UCLouvain

Faculté de santé publique

Standardisation des pratiques en matière de santé mentale lors des bilans de santé d'un service PSE de la Fédération Wallonie-Bruxelles :

Création d'un questionnaire d'autoévaluation psychosociale destiné à l'adolescent de 6ème primaire et 2ème secondaire

Mémoire réalisé par
Selena Botsas

Promoteurs
Pierre-Olivier Robert
Axelle Vermeeren

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Standardisation des pratiques en matière de santé mentale lors des bilans de santé d'un service PSE de la Fédération Wallonie-Bruxelles : création d'un questionnaire d'autoévaluation psychosociale destiné à l'adolescent de 6ème primaire et 2ème secondaire.

Remerciements

A titre de préambule, je souhaite remercier mes promoteurs de mémoire, Mr Pierre-Olivier Robert et Mme Axelle Vermeeren, pour leur accompagnement et leurs conseils avisés tout au long de cette année scolaire.

Je remercie les professionnels du Centre de Santé UCL- service PSE pour leur accueil. De plus, je remercie les professionnels avec lesquels j'ai eu l'opportunité de m'entretenir dans le cadre de la partie qualitative.

J'aimerais également remercier ma famille pour leur soutien inébranlable à chaque épreuve.

Enfin, je remercie mon amoureux, pour son écoute et ses encouragements.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.
Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,…) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Introduction…….....8

Partie 1 : Revue de littérature……10

1. L'adolescence……...11
   1.1 La psychosociologie de l'adolescence…….11
   1.2 Les changements physiologiques de l'adolescent……14
   1.3 Les étapes de l'adolescence……..15
2. La santé mentale des adolescents……..……15
   2.1 La souffrance psychique……...16
3. La Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE)……18
   3.1 Historique…….18
   3.2 Définition de la PSE…….20
   3.3 Organisation de la PSE en Belgique…….21
   3.4 L'implication des services PSE en matière de santé mentale……...22
4. L'évaluation psychosociale de l'adolescent……..24
   4.1 Quelques problématiques psychosociales spécifiques de l'adolescent……25
   4.2 Outils de dépistage……...30
5. Conclusion : Pourquoi instaurer un outil standardisé d'autoévaluation psychosociale de l'adolescent de 6ème primaire et 2ème secondaire lors des bilans de santé PSE ? ……...34

Partie 2 : Méthodologie……...36

1. Création du questionnaire…….37
   1.1 Définition des objectifs……..37
   1.2 Rédaction des thèmes……38
   1.3 Rédaction des items……...39
2. Méthode de collecte des données……..43
   2.1 Validation par les adolescents : phase quantitative……...43
   2.2 Validation par les professionnels du secteur : phase qualitative……...47
3. Méthode d'analyse des données……48
   3.1 Phase quantitative……..48
   3.2 Phase qualitative……48

Partie 3 : Analyse des résultats……..……51

1. Résultats obtenus au terme de la 1ère phase……...52
   1.1 Avis des élèves sur le questionnaire……..…52
   1.2 Analyse spécifique de chaque question……..……..54
   1.3 Modifications générales du questionnaire……74
2. Résultats obtenus au terme de la 2ème phase……...74
   2.1 Réalités organisationnelles des services PSE……...74
   2.2 La santé mentale des adolescents.……75
   2.3 Le questionnaire à proprement parler……...77
   2.4 Craintes liées à la mise en place d'un outil psychosocial standardisé……...80
   2.5 Réflexions quant à l'organisation de la passation et de l'analyse du questionnaire…….81
3. Modifications finales du questionnaire…….83
   3.1 Modifications générales……83
   3.2 Modifications spécifiques…….84

Partie 4 : Discussion……87

1. Apports du travail……88
   1.1 Phase quantitative……88
   1.2 Phase qualitative……...89
   1.3 Confortation phase quantitative – phase qualitative…….90
   1.4 Questionnaire final……...91
2. Limites du travail……..91
   2.1 Concernant la phase quantitative……..91
   2.2 Concernant la phase qualitative……92
3. Réflexions…….92
   3.1 Réflexions sur l'outil……92
   3.2 Réflexions générales…….93
   3.3 Réflexions sur l'organisation……94
   3.4 Réflexions sur les issues……...95
4. Conclusion……96

Bibliographie……...98

Annexes……..103

Introduction

« Une jeune ado de 16 ans harcelée et poussée au suicide » (Mazzoccato, La Meuse, 2018)

« Flandre: enquête à propos du suicide d'un ado de 15 ans après diffusion d'une photo de lui nu sur Snapchat» (RTL, 2017)

« Un ado de 12 ans se suicide à cause du divorce de ses parents » (RTL,2011)

« La dépression de plus en plus fréquente chez les adolescents » (Perreault, 2016)

« Pour l'adolescent, être en mauvaise santé se rapporte essentiellement à un désarroi affectif ou relationnel » (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p.36)

Fréquemment, ces dernières années, ces derniers mois, les médias relaient le mal-être d'adolescents. Ces jeunes à la santé mentale fragile n'ont trouvé qu'une issue à leur souffrance : le suicide pour certains, les conduites à risque pour d'autres alors que les derniers sombrent dans la dépression. Ces articles de presse témoignent d'une nécessité d'identifier les jeunes en mal-être avant qu'ils n'en arrivent à adopter des comportements dangereux pour leur intégrité physique et psychologique.

Mes réalités professionnelles d'infirmière pédiatrique m'ont fréquemment conduite à prendre en charge des adolescents hospitalisés pour décompensation psychoaffective et/ou tentative de suicide. Ces éléments m'ont poussée à m'intéresser aux changements psychologiques liés à l'adolescence ; l'acquisition d'une identité autonome confronte les adolescents à des difficultés émotionnelles, relationnelles avec leurs pairs et leurs parents.

Ensuite, je me suis interrogée à propos de ce qui était en place pour aider ces adolescents à aller mieux. J'ai fait référence à ma propre adolescence et me suis rendu compte que les bilans de santé réalisés dans le cadre scolaire n'avaient jamais abordé cette problématique de la santé mentale lorsque j'étais élève. Dès lors, j'ai réalisé que les moments « santé » par lesquels tout adolescent passe et qui pourraient avoir un rôle à jouer dans cette identification, étaient les bilans de santé organisés dans le cadre de la Promotion de la Santé à l'Ecole.

De ce fait, dans la partie de revue de littérature, je me suis tout d'abord attardée à développer en quoi l'adolescence fait tout à coup de l'individu un être plus fragile en termes de santé mentale. Ensuite, j'ai analysé les avantages d'identifier le jeune en mal-être. J'ai également défini le rôle de la Promotion de la Santé à l'Ecole et répertorié ses moyens d'évaluation de la santé mentale. Enfin, après avoir abordé quelques problématiques psychosociales de l'adolescent, je me suis intéressée aux outils validés en matière de dépistage.

Dans la seconde partie, sur base de la revue de littérature, j'ai créé un questionnaire d'autoévaluation psychosociale à proposer aux élèves de 6ème primaire et 2ème secondaire. Ensuite, j'ai expliqué la manière dont j'ai collecté et analysé les données, éléments utiles à la validation de l'outil.

En troisième partie, les résultats de chaque phase de travail sont exposés pour déboucher sur une modification progressive et efficace de l'outil.

Enfin, une discussion sur le travail réalisé s'imposera et prendra en compte ses implications, ses limites, ses contraintes et ses avancées positives. Un regard critique sera posé pour dégager quelques réflexions avant de terminer par une conclusion.

PARTIE 1 :

REVUE DE LITTÉRATURE

1. L'adolescence

L'OMS (s.d) définit l'adolescence comme une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte qui débuterait à 10 ans et se terminerait vers l'âge de 19 ans. Delforge (2004) n'en a pas la même définition au niveau des seuils étant donné qu'il considère l'adolescence comme une période floue entre 10 et 25 ans. Les multiples auteurs que j'ai pu lire sur l'adolescence rencontrent des difficultés à définir le début et la fin de cette période en matière d'âge. Généralement, ils sont d'accord pour dire que l'adolescence débuterait à l'âge de 10 ans mais en ce qui concerne la fin, les avis divergent. En effet, Galland (2000) justifie l'allongement de la jeunesse en Europe par divers éléments : les jeunes se marient plus tard, ils sont plus nombreux à entreprendre des études, ils restent donc dépendants, entre autres financièrement, de leurs parents pendant la durée de leur cursus scolaire. De plus, les différents contextes culturels et sociaux présents au niveau mondial expliquent la difficulté actuelle à définir l'adolescence en termes d'âge, pour toutes les populations confondues.

Globalement, l'adolescence se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. Pour cerner de façon exhaustive en quoi consiste l'adolescence, il me semblait indispensable de distinguer les remaniements psychosociaux des bouleversements physiologiques.

1.1 La psychosociologie de l'adolescent

Ce dernier siècle, de multiples travaux ont été menés afin de comprendre les changements psychosociaux propres à l'adolescence. Revenons sur quelques-uns d'entre eux.

Tout d'abord, le terme d'adolescence apparaît au 15ème siècle du latin adolescere qui signifie « celui qui est en train de croître » (Claes, 2011, première étape, para.1). Cette appellation disparaît jusqu' au 20ème siècle, plus exactement en 1904, date à laquelle paraît le célèbre ouvrage de Stanley Hall. Même si celui-ci date de plus d'un siècle, *Adolescence, its psychology, and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* a véhiculé des idées qui restent toujours d'actualité. Selon Hall, l'adolescence constitue une étape unique du développement humain avec un impact des facteurs biologiques sur les facteurs psychologiques, d'où la nécessité de considérer l'adolescence de façon multidisciplinaire. Claes (2011) & Houssier (2003) nous expliquent que l'idée principale de Hall en ce qui concerne l'adolescence est qu'elle se caractérise par une crise émotionnelle intense. En effet, « ce sont les termes de storm and stress, tempête et tension, qui traduisent le mieux les aléas de la vie émotionnelle à l'adolescence caractérisés par l'instabilité, le jeu des

passions contradictoires, le tumulte émotionnel et l'état de tension » (Claes & Lannegrand-Willems, 2014, p.8). Pour Hall, l'adolescent passe nécessairement par cette période de conflits intrapsychiques, intenses et permanents. Il est avant tout en conflit avec lui-même, ce qui pourra avoir une influence sur les relations avec sa famille et la société.

En s'inspirant des travaux de Hall, Anna Freud postule une théorie psychanalytique propre à l'adolescence. Comme le développent Claes (2011 ; 2014) & Houssier (2003), Anna Freud met la sexualité et l'accès à la génitalité au cœur du développement de l'adolescent. Ce dernier est dès lors dans une période de hautes perturbations : on observe un repli de l'égo, une désorganisation du moi ainsi que des états névrotiques/prépsychotiques. C'est par ces comportements que l'adolescent fait le deuil de ses dépendances infantiles et accède à la maturité affective et sexuelle.

En 1955, Inherder et Piaget publient l'ouvrage *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. Celui-ci aborde principalement l'accès à la pensée formelle, inaccessible jusque-là, qui s'opère à l'adolescence. Claes & Lannegrand-Willems (2014) démontrent que le jeune est dès lors capable de penser de façon abstraite, de concevoir des réalités nouvelles mais aussi de remettre en question les idées acquises. Pour Piaget, cet accès à la pensée formelle va permettre à l'adolescent de se considérer comme l'égal des adultes, de contester leur autorité mais aussi d'avoir des projets d'avenir.

Enfin, Erikson considère l'adolescence comme la période capitale dans la construction de l'identité. « Il aborde tous les aspects participant de ce qu'il nomme la crise d'identité de l'adolescence : l'engagement dans une perspective temporelle, l'acquisition de la certitude de soi, l'apprentissage de compétences nouvelles, la sexualité, les rapports avec l'autorité et la formulation d'une idéologie personnelle à partir d'un système de valeurs et de croyances » (Claes, 2011, p. 2016). L'identité du jeune individu se construit progressivement grâce à la libre expérimentation de rôle. Cette notion introduite par Erikson traduit la période de l'adolescence pendant laquelle le jeune tente de nouvelles expériences, s'essaie à différents rôles. Ce qui est capital à comprendre dans cette notion c'est que la société d'adultes tolère les comportements, parfois inappropriés, du jeune parce qu'elle a conscience que l'adolescence est la période de « tous les tests ».

Les travaux cités jusqu'ici considèrent que l'adolescent passe nécessairement par une période de crise. Claes (2011) nous apprend qu'à partir des années 70, cette vision sera remise en question au travers de multiples recherches. Parmi celles-ci, on retrouve l'étude longitudinale de 7 ans qu'ont menée Offer et Offer. Ils avaient observé que, malgré les nombreux changements que subit bel et bien l'adolescent, peu de jeunes rencontraient de fortes

perturbations ou des difficultés émotionnelles importantes. A travers l'étude qu'ils ont réalisée auprès d'enfants et d'adolescents de l'île de Wright en Angleterre, Rutter et ses collaborateurs dénoncent le fondement non scientifique du concept de crise proposé par Hall qui, selon eux, relève plus de la fiction que des faits.

C'est à partir des années 70 et 80 que les travaux empiriques abordant diverses problématiques propres à l'adolescence se sont multipliés. Il s'agissait principalement d'études longitudinales qui favorisaient des approches descriptives. L'étude scientifique de l'adolescence constitue dès lors une discipline scientifique permettant de développer sur le plan théorique et méthodologique des éléments de psychologie du développement.

Une récente étude réalisée par François de Singly auprès d'adolescents de 11 à 13 ans est citée par Galand (2008) et ses conclusions me semblaient intéressantes à décrire. Il définit l'adolescence à partir de deux types de critères : statutaire et identitaire. La définition statutaire nécessite qu'une distinction soit faite entre les notions d'indépendance et d'autonomie. L'indépendance fait référence à l'aspect financier alors que l'autonomie a trait à la fréquentation des pairs. Alors que l'enfant n'est ni autonome ni indépendant, l'adolescent est autonome mais toujours dépendant de ses parents. Il est considéré comme autonome car, même si les adultes lui imposent des horaires et moments de sorties, il dispose d'un quasi monopole dans le choix et la fréquentation de ses amis. Cette autonomie sans indépendance amène le jeune à faire des allers et retours féconds entre deux identités, celle liée au cercle familial et celle qu'il adopte avec son groupe de pairs. De cette façon, l'adolescent se crée progressivement son identité individuelle.

Dans le même écrit, Galand (2008) cite les travaux de Dominique Pasquier. Tout d'abord, elle considère que l'adolescent se construit au niveau identitaire en s'affranchissant progressivement de la tutelle des adultes et qu'actuellement, la culture adolescente a une réelle place dans la construction de cette identité individuelle. Dans cette culture adolescente, on retrouve notamment l'image de soi et l'apparence, thèmes véhiculés à travers les industries culturelles, les vêtements ou encore la musique qui peuvent devenir des codes d'identification pour les jeunes. « Pour être soi, il faut d'abord être comme les autres » de Dubet & Martuccelli (1996) évoque assez bien l'importance de l'apparence culturelle, physique et vestimentaire dans la marginalisation et stigmatisation de certains jeunes. Dans ses travaux, Pasquier aborde également le renforcement de l'identité sexuée se produisant à l'adolescence. Les garçons vantent les valeurs de la virilité et de la compétition alors que les filles prônent les valeurs du sentiment et du partage des émotions. « Cette sexualisation des identités a évidemment partie liée avec le renforcement de l'aspect normatif de l'adolescence : si l'adolescence est de plus en

plus définie par des façons d'être et des apparences stéréotypées, un des meilleurs supports d'expression de ces stéréotypes est l'identité sexuée » (Galland, 2008, p. 824).

1.2 Les changements physiologiques de l'adolescent

Jusqu'ici, nous avons abordé les grands bouleversements psychologiques et sociaux spécifiques à l'adolescence. Pourtant, à cette période de la vie, les changements les plus visibles aux yeux de tous sont ceux qui se produisent au niveau biologique. On utilise le terme de puberté pour faire référence à la maturation physique et reproductive dont est sujet le jeune. Les processus physiologiques qu'impose la puberté sont universels mais ils peuvent se vivre de façon totalement différente selon le temps, les cultures et les conditions socioéconomiques. Comme nous le rappelle Delforge (2004), il est important de préciser qu'adolescence et puberté sont proches sans pour autant se recouvrir entièrement.

Les nombreux écrits sur le sujet (Claes & Lannegrand-Willems, 2014; Cueppens, 2011; Duvernay & Viaux-Savelon, 2014) insistent sur le fait que toutes les modifications physiques qu'amène la puberté ne se produisent pas de la même manière d'un adolescent à l'autre. On observe de grandes différences interindividuelles dans le timing, le rythme et la rapidité des transformations. Le timing fait référence à l'âge auquel apparaît la puberté et la notion de rythme a trait à la durée de la période pubertaire. Le temps écoulé entre les premiers signes de développement pubertaire et la maturité complète varie de 1,5 à 6 ans. Marceau & al (2011) ont mis en évidence l'impact du timing et du rythme pubertaire sur la façon dont se vit l'expérience de la puberté. En effet, la combinaison d'une puberté précoce et rapide prédispose l'adolescent à une inadaptation psychologique et à des difficultés émotionnelles.

Les changements de l'apparence physique tels qu'ils sont perçus par l'adolescent seront confrontés au point de vue de l'entourage, ce qui requiert des ajustements sur le plan individuel et des interactions sociales. L'intégration des changements corporels sera fonction de l'individu, du contexte social et des normes sociétales et culturelles. Il faut également être conscient que l'adolescent se comparera sans cesse à son groupe de référence dans son processus pubertaire. C'est à travers ses pairs qu'il considérera tel ou tel changement physique comme normal ou non.

Claes & Lannegrand-Willems (2014) insistent sur l'interaction des facteurs biologiques, des facteurs individuels (par exemple, la personnalité) et du contexte social pour donner un caractère unique à la puberté. A titre d'illustration, Inoff-Germain & al. (1988) ont démontré une association entre le taux de testostérone et l'expression modérée d'agressivité chez l'adolescent. Ou encore, Angold, Costello, Erkanli & Worthman (1999) ont observé un lien

entre la présence de symptômes dépressifs et des niveaux élevés d'oestradiol et de testostérone chez les filles. Nombre de liens ont été étudiés entre les facteurs biologiques, l'humeur et le comportement chez les jeunes mais les mécanismes les reliant ne sont pas encore bien établis. La lecture de ces études implique donc de la prudence.

1.3 Les étapes de l'adolescence

Duvernay & Viaux-Savelon (2014) décrivent les développements cognitifs, physiques et psychologiques de l'adolescence en distinguant trois grandes phases : le début de l'adolescence (11-13 ans), la mi-adolescence (13-17 ans) et la fin de l'adolescence (17-21). Dans sa dernière étape, l'adolescent est plus stable émotionnellement. Étant donné l'importance des changements physiques ainsi que les nombreux bouleversements cognitifs et psychologiques propres aux deux premières étapes, il est pertinent de dire que les adolescents en début et à la mi adolescence sont davantage vulnérables et susceptibles d'avoir des difficultés, qu'elles soient relationnelles ou psychologiques.

1er constat :

Que nous la considérions comme une période de crise ou non, l'adolescence est une période de la vie où de nombreux changements physiques et psychologiques s'opèrent. L'acquisition et l'adaptation aux changements mettent l'individu dans un état d'instabilité émotionnelle. Ceci est physiologique c'est-à-dire normal. Les adolescents âgés de 11 à 17 ans sont particulièrement concernés par cette notion d'instabilité émotionnelle.

2. La santé mentale des adolescents

Tout d'abord, définissons la santé mentale au sens général. Elle fait partie intégrante de la santé et ne consiste pas seulement en l'absence de troubles mentaux. La santé mentale est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. » (OMS, 2018, p. 1). Dawes & al (1997) expliquent que le concept de santé mentale pour l'enfant et l'adolescent comprend différents éléments : l'estime de soi, l'identité, les relations familiales et avec les pairs, une capacité à être productif et à apprendre, une capacité à utiliser les défis développementaux et les ressources culturelles. Disposer d'une bonne santé mentale pendant l'enfance et l'adolescence représente

une condition préalable à un développement psychologique optimal, à des relations sociales productives, à un apprentissage efficace, à une aptitude à prendre soin de soi et à une bonne santé physique. Le Mouvement Santé Mentale du Québec (s.d) précise que la santé mentale représente un équilibre dynamique entre trois piliers : le biologique, le psychologique et le social. Elle fluctue en fonction de multiples aspects de la vie qui sont interdépendants : les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. La santé mentale est également influencée par des facteurs propres à chaque personne. Par exemple, le concept de résilience a montré un effet protecteur des troubles mentaux (Haut comité de la santé publique, 2000, état des lieux). Enfin, comme l'OMS (2018) le précise, certains traits de personnalité ou profils psychologiques prédisposent à des problèmes d'ordre psychologique.

2.1 La souffrance psychique

Dans certaines circonstances et pour des raisons diverses, l'adolescent a des difficultés à gérer les multiples bouleversements qui le mènent petit à petit à l'âge adulte. Il se trouve dès lors en situation de détresse/souffrance psychologique. C'est un concept très vague qui implique des notions de durée et de compromis car, selon Lacour & Mellier (2013), souffrir c'est endurer, éprouver, supporter quelque chose de désagréable. Lorsque cette souffrance du jeune n'est pas identifiée et dès lors, pas prise en charge, elle perdure et peut parfois induire l'apparition d'une maladie somatique, multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale.

a) Pourquoi identifier la souffrance psychologique de l'adolescent ?

Différents éléments doivent nous pousser à améliorer le dépistage des adolescents en souffrance. Tout d'abord, en tant qu'Etat signataire de la convention UNICEF (1992) des droits des enfants, dans la mesure du possible, la Belgique se doit d'assurer la survie et le développement des enfants. De plus, l'article 24 de cette convention stipule que chaque enfant a le droit à la meilleure santé possible et que le gouvernement s'engage à investir pour améliorer le bien-être des enfants. Étant donné que le bien-être inclut autant des aspects physiques que mentaux et sociaux, la Belgique a un réel intérêt à identifier les adolescents en détresse.

Une seconde raison est l'amélioration des résultats scolaires. En effet, plusieurs études dont celle réalisée par Buhrmester, Chow & Tan (2012) montrent une association entre symptômes dépressifs et faible performance scolaire chez l'adolescent. En prenant en charge la souffrance du jeune, on contribue à ce que ses objectifs pédagogiques soient atteints.

