours), l'identification du champignon et la date du pro-

chain contrôle. Le médecin scolaire pourra se mettre en contact avec le médecin prescripteur et la famille. Il vérifiera le traitement prescrit, le résultat de l'identification, et la marche idéale à suivre en fonction de la scolarité de l'enfant et du nombre de cas déjà présents dans la classe.

Il est important de surveiller et de dépister les sources environnementales de contamination, tant humaines qu'animales, si **plus de trois cas** se présentent dans la même classe et **plus de cinq dans l'école** endéans les deux mois.

Il convient également de désinfecter les locaux à l'eau de Javel. Les textiles seront de préférence lavés à 60° ou donnés au nettoyage à sec. L'usage de l'aspirateur sur les surfaces dures est déconseillé, car il remet les spores en suspension dans l'air.

Article adapté d'un texte du **D<sup>r</sup> Nadine Lateur**,  
Chef de clinique adjoint en Dermatologie (Hôpital Saint-Pierre)

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



## B R È V E

### «AIMER ET ÊTRE AIMÉ À TOUS LES TEMPS»

Une invitation vous est sans doute déjà parvenue au moment où vous lisez ces lignes. Nous vous rappelons néanmoins la journée organisée pour vous présenter le processus entamé, il y a dix-huit mois, en matière d'animations en éducation affective et sexuelle à l'école. Quand ? Le samedi 4 octobre. Où ? A Namur, à la salle Aula Major, 3 rue Grafé.



Après six années, on peut évaluer les résultats de ces activités : « D'abord, 50 à 60% des parents de chaque classe – dans six écoles – participent à ces groupes. Les enseignants nous ont dit qu'ils voyaient à l'école des parents qui n'y venaient jamais auparavant. Ensuite, ceux-ci participent activement : les thèmes étaient initialement choisis par les enseignants, puis les parents ont fait valoir leurs préoccupations. On constate aussi qu'une confiance beaucoup plus grande s'installe, que les mamans sont mieux intégrées. Il y a entre elles des discussions très franches. Nous intervenons peu, nous contentant de réguler quand les échanges deviennent trop vifs ! Nous avons également constaté que les mamans s'entraidaient beaucoup, que ce soit pour sortir dans des endroits inconnus, aller à la piscine, etc. »

Un impact se manifeste aussi sur l'équipe PSE : « Nous avons changé notre propre façon de travailler : notre approche des familles, notre regard sur elles se sont modifiés ; nous jugeons beaucoup moins ! Il existe un fossé entre l'école et la famille : à l'école, les parents n'osent pas vraiment dire ce qu'ils pensent. Le service PSE est une peu l'interface entre les deux – ce qui n'est pas toujours confortable... Par ailleurs, nous avons un souhait : travailler avec des médecins généralistes, en



cin traitant et ne fréquentent pas les consultations de l'ONE. La visite médicale a donc d'autant plus d'importance, mais la question du suivi reste posée. »

### Quelles perspectives ?

Un dossier a été déposé à la Communauté française pour obtenir un soutien à la poursuite du programme dans les cinq années à venir. Celui-ci devrait connaître les évolutions suivantes :

- couvrir l'ensemble du cycle fondamental (jusque 12 ans), ce qui implique que les enseignants prennent progressivement en main l'éducation pour la santé ;
- amplifier le suivi médico-social, non seulement quant aux pathologies dépistées mais aussi quant à la santé globale ;
- développer la collaboration intersectorielle avec les structures de santé dans les quartiers.

Le premier objectif surtout demandera du temps. Certes, les enseignants prenaient déjà le relais après l'intervention de l'équipe PSE, mais, avant que celle-ci puisse vraiment passer la main, plusieurs conditions devront être remplies. L'une de celles-ci est posée par les enseignants eux-mêmes : la création d'un « coin santé » dans l'école, un lieu de ressources offrant des outils éducatifs et une documentation de qualité. Une formation leur sera également nécessaire. Enfin, il s'agirait de créer dans chaque école concernée un Comité Santé réunissant des enseignants, des parents, la direction et des agents PSE et PMS (un projet pilote a déjà été mené en ce sens l'an dernier). Pour y arriver, il faudra sans doute passer par le Conseil de Participation, mais la marche à suivre pourra varier d'une école à l'autre. A suivre, donc...

maison médicale notamment. Car beaucoup de familles s'adressent uniquement aux urgences en cas de problème de santé : on va à la garde de l'hôpital parce qu'on reçoit une réponse immédiate, que l'on est rassuré par la qualité et la quantité des examens et des soins, et qu'on ne doit pas payer tout de suite. Un tiers des enfants n'ont pas de méde-

## LE RECUEIL DE DONNÉES SANITAIRES EN MILIEU SCOLAIRE

L'article 8 du décret prévoit l'établissement du recueil standardisé de données sanitaires, en vue de l'élaboration d'un véritable système d'informations sanitaires sur la santé des jeunes à l'école. **Il ne s'agit pas de collecter des statistiques supplémentaires mais, bien au contraire, d'exploiter au mieux la quantité importante d'informations produite lors des activités de promotion de la santé à l'école.** Ces données, généralement inexploitées, proviennent à la fois des anamnèses, des bilans de santé, des suivis et des contacts des services avec les écoles et avec les autres opérateurs de santé des jeunes.

