

REGARD D'UNE ÉQUIPE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE SUR SON TRAVAIL AVEC LES ÉLÈVES PRIMO-ARRIVANTS : DU SENS DANS LE NON SENS !

Mauricette VAN DER SNICKT, Véronique HUYPENS, Sophie ROMMELAERE¹, Emmanuelle CASPERS, Geneviève HOUIOUX et Danielle PIETTE.²

Au sein de l'Unité PROMES³ de l'École de santé publique de l'ULB s'est développé depuis août 2004, un programme⁴ visant à soutenir et à accompagner les équipes de médecine scolaire dans la mise en œuvre des missions définies par le Décret 2001 relatif à la Promotion de la santé à l'école.⁵ Articulées autour de deux grands pôles, les activités médicales "classiques" d'une part, et la mise en place dans les écoles de programmes de promotion de la santé d'autre part, les missions des ex-IMS⁶ reposent désormais sur la définition globale et positive de la santé.⁷ Dans ce contexte relativement novateur et propice à l'analyse, certaines équipes de Promotion de la Santé à l'École (PSE) croisent leur questionnement général avec des interrogations plus particulières, relatives par exemple à ce public "spécifique" pour lequel, en Communauté française (CF), on a inventé le terme de "primo-arrivant". Construit au départ d'un échange avec l'équipe du PSE communal Louis Bertrand de Schaerbeek, cet article éclaire notamment la difficulté de maintenir le cap de la promotion de la santé face à un public que les prescrits et les représentations des professionnels associent à la mauvaise santé, au mal-être ou au risque, en l'enfermant de surcroît dans une identité (?) de "demandeur".

Au croisement de plusieurs dispositifs de discrimination "positive"

En CF, le public primo-arrivant bénéficie d'une attention particulière dans les Décrets relatifs à l'Enseignement et à la Promotion de la Santé. Le Décret visant à l'insertion des élèves

primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française (14.06.01)⁸, propose une définition de l'élève primo-arrivant qui pour être officiellement considéré comme tel doit réunir trois conditions : (1) Être âgé de 2 ans et demi au moins et de 18 ans au plus. (2) Être arrivé sur le territoire national depuis moins d'un an. (3) Avoir introduit une

Mots-clés

- Promotion santé à l'école
- primo-arrivant
- discrimination
- normes de santé
- cultures et santé
- approche globale

1. Infirmière sociale en chef et infirmières sociales au Service PSE 2110, av. Louis Bertrand 31-35, 1030 Bruxelles.

2. Chercheuses et Directrice à l'Unité Promes (ULB-PROMES), Ecole de Santé Publique de l'ULB, route de Lennik, 808, CP596, 1070 Bruxelles.

3. PROMES pour PROMotion Education Santé.

4. "Coordination, Accompagnement des services PSE dans la mise en place des projets-santé et recherche-action".

5. Décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école (M.B. 17.01.02) modifié par les décrets du 16 mai 2002 (M.B. 07.06.02) et du 20 juin 2002 (M.B. 16.07.02), consultable sur www.ulb.ac.be/esp/promes/pse/.

6. IMS pour (agents de l') Inspection Médicale Scolaire.

7. Voir (1) Charte d'Ottawa (OMS, 1986) : "(la santé est)... la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci" ; (2) Programme quinquennal de Promotion de la santé 2004-2008, Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé, p. 2 : "(...) : la promotion de la santé s'inscrit donc dans le courant holistique : la santé est comprise dans sa globalité, c'est-à-dire dans ses aspects médico-psycho-sociaux mais aussi environnementaux au sens large".

demande de reconnaissance de la qualité de réfugié ou apatride (ou s'être vu reconnaître cette qualité) ou être mineur accompagnant une personne ayant fait cette demande ou encore être ressortissant d'un pays en voie de développement⁹ ou de transition (selon la nomenclature de l'OCDE).

A partir de cette définition, le même Décret prévoit l'organisation de "classes passerelles" comprenant un minimum d'heures d'apprentissage du français, et pour lesquelles les écoles perçoivent un soutien en termes de "périodes-professeurs". Si un tel mécanisme doit favoriser un accueil pédagogique adapté, il constitue aussi un incitant nécessaire pour permettre aux élèves primo-arrivants d'être tout simplement acceptés dans une école. A noter néanmoins que l'on aura été attentif à ne pas considérer les CLAD (classes d'adaptation) ou autres classes de FLE (français langue étrangère) comme des entités isolées et indépendantes, en effet, il n'est pas question de soustraire l'élève primo-arrivant du groupe-classe.