Ensuite, dans le cadre de son rapport L*es soins de santé mentale pour enfants et adolescents*, le KCE (2011) rappelle qu'il existe un degré élevé de continuité entre les troubles

mentaux des enfants et adolescents et ceux à l'âge adulte. Il relève également l'apparition de problèmes psychologiques plus graves et plus complexes ces dernières années. En outre, parmi les nombreuses activités que devrait contenir un système idéal de soins de santé mentale pour enfants et adolescents, le KCE (2011) a identifié le repérage précoce des adolescents en détresse. Enfin, dans le cadre du rapport *L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents,* le KCE (2010) nous annonce que le nombre d'enfants et d'adolescents se présentant aux urgences afin d'y recevoir une aide psychologique serait en augmentation dans notre pays. La majorité d'entre eux ont entre 6 et 18 ans, avec une concentration de jeunes adolescents de 12 à 15 ans. En identifiant les adolescents en souffrance psychique, de façon précoce, on agirait en amont de la crise qui les pousse à se rendre dans un service d'urgences.

Dans le cas de l'adolescent qui rejette inconsciemment sa souffrance et qui est donc en situation de déni, la détresse psychique est dite silencieuse. En effet, le jeune ne demandera pas d'aide, ne sera pas à même d'exprimer ses émotions refoulées et c'est là que l'action de dépistage sera d'autant plus indispensable.

Enfin, des données statistiques (Funk,2005 ; KCE, 2011 ; OCDE,2015 ; OMS, 2014) concernant la santé mentale des adolescents vont nous permettre de cerner le réel besoin d'identification. Tout d'abord, en Belgique, 2000 personnes par an se donnent la mort. Cependant, le nombre de tentatives de suicides serait 20 fois plus élevé que le nombre de décès par suicide. Cela signifie qu'annuellement ce sont plus de 40 000 personnes qui adoptent un comportement suicidaire. En ce qui concerne les adolescents, les taux de mortalité par suicide sont de 2 décès par suicide/ 100 000 enfants pour les 10-14 ans. Ces chiffres sont plus ou moins similaires à ceux des pays de l'OCDE. Ensuite, Funk (2005) a estimé que 20% des enfants et adolescents des pays occidentaux présentaient des troubles mentaux et que 5% d'entre eux nécessitaient une intervention clinique. Enfin, quelques chiffres qui concernent le bien-être des adolescents, bien-être qui dépend partiellement d'aspects mentaux et sociaux, nous ont été présentés par l'OCDE (2015). La Belgique fait partie des pays dont la proportion d'adolescents de 11 à 15 ans qui déclarent avoir un état de santé passable ou mauvais est élevée. Cette proportion représente 25% des adolescents, ce qui est relativement différent de la moyenne des pays de l'OCDE qui est de 18%. De plus, lorsque les adolescents de 11 à 15 ans doivent donner leur avis quant à leur existence, les belges attribuent une note de 7,5/10 (0/10 = la pire vie possible ; 10/10 = la meilleure vie possible). La dernière enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017) a apporté davantage de chiffres en termes de santé mentale. Quand on interroge les adolescents sur le sentiment de bonheur en leur posant la question « En général, comment te sens-tu pour le moment ? », il est interpellant de savoir que 20.2% des élèves de 5ème et 6ème

primaire et 25.1% des élèves du secondaire disent ne pas être heureux. Moreau & al (2017) déclarent que les indicateurs de bien-être psychologique se dégradent avec l'âge et, plus particulièrement, lors de la transition en secondaire. « La confiance en soi, la perception de sa corpulence et de sa beauté, ainsi que la qualité de vie liée à la santé se détériorent de manière particulièrement marquée au fur et à mesure de l'avancée scolaire. Cette diminution peut être associée à la puberté, aux transitions sociales et physiques et aux difficultés que les adolescents peuvent rencontrer pour s'adapter à ces changements. » (Moreau & al, 2017, p. 277).

2ème constat :

Un nombre non négligeable d'adolescents et plus particulièrement ceux âgés entre 11 et 15 ans ont davantage de difficultés à s'adapter aux changements liés à l'adolescence. Ils se retrouvent alors en situation de détresse psychique. Il est important de développer des actions contribuant à améliorer le bien-être des adolescents. L'identification des jeunes en difficultés émotionnelles est une des actions à mettre en œuvre afin de leur apporter une aide adéquate. C'est à partir de cette réflexion que je me suis intéressée aux endroits « Santé » que tous les adolescents belges fréquentent et qui pourraient jouer un rôle systématique en termes de santé mentale : il s'agit des bilans de santé organisés par la Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE).

3. La Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE)

3.1 Historique

Grâce à de nombreux écrits (Cherbonnier & Kinna, 2002; ONE, s.d; OMS, s.d & 1997 ; Pirard, 2003), j'ai pu en connaître davantage sur l'histoire de la PSE. Cette partie nous permettra de comprendre plus aisément la manière dont elle se définit et s'organise en Belgique.

En 1964, l'Inspection Médicale Scolaire (IMS), gratuite et obligatoire pour tous les types d'enseignement, est créée. Lorsque celle-ci est instaurée, on envisage la santé autour de la lutte et du dépistage des maladies transmissibles ainsi que des déficiences physiques ou mentales. Vous retrouverez la loi sur l'IMS en *annexe n°1*. En 1975, même s'il ne perçoit aucune rémunération, la fonction de médecin coordinateur d'équipes est créée au sein des centres IMS (Association Professionnelle des Médecins Scolaires, 2009, p. 7). Quelques années plus tard, à travers l'Arrêté Royal du 16 mai 1980, la notion d'éducation pour la santé et de rémunération des médecins coordinateurs est introduite. En réponse à la Charte d'Ottawa de 1986, c'est en 1991 que l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires de la Communauté française

publie le livre blanc *La santé scolaire en question*. Celui-ci pointe que la loi de 1964 sur l'IMS n'est plus adaptée à l'évolution du concept de santé et de promotion pour la santé. Les auteurs demandent la création et la mise en œuvre d'une réforme qui serait cohérente avec les besoins actuels. En 1993, le Réseau Européen Ecoles en Santé (REES) est formé grâce à l'action conjointe de OMS-Europe, de la Commission des Communautés Européennes et du Conseil de l'Europe. Le REES identifie 12 critères que tout établissement scolaire devrait rencontrer pour être reconnu comme école en santé. Parmi ceux-ci, on retrouve « construire le programme de promotion de la santé à partir des attentes, des demandes et besoins des élèves », « promouvoir activement la santé et le bien-être des élèves » ou encore « exploiter le potentiel éducatif des services de santé dans l'optique d'un soutien actif du programme d'éducation pour la santé » (Caspers, De Bock & Lufin, 2001, p. 4). Pour respecter ces critères, l'établissement scolaire et le service IMS auquel celui-ci est rattaché doivent travailler de façon conjointe.

En 1997, considérant les recommandations amenées par la Charte d'Ottawa, le décret portant sur l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française (*annexe n°2*) est publié. Il décrit les lignes de force de la politique de promotion de la santé en Communauté française et de la politique de médecine préventive considérée de manière collective. Ce décret s'adresse à la population belge et ne cible pas seulement une tranche d'âge bien précise. Il faudra attendre 2001 pour que l'on puisse parler de PSE et non plus d'IMS. En effet, c'est lors de cette année que le décret relatif à la Promotion de la Santé à l'Ecole (*annexe n°3*) est publié. Il réforme l'IMS devenue inadéquate ; dès lors, celle-ci est renommée en l'appellation de Promotion de la Santé à l'Ecole. Par ce terme, on signifie que la santé ne se limite pas à ses aspects médicaux et qu'elle a une influence à tous les niveaux de l'existence. Prônant une approche globale de la santé, l'objectif n'est plus de conserver son état de santé mais d'essayer de l'améliorer. Ce décret va permettre la création de services de Promotion de la Santé à l'Ecole (services PSE). Ceux-ci ont pour missions :

1. la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé. On réalise au moins un projet de service en répondant spécifiquement aux besoins des écoles.
2. le suivi médical des élèves qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination. Au lieu des onze-douze bilans de santé prévus dans le cadre de l'IMS, désormais, les bilans sont fixés à cinq au minimum et huit au maximum sur l'ensemble de la scolarité de l'élève.
3. la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles.
4. l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires

Un an plus tard, en 2002, le décret relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités *(annexe n°4)* est publié. Outre les missions similaires (décrites ci-dessus) à celles du décret de 2001, on retrouve l'organisation de points santé : ceux-ci sont proches de chaque haute école, école supérieure des arts ou institut supérieur d'architecture et assurent des permanences qui ont pour objectifs d'écouter l'étudiant, de l'informer et de le conseiller en termes de santé ou encore de l'orienter vers une structure de santé adéquate. En 2013 sort le décret intersectoriel *(annexe n°5)* qui vise à favoriser le bien-être des jeunes à l'école, l'accrochage scolaire (notamment par la prévention du décrochage scolaire, de l'absentéisme et de l'exclusion), la prévention de la violence à l'école et l'accompagnement des démarches d'orientation scolaire. Parmi les acteurs ayant un rôle à jouer, on retrouve la PSE. Suite à la 6ème réforme de l'Etat de 2015, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) reçoit de nouvelles compétences relatives au suivi préventif de la santé des enfants. Dès lors, l'ONE se voit, en outre, attribuer l'accompagnement et le subventionnement des services PSE. Enfin, le 13 mars 2019, la Fédération Wallonie-Bruxelles vote le nouveau décret légiférant la PSE qui remplace les décrets de 2001 et 2002 (Moniteur Belge, 2019, para.1 : *annexe n°6*). Il n'y a pas de changement fondamental des missions PSE.

3.2 Définition de la PSE

D'après Blanchard, Perry, St Leger & Young (2010), la promotion de la santé en milieu scolaire se définit comme « toute activité entreprise afin d'améliorer et/ou de protéger la santé de tous au sein de la communauté éducative ». Elle inclut des activités liées aux cinq axes décrits par la Charte d'Ottawa et parmi ceux-ci, on retrouve les services de santé scolaire. Ceux-ci sont liés ou intégrés à l'école et assurent le suivi de santé ainsi que la promotion de la santé des enfants et adolescents.

L'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la santé (s.d) a identifié deux grandes raisons qui doivent nous pousser à promouvoir la santé dans les milieux scolaires. La première vise l'amélioration des résultats scolaires. En effet, promouvoir la santé à l'école présente un effet bénéfique sur l'apprentissage des élèves. La seconde raison qui justifie sa mise en place est qu'elle apporte aux bénéficiaires des compétences en matière de santé qu'ils sont susceptibles de mettre en pratique dans leur vie quotidienne. C'est par ce biais qu'on espère leur faire adopter des comportements appropriés de santé.

3.3 Organisation de la PSE en Belgique

L'ONE (2018) nous explique qu'en Belgique, chaque école est rattachée à un service spécifique en ce qui concerne la PSE. Le service qui s'en charge sera différent selon l'enseignement.

→ Pour l'enseignement subventionné, ce sont les services PSE.

→ Pour l'enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles, ce sont les centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française (centres PMS-CF) qui ont, en plus des missions PMS qui leur sont habituellement dévolues, les missions PSE.

Le tableau n°1 ci-dessous permet de distinguer clairement les services PSE des centres PMS-CF.

Les services PSE : missions PSE seules	**Les centres PMS**
➢ Subventionnés par la Fédération WB : - Réseau libre - Réseau officiel : communal, provincial, COCOF Dépendent de l'enfance + ONE (85% des élèves suivis par les services PSE)	➢ Subventionnés par la Fédération WB : missions **PMS** seules - Réseau libre - Réseau officiel : communal, provincial, COCOF Dépendent de la Direction Générale de l'Enseignement ➢ **Organisés par la Fédération WB** : missions **PSE** et missions **PMS** (15% des élèves suivis PSE) Dépendent de la Direction Générale de l'Enseignement

Tableau n°1 : Vermeeren (2018-2019)

L'arrêté du 13 juin 2002 (*annexe n°7*) fixe les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé. Les élèves sont soumis à des bilans de santé obligatoires à différents moments de leur scolarité. Selon l'année scolaire et le type d'enseignement, le tableau n°2 présente les bilans de santé obligatoires et spécifie s'il s'agit d'un bilan complet ou partiel.

Enseignement maternel		
1ère maternelle : examen partiel sensoriel	3ème maternelle : examen complet (+ maturation neuro-motrice)	
Enseignement primaire		
2ème primaire : examen complet	4ème primaire : examen partiel (vue)	6ème primaire : examen complet + questionnaire d'habitudes de vie.
Enseignement secondaire		
1er degré (1ère différenciée + 2ème secondaire) : examen complet + questionnaire d'habitudes de vie	2ème degré (4ème secondaire) : examen complet + questionnaire d'habitudes de vie.	
Enseignement spécialisé + CEFA		
A l'entrée et puis tous les deux ans		
Enseignement supérieur hors universités		
Lors de la 1ère inscription : examen complet		

Tableau n°2

Ces bilans de santé obligatoires ont tendance à aborder les aspects strictement médicaux de la santé via par exemple l'examen biométrique, le bilan vaccinal et l'examen médical. Cependant, à partir de la 6ème primaire, le bilan comprend également un questionnaire destiné aux élèves, sur leurs habitudes de vie en relation avec leur santé.

Les résultats et conclusions des bilans de santé sont transmis aux parents/tuteurs légaux ou à l'étudiant lorsqu'il est majeur. Dans le cas où l'élève nécessiterait un suivi ou un bilan psycho-médico-social, les informations sont aussi communiquées au médecin traitant et/ou au médecin du centre PMS par l'intermédiaire des parents.

3.4 L'implication des services PSE en matière de santé mentale lors du bilan de santé

Nous allons ici nous intéresser aux actions mises en place par les services PSE pour évaluer la santé mentale des adolescents. Les entretiens réalisés lors de la phase qualitative de ce travail m'ont permis d'apprécier les différentes réalités de terrain en la matière.

Les bilans de santé organisés en PSE doivent évaluer la santé globale. L'examen biométrique ou encore l'examen clinique visent à récolter des informations sur la santé physique et objective. En ce qui concerne l'évaluation des aspects psychologiques et sociaux, les pratiques des services PSE sont variables. L'Arrêté du 13 juin 2002 (*annexe n°7*) précise de façon très claire, selon l'année scolaire, ce qui doit être pratiqué lors du bilan de santé. A partir de la 6ème primaire, on retrouve un document particulier : le questionnaire d'habitudes de vie en relation avec la santé. Ce que doit comprendre ce questionnaire n'est pas précisé par l'Arrêté ; dès lors, les services PSE décident de ce qu'ils y insèrent. Par conséquent, certains

questionnaires d'habitudes de vie abordent simplement les comportements de santé au sens strict du terme et d'autres y incluent des éléments de bien-être psychosocial. De plus, les modalités de passation de ce questionnaire ne sont pas non plus précisées par l'arrêté : par conséquent, pour certaines services PSE, les habitudes de vie sont questionnées grâce à un questionnaire papier et pour d'autres, elles le sont lors d'une discussion, pendant le bilan de santé, soit avec l'infirmière, soit avec le médecin. Par ailleurs, on retrouve également des services PSE au sein desquels il n'existe pas de questionnaire d'habitudes de vie. Ce sont souvent des contraintes de temps et d'organisation qui sont avancées pour expliquer que des questions liées au bien-être psychosocial ne soient pas posées aux adolescents.

Un autre document susceptible de contenir des informations de l'ordre du psychosocial est l'anamnèse médicale. Celle-ci doit, entres autres, comprendre les antécédents familiaux et médicaux mais elle représente également l'opportunité d'obtenir des informations de la part des parents sur le bien-être général de l'adolescent. Des exemples d'anamnèses médicales se trouvent en *annexes n°8 et n°9* et permettent à nouveau de réaliser combien les pratiques en matière de santé mentale sont différentes d'un service PSE à l'autre. En effet, la première anamnèse médicale (*annexe n°8*) questionne les parents sur le bien-être psychosocial de l'adolescent en incluant une échelle de fréquence (jamais, parfois, souvent) quant à la présence de certains signes tels que la tristesse, l'anxiété, les difficultés relationnelles ou encore les idées noires. A contrario, la seconde anamnèse médicale *(annexe n°9)* ne comprend aucun élément de santé mentale de l'adolescent. Il convient également de préciser que l'anamnèse est le plus souvent complétée par les parents et peu par l'adolescent.

3ème constat :

La PSE dit s'intéresser à la santé globale des élèves et des étudiants de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Mais l'évaluation de l'aspect psychologique et social de la santé n'est pas homogène dans tous les services PSE, lors du bilan de santé. Pour les adolescents de 12 à 15 ans qui sont particulièrement vulnérables au niveau émotionnel, les bilans de santé PSE pratiqués en 6ème primaire et 2ème secondaire devraient d'autant plus inclure une évaluation psychosociale rigoureuse. Afin que tous les adolescents bénéficient de la même attention, il est utile d'homogénéiser et de standardiser les pratiques en la matière. La création d'un questionnaire d'autoévaluation destiné aux élèves de 6ème primaire et 2ème secondaire pourrait rencontrer cet objectif. La partie suivante développera en quoi consiste une évaluation psychosociale pertinente, les problématiques psychosociales les plus fréquentes ainsi que différents outils validés. C'est sur base de ces nombreux éléments que le questionnaire sera créé.

4. L'évaluation psychosociale de l'adolescent

Comme l'expliquent Michel & al (2008), l'évaluation psychologique de l'adolescent doit consister en une approche intégrée de la psychopathologie. Elle se doit d'être plurisource c'est-à-dire qu'elle doit avoir recours autant à l'individu concerné, qu'à ses parents ou encore au personnel scolaire et/ou médicopsychosocial. C'est l'unique façon de dresser un tableau fidèle et global de la santé mentale de l'adolescent. Cette évaluation psychosociale comprend deux axes : théorique et méthodologique. L'axe théorique s'appuie sur une connaissance actualisée de la psychopathologie alors que l'axe méthodologique combine l'entretien clinique avec l'utilisation de tests et instruments standardisés. Parmi les instruments d'évaluation psychologique, on retrouve deux approches : catégorielle et dimensionnelle. L'approche catégorielle consiste en une évaluation diagnostique, fondée sur des entretiens standardisés plus ou moins structurés. L'approche dimensionnelle n'a pas pour objectif de poser un diagnostic de trouble mental mais uniquement de dresser le profil psycho-symptomatologique du jeune. C'est dans le cadre de cette approche dimensionnelle que l'on retrouve les grilles d'auto/hétéroévaluation.

Préalablement, il est utile de s'intéresser aux problématiques prégnantes chez les adolescents de 6ème primaire et 2ème secondaire. Celles-ci permettent de cibler ce que devra aborder le questionnaire.

4.1 Quelques problématiques psychosociales spécifiques de l'adolescent

Avant d'aborder de façon exhaustive quelques troubles mentaux de l'adolescent ainsi que ses manifestations, il est important de préciser que dans 55% des troubles mentaux, il y a coexistence d'un ou plusieurs autres troubles (Anderson & al, 1987, para.1). Les problématiques qui sont citées ci-dessous devront faire l'objet d'une attention toute particulière pour la création de l'outil d'évaluation psychosociale. Il s'agit des problématiques que j'ai le plus fréquemment retrouvées dans les nombreux écrits consultés et pour lesquelles des données statistiques spécifiques aux adolescents sont disponibles.

a) La dépression

Cette problématique était importante à aborder car selon la dernière enquête HBSC de 2014 (OMS, 2017), en Europe, le pourcentage d'adolescents déclarant être dans un état de déprime plus d'une fois par semaine augmente de 13% à 21% entre les âges de 11 à 15 ans. Cette évolution est d'ailleurs plus marquée chez les filles que chez les garçons.

Parmi les symptômes de l'épisode dépressif majeur répertoriés par le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2015), on retrouve une humeur dépressive ressentie ou manifeste. Chez l'adolescent, on note davantage une irritabilité plutôt qu'une tristesse. Le DSM-IV-TR cite également la perte d'intérêt ou de plaisir, la perte ou la prise de poids, un sommeil altéré (insomnie ou hypersomnie) ou encore des difficultés de concentration. Ces symptômes ne sont pas spécifiques à l'adolescence, ils s'appliquent également à l'adulte déprimé.

Grâce aux études de Grossman & al (2010) et de Alvarado & al (2017), j'ai pu mettre en évidence les comportements spécifiques de l'adolescent qui peuvent nous faire penser qu'il est en dépression. Cependant, il est important de préciser que, dans certains cas, malgré la présence d'un ou plusieurs de ces symptômes, l'adolescent se porte bien psychiquement. Premièrement, l'adolescent obèse et/ou ayant une mauvaise perception de la santé a une plus grande probabilité de présenter une détresse psychique. De plus, la façon dont le jeune se perçoit physiquement peut avoir une influence sur le développement de symptômes dépressifs : un adolescent insatisfait de son image corporelle a plus de probabilité d'être déprimé. Ensuite, le fait de passer plus de temps sur l'ordinateur, d'avoir des conflits avec ses parents et amis et de rencontrer des difficultés scolaires peuvent être des signes de dépression chez l'adolescent. Enfin, les deux études citées supra ont prouvé de façon semblable que l'usage du tabac et de l'alcool était un facteur de risque de la dépression et qu'il constituait également un symptôme comportemental de l'adolescent déprimé. L'étude la plus récente (2017) a démontré de façon

précise que les jeunes faisant usage du tabac et de l'alcool ont respectivement 1.5 et 1.4 fois plus de probabilités de présenter des symptômes dépressifs.

En ce qui concerne les aspects somatiques de la dépression de l'adolescent, une étude suédoise réalisée par Bohman, Jonsson, Olsson, Päären & Van Knorring (2012) a démontré l'existence d'une relation de cause à effet entre le nombre de symptômes somatiques et la survenue d'attitudes suicidaires, d'épisodes bipolaires et psychotiques et de la dépression chronique et récurrente. Cette étude a également identifié deux signes physiques de la dépression et de l'anxiété chez l'adolescent : les douleurs abdominales persistantes et la transpiration sans effort.

Avant que l'adolescent dépressif n'en arrive à adopter un comportement suicidaire, il est important que toutes les personnes fréquentant l'enfant, que ce soit le personnel scolaire, médical ou encore les parents, soient attentifs aux signes par lesquels il est susceptible de montrer sa détresse. De cette façon, une aide psycho-médico-sociale pourra être proposée au jeune.

b) Le harcèlement scolaire

Le harcèlement à l'école, aussi appelé « schoolbullying » ou brimades, est une thématique actuelle au cœur des préoccupations éducatives et sanitaires par ses conséquences préjudiciables plus ou moins importantes tant à court qu'à long terme. Une enquête réalisée par Baudoin, Galand & Hospel (2014), au sein d'écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles et plus particulièrement dans des classes de la 6ème primaire à la 3ème secondaire, a démontré qu'un élève sur trois est impliqué dans des situations de harcèlement. D'autres chiffres ont été apportés par l'OCDE (2015) : ils révèlent qu'en Belgique, environ 17% des jeunes de 11 à 15 ans seraient victimes de brimades au sein des établissements scolaires. Ce chiffre n'est pas anodin : il est au-dessus de la moyenne de 10% de tous les pays participant à l'étude. Environ une centaine de milliers de jeunes participent à des faits de harcèlement au sein des écoles primaires et secondaires de la fédération Wallonie- Bruxelles. Enfin, environ 75% des jeunes de 11 à 15 ans considèrent que leurs camarades de classe sont gentils et obligeants. Même si ce chiffre est supérieur à la moyenne de l'OCDE qui est de 70 %, il signifie quand même qu'un adolescent belge sur 4 ressent de la malveillance de la part de ses camarades.