L'enregistrement en routine doit permettre de dresser une photographie de l'état de santé des jeunes à l'école mais aussi de mieux cerner les besoins locaux et de contribuer à une véritable politique de la santé des jeunes à l'échelon communautaire. Pour la « petite » histoire, c'est grâce à des enregistrements en routine que le sida a été découvert au début des années 80 : les chercheurs du *Centre for Disease Control* d'Atlanta, inquiétés par des anomalies dans les données qu'ils collectaient de manière permanente, ont poussé plus loin les analyses des phénomènes qui apparaissaient sur leurs écrans. Cette

découverte épidémiologique a ouvert la voie aux biologistes.

Depuis près de vingt ans, des données sont collectées sur les comportements de santé des jeunes à l'école, dans le cadre de l'enquête internationale de l'OMS, coordonnée en Communauté française par PROMES, l'unité de Promotion Education Santé de l'École de Santé publique de l'ULB. La même enquête est menée non seulement au nord du pays mais dans près de cinquante pays dans le monde. De Madrid à Copenhague, en passant par Rome et Dublin, des élèves répondent à un questionnaire identique. Cette recherche permet non seulement des comparaisons transversales mais également des comparaisons internationales. Les données récoltées concernent les déterminants psychosociaux, les connaissances, les attitudes, les comportements ainsi que les plaintes et la santé perçue des jeunes.

Ces informations sur les modes de vie des jeunes pourront, à l'avenir, être complétées par les données issues de la collecte d'indicateurs PSE, le tout constituant une base d'informations à la fois sur les habitudes de vie des jeunes et sur leur santé physique.

Le système choisi pour l'encodage des indicateurs repose sur l'enregistrement de quelques données standardisées. A ce stade, un logiciel a été mis au point pour les 3<sup>es</sup> maternelles. Il a été testé, et la majorité des services PSE ont été formés à son utilisation. C'est la première étape d'un dispositif global et continu qui couvrira l'ensemble de la scolarité, de l'enseignement fondamental à l'enseignement supérieur (hors université).

Certains services n'ont pas attendu la nouvelle législation et ont déjà informatisé leurs activités. Cependant, dans un souci de standardisation et d'uniformisation du recueil, des indicateurs précis ont été déterminés pour faciliter le traitement commun et assurer la compatibilité des données entre elles. Une fois les données traitées et les analyses effectuées, les résultats seront retournés aux premiers bénéficiaires, c'est-à-dire les équipes PSE. Ceci en vue de définir de réelles politiques de santé tant à l'échelon local, en se basant sur les besoins locaux spécifiques, qu'à l'échelon communautaire.

Geneviève Houioux,  
Cellule Santé, Cabinet de la Ministre  
de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé

## COMMENT FONCTIONNE LA MÉDECINE SCOLAIRE EN FRANCE ?

Le 10 juin dernier, à Namur, dans le cadre des soirées débats avec les médecins scolaires, le Dr Romano, conseiller technique du Ministère de l'Éducation nationale française, est venu présenter le système français. A la différence des médecins belges, les médecins scolaires français sont fonctionnaires. La structure française compte un médecin fonctionnaire pour 20 écoles soit, globalement, un médecin pour 6.000 élèves. Les médecins et infirmiers sont les conseillers techniques du recteur d'Académie, responsable de la conduite de la politique de santé définie par le Ministre. Ils contribuent à ce titre à la promotion de la santé des élèves, assistent le recteur dans l'élaboration, l'impulsion, la coordination et l'évaluation de la politique académique en matière de santé.

Le médecin scolaire est considéré comme le médecin du travail de l'élève, responsable de la prévention individuelle et collective, de la



promotion de la santé auprès de l'ensemble des élèves scolarisés, de l'éducation pour la santé, de la surveillance de la qualité de l'environnement scolaire, ainsi que de l'adaptation scolaire et de l'orientation des élèves. Le méde-

cin scolaire agit comme spécialiste de la santé des jeunes, coordonnateur du recueil des données médicales, conseiller technique des équipes éducatives et lien entre les familles, la communauté scolaire et le monde médical.