Autre secteur, autres dispositions, la réforme de l'Inspection Médicale Scolaire et le Décret Promotion Santé à l'École (20.12.2001) abordent notamment (en lien avec les missions de prophylaxie et de dépistage des maladies transmissibles assurées par les services PSE) le dépistage de la tuberculose en milieu scolaire. De nouvelles orientations lui sont données, visant un meilleur rapport coût/efficacité. Il s'agit désormais de cibler le dépistage uniquement vers des sujets à haut risque de tuberculose, à savoir: (1) les élèves séjournant régulièrement dans des pays à haute prévalence¹⁰, (2) les élèves fortement précarisés et, plus loin, (3) les élèves primo-arrivants originaires de pays à haute prévalence inscrits pour la première fois dans l'école et dont l'arrivée dans notre pays

remonte à moins de six mois.

Première dissonance qui perturbe la communication, voire la collaboration, entre écoles et acteurs PSE : les uns parlent de primo-arrivant à propos d'un élève arrivé sur le territoire belge il y a moins d'un an, les autres considèrent les élèves primo-arrivants dès lors que leur présence en Belgique date de moins de six mois. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'informations "importantes". Elles permettront aux écoles de disposer du soutien nécessaire à l'organisation de classes-passerelles, et de leur côté, aux services PSE de bénéficier du forfait social octroyé pour tout élève primo-arrivant¹¹ comme le prévoit le nouveau mode de financement de la médecine scolaire. Mais à partir de ces cadres qui répondent à des logiques de secteur et discriminent pour le bien (protection de la santé, accès à l'éducation etc.) du plus grand nombre, on peut se demander quelle place est laissée à l'individu et son histoire. Histoire et trajectoire dont on sait combien elles fondent l'humain dans sa capacité à être (et aussi à "bien-être") et combien ce sont précisément ces éléments que la grande machine administrative omet ou réduit/catégorise entre autres chez les demandeurs d'asile.

Questions de culture et de contexte

En ouvrant la discussion avec le service PSE Louis Bertrand, l'équipe a d'emblée évoqué des doutes, voire parfois un certain malaise, quant à l'utilisation de critères de santé normatifs et "occidentaux" lors des examens médicaux. En regard de l'appréciation de la Santé Publique, quelle place accorde-t-on à d'autres normes culturelles (mais aussi familiales, sociales, etc) qui valorisent par exemple un certain "embonpoint", préconisent

des périodes de jeun ou refusent la vaccination ? Comment aborder ces points sans adopter la position haute du professionnel mais en ne renonçant pas pour autant à certains objectifs de Santé Publique ? Cette question valable à l'égard de n'importe quel public, et qui renvoie directement à la difficile articulation entre médecine préventive et approche globale de la santé, doit être encore nuancée quand il s'agit de personnes en attente d'une reconnaissance de statut ou vivant dans la crainte de l'expulsion. Si la Santé Publique met le doigt sur le nécessaire dépistage de maladies transmissibles vis-à-vis desquelles les primo-arrivants seraient a priori plus à risque, elle néglige de considérer le stress, l'anxiété, la dépression et les plaintes psychosomatiques, la perte de repères identitaires et la baisse d'estime de soi, ainsi que les troubles liés à l'isolement, qui affectent de manière récurrente les personnes demandeuses d'asile ou menacées du retour forcé vers leur pays d'origine.¹² Une enquête récente réalisée à l'UCL¹³ auprès d'adolescents réfugiés dans la Région de Bruxelles, montre par exemple "une dégradation de la qualité de vie" de ces jeunes "selon le temps écoulé depuis l'installation en Belgique". Face à de tels constats et devant concilier finalités de santé publique, de prévention et de promotion de la santé, les acteurs PSE ne peuvent manquer de s'interroger. Comment en effet protéger la santé du plus grand nombre (la communauté scolaire en général) sans stigmatiser une minorité (les primo-arrivants) déjà fragilisée en risquant de nuire davantage au bien-être de celle-ci ? On l'aura deviné, impossible de trouver une réponse couvrant la complexité de ce questionnement. Par contre, quelques pistes émergent découlant des recherches-actions et surtout des pratiques d'acteurs de terrain. "Réseautage", travail en partenariat, réponse aux besoins prioritaires et

accueil de (toute) la personne sont les clés (co-)activées par l'équipe du PSE Louis Bertrand, histoire d'opposer un pertinent et humain "bricolage" aux paradoxes des systèmes (légal, de santé, scolaire, etc.).