Le harcèlement est une forme intentionnelle de violence envers autrui qui se répète. La violence est définie comme suit : « utilisation ou menace d'utilisation de la force physique ou psychologique, contre soi, une autre personne ou un groupe de personnes, entraînant ou susceptible d'entraîner la mort, la souffrance psychologique, des troubles du développement, ou

encore des dommages corporels ou matériels, ou des atteintes à la propriété. » (Gittins, 2006, p. 13). Le Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation (2015) distingue le harcèlement direct du harcèlement indirect : le premier désigne des comportements ouverts et directs se manifestant de manière verbale, matérielle ou physique alors que le second rassemble des comportements plus subtils et centrés sur la relation (exemples : rumeurs, exclusion, rejet, ignorance). En effet, le harcèlement peut prendre différentes formes : verbales, corporelles, matérielles (vol, racket…), relationnelles (ex : rejet, exclusion) ou numériques (via les SMS ou les réseaux sociaux ; cyberharcèlement).

Cette problématique se caractérise par une dynamique de groupe toute particulière. Juvonen & Graham (2011) nous informent qu'au sein d'un groupe, les enfants/adolescents adoptent des rôles qui peuvent influencer le phénomène de harcèlement. Parmi ces rôles, on retrouve l'agresseur, la victime, le supporteur qui encourage l'harceleur, le défenseur qui tente de stopper l'agression et le « bystander » ou « outsider » qui est le témoin de la scène. La dynamique de groupe est orientée vers la réalisation d'objectifs et les valeurs du leader influencent la nature de ceux-ci. Soit il existe un conformisme et une certaine cohésion au sein du groupe, soit un individu est déviant, il s'oppose aux objectifs et peut être sujet au harcèlement.

Chez les jeunes, le harcèlement scolaire provoque différentes réactions : l'isolement, le désespoir, la colère, la frustration, l'humiliation en plus d'éventuelles blessures physiques. Le jeune peut également développer une phobie du système scolaire qui s'exprime par de l'absentéisme et un échec scolaire. De plus, il peut se replier sur lui-même, endosser une responsabilité par rapport à la situation vécue et souffrir de troubles psychologiques et somatiques tels que la dépression pouvant parfois mener au suicide. En effet, Clements, Cooper & Holt (2012) évoquent plusieurs études démontrant une forte corrélation entre harcèlement et suicide chez les jeunes. Ils nous apprennent également que les victimes de harcèlement sont 2 fois plus à risque de suicide. Gittins (2006) insiste sur la nécessité d'une prise en charge et l'intervention d'un personnel médical approprié. Il est important de signaler que ces réactions se manifestent sur l'ensemble des parties prenantes, aussi bien les victimes, les témoins que les auteurs.

c) Phobie scolaire

« Chez les jeunes, le vécu scolaire peut jouer un rôle positif dans la construction de l'amour propre, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et leur comportement en matière de santé. A l'inverse, il peut aussi être un facteur de risque, avec des effets négatifs sur leur santé mentale

et physique. » (OCDE, 2015, p. 188). Viner & al (2012) ont démontré que les élèves qui n'apprécient pas l'école ou ne se sentent pas en phase avec celle-ci ont davantage de risques d'être en échec, d'être sujet au décrochage scolaire et de développer des problèmes de santé mentale. Il se trouve qu'en Belgique, à peu près 30 % des adolescents de 11 à 15 ans disent ne pas aimer l'école et 9 % se sentent stressés du fait du travail scolaire.

Scharmann (2011) explique que le terme de phobie scolaire, également appelé refus scolaire anxieux, a été défini pour la première fois par Johnson & al de cette façon : « l'impossibilité pour un enfant ou adolescent d'aller à l'école et la réaction d'angoisse qui se déclenche lorsque l'on tente de le contraindre à y aller ». Il faut distinguer la phobie scolaire de l'école buissonnière : dans le cadre de l'école buissonnière, l'élève ne veut pas aller à l'école car il préfère errer dans les rues, il le cache à ses parents, il n'éprouve aucune anxiété et aucun intérêt par rapport au travail scolaire. Au contraire, l'enfant/adolescent atteint de phobie scolaire désire aller en classe et a des ambitions scolaires mais n'arrive plus à se rendre à l'école à cause de son anxiété. Selon Scharmann (2011), la phobie scolaire des adolescents est un moyen par lequel ils témoignent de difficultés psychiques, de nature et de gravité variables. Elle serait la cause ou la conséquence du mal être de certains jeunes. Boë (2010) précise que, outre la réaction d'angoisse devant la contrainte d'aller aux cours, la phobie scolaire peut aussi se manifester par des symptômes somatiques : nausées, douleurs abdominales, céphalées. L'auteur considère que cette problématique serait causée par le déplacement d'un conflit inconscient sur l'école. L'adolescent en est sujet étant donné la fragilité narcissique caractéristique de cet âge.

Pour comprendre ce qui pousse l'adolescent à ne plus se rendre aux cours, il faut analyser ce qu'il fuit dans l'école. Scharmann a identifié 4 grands types de causes : la confrontation au groupe de pairs (ex : le harcèlement scolaire), la compétition, la réussite et l'obéissance aux parents (la phobie scolaire est un moyen d'opposition aux parents) et le savoir scolaire (ressentis très douloureux face à une chute des résultats scolaires). Le Heuzey (2010) a identifié de façon plus large les facteurs de risques et troubles causant la phobie scolaire. D'une part, on retrouve les facteurs de risques individuels avec le tempérament et la vulnérabilité familiale. D'autre part, on retrouve les facteurs de risques environnementaux. Il s'agit des événements de la vie (ex : séparation des parents) ou encore des attitudes parentales.

d) Troubles du comportement alimentaire

Je me suis intéressée à cette problématique car en Belgique, une enquête menée par Lebacq en 2015 a révélé que 3,7 % de la population belge âgée de 10 à 64 ans présentaient des troubles du comportement alimentaire. Elle précise que la proportion d'individus susceptibles

de souffrir de ces troubles est la plus élevée chez les 10-13 et les 14-17 ans. Chaulet & al (2015) ainsi que Kreipe (1998) expliquent que la fréquence d'apparition privilégiée des TCA se situe à l'adolescence étant donné les transformations corporelles et psychiques qui accompagnent le processus pubertaire se produisant à cette période.

« Les troubles des conduites alimentaires (TCA) chez l'adolescent sont des pathologies d'origine psychique dont les retentissements sont à la fois somatiques et psychologiques, témoignant ainsi des intrications étroites entre psyché et soma. Ces affections sont particulièrement complexes car au carrefour de la psychologie individuelle et des interactions familiales, du corps dans ses aspects les plus biologiques et de l'image du corps, sans oublier bien sûr les influences sociales et culturelles. » (Chaulet & al, 2015, p. 1). Comme l'évoque le DSM-IV-TR (2005), la notion de TCA cible trois catégories de diagnostic : l'anorexie, la boulimie et les troubles atypiques (ils ne rencontrent pas l'ensemble des critères de diagnostic de l'anorexie ou de la boulimie). Ces diagnostics ont pour caractéristique commune que l'individu a une perception altérée de la forme et du poids corporels.

L'anorexie mentale de l'adolescent se caractérise par :

« A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle. » (DSM-IV-TR, 2005, p. 682). L'anorexie mentale peut avoir une réelle incidence sur le développement pubertaire qui doit avoir lieu pendant l'adolescence. A titre d'exemple, elle peut retarder l'apparition des premières règles.

Roscoe (2010) nous explique que la boulimie se définit par des épisodes de frénésie alimentaire suivis de purges volontaires. La frénésie alimentaire consiste en une absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient. Elle se caractérise par un sentiment de perte de contrôle et est causée soit par une faim intense faisant suite à une période de restriction alimentaire soit par des tensions interpersonnelles, émotions difficiles auxquelles l'adolescent ne peut pas faire face. Cet épisode de frénésie aboutit à des sentiments de honte et d'anxiété. Pour compenser le fait d'avoir trop mangé et prévenir la prise de poids, le jeune éprouve le besoin de se purger par différents moyens : vomissements provoqués, un niveau excessif d'exercice physique, le jeûne, la prise de laxatifs et/ou diurétiques. Le DSM-IV-TR (2005) nous rappelle que, bien que

certains puissent présenter un faible déficit ou une faible surcharge pondérale, l'adolescent boulimique est d'autant plus difficile à identifier qu'il a généralement un poids dans les limites de la normale.

Les TCA sont causés par des facteurs psychiques. Voici quelques exemples de causes cités par Roscoe (2010), Chaulet & al (2015) : la pression sociale pour avoir une certaine apparence et un certain comportement, la frayeur associée aux changements corporels de l'adolescence, les antécédents familiaux de TCA, des traits de personnalité tels que le perfectionnisme et la mauvaise estime de soi et les influences culturelles concernant l'idéal d'un corps mince. En effet, Lebacq (2015) évoque le fait d'être exposé à un idéal de minceur, l'internalisation de cet idéal et les préoccupations à l'égard de son poids comme des facteurs psychosociaux significatifs dans l'apparition de TCA. Chaulet & al (2015) abordent l'association d'autres troubles mentaux aux TCA et ils citent particulièrement les troubles dépressifs ou les troubles anxieux.

Outre les conséquences somatiques que peuvent induire les TCA et qui ne seront pas citées ici, il y a également un retentissement sur la santé mentale de l'adolescent. Parmi celles-ci, on retrouve l'isolement relationnel, une sexualité activement et massivement refoulée, l'irritabilité et les sautes d'humeur, l'anxiété, la tristesse et la dépression ainsi qu'une perte d'intérêt envers les activités régulières. Étant donné le panel de conséquences de fréquence et de gravité variable, le dépistage ainsi que la prise en charge de cette problématique doit faire l'objet d'une attention toute particulière. « Les interventions en matière de santé mentale destinées à ces adolescents doivent tenir compte non seulement des caractéristiques psychologiques de ces troubles mais aussi des tâches du développement à réaliser pendant l'adolescence et des enjeux psychosociaux propres à ce groupe d'âge » (Kreipe, 1998, p. 194).

4.2 Outils de dépistage

Quelques outils d'évaluation de la santé mentale des adolescents vous sont présentés ci-dessous. En plus des échelles globales, vous retrouverez également des outils de dépistage des problématiques psychosociales citées au point 4.1 de ce travail.

Ces outils ont été sélectionnés selon différents critères. Tout d'abord, ils abordent la santé de façon générale. Ensuite, il s'agit d'outils que l'individu autocomplète. Ils ont prouvé leur efficacité au travers de multiples études. Enfin, ces outils ont été testés et validés chez des adolescents.

a) Outil de dépistage de la dépression de l'adolescent

De nombreuses grilles d'évaluation de la dépression existent dans le domaine de la santé mentale mais elles sont exclusivement destinées aux adultes et ne sont dès lors pas adaptées aux personnes mineures. Cependant, plusieurs outils de dépistage ont été testés chez les adolescents. Parmi ceux-ci, le plus répandu se trouve être le WHO-5 (The 5-item World Health Organization Well-Being Index). La revue de littérature rédigée par Bech, Ostergaard, Sondergaard & Topp (2015) explique que le WHO-5 est un court questionnaire composé de 5 questions simples et non invasives qui touchent au bien-être subjectif des répondants. Grâce aux 213 articles analysés dans le cadre de cette revue, la haute validité clinimétrique du WHO-5 prouve son efficacité dans le dépistage de la dépression. L'outil a été testé et validé chez des enfants et adolescents. Pour les enfants de 9 à 12 ans, l'outil présente une sensibilité de 75% et une spécificité de 92% et pour les jeunes de 13 à 16 ans, sa sensibilité est de 74% et sa spécificité de 89%.

b) Outil de dépistage du harcèlement et cyberharcèlement

Thomas & al (2018) ont développé un outil permettant d'identifier les adolescents harcelés ou cyberharcelés. Il a été testé et validé chez des adolescents dont la moyenne d'âge était de 14 ans. Il s'est inspiré d'échelles existantes : The Olweus bully-victim questionnaire, The peer relations questionnaire et The Bullying Scale développée par Shaw en 2013. The Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents (BCSA) que Thomas & al ont créée comprend deux parties distinctes, chacune déclinée en 13 items : la première concerne la victimisation et la seconde la perpétration. Chaque partie est subdivisée en 2 avec d'une part, les signes de harcèlement et d'autre part, les signes de cyberharcèlement.

c) Outil de dépistage de la phobie scolaire

The SChool REfusal EvaluatioN (SCREEN) a été conçue par Gallé-Tessonneau, Doron, Grondin & Kolek (2018) pour dépister la phobie scolaire des adolescents. Cet outil d'autoévaluation a été validé par des professionnels du secteur ainsi que par des adolescents français de 12 à 16 ans. Ils ont donné leur avis quant à chaque item sélectionné. L'outil final comporte 18 items repartis en 4 grands thèmes : l'école, la vie quotidienne et familiale, la socialisation secondaire et la santé. Chaque thème est composé de sous dimensions. Le SCREEN présente une sensibilité de 94 % et une spécificité de 88 %.

d) Outil d'évaluation de l'estime de soi

L'estime de soi est un indicateur du bien-être psychologique de l'individu. En effet, plusieurs études mentionnées par Terriot, Bourcier, Lallemand & Vignoli (2016) ont démontré qu'un faible niveau d'estime de soi est généralement associé à un niveau élevé d'anxiété, de dépression, d'irritabilité, d'états affectifs, à une moins bonne santé physique ainsi qu'à une moins bonne satisfaction à l'égard de la vie. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg a été conçue spécifiquement pour évaluer l'estime de soi des adolescents. Celle-ci a été traduite et validée au niveau canadien et français par Vallerand & Vallières (1990). En tenant compte de 4 études qui testaient l'outil chez des adolescents, les auteurs ont prouvé l'efficacité de l'échelle grâce à ses qualités psychométriques et plus particulièrement, son indice de cohérence interne qui a atteint des niveaux plus que satisfaisants (0.89, 0.90, 0.83 et 0.88). De plus, la corrélation pour le test-retest (r= 0.84) apparaît très adéquate. Grâce à sa brièveté de passation (10 items), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg est un outil facile à administrer. Un article plus récent rédigé par Allik & Schmitt (2005) avait pour objectif de comparer l'efficacité de l'outil au sein de 53 nations, selon leur traduction langagière et la culture prédominante du pays. Ils en ont conclu que la fiabilité interne et l'aspect structurel de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg sont psychométriquement solides et ce, pour de nombreuses langues et cultures. Mesurer l'estime de soi des adolescents peut permettre de repérer ceux qui se dévalorisent de manière excessive dans certains domaines et qui ont des difficultés psychologiques.

e) Outils de dépistage des TCA

On retrouve tout d'abord le EAT-26 (Eating Attitude Test-26 items). Comme l'expliquent Garfinkel & Newman (2001), il s'agit d'un questionnaire autocomplété par l'individu qui n'a pas d'efficacité pour dépister l'anorexie ou la boulimie en tant que tel mais plutôt pour identifier l'individu ayant des troubles du comportement alimentaire de façon générale. Les auteurs prouvent les qualités psychométriques de l'outil avec une sensibilité de 88% et une spécificité de 96%. La corrélation test-retest du EAT-26 est très bonne (0.84). Une étude de Berger & al (2012) réalisée en Allemagne sur des adolescents âgés de 11 à 13 ans a démontré l'efficacité du EAT-26 par un indicateur de cohérence interne équivalent à 0.85 pour les filles et 0.78 pour les garçons.

Un autre outil utilisé dans le cadre des TCA se trouve être le B.I.T.E (The Bulimic Investigatory Test, Edinburgh). Pedredo & al (2011) expliquent que celui-ci a pour objectif de détecter l'individu atteint de boulimie nerveuse et/ou de frénésie alimentaire et que l'outil comprend deux types d'items : les premiers évaluent les symptômes et les autres estiment la

sévérité des symptômes. L'étude menée par Pedrero & al (2011) visait à démontrer l'efficacité de l'outil selon le genre et l'âge. Lorsque le BITE a été testé chez des adolescents âgés de 12 à 19 ans, l'étude a conclu à des propriétés psychométriques adéquates. Sa validité interne en ce qui concerne les symptômes était de 0.95 alors qu'elle était de 0.70 pour les items de sévérité des symptômes.

f) Outils d'évaluation de la qualité de vie

The Adolescent Quality of Life Mental Health Scale (AQOL-MHS) est un moyen d'évaluer la qualité de vie des adolescents spécifiquement en ce qui concerne la santé mentale. Elle a été validée et testée par Chavez & al (2014) chez 254 adolescents de 12 à 18 ans vivant à Puerto Rico. The AQOL-MHS comporte 31 items répartis en trois catégories : la régulation des émotions, l'estime de soi et le contexte social. L'échelle a montré une bonne fiabilité test-retest ainsi que des preuves d'une validité discriminante.

Le VSP-A questionnaire (Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent, *annexe n°10*) représente un autre moyen d'évaluer la qualité de vie des jeunes mais cette fois, de façon globale. Simeoni, Antoniotti, Auquier, San Marco & Sapin (2000) ont validé cet outil auprès de 2951 adolescents français âgés de 11 à 17 ans. 73 % d'entre eux avaient entre 11 et 14 ans. Le VSP-A questionnaire tient compte de six dimensions : le bien-être psychologique, la vitalité, les amis, les parents, les loisirs et l'école. C'est une autoévaluation, rapidement complétée (moins de 15 minutes) qui a la capacité de correspondre aussi bien aux adolescents malades (atteints d'une pathologie somatique) qu'aux adolescents sains et de prédire l'impact des six dimensions sur leur statut de santé.

Conclusion partie n°1 : Pourquoi instaurer un outil standardisé d'autoévaluation psychosociale de l'adolescent de 6ème primaire et 2ème secondaire lors des bilans de santé PSE ?

Outre les éléments cités au point 2.1.a qui doivent nous pousser à identifier l'adolescent en détresse, on retrouve les bénéfices à utiliser des outils de dépistage de façon standardisée tels que ceux de la dépression. En effet, au travers de leur revue systématique, Gilbody, House & Sheldon (2009) ont tenté de démontrer les effets de l'utilisation de questionnaires de dépistage de la dépression à trois niveaux : l'amélioration du dépistage, l'amélioration de la prise en charge et l'amélioration des issues. Il apparaît une grande hétérogénéité de résultats entre les différentes études reprises dans cette revue systématique mais globalement, on constate qu'employer des questionnaires de dépistage de la dépression améliore l'identification ainsi que la prise en charge des personnes déprimées. Il est important de préciser que l'analyse a été faite pour des populations de tout âge mais on retrouve parmi elles des enfants et adolescents. De plus, Bailly & al (2016) expliquent combien l'évaluation des troubles mentaux est empreinte de plus de subjectivité que l'évaluation de troubles somatiques qui peut être validée, par exemple, par un dosage biologique. Dès lors, attribuer cette mission à un seul professionnel de la santé comme le médecin ou l'infirmière scolaire ne serait pas efficace. Enfin, le questionnaire serait le même dans tous les services PSE de la Fédération Wallonie-Bruxelles où les bilans de santé sont réalisés et permettrait une certaine homogénéité en termes de politique de santé mentale chez l'adolescent.

Ensuite, étant donné que les bilans de santé PSE sont censés évaluer de manière globale la santé et au vu des multiples problématiques psychosociales qui peuvent avoir une réelle incidence sur le bien-être perçu de l'adolescent, il est indispensable d'y inclure des moyens d'évaluation de la santé mentale de l'adolescent. Se limiter à un examen médical serait préjudiciable lorsque l'on est conscient des recommandations en matière de promotion de la santé à l'école. L'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la santé (s.d) décrit les qualités que doit rencontrer un système/une école promotrice de santé. Parmi celles-ci, on retrouve, entre autres, le fait qu'il doit promouvoir la santé et le bien-être de ses élèves et fournir un environnement sans danger et encadrant. Selon moi, profiter du moment « santé » que représentent les bilans de santé PSE pour identifier l'adolescent en détresse psychosociale serait tout à fait cohérent à l'accomplissement des deux qualités citées ci-dessus. Le remplissage de l'outil serait également un moyen pour le jeune de faire le point sur la

manière dont il vit son adolescence et de le rendre acteur de sa santé mentale. Enfin, le questionnaire pourrait permettre de favoriser le dialogue avec le jeune.

Bailly & al (2017) nous informent qu'en France, le repérage des troubles mentaux est déjà d'application dans le cadre des bilans systématiques qui sont réalisés à l'adolescence d'une part, à l'âge de 10-11 ans et d'autre part, à l'âge de 15-16 ans. Ils justifient l'utilité de ce dépistage par la présence de troubles mentaux tels que les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxieux ou encore la consommation de substances psychoactives. Ce repérage des troubles mentaux se pratique aux moyens d'outils standardisés de dépistage.

Enfin, utiliser un questionnaire d'autoévaluation chez l'adolescent me semble pertinent car exprimer sa détresse sera plus aisé à l'écrit plutôt qu'au travers d'un entretien pendant lequel l'adolescent doit se mettre à nu s'il souhaite manifester son mal-être. Lorsqu'on est conscient que 20 % des adolescents belges de 11 à 15 ans (OCDE, 2015, Comment va la vie pour les enfants ?) rencontrent des difficultés à communiquer avec leurs parents et que ceux-ci représentent un soutien considérable dans la gestion des situations stressantes et potentiellement sources de mal-être, le système de santé belge et plus particulièrement la PSE, au vu de ses missions, se doivent d'identifier les jeunes en situation de détresse afin de leur venir en aide.

PARTIE 2 :

MÉTHODOLOGIE

1. Construction du questionnaire

Afin de procéder de manière méthodologiquement correcte, cette partie se construira en suivant les étapes recommandées par Gallé-Tessonneau, Doron, Grondin & Kolek (2018) quant à la construction d'un questionnaire.

1.1 Définition des objectifs

a) Quels sont les objectifs de l'outil ?

L'objectif général de l'outil est de dresser un portrait psychosocial autorapporté par l'adolescent. De cette façon, on obtient des informations sur sa santé mentale perçue. Son intention n'est pas de diagnostiquer une pathologie psychiatrique. L'objectif premier de l'outil n'est pas non plus de diagnostiquer une problématique psychosociale en particulier mais bien d'avoir un aperçu général de la façon dont le jeune vit les changements liés à l'adolescence. Il doit pouvoir permettre au professionnel du secteur PSE, qu'il s'agisse du médecin ou de l'infirmière scolaires, d'ouvrir le dialogue avec le jeune. L'usage conjoint du questionnaire et du dialogue permettront d'identifier l'adolescent en détresse psychologique.

b) Quelle est la population cible ?

Il s'agit des adolescents de 6ème primaire et 2ème secondaire se présentant aux bilans de santé obligatoires prévus légalement par la PSE en 6ème primaire et la 2ème secondaire. Ces adolescents sont âgés de 11 à 15 ans.

c) Quel est le mode d'évaluation ?

Le défi de cet outil est qu'il doit être facilement et rapidement complété pour n'induire qu'un minimum de modifications de timing des bilans de santé. Un timing d'approximativement 20 minutes doit être consacré à la passation du questionnaire. Le choix du lieu et du moment pendant lequel sera complété le questionnaire est encore à réfléchir.

1.2 **Rédaction des thèmes**

Avant de parler des items en soi, il me semblait indispensable de dresser la liste des thèmes à aborder au sein du questionnaire. Ceux-ci spécifiés dans le tableau n°3 et ils sont, entre autres, liés aux sphères importantes de la vie d'un adolescent.

Thèmes	Justifications
1. Caractéristiques générales	Au sein de cette rubrique, on retrouve le nom et prénom de l'élève, son âge, son sexe mais également le statut socioéconomique de sa famille. Il s'agit de la rubrique d'identification et celle-ci permet de retrouver l'adolescent qui, via l'outil, se décrit comme vulnérable au niveau psychosocial.
2. Santé et mode de vie	Étant donné que certains comportements de santé peuvent être révélateurs d'un mal-être, il est intéressant d'interroger les adolescents sur leur consommation de tabac, d'alcool ou encore sur leur activité physique. A titre d'illustration, rappelons que la pratique d'activité physique a des effets bénéfiques sur les symptômes dépressifs, l'anxiété et le stress (Gaspar de Matos, Calmeira & Da Fonseca, 2009, p. 734).
3. L'école	Ce thème vise à aborder des sujets comme la performance scolaire, la relation aux autres (harcèlement scolaire) ou encore les manifestations de la phobie scolaire telles que l'absentéisme. En effet, l'adolescent passe une partie substantielle de son temps à l'école et son expérience en son sein a une influence sur son bien-être. Ce thème est d'autant plus à investiguer que Moreau & al (2017), au travers de l'enquête HBSC de 2014, ont souligné le degré de satisfaction relativement faible que les élèves ont vis-à-vis de l'école et le stress croissant que ceux-ci subissent au cours de leur scolarité.
4. Perception du corps	Cette rubrique permet d'évoquer les changements corporels liés à l'adolescence et la manière dont ils sont perçus et intégrés chez l'adolescent. Elle vise également à parler de l'altération de la perception du poids ou de la forme du corps qui peuvent être présents dans le cadre de TCA. Ce thème doit être abordé étant donné son influence sur la qualité de vie de l'adolescent (Helseth, Haraldstad & Christophersen, 2015, p. 1). De plus, en Belgique, d'après l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017), 31,75% des élèves de 6ème primaire et 39.5% des élèves de 2ème secondaire se perçoivent un peu ou beaucoup trop gros.

Thèmes	Justifications
5. Anxiété et stress	Au sein de cette rubrique, l'adolescent est questionné sur ses stratégies d'adaptation au stress. De plus, différentes questions lui sont posées pour évaluer la présence ou non de symptômes d'anxiété et de dépression mais également pour apprécier l'estime de soi du jeune. Il semble indispensable d'aborder la santé mentale au sens strict car l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2014) a révélé qu'à la question « comment te sens-tu pour le moment ? », 36% des élèves de 6ème primaire et 46.5% des élèves du secondaire de la Fédération Wallonie Bruxelles disent ne se sentir heureux que « parfois » ou « rarement ».
6. Famille	Ce thème est capital car, en général, la famille représente le soutien le plus important de l'adolescent. Dès lors, l'interroger sur le type de relations et de communication qu'il entretient avec ses parents semble intéressant. En effet, l'étude réalisée par Buelga, Cava & Musitu (2014) a démontré un lien direct entre le type de communications avec les parents et la satisfaction par rapport à la vie chez l'adolescent et de façon indirecte, sur l'estime de soi et le sentiment de solitude.
7. Amis	Au sein de cette rubrique, on estime dans quelle mesure le jeune voit ses amis pendant son temps libre et si ceux-ci constituent des personnes de confiance à qui il peut évoquer ses problèmes. « En ce qui concerne le soutien que les adolescents perçoivent de la part de leurs ami(e)s, les résultats de l'enquête montrent qu'en 2014, 44 % des adolescents scolarisés en FWB peuvent être considérés comme percevant un soutien élevé de la part de leurs ami(e)s. » (Moreau & al, 2017, p. 252)

Tableau n°3

1.3 Rédaction des items

Il s'agit des items du questionnaire qui se trouve en *annexe n°11*.

a) Thème n°1 : Caractéristiques générales

Le titre de cette première rubrique a pour appellation « A propos de toi ». On y retrouve quatre questions. Le premier item demande le nom, prénom et l'institution scolaire de l'élève et permet une identification claire. Il n'est pas inclus lors de la phase test du questionnaire pour privilégier confidentialité. Le second et troisième items concernent l'âge et le sexe. Il s'agit à nouveau d'éléments d'identification mais également des moyens d'appréhender les problématiques psychosociales les plus fréquentes à un âge et/ou pour un sexe en particulier. L'item n°4 questionne l'adolescent sur la condition socioéconomique de sa famille. En effet, comme le développe la revue de littérature publiée par Linley, Maltby & Proctor (2008), on

observe une corrélation positive entre le statut socioéconomique et la satisfaction par rapport à la vie chez les adolescents. L'item n°4 est issu de l'enquête SILNE-R réalisée par l'Université Catholique de Louvain (UCL) et qui porte sur le tabac chez les adolescents (Lorant & al, 2015).

b) Thème n°2 : Santé et mode de vie

Le titre de cette rubrique a pour appellation « Ta santé ». Elle comporte quatre questions à propos de la consommation de tabac, d'alcool, l'activité physique et le cannabis. L'item n°4 évalue la consommation de tabac de l'adolescent, élément symptomatique d'un mal-être. Par l'item n°5, on évalue la consommation d'alcool du jeune, élément révélateur d'une détresse psychique. Sa formulation fait en sorte qu'il n'y ait aucune confusion possible quant à ce qu'on considère comme alcoolisé ou non. L'item n°6 concerne l'activité physique. En effet, celle-ci représente un élément protecteur de la dépression mais son intensité et sa fréquence peuvent être révélateurs de TCA, c'est pourquoi une question devait lui être dédiée L'item n°7 questionne l'adolescent sur son éventuelle consommation de cannabis. Les 4 items sont issus de l'enquête SILNE-R réalisée par l'UCL (Lorant & al, 2015).

c) Thème n°3 : Ecole

Le titre de cette rubrique a pour appellation « ton école et toi ». Elle comporte quatre questions. La question n°8 est importante car la performance scolaire de l'adolescent représente tout autant une cause de mal être qu'une conséquence. La façon dont le jeune assume son travail scolaire peut refléter certaines difficultés psychosociales. C'est une question issue de l'enquête SILNE-R réalisée par l'UCL (Lorant & al, 2015). L'item n°9 permet d'évoquer les symptômes de la phobie scolaire et d'apprécier la manière dont le jeune vit et ressent sa scolarité. Elle a été créée à partir des trois outils suivants : SCREEN, VSP-A et l'enquête SILNE-R de l'UCL (Lorant & al, 2015). L'item n°10 illustre les comportements auxquels est soumis un adolescent harcelé. Cette dixième question aborde précisément le harcèlement scolaire « en face à face » mais aussi le cyberharcèlement. A travers cet item, on tente d'identifier la victime de harcèlement, réalité ayant un impact parfois dévastateur sur la santé mentale du jeune. C'est un tableau qui est tiré d'un outil de dépistage qui se nomme BCSA. J'ai moi-même traduit les phrases du BCSA de l'anglais au français. L'item n°11 évoque les adolescents harceleurs, témoins ou encore supporteurs qui encouragent les premiers. On évalue ici l'autre versant du harcèlement c'est-à-dire la perpétration. Ces adolescents non victimes ne doivent pas être oubliés car à nouveau, des comportements d'agressivité, de méchanceté, d'exclusion à l'égard

d'un camarade de classe peuvent révéler une grande souffrance psychologique. Cet item est issu de l'enquête SILNER de l'UCL (Lorant & al, 2015).

d) Thème n°4 : Perception du corps

Le titre de cette rubrique a pour appellation « Ton corps et toi ». Elle comprend trois questions. Les phrases de l'item n°12 sont issues des questionnaires EAT 26 et B.I.T.E/SCOFF. J'ai choisi de ne pas insérer les phrases qui évoquaient clairement les TCA telles que « je me fais vomir parce que je me sens mal d'avoir trop mangé ». En effet, le but de cet item n'est pas de dépister les TCA mais plutôt de cerner la façon dont le jeune perçoit son corps et la manière dont cela induit certains comportements alimentaires telles que la diète. En ce qui concerne l'item n°13, je l'ai moi-même créé sur base des normes de BMI. L'objectif de cette question est de pouvoir cerner le BMI perçu de l'adolescent et de pouvoir le confronter au BMI réel issu des données médicales. De cette façon, on pourrait identifier le jeune ayant une altération de l'image corporelle. Enfin, l'item n°14 permet d'apprécier le ressenti du jeune en ce qui concerne ses changements physiques. Les deux premières lignes tentent de cerner si l'adolescent considère sa puberté comme précoce, rapide ou normale. Étant donné que la façon dont il intègre ses remaniements corporels dépend du regard des autres mais aussi de l'évolution de ses camarades, les 4 dernières lignes me semblent pertinentes. Cet item n'est issu d'aucune échelle : je l'ai moi-même créé sur base de la littérature sur le sujet. Etant donné que la visite médicale est un lieu légitime pour parler de la santé, en ayant connaissance de la façon dont il perçoit ses changements physiques, les professionnels de la santé pourraient rassurer le jeune mais aussi répondre à ses questions s'il en ressent le besoin.

e) Thème n°5 : Anxiété et stress

Le titre de cette rubrique a pour appellation « comment te sens-tu ? ». Par cette appellation, on tend à montrer l'intérêt que l'on porte au moral, à l'humeur, bref à la santé mentale de l'adolescent. Cette rubrique permet de cerner l'aspect strictement psychologique de la santé de l'adolescent, sans évoquer ses relations sociales. Elle comprend trois questions. La première, l'item n°15, questionne l'adolescent sur la présence ou non de symptômes dépressifs au travers de 5 phrases simples et non invasives. Il s'agit de l'outil de dépistage de la dépression WHO-5. Ensuite, l'item n°16 permet d'appréhender la manière dont le jeune s'adapte au stress et aux situations difficiles. Étant donné le lien démontré entre certains mécanismes d'adaptation (évitant et centré sur les émotions) et la dépression, en tentant de connaître les comportements par lesquels le jeune réagit au stress, on peut identifier celui qui est plus vulnérable

psychologiquement parlant. Cet item n'est pas issu d'un outil validé : il s'agit de la question utilisée dans le cadre de l'étude réalisée par Hill, Horwitz & King (2011) et qui avait pour objectif de peser l'impact des stratégies d'adaptation au stress sur le développement de la dépression chez l'adolescent. Enfin, étant donné que l'estime de soi est un élément protecteur en termes de santé mentale ou, à contrario, qu'une faible estime de soi peut être révélatrice d'un certain mal-être, évaluer comment l'adolescent se perçoit et se considère me semblait intéressant dans le cadre de ce questionnaire. Pour l'item n°17, il s'agit de l'outil d'évaluation de l'estime de soi de Rosenberg.

f) Thème n°6 : La famille

Cette rubrique a pour appellation « ta famille et toi ». Elle ne comprend qu'une seule question : l'item n°18 qui reprend les 6 questions faisant référence à la famille au sein du VSP-A questionnaire. Par ces quelques phrases, on peut déterminer si l'adolescent entretient de bonnes relations avec sa famille ou non et s'il la considère comme un levier à consulter lorsqu'il en ressent le besoin. En précisant que par famille, on entend les personnes avec lesquelles vit l'adolescent, on tend à englober sous le terme de famille les différentes configurations familiales existantes.

g) Thème n°7 : Les amis

Cette rubrique a pour appellation « tes amis et toi ». Elle ne comprend qu'une seule question : l'item n°19 qui est issu du VSP-A questionnaire. En effet, il s'agit des questions liées aux amis ainsi que celles concernant les loisirs. J'ai décidé d'inclure ces dernières car elles comprenaient également le temps libre en compagnie des copains/copines. Par cet item, on peut évaluer dans quelle mesure l'adolescent a un cercle d'amis plus ou moins grand ou pas et surtout, si ces personnes constituent des personnes de confiance à qui le jeune peut se livrer. Effectivement, avoir des personnes de soutien lors des moments difficiles représente un élément protecteur pour la santé mentale.

h) Rubrique « expression de soi »

Par ce cadre, je souhaitais donner la parole au jeune en dehors de toute question bien précise. Il a ainsi la possibilité et la liberté de raconter un événement difficile, de manifester un mal-être par ses propres moyens d'expression (dessins, mots).

2. Méthode de collecte des données

Par la collecte des données, on entend la validation du questionnaire. Le questionnaire est validé par deux groupes : d'une part, des adolescents de 6ème primaire et 2ème secondaire et d'autre part, des professionnels travaillant dans des services PSE. En premier lieu, il s'agit d'adolescents qui complètent l'outil lors des bilans de santé du Centre de Santé UCL - Service PSE de Woluwé-Saint-Lambert et ensuite, qui ont l'occasion de donner leur opinion sur celui-ci. En ce qui concerne les professionnels, ils émettent un avis et des recommandations pour le questionnaire. C'est à partir de cette double évaluation que des modifications seront apportées au questionnaire et feront de lui un outil pertinent.

2.1 Validation par les adolescents : phase quantitative

Il s'agit de la phase test. Les adolescents complètent l'outil pendant le temps d'attente, dans la salle prévue à cet effet. Le professeur qui accompagne les adolescents est chargé de faire régner le calme pendant les 20 minutes pour que chacun puisse compléter ses ressentis de façon fidèle. Il est important de signaler que, lorsque je fais tester l'outil, je passe d'une classe d'attente à l'autre pour pouvoir répondre aux questions des différents groupes. Je ne suis dès lors pas tout le temps présente dans la pièce. Le questionnaire est complété de façon anonyme. L'item « nom et prénom » du questionnaire n'est donc pas demandé. Il apparaît évident que les adolescents doivent savoir et comprendre de quoi il s'agit. C'est pourquoi des explications en ce qui concerne le questionnaire mais aussi l'étude doivent leur être apportées. Vous les retrouvez en première page de *l'annexe n°11*. Pour introduire l'enquête à laquelle les adolescents sont soumis, je me suis inspirée des explications utilisées dans le cadre de l'enquête SILNE-R de l'UCL (Lorant & al, 2015).

Ensuite, la réponse « je ne comprends pas la question » est insérée pour chaque item afin que l'adolescent puisse exprimer son incompréhension face à l'une ou l'autre question. De plus, c'est un moyen par lequel je peux distinguer le fait qu'un jeune n'ait pas répondu à la question pour une certaine raison ou qu'il n'y ait pas répondu par manque de compréhension. Enfin, après avoir complété le questionnaire, les adolescents répondent à quelques questions sur le questionnaire en lui-même. On les interroge sur certains éléments du questionnaire (compréhension des questions, facilité, timing) mais aussi sur l'intérêt d'insérer ce questionnaire dans le cadre des bilans PSE. Vous retrouvez ces quelques questions en dernière page de *l'annexe n°11*.

a) Observations générales des passations

Tout d'abord, certains élèves ne complètent pas le questionnaire de façon individuelle. En effet, les copains/copines font parfois cela de façon collective. De plus, le calme ne régnait pas lors du temps de passation. Il y avait beaucoup de bruit et d'agitation dans une grande majorité des classes. Ensuite, certains ont manifesté leur ennui et agacement face au questionnaire qu'ils estimaient trop long. Ils avaient dès lors des difficultés à y répondre jusqu'au bout. Qui plus est, les élèves étaient parfois interrompus dans le questionnaire par la visite médicale. Dès lors, ils laissaient le questionnaire et tentaient de s'y remettre en revenant de la visite médicale. Certains avaient alors des difficultés à s'y replonger. En outre, une difficulté ciblée par de nombreux jeunes était l'échelle de réponse « tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord ». En effet, il n'était pas facile pour eux de choisir entre des réponses presque semblables comme tout à fait d'accord ou d'accord. De plus, selon moi, la proximité physique des élèves (l'un à côté de l'autre) ne permet pas au jeune de répondre aux questions, parfois intimes, du questionnaire de façon totalement fidèle à son état psychosocial du moment.

Ensuite, certaines questions ont posé problème pour la compréhension des élèves. En effet, ce sont des questions pour lesquelles les élèves m'ont fréquemment demandé davantage d'explications. Il s'agit de la question n°3 qui concerne le statut socioéconomique perçu et la question n°13 qui tente de cerner le BMI perçu de l'adolescent. Les élèves ont également eu des difficultés de vocabulaire face aux termes suivants : anxieux (question n°9), brimer (question n°11) et vigoureux (question n°15). Enfin, les élèves m'ont souvent interpellée pour les questions liées à l'alcool, au tabac et au cannabis. Ils estimaient être trop jeunes pour consommer ces substances toxiques et de plus, ils ont manifesté l'inutilité de ces questions car « même si c'était le cas, personne ne vous répondra que oui ». La question n°3 sur le statut socioéconomique a également suscité de nombreuses réactions : ils ne comprenaient pas ce que leur réponse pourrait apporter à l'évaluation de leur santé psychosociale et étaient choqués qu'on leur demande une information concernant les finances de leur famille.

b) Participation

Selon l'année scolaire, le tableau n°4 illustre les établissements scolaires interrogés ainsi que leur taux de participation. Le taux de participation moyen chez les élèves de 6ème primaire est de 86.8% alors que celui des élèves de 2ème secondaire est de 71.5%. On constate une diminution du taux de participation moyen entre les élèves de 6ème primaire et ceux de 2ème secondaire.

Les principales raisons évoquées de non-participation sont :

- du travail scolaire à effectuer. En effet, certains élèves profitaient du temps d'attente pour réviser leurs cours ou encore faire des travaux demandés par les professeurs.
- la longueur du questionnaire. En effet, avant d'accepter de participer, les élèves posaient fréquemment des questions sur le nombre de pages que comprend le questionnaire ou encore sur le temps que cela prendrait. Si le questionnaire leur semblait trop long, ils décidaient de ne pas participer.
- occupations diverses auxquelles les élèves préféraient vaquer pendant le temps d'attente : discuter avec leurs copains/copines, dessiner, utiliser leur GSM, etc.

CENTRE DE SANTE UCL – SERVICE PSE WOLUWE-SAINT-LAMBERT	ELEVES DE 6EME PRIMAIRE N= 106	Ecole n°5 = 22 élèves	17 participants : 77,3% de participation
			5 non participants
		Ecole n°11 = 20 élèves	17 participants : 85% de participation
			3 non participants
		Ecole n°12 = 44 élèves	44 participants : 100% de participation
			0 non participant
		Ecole n°13 = 20 élèves	17 participants : 85% de participation
			3 non participants
	ELEVES DE 2EME SECONDAIRE N= 288	Ecole n°1 = 32 élèves	22 participants : 68,7% de participation
			10 non participants
		Ecole n°2 = 29 élèves	22 participants : 75,9% de participation
			7 non participants
		Ecole n°3= 59 élèves	42 participants : 71,2% de participation
			17 non participants
		Ecole n°4= 15 élèves	9 participants : 60% de participation
			6 non participants
		Ecole n°5= 50 élèves	38 participants : 76% de participation
			12 non participants
		Ecole n°7= 13 élèves	10 participants : 76,9% de participation
			3 non participants
		Ecole n°8= 21 élèves	13 participants : 61,9% de participation
			8 non participants
		Ecole n°9= 34 élèves	21 participants : 61,8% de participation
			13 non participants
		Ecole n°10= 35 élèves	32 participants : 91,4% de participation
			3 non participants

Tableau n°4

2.2 Validation par les professionnels du secteur : phase qualitative

Afin de pouvoir récolter l'avis et les recommandations des professionnels sur le questionnaire, des entretiens sont réalisés. Il est important de préciser que l'outil présenté aux professionnels a déjà fait l'objet de modifications grâce aux résultats apportés par la 1ère phase. Afin que l'entretien puisse être plus riche en informations, il est semi-directif. J'ai donc établi une liste de questions qui servent de trame à la discussion. Ce guide d'entretien se trouve en *annexe n°12*. On retrouve tout d'abord des questions générales sur la santé mentale des adolescents et sur ce qui est mis en place dans le service PSE dans lequel travaille le professionnel. Quelques questions sont consacrées au questionnaire en lui-même et tentent d'identifier les avantages, les inconvénients et les éventuelles modifications à prévoir. Enfin, pour une facilité d'analyse, les entretiens sont enregistrés et retranscrits.

a) Présentation des stakeholders

A leur niveau, ces stakeholders ont tous une expertise dans le domaine de l'adolescence. Il s'agit d'acteurs qui tournent autour des adolescents. Le premier stakeholder est un parent membre d'une association de parents, d'un conseil de participation parentale mais également d'une cellule santé. Ensuite, on retrouve une médecin responsable d'un service PSE de la région du Hainaut. J'ai également eu l'opportunité d'interroger une infirmière scolaire travaillant dans un centre PMS qui a aussi pour compétences la PSE au centre de Bruxelles. Enfin, deux médecins qui travaillent toutes les deux au sein de l'ONE font partie intégrante des stakeholders. L'une est médecin adjoint à la direction santé – pôle PSE et l'autre est conseillère médicale PSE à l'ONE.