Réseau et partenariat

Quand d'aucuns remettent en question l'utilité et l'efficacité de la visite médicale scolaire (travail à "la chaîne", tests et matériel inadaptés, absence de suivi réel et de dialogue avec l'enfant/la famille, etc.), il est peut-être important de rappeler que le bilan de santé peut constituer, dans certains cas, la seule opportunité pour l'enfant de bénéficier d'un suivi médical gratuit. Opportunité d'autant plus précieuse dans le cas d'enfants issus de familles primo-arrivantes, dans la mesure surtout où le PSE peut constituer un relais vers les professionnels et services qui apporteront une réponse concrète aux besoins relatifs à la santé globale de l'enfant et de ses proches. L'équipe du PSE Louis Bertrand a ainsi mis en place (suite à un travail de recherche, des contacts réguliers et grâce à diverses rencontres) un fonctionnement en réseau avec Médecins sans Frontières, Médecins du Monde, la Médecine du Peuple, le CPAS, des Centres et Services de santé mentale. En fonction des besoins et des demandes, il peut s'agir de communiquer une adresse et les coordonnées d'une personne de confiance, d'établir un contact téléphonique entre la famille et une institution, d'accompagner un parent vers un service spécifique, etc. Une collaboration efficace avec le FARES et la mise à disposition d'un bus communal pour les élèves, garantissent que le dépistage de la tuberculose s'effectue en toute discrétion et sans que les familles en séjour illégal ne s'exposent au risque d'un contrôle policier lors du déplacement en transport en commun.

8. Consultable sur www.cdadoc.cfwb.be/cdadocrep/pdf/2001/20010614s25914.pdf

9. Selon le décret, le Gouvernement de la Communauté française peut ajouter, pour une période déterminée, d'autres pays à cette liste lorsqu'il estime que ces pays connaissent une situation de crise grave.

10. Une liste de ces pays est mise à jour par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires), organisme en charge du programme de dépistage de la tuberculose en Communauté française.

11. Voir Décret PSE du 20.12.2001.

12. Eléments mis en évidence par la Recherche inter-universitaire (UCL, ULB, ULG, UM-H) Unisol, "La santé des primo-arrivants", recherche-action initiée et coordonnée par le Fonds Houtman et l'Office de la Naissance et de l'Enfance, juin 2005.

13. Renard (F), Martin (E), Cueva (C), Deccache (A), "Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique : dépistage et prévention en médecine scolaire", article à paraître dans les Archives de Pédiatrie, juin 2005.

14. "La résilience, c'est l'aptitude des individus et des systèmes (les familles, les groupes et les collectivités) à vaincre l'adversité ou une situation de risque. Cette aptitude évolue avec le temps ; Elle est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le système et le milieu ; Elle contribue au maintien d'une bonne santé ou à l'amélioration de celle-ci". Définition de Mangham (C), McGrath (P), Reid (G) et Stewart (M) in "Résilience, Pertinence dans le contexte de la promotion de la santé", Document de travail - Analyse détaillée présentée en 1995 à Santé Canada, Atlantic Health Promotion Research Centre, Université Dalhousie.

15. Cyrulnik (B), "Les vilains petits canards", éd. Odile Jacob, 2001.

Autre partenaire essentiel qui favorise l'ancrage des familles dans la communauté locale : l'école. La mobilisation des équipes pédagogiques et la mise en place de permanences par les infirmières sociales dans les écoles, garantissent une appréhension globale du bien-être des enfants primo-arrivants et de la communauté scolaire dans son ensemble.

Pas à pas vers plus et "mieux" de santé !

En pointant le public primo-arrivant (loin d'être une réalité homogène) et ses besoins spécifiques, il faut être attentif à ne pas porter le regard et l'intervention exclusivement sur les difficultés et les problèmes. La mise en place de projets (alimentation, relations affectives, estime de soi, etc.) et dispositifs collectifs (crèches, café/accueil des mamans/papas, rencontres festives, formation professionnelle, etc.) dans les écoles et les quartiers doivent également

favoriser l'émergence et l'activation des ressources de ce public et de "ses histoires". A ce titre, l'équipe du PSE Louis Bertrand, comme d'autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du social, est particulièrement attentive au concept de "résilience".¹⁴ Définie entre autres par Boris Cyrulnik comme "la capacité à se développer quand même dans des environnements qui auraient dû être délabrants"¹⁵, la résilience doublée des repères de la promotion de la santé (approche positive, prise en compte des représentations et demandes du public, compréhension des facteurs déterminants, etc.) permet de décaler le point de vue et de visualiser l'éventuelle contre-productivité (stigmatisation, paternalisme, normativité, etc.) des interventions. Plus loin, l'équipe aimerait approfondir, à travers la formation continue, les apports de l'ethnologie et de l'anthropologie de manière à développer des pratiques professionnelles en santé qui intègrent véritablement les dimensions culturelles. ■