Les éléments qui m'ont poussée à choisir ces stakeholders sont clairs. Tout d'abord, il fallait que les différents professionnels travaillant dans le secteur PSE soient représentés c'est-à-dire une infirmière scolaire et un médecin scolaire. Ensuite, nous souhaitions intégrer des professionnels de service PSE classique et un professionnel issu d'un service CPMS-CF. Inclure des professionnels du centre de Bruxelles capitale mais aussi de Jolimont qui se trouve dans la province du Hainaut permet également d'appréhender les différentes réalités de terrain. Enfin, s'entretenir avec l'ONE était indispensable étant donné que la PSE est sous sa tutelle administrative.

3. Méthodologie d'analyse

3.1 Phase quantitative

Une fois la phase test terminée, il convient de préparer la base de données statistiques SPSS et d'encoder les réponses apportées par chaque élève. *L'annexe n°13* reprend chaque variable, spécifie son type et sa mesure et répertorie les valeurs. Deux codes de valeurs manquantes sont créés : 99 lorsque l'adolescent signifie ne pas comprendre la question et 999 lorsqu'il n'a pas répondu à la question. Certains items ont nécessité des encodages particuliers. D'abord, l'item n°6 qui concerne le sport : les demi-heures sont arrondies à l'heure supérieure (ex : l'adolescent coche 2,5 heures, on encode 3 heures) et lorsque l'élève coche « 3 heures ou plus », on encode 4 heures. Une variable qui reprend l'ensemble des heures d'activité physique sur une semaine est créée. Ensuite, en ce qui concerne la partie « expression de soi », une variable qui spécifie si l'adolescent a complété ou non l'encadré est conçue.

Avant d'analyser les résultats de chaque item, il s'agit d'étudier quel est l'avis des jeunes sur le questionnaire. Cela me semble important pour pouvoir orienter les analyses et les modifications qui en découlent vers les aspects spécifiquement mis en avant par les élèves.

Les résultats de chaque item sont appréciés sur base des statistiques descriptives et des tableaux de fréquence. Pour certains items tels que l'item n°14 ou encore n°17 et n°19, une analyse de cohérence inter-items est pratiquée via l'alpha de Cronbach. Les résultats induits sont comparés à ceux amenés par l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017). La présence de corrélations entre certaines variables permet de dresser le profil type de l'adolescent en mal-être. Pour cela, l'analyse Chi2 d'association ou le test t de student sont utilisés.

Enfin, les résultats statistiques apportés par cette 1ère phase ainsi que les observations de passation ont pour aboutissement la version remaniée du questionnaire présentée aux professionnels lors de la seconde phase.

3.2 Phase qualitative

Les entretiens semi-directifs réalisés avec les stakeholders choisis vont permettre d'obtenir de multiples informations. Tout d'abord, il s'agit d'apprendre comment, sur le terrain, les services PSE incluent et évaluent l'aspect psychologique de la santé lors du bilan de santé. On rencontre ainsi différentes réalités. Les contradictions entre les acteurs doivent être mises en évidence.

Ensuite, récolter l'avis des professionnels sur le questionnaire permet de relever les forces et faiblesses de celui-ci. Les points d'intérêts ou les freins à mettre en place un outil

standardisé tel que le questionnaire créé sont mis en avant. Les modifications qu'apporterait le professionnel à l'outil sont également explicitées.

Enfin, les pistes de solutions quant à la faisabilité du projet sont intéressantes à développer. En effet, il s'agit d'un outil qui, dans l'organisation actuelle des bilans de santé PSE, serait difficilement mis en place. Dès lors, les moments, les endroits ou encore le professionnel le plus opportun pour la passation du questionnaire sont identifiés.

Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription intégrale. Ensuite, étant donné que la première étape d'une analyse qualitative correspond toujours à un découpage de l'entretien en unités d'analyse, le tableau n°5 ci-dessous présente les catégories et sous-catégories guidant mon analyse. Optant pour une démarche inductive, ces catégories ont émergé au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.

Catégories	Sous-catégories
Les réalités organisationnelles des services PSE	- Temps accordé aux bilans de santé - Moyens
La santé mentale des adolescents	- Expériences - Moyens d'évaluation psychosociale utilisés au sein des services PSE - Standardisation des pratiques de santé mentale des bilans PSE
Avis sur le questionnaire	- Présentation - Longueur du questionnaire - Rubriques - Pertinence des questions - Vocabulaire - Questions ouvertes - Confidentialité
Craintes liées à la mise en place d'un outil psychosocial standardisé	- Craintes organisationnelles - Craintes du « et après » - Craintes des conséquences sur le jeune - Craintes de ne pas être compétent
Réflexions quant à l'organisation de la passation et de l'analyse du questionnaire	- Endroit de passation et de discussion - Professionnel responsable de la lecture - Issues des résultats - Importance du dialogue

Tableau n°5

Conclusion partie 2 :

L'objectif du questionnaire est de récolter des informations auto-rapportées sur la santé psychosociale des adolescents de 6ème primaire et 2ème secondaire. Celui-ci s'organise autour de 7 thèmes : les caractéristiques générales, santé et mode de vie, l'école, la perception du corps, la santé mentale, la famille et les amis. La dernière rubrique « expression de soi » permet de laisser libre cours à la parole du jeune. Afin d'évaluer la pertinence de cet outil, deux acteurs sont consultés : les jeunes et les professionnels. Les jeunes remplissent le questionnaire et ensuite, ont l'occasion de répondre à quelques questions sur le questionnaire en lui-même. Des entretiens avec les professionnels sont organisés pour récolter leurs avis sur les bénéfices à mettre en place un tel outil dans le cadre des bilans PSE et sur les caractéristiques du questionnaire.

PARTIE 3 :

ANALYSE DES RESULTATS

Cette troisième partie se composera de deux grandes rubriques, chacune d'entre elles se référant aux deux moyens de validation du questionnaire : les adolescents et les professionnels du secteur PSE. Chaque phase a permis d'apporter des modifications à l'outil. Dès lors, pour la version présentée aux professionnels, il s'agit du questionnaire modifié selon les résultats obtenus à la 1ère phase.

1. Résultats obtenus au terme de la 1ère phase

1.1 Avis des élèves sur le questionnaire

Avant de pouvoir s'attarder à l'analyse des résultats de chaque question, je souhaitais tout d'abord découvrir l'avis des élèves en ce qui concerne le questionnaire. On se réfère ici aux dernières questions du questionnaire. Le tableau n°6 ci-après présente les fréquences de réponse pour chaque sous-item.

	FREQUENCE	POURCENTAGE
APPRECIE QUE L'ON S'INTERESSE A SA SANTE PSY		
OUI	220	72,6%
NON	40	13,2%
MANQUANT	43	14,2%
TOTAL	303	100,0%
PERTINENCE DU MOMENT		
OUI	189	62,4%
NON	70	23,1%
MANQUANT	44	14,5%
TOTAL	303	100,0%
COMPREHENSION DU SENS DES QUESTIONS		
OUI	170	56,1%
NON	96	31,7%
MANQUANT	37	12,2%
TOTAL	303	100,0%
TEMPS DE PASSATION ESTIME LONG		
OUI	99	32,7%
NON	165	54,5%
MANQUANT	39	12,9%
TOTAL	303	100,0%

Tableau n°6

72,6% des élèves apprécient que l'on s'intéresse à leur santé psychologique et sociale : cette valeur témoigne bien de l'intérêt pour les jeunes d'une telle évaluation psychosociale. Cependant, pour 23,1% des élèves, répondre au questionnaire lors des visites médicales ne leur semble pas approprié. Je me suis intéressée aux adolescents qui ont répondu « non » à ces deux premières questions c'est-à-dire les adolescents qui n'apprécient pas le fait que l'on s'intéresse à leur santé psychosociale et qui, de plus, ne trouvent pas cela pertinent de répondre au questionnaire lors des visites médicales. Il se trouve que, pour la majorité, ce sont des

adolescents âgés entre 13 et 14 ans et qui situent leur statut socioéconomique entre 5 et 7/10. En ce qui concerne le sexe, l'appartenance à un sexe particulier ne prédestine pas de façon significative à répondre « non » à ces deux questions.

Des modifications devront être apportées au questionnaire lorsqu'on a conscience que non seulement, 31,7% des participants ont des difficultés de compréhension à l'égard de certaines questions mais aussi que 32,7% des élèves estiment trop long le temps utile au questionnaire. Ceci me semble d'autant plus cohérent que, lors des passations, comme évoqué au point 2.1.b de la partie 2, le nombre de pages et la longueur du questionnaire étaient dans certains cas la cause de refus de participation. Les modifications concerneront donc le vocabulaire mais aussi la longueur du questionnaire, celui-ci réduit à un nombre moins conséquent de questions.

Enfin, l'année scolaire pourrait être un facteur déterminant qui fait en sorte que l'adolescent adopte un avis plus défavorable sur la longueur du questionnaire. J'ai donc réalisé une analyse Chi2 d'association pour le démontrer (voir tableau n°7). Pour un degré de liberté de 1, le Chi-carré de Pearson équivaut à 4,563 et la p-valeur se situe à 0,033. La p-valeur étant inférieure au seuil de décision de 0,05, on peut conclure que le fait de trouver le questionnaire trop long est plus fréquent chez les élèves de 2ème secondaire que chez les élèves de 6ème primaire.

Tableau croisé année scolaire & temps estimé long			
	Temps long		
	OUI	NON	TOTAL
6ème primaire	8,8%	10,4%	19,2%
2ème secondaire	27,1%	53,8%	80,8%
Total	35,9%	64,1%	100%
Test Khi-carré			
	Valeur	Signification asymptotique	
Khi carré de Pearson	4,563	0,033	

Tableau n°7

A retenir pour l'analyse et les modifications à apporter au questionnaire :

- Certaines questions doivent être supprimées pour obtenir un outil plus court et plus rapide à compléter.

- Certaines questions doivent être modifiées en termes de vocabulaire pour les rendre compréhensibles au plus grand nombre d'élèves.

1.2 Analyse spécifique de chaque question

Pour une question de facilité, l'analyse de chaque question et ses modifications éventuelles se feront simultanément. Certains tableaux statistiques de fréquence se trouvent en *annexe n°14.*

Question n°1-2-3) Caractéristiques des participants

En ce qui concerne l'âge des participants *(annexe n°14- tableau n°1)*, pour les élèves de 6ème primaire, l'âge moyen est de 11,27 (+- 0,736) ans. Pour les élèves de 2ème secondaire, l'âge moyen est de 13,62 (+- 0,787) ans.

En ce qui concerne le sexe des participants *(voir annexe n°14- tableau n°2),* 56,1% d'entre eux sont de sexe féminin.

A l'échelle de statut socioéconomique perçu *(voir annexe n°14- tableau n°3),* on constate que le statut socioéconomique perçu moyen des élèves est de 6,51 (+- 1,681). Étant donné que cette question a fait l'objet de demande d'explications supplémentaires à maintes reprises et ce, que ce soit dans le primaire ou le secondaire, je me suis intéressée au nombre de valeurs manquantes : sur 303 participants, 69 n'ont pas répondu à la question ce qui équivaut à 22,8 % des adolescents (voir *annexe n°14- tableau n°3)*. On considère que, parmi les raisons qui ont poussé les élèves à ne pas y répondre, on retrouve l'incompréhension face à la consigne ou encore leur pudeur à dévoiler une information familiale si intime. En effet, il n'était pas rare que les élèves ne répondant pas à la question manifestent de vive voix ou inscrivent « cela ne vous regarde pas ». On peut supposer que pour ces derniers, le statut socioéconomique serait plus bas. Je me suis alors attelée à découvrir de quels établissements scolaires viennent ces 69 élèves (voir tableau n°8 ci-dessous). On constate que les établissements scolaires dans lesquels il y a le plus d'abstentions à cette question sont les écoles n°8, n°10 et n°13. Grâce à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 20/04/2011 qui établit un classement des écoles selon l'encadrement différencié reçu, on apprend qu'il s'agit d'écoles dont les indices socioéconomiques sont respectivement de 6/20, 4/20 et 2/20. Cela nous fait penser qu'il s'agit d'écoles défavorisées. En effet, comme l'explique Catteau (2017), l'indice socioéconomique permet à l'administration d'attribuer plus ou moins de subsides en tenant compte de la réalité socio-économique des élèves qui y sont scolarisés. De plus défavorisé à plus favorisé, il s'étend de 1 à 20. Dans ce cadre, seules les écoles dont l'indice socioéconomique se situe entre 1 et 5 reçoivent des subsides.

	Indice socioéconomique	Pourcentage d'élèves participants n'ayant pas répondu à la question
Ecole 1	1/20	13,6%
Ecole 2	1/20	27,3%
Ecole 3	2/20	14,3%
Ecole 4	1/20	22,2%
Ecole 5	6/20	21,0%
Ecole 7	15/20	0%
Ecole 8	6/20	76,9%
Ecole 9	13/20	4,8%
Ecole 10	4/20	37,5%
Ecole 11	1/20	23,5%
Ecole 12	17/20	13,6%
Ecole 13	2/20	64,7%

Tableau n°8

➔ Les questions de l'âge et du sexe sont maintenues car elles sont facilement et rapidement complétées. De plus, il s'agit d'éléments d'identification du jeune qu'il est légitime de conserver étant donné les objectifs de l'outil. Cependant, pour un pourcentage non négligeable d'élèves, la question du statut socioéconomique a été source de difficultés de compréhension. Je me suis alors posé la question de sa pertinence et de son utilité dans le cadre de l'objectif du questionnaire. Celui-ci veut donner la possibilité aux adolescents de 6ème primaire et 2ème secondaire d'exprimer un mal-être psychosocial. Le statut socioéconomique a une influence sur l'émergence de problématiques psychologiques : il est considéré comme un facteur de risque. Cependant, s'il faut réduire le nombre de questions au sein du questionnaire, il serait utile de privilégier celles qui ciblent directement l'expression de problématiques psychosociales. Ces différentes raisons me poussent à supprimer la question du statut socioéconomique perçu. En outre, il serait intéressant de remplacer cette variable par l'indice socioéconomique de l'école que l'élève fréquente. De cette façon, nous aurons un aperçu du contexte socioéconomique dans lequel l'adolescent évolue. Cette variable ne sera pas directement inscrite sur le questionnaire mais il sera à la discrétion du professionnel de considérer ce gradient lors de l'analyse du questionnaire.

Question n°4-5-7) Consommation/expérimentation de tabac-alcool-cannabis

L'annexe n°14- tableau n°4 présente les fréquences en ce qui concerne les consommations de tabac/alcool/cannabis. Il est démontré que 87,5 % des élèves n'ont jamais fumé alors que 12,2% des adolescents ont déjà essayé de fumer du tabac. Comparons ces

résultats à ceux de l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017). En 5-6ème primaire, elle rapporte que 96.4% des élèves n'ont jamais fumé de tabac alors qu'en 2ème secondaire, ce chiffre équivaut à 77.85%. Comme cette enquête et nos données statistiques le prouvent, plus on est âgé, plus on a une chance d'avoir essayé de fumer.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, on constate que 82,5 % des répondants n'ont jamais consommé d'alcool. 9,9 % des adolescents disent avoir consommé de l'alcool lors de ces 12 derniers mois et ce, à des fréquences différentes. Ces résultats ne se rapprochent pas de ceux de l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017). En effet, selon cette enquête, 18,8% des élèves de 6ème primaire ont déjà consommé de l'alcool dans leur vie alors que c'est le cas de 49.85% des élèves de 2ème secondaire. On peut émettre l'hypothèse qu'étant donné le cadre non anonymisé des bilans de santé PSE, les élèves ont eu davantage de difficultés à dévoiler leur consommation réelle d'alcool. Une autre hypothèse est qu'il s'agit d'un petit échantillon (303 adolescents) d'une population bien spécifique (service PSE de Woluwé-Saint-Lambert).

En matière de consommation de cannabis, 89,1 % des participants n'en ont jamais consommé. 5,9% ont déjà essayé la marijuana et en consomment à fréquences variables.

Question n°6) « En moyenne, combien d'heures d'activité physique fais-tu chaque jour de la semaine ? »

L'histogramme ci-dessous (figure n°1) permet de démontrer graphiquement le nombre d'heures d'activité physique d'un adolescent en une semaine et ce, en considérant le nombre d'heures maximum à 28 heures/semaine. La moyenne est de 7 heures d'activité physique/semaine et le mode est de 3 heures/semaine. Le nombre de répondants (N=152) à cette question équivaut à la moitié des participants (303). Cela signifie que 151 élèves n'ont pas répondu à la question. On peut considérer que le format assez fastidieux de la question justifie la proportion de non-répondants.

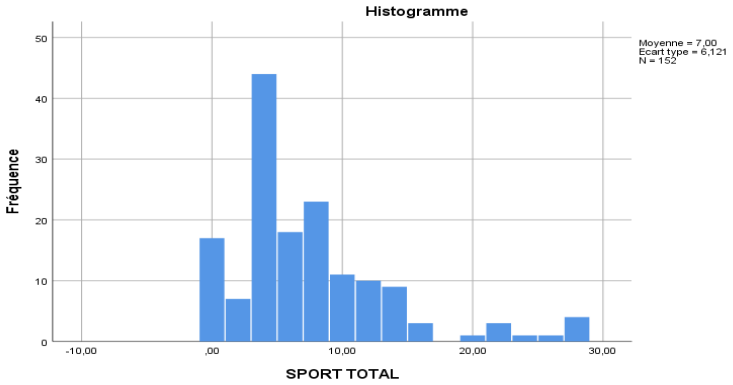


Figure n°1

➔ Différentes raisons me poussent à modifier la rubrique « Ta santé » qui comprend les questions 4 à 7. Tout d'abord, comme il l'a déjà été précisé, le questionnaire doit être plus court en longueur pour qu'on puisse atteindre un taux de participation plus élevé. Des choix doivent donc être faits pour prioriser certaines questions. Il est clair que la consommation de substances psychoaddictives (tabac, alcool et cannabis) ou encore une faible activité physique représentent des facteurs de risque de la dépression chez l'adolescent. Ce sont les raisons pour lesquelles les questions 4, 5 et 7 sont regroupées en une seule question. Celle-ci s'intéresse uniquement à l'expérimentation de ces substances : on souhaite savoir si l'adolescent en a déjà consommé et ce, quelle que soit la fréquence de consommation. Enfin, la question n°6 étant trop fastidieuse à compléter, celle-ci est remplacée par un item qui évalue le nombre de jours pendant lesquels l'adolescent pratique du sport sur une semaine complète. Les nouvelles questions n°3 et n°4 sont issues de l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017).

Question n°8) « Parmi les choix suivants, quel est celui qui décrit le mieux tes notes de l'année scolaire passée ? »

L'annexe n°14- tableau n°5 démontre la variété de réponses à cette question. Cependant, avec un pourcentage de 31,4 %, la réponse n°2 « généralement des B/ de 70 à 84 % « constitue le mode. 7,3 % des répondants ont estimé leur performance scolaire à des notes inférieures à 50 %. Cependant, 17 élèves n'ont pas répondu à la question. Lors des passations, les élèves posaient fréquemment des questions sur les initiales (TB, B, S, F et I) : dès lors, il serait intéressant d'indiquer à quoi elles font référence.

Les histogrammes présentés ci-dessous (figures n°2 et n°3) permettent de comparer les élèves de 6ème primaire (figure n°2) et 2ème secondaire (figure n°3). On peut voir que les élèves de 6ème primaire et 2ème secondaire évaluent différemment leur performance scolaire : la moyenne des adolescents de 6ème primaire est de 1,99 alors que celle des jeunes de 2ème secondaire est de 3,05. Dès lors, on peut considérer que la performance scolaire est en moyenne meilleure chez les élèves de 6ème primaire que chez ceux de 2ème secondaire. Sur les figures ci-dessous, on peut également visualiser que le mode est différent selon l'année scolaire de l'élève : pour les 6ème primaires, il s'agit de la réponse n°2 « 70 à 84 % » alors qu'en 2ème secondaire, il s'agit de la réponse n°2 mais également de la réponse n°4 « de 50 à 59% ».

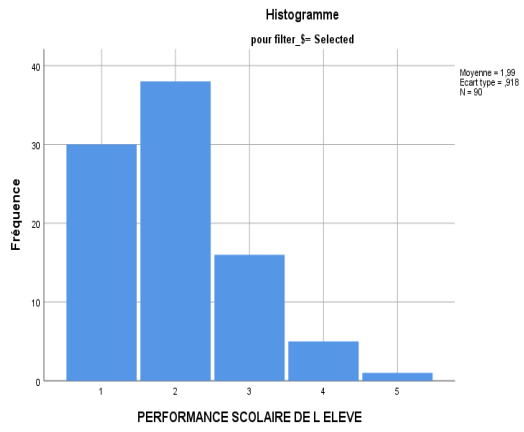


Figure n°2

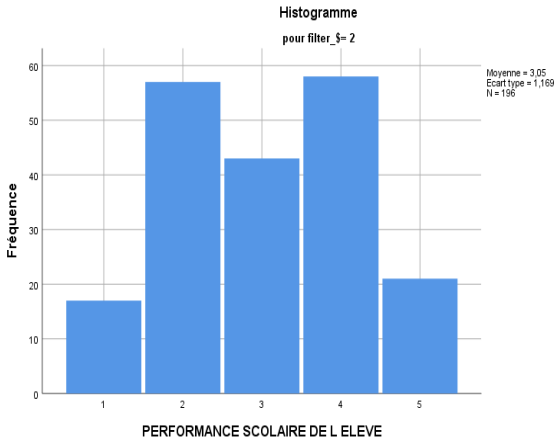


Figure n°3

Ces résultats concordent avec ceux de l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017) dans le sens où, globalement, les élèves de fin de primaire sont proportionnellement plus nombreux que ceux de secondaire à déclarer avoir de bons ou très bons résultats.

Etant donné que le niveau des notes obtenues par l'élève peut avoir une influence sur le stress ressenti face au travail scolaire (sous item n°3 de la question n°9), j'ai réalisé une analyse Chi2 d'association afin d'analyser si ces deux variables s'influencent (voir tableau n°9 ci-dessous). On constate que, pour un degré de liberté de 4, le Chi-carré de Pearson équivaut à 4,112 et que la p-valeur de 0,391 est supérieure au seuil de décision de 0,05. Ces données permettent alors de conclure que la proportion d'élèves stressés face au travail scolaire n'est pas significativement différente selon le niveau de performance scolaire.

Tableau croisé stress scolaire & performance scolaire			
	Stress face au travail scolaire		
	Tout à fait d'accord/d'accord	Pas d'accord/pas du tout d'accord	TOTAL
≥ 85%	14	31	45
De 70 à 84%	32	57	89
De 60 à 69%	24	27	51
De 50 à 59%	19	43	62
<50%	6	13	19
Total	95	171	266

Test Khi-carré		
	Valeur	Signification asymptotique
Khi carré de Pearson	4,112	0.391

Tableau n°9

➔ La question n°8 est conservée car mise en lien avec la question n°9 qui a pour objectif d'identifier une éventuelle phobie scolaire ; elle a un réel intérêt dans le cadre du questionnaire. De plus, il s'agit d'un élément objectif qui, dans certains cas, peut être impacté par l'état psychologique de l'adolescent. Enfin, c'est un élément prédictif du futur statut socioéconomique de l'individu. Les réponses à cette question sont variées. Cependant, pour faciliter la compréhension, la signification des initiales sera précisée (TB= très bien ; B= bien ; S= satisfaisant ; F= faible ; I = insatisfaisant).

Question n°9) Outil de dépistage de la phobie scolaire

L'annexe n°14- tableau n°6 présente les fréquences de réponse pour chaque sous-item. Au sous-item « je me sens anxieux à l'idée de me rendre à l'école », on constate que la majorité des élèves (63,7%) disent ne pas être d'accord/pas du tout d'accord contre 25,2 % qui semblent ressentir de l'anxiété à l'idée de se rendre à l'école. 11,2 % des élèves participants n'ont pas répondu à la question. Ces valeurs me semblent cohérentes au vu des nombreuses explications que les élèves m'ont demandées pour décrire en d'autres termes le qualificatif anxieux. Les termes « angoissé » et « stressé » semblent être plus compréhensibles pour eux.

Au sous-item « je me sens stressé du fait du travail scolaire », la majorité des élèves répondants (58,8%) ont reconnu ne pas être d'accord/pas du tout d'accord contre 33,3 % pour qui le travail scolaire semble provoquer du stress. 7,9 % des participants n'ont pas répondu à la question. Préciser ce qu'on entend par travail scolaire (devoirs, interrogations, lectures, etc) pourrait faciliter leur compréhension et également diminuer le taux d'abstention.

Au sous-item « je suis absent à l'école », la majorité des élèves (80,5%) ont exprimé ne pas être d'accord/pas du tout d'accord contre 10,6 % qui reconnaissent être absents à l'école. 8,9% des élèves n'ont pas répondu à cette question. Étant donné qu'un des symptômes de la phobie scolaire est d'être souvent absent à l'école, il me semble que de rajouter l'adjectif « souvent » permettrait de préciser l'objectif de la question et ainsi d'être plus compréhensible.

Vu que « l'anxiété à l'idée de se rendre à l'école » peut être le signe d'une phobie scolaire mais également de harcèlement, je me suis posé la question de savoir s'il existe un effet du harcèlement dans l'apparition d'anxiété à l'idée de se rendre à l'école. Pour répondre à cela, j'ai réalisé un test t non-pairé de student pour variances égales et j'ai donc comparé les adolescents anxieux et non anxieux (sous-item n°1 de la question n°9) quant à leur réponse à la question du harcèlement (moyenne des sous-items de la question n°10). Le tableau de l'analyse SPSS ci-dessous (figure n°4) et plus particulièrement la p-valeur de 0,001 permet d'affirmer au

seuil de 5% qu'il existe une différence significative du score de harcèlement entre les adolescents anxieux et non-anxieux.

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
moyenne harcèlement	Hypothèse de variances égales	5,614	,019	-3,485	227	,001	-,34914	,10018	-,54654	-,15174
	Hypothèse de variances inégales			-3,135	90,917	,002	-,34914	,11137	-,57036	-,12792

Figure n°4

➔ Cet outil de dépistage de la phobie scolaire est conservé dans le cadre du questionnaire. En effet, il s'agit d'évaluer quels sont les réactions/ressentis émotionnels et psychologiques de l'adolescent face à l'école. De plus, les résultats à ces questions peuvent être mis en lien avec la question n°8 de la performance scolaire ainsi qu'avec la question n°10 du (cyber)harcèlement. En effet, il s'agit d'éléments interdépendants. Les sous-items sont rapidement et facilement complétés. Pour faciliter la compréhension des élèves, le terme « anxieux » du 1er sous item sera remplacé par l'adjectif « angoissé » et le terme « souvent » sera précisé au 4ème sous item.

Question n°10) Outil de dépistage du (cyber)harcèlement

L'annexe n°14- tableau n°7 présente les fréquences associées à chaque sous-item. Globalement, on constate que les adolescents ont répondu pas/pas du tout d'accord ce qui signifie que, pour la majorité, ils ne se sentent pas harcelés. En ce qui concerne les valeurs manquantes, elles sont plutôt élevées : entre 10,6 % et 13,9% des élèves participants. Ceci me semble cohérent étant donné la difficulté probable de dénoncer le harcèlement dont les adolescents sont victimes. La proximité physique lors des passations (l'un à côté de l'autre) est également un facteur explicatif de ce taux élevé de valeurs manquantes.

Via *l'annexe n°14- tableau n°7*, on constate que le type d'harcèlement exprimé le plus fréquemment par les élèves est le harcèlement verbal. En effet, 22,4% des élèves déclarent subir les propos méchants ou blessants de la part de leurs camarades. Dans le même ordre d'idées, 21,8% des participants disent être la cible de rumeurs/mensonges. Ensuite, on retrouve le harcèlement de type physique avec 17,5% des élèves qui ont déjà été victimes de violence. Enfin, le harcèlement indirect par exclusion est également d'actualité pour 15,9% des participants.

Etant donné que le (cyber)harcèlement peut induire des symptômes dépressifs chez l'adolescent, je me suis posé la question de savoir si les données recueillies seraient capables de me le prouver. Pour répondre à cela, j'ai testé la corrélation entre la moyenne des sous-items de la question du harcèlement et la moyenne des sous-items de la question de la dépression. La représentation graphique ci-dessous (figure n°5) ne montre pas de linéarité entre les deux variables. On ne peut donc pas conclure qu'il existe un lien entre la dépression et le (cyber)harcèlement.

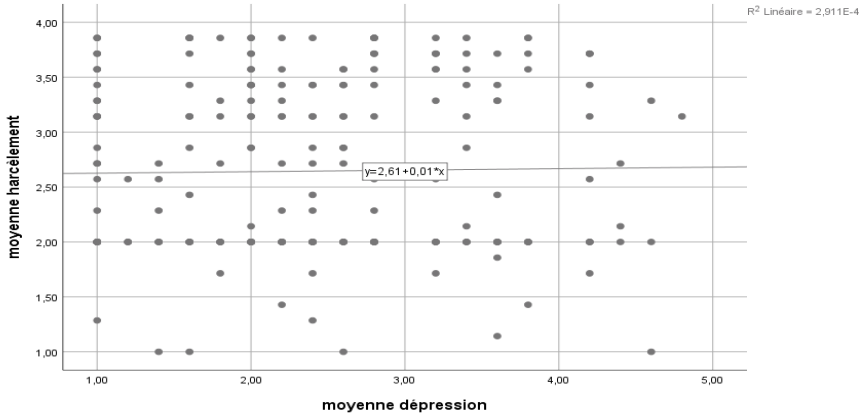


Figure n°5

➔ La question n°10 est maintenue car les résultats montrent que, même s'il ne s'agit pas de la majorité des élèves, des adolescents sont victimes de violence verbale et psychologique de la part de leurs camarades et ceux-ci méritent l'attention des professionnels de la santé. Les différents sous-items permettent d'évaluer dans quelle mesure et à quel niveau l'adolescent est harcelé. On constate que, dans la majorité des cas, il s'agit de polyharcèlement.

Question n°11) « Tous les combien as-tu participé à brimer un(e) ou des élèves ces deux derniers mois ? »

L'annexe n°14- tableau n°8 démontre que 54,8 % des participants estiment ne pas avoir participé à brimer un ou des élèves au cours de ces deux derniers mois. Cela signifie que 25,4 % des répondants considèrent avoir participé à des faits de brimade et ce, à des fréquences variables. 19,8 % des élèves n'ont pas répondu à la question et d'après moi, ce chiffre aurait été encore plus élevé si ni moi ni les professeurs n'avions donné davantage d'explications concernant le terme « brimer ». Ceci est plutôt étonnant au vu de la définition du terme brimer précisée dans la question.

➔ La question n°11 est maintenue car elle permet d'identifier l'adolescent harceleur ou témoin d'une relation de pairs problématique. Afin de faciliter la compréhension d'un plus grand nombre d'élèves, le terme « brimer » sera remplacé par le terme « harceler » : en effet, lorsque j'utilisais ce synonyme pour expliquer ce que signifiait « brimer », les élèves comprenaient instantanément ce dont il s'agissait.

Question n°12) Outil de dépistage de troubles du comportement alimentaire

L'annexe n°14- tableau n°9 spécifie la moyenne ainsi que les fréquences de réponse pour chaque sous-item. Pour rappel, le codage SPSS est celui-ci : 1= tout à fait d'accord ; 2= d'accord ; 3= pas d'accord ; 4= pas du tout d'accord. A travers les trois premiers sous-items, on retrouve une insatisfaction relative des adolescents par rapport à leur corps : en effet, leurs moyennes se situent entre 2,90 et 2,94. En ce qui concerne les deux derniers sous-items, leurs moyennes situées approximativement à 3,3 démontrent que, globalement, ils ne se sentent pas concernés. Ces moyennes nous permettent de dire que la majorité des élèves ne sont pas sujets aux troubles du comportement alimentaire. Mais, pour avoir davantage de précisions concernant cette problématique, nous allons nous intéresser aux fréquences.

On constate qu'approximativement un élève sur 3 se considère trop gros et/ou estime avoir trop de graisse. Ceci explique que 29,4 % des participants désireraient être plus minces. Au sous-item « je me sens très coupable après avoir mangé », symptôme plus ciblé des troubles du comportement alimentaire, nos valeurs montrent que 12,5 % des élèves ressentent de la culpabilité après les repas. Enfin, 16,9 % des élèves s'obligent à faire régime. On observe que les données récoltées sont approximativement similaires à celles de l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017) qui révèle que près d'un adolescent sur 5 indique suivre un régime ou une autre méthode visant à perdre du poids.

Cette même enquête précise que les filles sont plus nombreuses à suivre un régime. Je me suis alors posé la question de savoir si mes données permettaient d'émettre la même conclusion. J'ai donc réalisé une analyse Chi2 d'association entre la variable sexe et le sous-item n° 5 de la question n°12 (voir tableau n°10). On constate que, pour un degré de liberté de 1, le Chi-carré de Pearson équivaut à 1,023 et que la p-valeur de 0,312 est supérieure au seuil de décision de 0,05. Ces données ne permettent donc pas de conclure que la proportion d'adolescents suivant un régime est différente selon le sexe.

Tableau croisé sexe de l'élève & « s'oblige au régime »			
	« S'oblige au régime »		
	Tout à fait d'accord/d'accord	Pas d'accord/pas du tout d'accord	TOTAL
SEXE			
Féminin	33	123	156
Masculin	18	93	111
Total	51	216	267
Test Khi-carré			
	Valeur	Degré de liberté	Signification asymptotique
Khi carré de Pearson	1,023	1	0,312

Tableau n°10

Il me semblait également intéressant de m'attarder à savoir si, selon l'année scolaire, le rapport au corps et au poids était le même. J'ai donc réalisé une analyse Chi2 d'association entre la variable année scolaire et le sous-item n° 1 (« terrifié(e) à la pensée d'être trop gros/grosse) de la question n°12 (voir tableau n°11). On constate que, pour un degré de liberté de 1, le Chi-carré de Pearson équivaut à 1,254 et que la p-valeur de 0,263 est supérieure au seuil de décision de 0,05. Ces données ne permettent donc pas de conclure que la proportion d'adolescents se considérant trop gros/grosse est différente selon l'année scolaire.

Tableau croisé année scolaire de l'élève & « terrifié(e) à la pensée d'être trop gros/grosse »			
	« Terrifié(e) à la pensée d'être trop gros/grosse »		
	Tout à fait d'accord/d'accord	Pas d'accord/pas du tout d'accord	TOTAL
ANNEE SCOLAIRE			
6ème primaire	26	130	156
2ème secondaire	66	248	214
Total	92	378	470
Test Khi-carré			
	Valeur	Degré de liberté	Signification asymptotique
Khi carré de Pearson	1,254	1	0,263

Tableau n°11

Les deux analyses réalisées ci-dessus (tableaux n°10 et n°11) permettent de confirmer que les questions liées à la satisfaction du corps/poids sont à envisager autant chez les filles que chez les garçons ainsi qu'au sein des deux années scolaires.

➔ La question n°12 est maintenue car, chez une proportion non négligeable d'adolescents, les résultats ont montré une insatisfaction liée au corps. Les résultats apportés par cette question, corrélés avec les données objectives du bilan médical telles que le poids, permettront réellement d'approfondir la question de l'image corporelle. Par exemple, si l'adolescent présente un BMI qui témoigne d'un poids insuffisant et qu'il répond se trouver trop gros, se sentir coupable après les repas et se mettre souvent à la diète, il s'agira de discuter avec lui des raisons qui le poussent à de telles perceptions du corps.

Question n°13) Question du BMI perçu

Comme le présente *l'annexe n°14- tableau n°10*, la majorité des participants (40,9%) évalue leur poids comme normal. Une proportion non négligeable (13,9 %) des adolescents se considère en surpoids. Le taux de valeurs manquantes pour cette question est particulièrement élevé : 33,7% des participants n'y ont pas répondu. Ces derniers chiffres ne sont pas surprenants au vu des nombreuses explications demandées par les adolescents lors des passations.

➔ Étant donné que cette question a posé des difficultés en termes de compréhension et que la question n°12 aborde déjà la perception du poids et du corps, il a été décidé que cette question du BMI perçu n'avait pas son utilité dans le questionnaire. Elle a donc été supprimée.

Question n°14) Ressentis face aux changements physiques de la puberté

Pour rappel, j'avais créé cette question sur base de la littérature pour que le questionnaire aborde les changements physiques pubertaires et la façon dont l'adolescent les vit. Avant de tester la cohérence entre les items, voyons ce que cette question nous apporte comme résultats (voir *annexe n°14- tableau n°11*).

Alors que 27,7% des participants manifestent la sensation d'une puberté plus lente, 24,1% des élèves ont la sensation d'une puberté plus rapide que celle de leurs amis. Dans le même ordre d'idées de comparaison aux pairs, 18,8% des participants disent éprouver de la tristesse lorsqu'ils comparent leur corps à celui de leurs amis. De plus, 25,1% des élèves semblent insatisfaits de leur apparence physique.

Au sous-item « je me pose des questions sur les transformations que subit mon corps », 31,4 % des participants révèlent se questionner sur leurs changements physiques. Il me semble intéressant de découvrir si ce type de questionnements apparaissent autant chez les élèves de 6ème primaire et 2ème secondaire : 41,5% des participants de 6ème primaire déclarent se poser des questions à ce sujet alors que cela ne concerne que 26,8% des adolescents de 2ème secondaire.

Enfin, au sous-item « mes camarades se moquent de mon physique », pour la majorité des adolescents répondants (75,5%), l'apparence physique n'est pas source de moqueries de la part des autres élèves. Cependant, c'est le cas de 11,2% des élèves. Il me semble judicieux de croiser cette variable avec le sous-item n°5 de la question n°10 « un ou plusieurs élèves me disent des choses méchantes ou blessantes ». Pour cela, j'ai réalisé une analyse Chi2 d'association entre ces deux variables (voir tableau n°12). On constate que, pour un degré de liberté de 1, le Chi-carré de Pearson équivaut à 38,429 et que la p-valeur de 0,000 est inférieure au seuil de décision de 0,05. Ces données permettent alors de conclure qu'il existe un lien entre le fait d'être harcelé par des propos méchants et blessants et le fait que les camarades se moquent du physique de l'individu. On suppose donc que les propos méchants adressés à l'adolescent peuvent concerner son apparence physique.

Tableau croisé « propos méchants » & « moqueries sur le physique »			
	« Moqueries sur le physique »		
	Tout à fait d'accord/d'accord	Pas d'accord/pas du tout d'accord	TOTAL
Propos méchants			
Tout à fait d'accord/d'accord	21	40	61
Pas d'accord/pas du tout d'accord	9	180	189
Total	30	220	250
Test Khi-carré			
	Valeur	Degré de liberté	Signification asymptotique
Khi carré de Pearson	38,429	1	0,000

Tableau n°12

Afin de vérifier la cohérence des items de cette question, nous allons procéder à une analyse de fiabilité de type alpha de Cronbach. Cette analyse donne une valeur alpha située entre 0 et 1 et plus la valeur alpha tend vers 1, plus l'ensemble des sous-items de cette question est homogène. Pour ces 6 sous-items, l'alpha de Cronbach est de 0,225, ce qui témoigne d'une faible corrélation inter-items. Mais, étant donné que la question tend à mesurer plus d'un construit (multidimensionnel), il est cohérent que l'alpha de Cronbach soit si bas.

➔ Cette question est maintenue car, malgré un alpha de Cronbach relativement bas, les résultats aux sous-items ont montré que certains adolescents ne vivaient pas toujours bien les transformations physiques liées à la puberté. De plus, ils ont manifesté leur questionnement face à ces remaniements corporels. Par cet item, le professionnel du secteur PSE identifie le jeune à qui il serait intéressant d'apporter des réponses.

Question n°15) Outil de dépistage de la dépression

L'annexe n°14- tableau n°12 spécifie la moyenne ainsi que les fréquences de réponse associées aux sous-items qui tentent d'identifier un adolescent déprimé. Pour rappel, le codage SPSS est celui-ci : tout le temps= 1 ; la plupart du temps= 2 ; plus de la moitié du temps= 3 ; de temps en temps= 4 ; jamais= 5. En ce qui concerne les trois premiers items, les moyennes se situant aux alentours de 2, cela signifie que la plupart du temps, les adolescents se sentent de bonne humeur, tranquilles et pleins d'énergie. En ce qui concerne le 4ème item, la moyenne se situe à 3,24 : cela démontre un sentiment de fatigue chez les jeunes. Enfin, pour le dernier item, on retrouve une moyenne de 2,74 : cela signifie que, la plupart du temps ou plus de la moitié du temps, l'adolescent estime sa vie intéressante. Pour avoir davantage de précisions en ce qui concerne certains sous-items, nous allons nous intéresser aux fréquences associées.

Au sous-item « je me suis senti(e) bien et de bonne humeur », *l'annexe n°14- tableau n°12* démontre que la majorité des élèves (63,1 %) se sont sentis bien et de bonne humeur tout le temps ou la plupart du temps. Cependant, pour 14,2 % des jeunes, c'est le cas de temps en temps, voire jamais. Au sous-item « je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) », on constate une certaine vitalité chez la majorité des élèves et ce, à des fréquences variables. Mais 24,5% des participants se sentent pleins d'énergie et vigoureux de temps en temps voire jamais. Au sous-item « je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et reposé(e) », on observe une variabilité de réponses. Cependant, on remarque qu'en répondant « de temps en temps » ou « jamais », 47,2 % des élèves ne se sentent pas frais et reposés la majorité du temps. L'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al) a également questionné les élèves sur le sentiment de fatigue matinale. 45,5% des élèves de 6ème primaire et 55,5% des élèves de 2ème secondaire se sentent fatigués le matin au moins une fois par semaine, les jours d'école. Ces résultats concordent avec nos données. Enfin, au sous-item « ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes », la majorité du temps, 56,7 % des élèves estiment leur vie intéressante. Cependant, ce n'est pas le cas de 30,7 % des jeunes.

➔ Cette question est maintenue dans le cadre du questionnaire. Tout d'abord, les statistiques présentées ont montré que la question semblait compréhensible à une très grande majorité d'élèves et ce, via les valeurs manquantes. Ensuite, les résultats de chaque sous-item ont démontré la présence d'adolescents susceptibles d'être en mal-être. Cela témoigne de l'efficacité de l'outil. Enfin, n'abordant que les aspects strictement psychologiques de la santé, il rencontre les objectifs du questionnaire.

Question n°16) Attitudes face au stress et situations difficiles

Etant donné que cette question a posé des problèmes de compréhension pour un grand nombre d'élèves et le taux de valeurs manquantes de 33,7% des participants en témoigne, nous ne nous attarderons pas à développer les résultats à cette question. Pour rappel, elle était issue d'une étude sur les réactions au stress chez l'adolescent mais il ne s'agissait pas d'un outil validé. Ces différents éléments ont mené à la décision de supprimer cette question.

Question n°17) Outil d'évaluation de l'estime de soi

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg comprend deux types de sous-items : les sous-items n°1, n°2, n°4, n°6 et n°7 témoignent d'une estime de soi positive alors que les sous-items n°3, n°5, n°8, n°9 et n°10 reflètent une faible estime de soi. Le tableau n°13 des statistiques descriptives ci-dessous nous permet de visualiser les résultats de chaque item. Pour rappel, le codage SPSS est celui-ci : 1= tout à fait d'accord ; 2= d'accord ; 3= pas d'accord ; 4= pas du tout d'accord. En ce qui concerne les sous-items positifs, on constate que la moyenne de ceux-ci se situant aux alentours de 2, la majorité des adolescents répondent « d'accord » à ces sous-items. Ceci témoigne d'une estime de soi positive. Cependant, lorsqu'on s'attelle à analyser les résultats des sous-items négatifs, on réalise qu'il y a, parmi les élèves, des jeunes ayant une faible estime de soi. Différentes valeurs nous permettent d'émettre cette hypothèse : tout d'abord, la moyenne des sous-items négatifs se situe à 2,82 ou encore au sous-item « je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi », le mode étant de 2, on peut dire que la majorité des élèves ne sont pas fiers d'eux-mêmes.

	Valeurs	*Qualités*	*Raté*	*Capacités*	*Raisons d'être fier*	*Attitude positive*	*Satisfait de soi*	*Respect pour soi*	*Inutile*	*Bon à rien*
MANQUANT	52	36	57	41	49	50	43	57	39	43
MOYENNE	2,04	1,92	3,34	1,86	2,66	1,94	1,84	2,54	2,70	2,97
MODE	2	2	4	2	2	2	2	2	4	4
MOYENNE +- ECART TYPE POSITIFS	2,00 (+- 0,57)									
MOYENNE +- ECART TYPE NEGATIFS	2,82 (+- 0,74)									

Tableau n°13

Cette question reprend 10 sous-items ce qui peut sembler assez conséquent, d'autant plus en fin de questionnaire. Je me suis donc intéressée à l'ensemble de la question et j'ai constaté de fortes ressemblances entre certains sous-items. L'item n°3 et n°10 semblent tous les deux évaluer le même élément hormis qu'ils utilisent deux termes différents : « raté » et « bon à rien » qui constituent des synonymes. L'alpha de Cronbach de ces deux sous-items qui est de 0,647 nous le prouve. Pour pouvoir réduire le nombre de sous-items de cette question, l'item n°3 est supprimé. Le nombre de valeurs manquantes plus élevées pour l'item n°3 témoignent dès lors d'une certaine incompréhension des adolescents et ont permis de faire un choix entre les deux sous-items.

L'item n°5 et n°7 paraissent également semblables. En effet, la satisfaction et la fierté sont des éléments relativement similaires de l'estime de soi. L'item n°5 « je sens peu de raisons d'être fier(e) » a une tournure plutôt négative alors que l'item n°7 « dans l'ensemble, je suis satisfait de moi » a une visée positive. Pour pouvoir vérifier cette cohérence inter-items, j'ai cherché à savoir quel était leur alpha de Cronbach. Afin d'obtenir un alpha de Cronbach cohérent, l'item n°5 a été recodé (inversion). L'alpha de Cronbach se situe à 0,304, valeur qui est plutôt basse et ne nous prouve pas la cohérence inter-items. Je me suis alors intéressée aux résultats obtenus à ces deux sous-items et j'ai constaté que les adolescents avaient davantage de facilités à exprimer une estime de soi négative via l'item n°5 que via l'item n°7. Ce sont les moyennes et les modes qui m'ont permis d'émettre cette explication. J'ai dès lors décidé de supprimer l'item « dans l'ensemble, je suis satisfait de moi ».

➔ Via ces sous-items positifs et négatifs, l'outil d'évaluation de l'estime de soi de Rosenberg permet de mettre en évidence un adolescent ayant peu de considération pour lui-même. Comportant initialement 10 sous-items ce qui semble relativement long pour

un adolescent, quelques modifications ont été apportées à l'outil : des sous-items qui semblaient similaires et qui n'apportaient pas davantage de résultats ont été supprimés. L'outil comporte dès lors 8 sous-items : 4 avec une tournure grammaticale positive et 4 ayant une visée d'estime de soi négative.

Question n°18) Soutien familial

L'annexe n°14- tableau n°13 spécifie la moyenne ainsi que les fréquences de réponse associées aux différents sous-items. Tout d'abord, les moyennes qui se situent aux alentours de 1,5 et 2 nous font penser que, pour la majorité des élèves répondants, la famille représente vraisemblablement un soutien psychologique. Cependant, les adolescents pour lesquelles la famille n'est pas une ressource en situation difficile ne rentre généralement pas dans ces valeurs de moyenne. C'est la raison pour laquelle chaque sous-item sera analysé sur les fréquences associées.

Au sous-item « mes parents sont disponibles pour m'écouter », 17,8 % des jeunes déclarent ressentir de l'indisponibilité de la part de leurs parents. Dans le même ordre d'idées, 12,6 % des adolescents ne reçoivent pas de conseils de la part de leurs parents. Au sous-item « j'ai l'impression que mes parents comprennent mes soucis, problèmes », on constate que 30,1% des élèves ne se sentent pas compris par leurs parents dans leurs soucis. Au sous-item « je me sens à l'aise de discuter avec ma famille », on observe que 31,0 % des jeunes se sentent mal à l'aise d'entreprendre une discussion avec leur famille. Au sous-item « je me sens protégé(e) par mes parents », on constate que 8,2 % des jeunes ne ressentent pas ce sentiment de protection de la part de leurs parents. Enfin, au sous-item « j'ai l'impression que ma famille fait attention à moi, se soucie de moi », il est démontré que 12,5 % des jeunes ont le sentiment que leur famille n'est pas attentive à eux.

➔ Les résultats obtenus aux sous-items révèlent qu'un nombre non négligeable d'élèves ne perçoivent pas sa famille comme une ressource et un tremplin dans les situations difficiles. Ces données attestent de l'importance d'évaluer comment l'adolescent se sent en famille et comment il perçoit ces personnes proches. Afin de toucher aussi les jeunes susceptibles d'être en centre ou famille d'accueil, le terme famille sera davantage explicité : « Par famille, on entend les personnes avec lesquelles tu vis (ex : parents, sœurs et frères, beaux-parents, parents d'adoption, parents d'accueil, tuteurs, éducateurs du centre d'accueil, ...) ». Le terme « parents » sera remplacé par le terme de « famille » afin d'englober toutes les configurations familiales.

Question n°19) Les amis

Pour rappel, cette question comprend 10 sous-items : les 5 premiers tentent d'évaluer si l'adolescent a des amis avec lesquels il passe son temps libre et les 5 derniers essaient d'apprécier si le jeune perçoit ses amis comme un soutien lorsqu'il a des soucis. Le tableau n°14 de statistiques descriptives ci-dessous présente les résultats aux différents sous-items. Le mode étant de 1 aux 10 sous-items, on peut dire que la majorité des adolescents passent du temps avec leurs amis et peuvent compter sur eux pour discuter. Cependant, une proportion non négligeable d'élèves (25 %) passe peu de temps avec ses amis et ne leur parle pas de ses soucis : c'est le P75 des 5 premiers items et de l'item n°7 qui se situent à 3 (pas d'accord) qui nous permettent de dire cela. Pour rappel, le P75 (percentile 75) représente la valeur en dessous de laquelle se situent 75% de l'échantillon.

	Sortir avec les copains	*Aller chez des copains*	*Sortir en ville avec les copains*	*Être en bande avec des copains*	*Jouer dehors avec des copains*	*Se confier à des copains*	*Parler de ses problèmes à des copains*	*Discuter avec des copains*	*Donner des conseils à des copains*	*Être entouré et aidé par des copains*
MANQUANT	32	33	32	41	33	40	33	37	35	40
MOYENNE	2,23	2,01	2,01	2,20	2,31	1,85	2,13	1,59	1,69	1,78
MODE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
P25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
P50	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
P75	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2

Tableau n°14

Par ses 10 sous-items, cette question peut paraître longue. Dans le même ordre d'idées que pour la question n°17, je me suis alors penchée sur les possibles ressemblances entre sous-items. J'ai tout d'abord repéré des similitudes entre les sous-items n°1 (sortir avec les copains) et n°3 (sortir en ville avec les copains). En effet, le sous-item n°1 comprend ce que cherche à savoir le sous-item n°3. Pour prouver cette cohérence inter-items, j'ai utilisé l'alpha de Cronbach qui est de 0,739. Cette valeur atteste bien du fait que les sous-items n°1 et n°3 évaluent sensiblement la même chose. Si l'adolescent répond favorablement au sous-item n°1, il répondra certainement favorablement au sous-item n°3 : le sous-item n°3 est dès lors supprimé de la question.

Les sous-items n°6 et n°7 présentent également des similitudes. Généralement, le terme « se confier » évoque des choses intimes et les problèmes qui sont abordés au sous-item n°7 en représentent également. L'alpha de Cronbach qui se révèle être de 0,764 nous prouve cette similitude. Le P75 du sous-item n°7 qui se situe à 3 (pas d'accord) alors qu'il se situe à 2 pour

le sous-item n°6 démontre qu'à travers le sous-item n°7, les jeunes expriment plus aisément leurs difficultés à parler de leurs problèmes à leurs amis. C'est la raison pour laquelle le sous-item n°6 est supprimé du questionnaire.

Ensuite, étant donné que l'isolement social est une cause mais aussi une conséquence du harcèlement scolaire, analysons comment cette question n°19 a un lien avec les réponses apportées à la question n°10 du (cyber)harcèlement. Pour cela, j'ai testé la corrélation entre la moyenne des sous-items de la question n°19 et la moyenne des sous-items de la question n°10. La représentation graphique ci-dessous (figure n°6) ne montre pas de linéarité entre les deux variables. Par conséquent, ces données ne nous permettent pas de dire qu'il existe un lien entre l'isolement social et le (cyber)harcèlement.

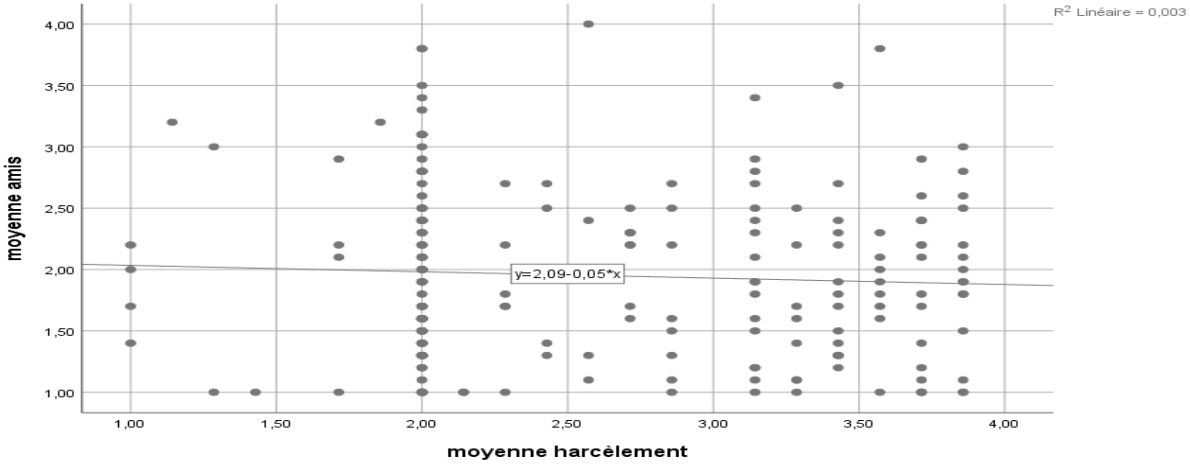


Figure n°6

➔ Cette question permet d'apprécier dans quelle mesure l'adolescent voit ses amis pendant son temps libre et en quoi ceux-ci représentent un appui dans les situations difficiles. Les résultats ont démontré l'efficacité de la question à repérer les adolescents qui font peu d'activités avec leurs amis et/ou qui ne peuvent pas compter sur eux lorsqu'ils en ressentent le besoin. Les jeunes concernés représentent approximativement 25% des répondants. Afin d'alléger le questionnaire et parce qu'ils apportaient sensiblement la même chose que les autres sous-items, les sous-items n°3 et n°6 ont été supprimés.

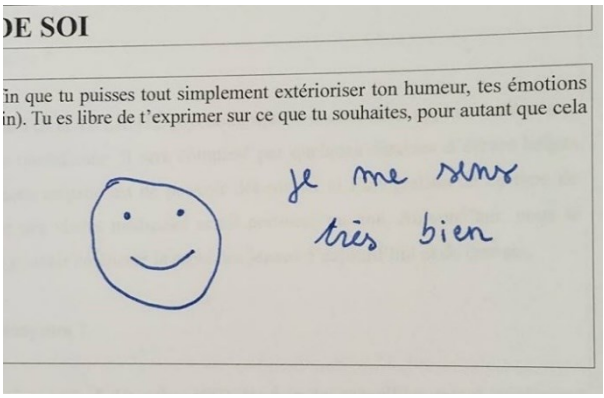
Question n°20) Expression de soi

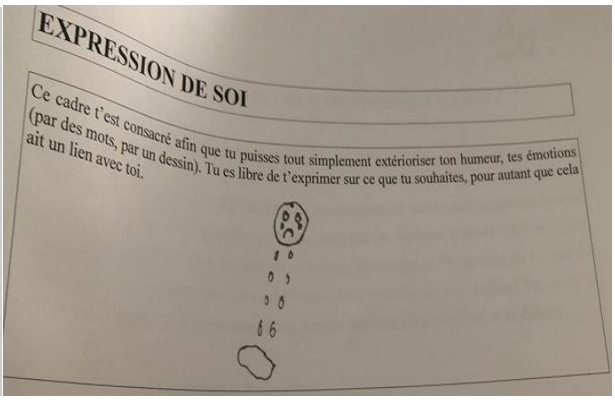
Le tableau n° 15 ci-dessous indique que 47,5 % des adolescents ont complété cette partie par un dessin et/ou par des mots. Ils sont moins nombreux que ceux n'ayant pas joué le jeu.

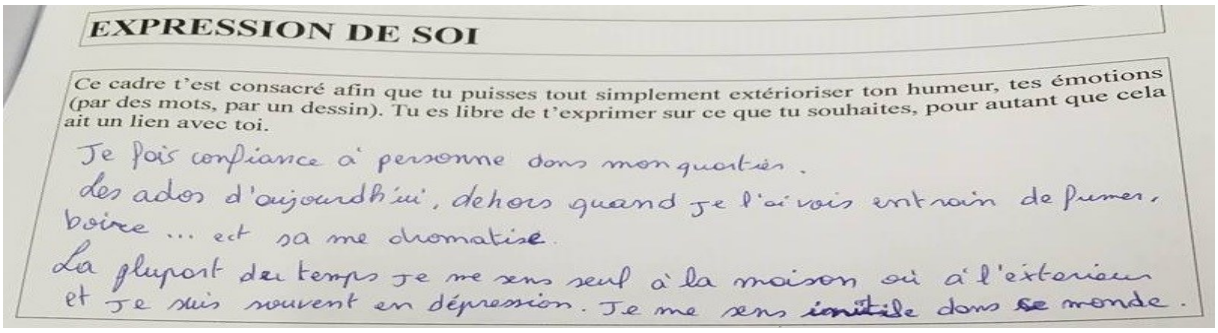
REMPLISSAGE EXPRESSION DE SOI		
	FREQUENCE	**POURCENTAGE**
A complété cette partie	144	47,5
N'a pas complété cette partie	159	52,5
TOTAL	303	100,0

Tableau n°15

Mais lors du dépouillement des questionnaires, j'ai constaté que, pour certains jeunes, avoir la possibilité de s'exprimer clairement sur son humeur, sur ses émotions était réellement porteur. Les quelques images ci-dessous en témoignent. Il s'agit de la partie « expression de soi » d'adolescents visiblement en détresse mais aussi de jeunes ayant l'envie de manifester leur bien-être.







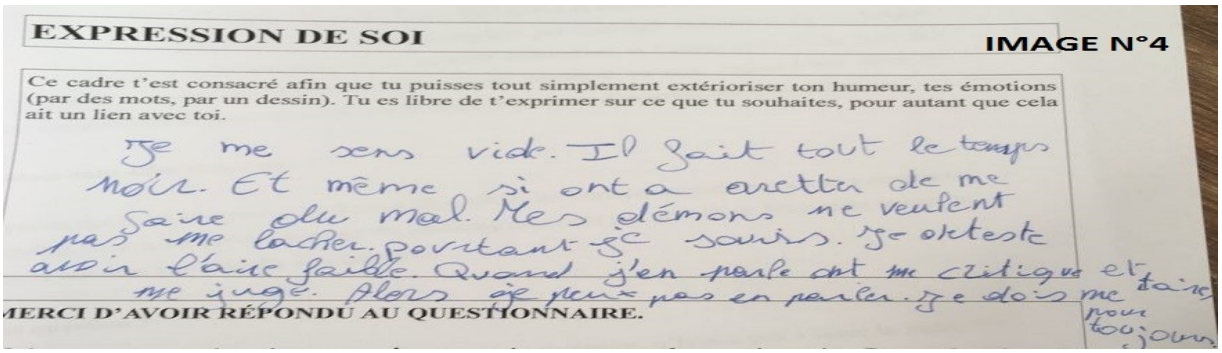
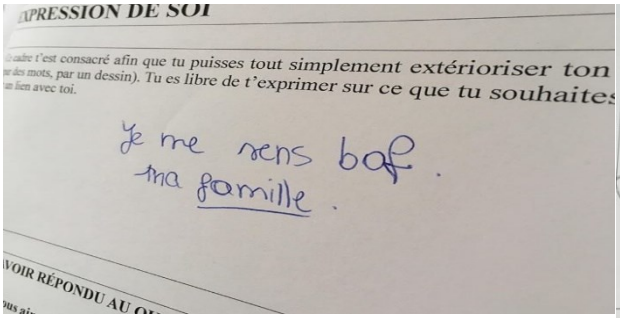

EXPRESSION DE SOI

IMAGE N°4

Ce cadre t'est consacré afin que tu puisses tout simplement extérioriser ton humeur, tes émotions (par des mots, par un dessin). Tu es libre de t'exprimer sur ce que tu souhaites, pour autant que cela ait un lien avec toi.

Je me sens vide. Il fait tout le temps noir. Et même si ont a arrêter de me faire du mal. Mes démons ne veulent pas me lacher. pourtant je souris. je atteste aussi l'aire faible. Quand j'en parle ont me critique et me juge. Alors je peux pas en parler. Je dois me taire pour toujours

MERCI D'AVOIR RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE.


EXPRESSION DE SOI

Ce cadre t'est consacré afin que tu puisses tout simplement extérioriser ton
(par des mots, par un dessin). Tu es libre de t'exprimer sur ce que tu souhaites
ait un lien avec toi.

Je me sens baf.
ma famille.

VOIR RÉPONDU AU

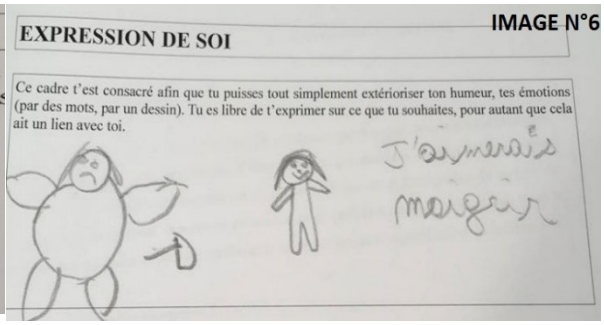
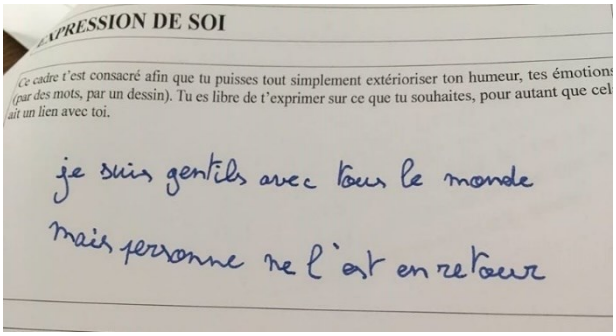

EXPRESSION DE SOI

IMAGE N°6

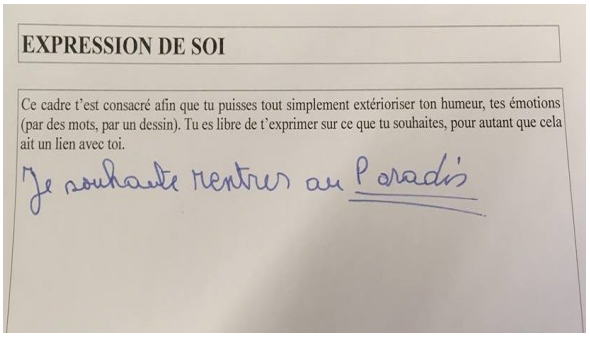
Ce cadre t'est consacré afin que tu puisses tout simplement extérioriser ton humeur, tes émotions (par des mots, par un dessin). Tu es libre de t'exprimer sur ce que tu souhaites, pour autant que cela ait un lien avec toi.

J'aimerais maigrir


EXPRESSION DE SOI

Ce cadre t'est consacré afin que tu puisses tout simplement extérioriser ton humeur, tes émotions (par des mots, par un dessin). Tu es libre de t'exprimer sur ce que tu souhaites, pour autant que cel
ait un lien avec toi.

je suis gentils avec tous le monde
mais personne ne l'est en retour


EXPRESSION DE SOI

Ce cadre t'est consacré afin que tu puisses tout simplement extérioriser ton humeur, tes émotions (par des mots, par un dessin). Tu es libre de t'exprimer sur ce que tu souhaites, pour autant que cela ait un lien avec toi.

Je souhaite rentrer au Paradis

Il me semblait intéressant de me pencher sur ce que l'adolescent a signifié dans cette partie et ce qu'il a complété dans le reste du questionnaire. Pour cela, j'ai sélectionné deux questionnaires. Pour le premier, il s'agit de l'image n°6 à travers laquelle l'adolescent témoigne de son désir de maigrir. Il se trouve que cet adolescent est une fille âgée de 12 ans qui, à la question n° 12 sur la perception du corps, a également manifesté sa préoccupation pour son apparence physique. Ces doutes impactent l'estime que cette jeune fille a d'elle-même. En effet, à la question n°17 de l'estime de soi, elle répond souvent de sorte à montrer qu'elle a peu d'amour propre pour elle-même. Le second questionnaire sélectionné comprend l'image n°4 « Je me sens vide … ». Il se trouve que l'adolescent qui a utilisé cet encadré pour manifester son mal-être est une fille âgée de 14 ans. Grâce à la question n°10, on constate qu'il s'agit d'une victime de harcèlement. En effet, elle subit de la violence physique, verbale, de l'exclusion et les autres élèves répandent des rumeurs à son sujet. On observe également qu'elle ne perçoit ni sa famille ni ses amis comme des leviers à mobiliser pour discuter de ses problèmes.

1.3 Modifications générales du questionnaire

Les résultats obtenus et décrits au point 1.4 ci-dessus ont permis d'apporter des modifications pertinentes au questionnaire : items supprimés et/ou remaniés, vocabulaire précisé, etc. Le questionnaire utilisé lors de la 1ère phase était anonyme mais celui qu'on souhaiterait utiliser au long terme dans le cadre des visites médicales doit comprendre une rubrique d'identification du jeune avec des données telles que le nom, prénom ou encore l'établissement scolaire. Une donnée qui n'apparaîtra pas sur le questionnaire doit être prise en compte par le professionnel PSE : l'indice socioéconomique de l'école. La version du questionnaire à l'issue de la 1ère phase se trouve en *annexe n°15*. Cette version est présentée aux professionnels du secteur PSE lors de la 2ème phase.

2. Résultats obtenus au terme de la 2ème phase

Afin d'analyser de manière méthodologiquement correcte les entretiens réalisés, nous allons nous référer aux catégories et sous-catégories d'analyse précisées au point 3.2 de la 2ème partie. La retranscription des entretiens se trouve en *annexe n°16.*

2.1 Réalités organisationnelles des services PSE

Tous les professionnels interrogés ont témoigné du peu de temps accordé à chaque élève pour son bilan de santé. Ils ont aussi manifesté leurs difficultés courantes à clôturer les consultations dans le temps imparti. A titre d'illustration, l'une des professionnelles de l'ONE explique : *« ça arrive que le bus soit là et il va partir et c'est déjà arrivé que le bus parte sans les élèves parce qu'ils n'étaient pas descendus à temps ».* On constate que les bilans de santé doivent être rapides et accorder à peu près 10 minutes par élève. L'infirmière scolaire témoigne : *« en visite médicale, nous ici on est à peu près… combien… je dirais, après on est souple mais à peu près 10 minutes par élève je dirais, 8 minutes, 15 minutes selon le médecin ».* Ce temps est d'autant plus compliqué à gérer que le bilan de santé comprend l'évaluation de nombreux éléments : *« Bon déjà quand l'élève arrive, il y a quelques vaccins à faire, ça relève de la responsabilité du médecin de vérifier la demande de vaccination, de voir si effectivement, dans son bilan vaccinal, il y a bien ce vaccin là à faire et puis il faut encoder. Et alors il faut lire toute l'anamnèse, bon ça c'est 4 feuilles A4. Bon la première page ce n'est pas la plus importante, les antécédents familiaux non plus mais voilà il faut à la fois prendre connaissance de l'anamnèse et puis parler avec le jeune »* (Médecin coordinatrice).

On retrouve également une hétérogénéité d'organisation des services PSE. A titre d'illustration, la médecin coordinatrice ainsi que les professionnelles de l'ONE ont évoqué le fait que dans certaines services PSE, les enfants étaient à plusieurs dans le local de l'infirmière, pour la biométrie. Cette hétérogénéité d'organisation est par ailleurs illustrée par l'infirmière scolaire qui travaille dans un SPOS (Service Prévention Orientation Santé – PMS/PSE) : ces services ne s'organisent pas de la même manière que les services PSE classiques. Les professionnelles de l'ONE justifient cette hétérogénéité d'organisation par une différence de moyens : *« on est face à un problème plutôt de moyens où des services ont davantage de moyens parce que leur pouvoir organisateur met davantage que la subvention actuelle ».* Cela implique, entre autres, que le statut du médecin ou la manière de rémunérer celui-ci ne soit pas la même d'un service PSE à l'autre.

2.2 La santé mentale des adolescents

a) Expériences

Les professionnelles de l'ONE ont relevé quelques problématiques émergentes actuellement chez les adolescents. Il s'agit tout d'abord du harcèlement avec un impact important des réseaux sociaux. Ensuite, elles évoquent les addictions aux écrans. Elles considèrent que la santé mentale des adolescents occupe de plus en plus l'attention des politiques. Elles prennent pour exemple la nouvelle politique de santé mentale enfants et adolescents qui est une initiative du fédéral et vise la constitution de réseaux. L'une des professionnels de l'ONE pointe également le harcèlement scolaire mais parle aussi de l'éducation à la vie sexuelle et affective comme moyen de prévention au harcèlement.

L'association de parents témoigne de la présence plus importante de harcèlement scolaire. Elle a également le sentiment que les familles sont parfois moins disponibles pour écouter l'adolescent ou dans d'autres cas, il y a un lieu de parole mais l'adolescent ne se sent tout simplement pas écouté. De plus, elle a connaissance de nombreux cas problématiques au niveau des relations affectives et sexuelles. Elle donne un exemple de situation vécue : *« ce sont des filles qui vont se vendre, des premières et des deuxièmes qui vont chercher des cinquième et sixième, des garçons en leur disant « si tu veux un plan cul, je prends dans le cul, pas de soucis » ».*

Enfin, *« globalement nos ados ils n'ont pas… fin ce ne sont pas des malades psychiatriques mais il y a du dysfonctionnement, il y a du mal-être lié à l'adolescence, lié au contexte, parents séparés ou bien en conflit ou bien difficultés scolaires. Enfin voilà il y a beaucoup de fragilité… ».* Par ces propos, la médecin coordinatrice exprime combien elle est

consciente des difficultés émotionnelles que vivent les jeunes à l'adolescence, sans pour autant qu'il s'agisse de pathologies psychiatriques.

b) Moyens d'évaluation psychosociale utilisés au sein des services PSE

L'infirmière scolaire insiste sur ses moyens d'évaluation psychosociale d'autant plus riches qu'elle travaille en SPOS. Travailler dans un tel service lui permet d'avoir moins d'écoles à sa charge, d'être présente ½ journée par semaine dans chaque école mais également lors des conseils de classe. Ce sont les raisons pour lesquelles elle a une meilleure connaissance de ses élèves mais aussi de leurs familles. De plus, sa participation aux conseils de classe lui permet d'apprécier les difficultés rencontrées au sein de l'école et plus particulièrement, l'ambiance de classe. Le moyen d'évaluation psychosociale utilisé par cette infirmière scolaire est la discussion : elle utilise le dialogue pour aborder des aspects intimes de la vie de l'adolescent. Au sein du service dans lequel elle travaille, il n'existe pas de questionnaire d'habitudes de vie et l'anamnèse médicale ne comprend pas d'éléments sur l'aspect psychologique de la santé.

La médecin coordinatrice insiste sur le peu de temps accordé aux bilans de santé qui contraint les professionnels à ne pas aborder les aspects psychologiques. Cependant, elle dit être attentive à repérer des petits signes, des petites choses dans le discours de l'adolescent qui pourraient lui faire penser qu'il est en mal-être. Elle donne pour exemple une jeune fille qui ne souhaitait pas connaitre son poids. A partir de cet élément en a découlé une discussion avec l'adolescente qui a témoigné d'un vécu familial difficile. Actuellement, le service duquel elle est coordinatrice n'emploie pas de questionnaire d'habitudes de vie et l'anamnèse utilisée pour les élèves de 6ème primaire et 2ème secondaire ne questionne pas les parents sur la présence de signes psychosociaux inquiétants chez l'adolescent. Elle explique que l'anamnèse comprend quelques questions d'habitudes de vie mais celles-ci se limitent à l'hygiène de vie en général. Elle précise que, dans le passé, le questionnaire d'habitudes de vie était utilisé : *« on l'a fait pendant 2-3 ans mais c'était compliqué, c'était chronophage, on ne faisait pas grand-chose de ce qu'ils répondaient. Eux ne répondaient pas toujours très sérieusement, ils se donnaient le mot et donc on a laissé tomber ».*

En ce qui concerne l'une des professionnelles de l'ONE, le service dans lequel elle travaille utilise le questionnaire d'habitudes de vie que l'adolescent complète soit en salle d'attente soit en cabine de déshabillage et le médecin scolaire aborde des questions intimes de l'ordre du psychosocial. L'autre professionnelle de l'ONE insiste sur l'existence du questionnaire d'habitudes de vie et l'anamnèse médicale dans lesquels on peut également retrouver des éléments psychologiques.

c) Standardisation des pratiques de santé mentale des bilans PSE

L'association de parents juge pertinente l'utilisation du questionnaire. En effet, elle pense qu'avoir l'avis des parents sur comment le jeune se sent à la maison n'est pas suffisant pour avoir un réel aperçu de la santé mentale de l'adolescent. Elle argumente en disant que les parents sont parfois dans le déni, à mille lieux d'imaginer que leur enfant peut avoir un comportement différent à la maison et à l'école. Par conséquent, interroger l'adolescent lui-même sur la façon dont il se sent serait d'autant plus intéressant qu'on pourrait confronter ces informations à celles rapportées par les parents. De plus, elle ajoute : *« ça permet à des ados de peut-être, en répondant, de se dire « ah ça c'est quelque chose qui m'embêtait mais je ne sais pas comment l'exprimer ».*

A contrario, l'ONE n'est pas convaincue de l'utilité de mettre en place un questionnaire standardisé. Les professionnelles interrogées avancent certains arguments. Tout d'abord, en tant que médecins scolaires, elles considèrent qu'aborder la santé mentale de l'adolescent au cours d'une discussion anodine *« tiens, et toi comment ça va dans ta vie ? »* est suffisant. Elles certifient que si l'adolescent a envie d'évoquer ces problèmes, il le fera lors de la discussion. *« Ceux qui ont envie de parler, à ce moment-là, ils se lâchent. Ceux qui n'ont pas envie de parler, je pense qu'ils ne répondront pas mieux à un questionnaire parce que c'est qu'ils ne sont pas prêts ».* Ensuite, étant donné qu'elles estiment que le questionnaire d'habitudes de vie et l'anamnèse comprennent des éléments psychosociaux, elles auraient l'impression que d'instaurer ce questionnaire ne ferait que multiplier les outils de façon inutile. Cependant, selon l'ONE, il serait sans doute intéressant de proposer des éléments de santé mentale à inclure dans le questionnaire d'habitudes de vie de façon standardisée.

L'infirmière scolaire rejoint les professionnelles de l'ONE quand elle avance sa préférence pour le contact humain de la discussion. En effet, elle préfère discuter librement de ses aspects intimes de vie de l'adolescent et témoigne de ses difficultés à utiliser un questionnaire qui selon elle, mettrait de la distance entre le professionnel et le jeune.

2.3 Le questionnaire à proprement parler

a) Présentation

L'association de parents ainsi que les professionnelles de l'ONE ont estimé nécessaire de rendre le questionnaire plus original en ce qui concerne sa présentation en y incluant des émoticônes. L'association de parents a justifié l'utilité d'une présentation plus « jeune » pour que « *ce soit un truc qui accroche* » et qui donne envie aux jeunes d'y répondre.

b) *Longueur du questionnaire*

Les professionnelles de l'ONE ainsi que l'infirmière scolaire ont relevé la nécessité de raccourcir le questionnaire au niveau de la longueur. De cette façon, elles espèrent induire un taux d'adhésion plus élevé des élèves qui mettront moins de temps à compléter l'outil ainsi qu'une facilité d'analyse pour le professionnel. De plus, en réduisant la longueur du questionnaire, on essaie de répondre aux réalités organisationnelles des services PSE : *« faire un outil de screening général qui est très large c'est compliqué dans le secteur PSE où on a effectivement peu de temps par élève, où il y a aussi éventuellement une vaccination à faire, où il y a encore éventuellement d'autres choses dont il faut parler, s'occuper » (ONE).* Ces propos montrent également que les bilans PSE donnent la priorité aux aspects physiques de la santé.

c) Rubriques

Globalement, tous les professionnels interrogés ont trouvé que les thèmes abordés dans le questionnaire regroupaient toutes les sphères de la vie de l'adolescent. Cependant, l'infirmière scolaire considère qu'il serait astucieux de cibler 2-3 problématiques spécifiques plutôt que de vouloir faire un outil général. Elle estime que tous les problèmes sont importants mais que de relever tous les aspects qui ne vont pas semble trop ambitieux pour un bilan de santé PSE qui généralement, ne dure pas plus de 10 minutes. Pour l'association de parents, intégrer une rubrique faisant référence aux relations affectives et sexuelles serait intéressant. L'infirmière scolaire et la médecin coordinatrice sont du même avis mais selon elles, cette rubrique ne devrait être destinée qu'aux élèves de 2ème secondaire.

d) Pertinence des questions

De façon générale, les professionnels n'ont pas pointé de questions qui leur semblaient moins pertinentes. Cependant, ils ont relevé le fait que certaines questions se ressemblaient fortement. En effet, selon les professionnelles de l'ONE, les sous-items de la question n°9 qui concernent la perception du corps pourraient être rassemblés en une seule phrase car il n'y a qu'une faible nuance entre ceux-ci. Elles ont également commenté l'échelle de « Tout à fait d'accord, d'accord etc » de la question n°7 du harcèlement scolaire qui ne leur semble pas pertinente. Elles craignent que les élèves ne comprennent pas la question avec ce type d'échelle et proposent une échelle de fréquence plus facilement compréhensible. Ensuite, l'infirmière scolaire et l'association de parents ont témoigné de la nécessité de retirer la question sur la marijuana pour les élèves de 6ème primaire. En effet, il est probable que les élèves de cet âge aient déjà consommé de l'alcool ou essayé de fumer du tabac mais en ce qui concerne la

marijuana, certains ne connaissent même pas de quoi il s'agit et on ne souhaite pas les inciter de quelque manière que ce soit : *« il faut faire attention à la manière de poser les questions pour ne pas éveiller la curiosité des ados qui disent « voilà, si on pose la question, c'est ce qui est fait généralement apparemment et donc pourquoi j'essaierais pas » »* (Association de parents). Enfin, tous les professionnels hormis l'association de parents ont été surpris que les premières questions concernent le tabac, l'alcool et la marijuana. Ils trouvent que, comme en entrée en la matière, il faut un sujet plus « doux ».

e) Vocabulaire

L'association de parents a relevé différents termes susceptibles de poser des problèmes de compréhension : « angoissé » (question n°6) qu'elle propose de remplacer par « j'ai peur de me rendre à l'école », « exclure » (question n°7), les « rumeurs » (question n°7), le « désir » (question n°9) qu'elle propose de remplacer par « l'envie », « mon apparence physique me plait » (question n°10) qu'elle propose de remplacer par « j'aime mon apparence physique », « vigoureux » (question n°11) qu'elle propose de remplacer par « très actif ».

L'infirmière scolaire n'a pas précisé de termes de vocabulaire en particulier mais explique que sa population d'élèves est majoritairement composée de primo arrivants et qu'il serait préférable que le vocabulaire soit le plus basique possible. Elle a quand même pointé la formulation de la question n°8 « tous les combiens » qui lui semblait étrange.

L'une des professionnelles de l'ONE a mis en évidence l'importance d'avoir des consignes courtes avec des mots de 3 syllabes maximum.

f) Questions ouvertes

Certains professionnels ont proposé d'inclure des questions ouvertes au questionnaire. Selon les professionnelles de l'ONE ainsi que l'infirmière scolaire, il faudrait combiner la présence de questions fermées et de questions ouvertes. L'infirmière scolaire a pris pour exemple la question sur la famille qui, selon elle, pourrait être reformulée en une question ouverte « comment te sens-tu en famille ? ». L'association des parents est d'accord pour que le questionnaire comprenne une partie ouverte via la rubrique « expression de soi » mais ne souhaite pas introduire plus de questions ouvertes pour faciliter la lecture du professionnel PSE.

g) Confidentialité

L'association de parents a insisté sur la nécessité de donner davantage d'informations concernant la protection des données c'est-à-dire par qui sera lu le questionnaire, où sera-t-il

stocké par la suite etc. Selon elle, il faut également préciser que ce sont des données confidentielles qui ne sont transmises ni aux parents ni à l'école afin que l'adolescent se sente un maximum en confiance.

2.4 Craintes liées à la mise en place d'un outil psychosocial standardisé

a) Craintes organisationnelles

Dans l'organisation actuelle, *« Le médecin n'a pas le temps de lire tout ça et je ne vois pas trop quand le jeune aura le temps de remplir tout ça. »* (Médecin coordinatrice). Elle ajoute que si on venait à instaurer ce type d'outil, il faudrait recruter davantage de personnel et avoir un local approprié pour que les jeunes complètent l'outil. En bref, elle rend compte de l'utilité d'aménagements organisationnels pour l'instauration d'un tel projet.

b) Craintes du « et après »

Tous les professionnels ont manifesté un questionnement quant à la manière de traiter les résultats apportés par le questionnaire. Les propos suivants en témoignent : *« Si le jeune met que tout va mal, qu'est-ce qu'on fait ? comment on reçoit ça ? qu'est-ce qu'on fait ? »* (Infirmière scolaire) et *« Ça peut être dangereux d'ouvrir une porte qu'on ne peut pas travailler au moment même, selon l'intensité du problème »* (ONE).

La médecin coordinatrice a d'autant plus peur de ne pas pouvoir proposer une aide adaptée à l'adolescence car elle a des difficultés à percevoir le PMS comme une véritable ressource à mobiliser. En effet, elle indique qu'une prise en charge par le PMS nécessite l'autorisation des parents mais elle fait également part de son avis pour les PMS qui selon elle, ne considèrent pas assez l'urgence de la situation.

c) Craintes des conséquences sur le jeune

La médecin coordinatrice est frileuse de creuser la sphère psychologique par peur de démonter les mécanismes de défense adoptés par les adolescents. L'ONE exprime une crainte par rapport à la situation où le jeune n'aurait pas la possibilité de discuter avec un professionnel PSE : *« ça peut être aussi dangereux d'ouvrir une porte qu'on ne peut pas travailler au moment même, selon l'intensité du problème ».* Elle craint que le questionnaire fasse rejaillir quelque chose d'horrible et que le jeune se retrouve seul avec son émotion négative.

d) Craintes de ne pas être compétent

« On pourrait mais voilà, est ce qu'on a les compétences pour répondre à des questions quand même… ou à des situations inquiétantes »

« Moi je ne suis pas psychologue, je ne suis pas pédopsychiatre et ce n'est pas ma patientèle. » (Médecin coordinatrice)

A travers ces propos, on constate que la médecin coordinatrice ne se sent pas compétente, légitime pour aborder des aspects psychologiques de la santé. Les autres professionnels n'ont pas naturellement exprimé cette crainte.

2.5 Réflexions quant à l'organisation de la passation et de l'analyse du questionnaire

a) Endroit de passation et de discussion

Hormis pour la médecin coordinatrice qui propose de faire passer le questionnaire à l'école et plus particulièrement dans le cadre des lieux de parole instaurés par le PMS, les autres professionnels interrogés considèrent que les bilans de santé PSE sont pertinents pour la passation de ce type de questionnaire. L'avis de cette médecin coordinatrice est influencé par le fait qu'elle considère les contraintes organisationnelles que cela imposerait en termes de temps, de local, de personnel si cela venait à s'organiser en service PSE. Les professionnelles de l'ONE et l'infirmière scolaire proposent que l'élève complète l'outil en cabine de déshabillage parce qu'il se retrouve seul avec lui-même et de plus, il s'agit d'un moment proche de la discussion de telle sorte que l'outil puisse révéler des informations qui sont toujours d'actualité. L'une des professionnelles de l'ONE insiste sur la nécessité que l'élève soit seul avec le professionnel pour la discussion. L'association de parents ajoute que les bilans de santé PSE représentent un endroit neutre.

b) Professionnel responsable de la lecture

L'infirmière scolaire et l'association de parents considèrent que l'infirmière scolaire est plus compétente pour discuter avec le jeune de ses réponses au questionnaire. L'association de parents justifie ce choix par les nombreuses compétences relationnelles qu'une infirmière possède : c'est également le cas de la médecin coordinatrice qui pense que les infirmières disposent de plus de temps disponible pour la discussion avec l'adolescent, comparativement au médecin. Pour les professionnelles de l'ONE, cela importe peu qu'il s'agisse du médecin ou de l'infirmière : elles considèrent ces deux professions comme compétentes pour la discussion.

c) Que faire des résultats apportés par le questionnaire ?

En ce qui concerne l'objectif individuel de pouvoir identifier l'adolescent en mal-être et de discuter avec celui-ci, tous les professionnels étaient d'accord sur cette visée individuelle du questionnaire. Lorsque je leur ai proposé d'inclure au terme du questionnaire quelques contacts pertinents que l'adolescent pourrait mobiliser s'il souhaite recevoir de l'aide, les intervenants ont tous trouvé cette initiative pertinente. Selon l'association de parents, il serait préférable que ce soit un numéro général. Selon l'infirmière scolaire, il serait intéressant d'indiquer le numéro de téléphone/l'adresse du centre PMS ainsi que les permanences de l'infirmière scolaire au sein de l'école.

Quand j'ai émis l'hypothèse que, de manière anonyme, le questionnaire puisse être également utilisé à visée plus collective à l'échelle d'une école ou d'une région pour cibler les problématiques qui nécessiteraient des interventions de prévention, tous les professionnels ont montré de l'intérêt. L'association de parents a par ailleurs précisé que ces informations pourraient aussi être utilisées au niveau fédéral pour démontrer l'effet de certaines décisions politiques sur les adolescents. Selon l'infirmière scolaire, cela présenterait un réel avantage pour adapter les animations/sensibilisations organisées pour les adolescents en secteur scolaire. Elle propose dès lors qu'une version courte du questionnaire soit créée pour l'objectif individuel et que la version longue soit utilisée pour cet objectif collectif. L'ONE fait remarquer que, normalement, les services PSE doivent mettre en place des activités dans leurs écoles sous tutelle et à nouveau, le questionnaire d'habitudes de vie et l'anamnèse servent déjà ces objectifs de diagnostic collectif.

d) Importance du dialogue

Certains professionnels ont manifesté l'importance que la passation du questionnaire soit suivie d'une discussion. En effet, l'une des professionnelles de l'ONE émet des réserves quant à l'utilisation d'un outil comme celui présenté. Elle préfèrerait alors utiliser les questions abordées par l'outil pour guider la discussion. Elle met en avant le contact humain et la mise en confiance que le dialogue instaure. Dans le même ordre d'idées, cette professionnelle dit *: « l'idée de ressortir du coup un autre document, j'aurais un peu l'impression de me cacher derrière un autre document. Un peu comme le cliché des consultations où on est sur l'ordinateur et on n'écoute pas ce que le patient dit, on écrit directement ce que la personne nous dit ».* L'infirmière scolaire la rejoint sur ce point car cette dernière met en lumière un des risques du questionnaire : il pourrait créer une distance relationnelle et formelle entre l'adolescent et le professionnel.

L'infirmière scolaire a également pointé les avantages du dialogue : il doit apparaître au jeune comme un moment privilégié pour lui, il doit le mettre en confiance, lui montrer que les professionnels PSE peuvent être des personnes ressources lors des moments difficiles. « J'aime bien poser directement les questions pour voir les réactions ».

Une contradiction s'exprime entre les professionnels. Pour l'ONE et l'infirmière scolaire, le dialogue pourrait à lui seul aborder les aspects psychologiques de la santé car ils estiment que, dans la majorité des cas, le jeune sera capable d'exprimer s'il ressent des difficultés émotionnelles. A contrario, l'association des parents est plus d'avis que le questionnaire donnera l'occasion à l'adolescent de manifester son mal-être qu'il n'est sans doute pas capable d'exprimer oralement : *« ça permet à des ados de peut-être, en répondant, de se dire « ah ben ça c'est quelque chose qui m'embêtait mais je ne sais pas comment l'exprimer » et donc avec ces phrases simples ou ces petits mots, c'est pas mal ».*

3. Modifications finales du questionnaire

Avant d'expliquer les modifications apportées à chaque question de façon spécifique, il me semblait intéressant d'exposer les changements généraux qu'a subis l'outil. Le questionnaire final se trouve en *annexe n°17*.

3.1 Modifications générales

Tout d'abord, certains professionnels avaient relevé la nécessité de rendre l'outil plus attractif et original afin de donner envie aux adolescents d'y répondre. Plusieurs d'entre eux avaient même donné l'idée d'émoticônes (smiley). Cependant, il me semblait compliqué que l'élève réponde aux questions grâce à ces émoticônes. Pour expliciter mon propos, prenons l'exemple du sous-item « je me sens angoissé(e) à l'idée de me rendre à l'école », il aurait dû choisir entre un émoticône content (😊 = oui) pour signifier qu'effectivement, il se sent anxieux et un émoticône triste (☹ = non) pour montrer qu'il ne ressent aucune angoisse. Or, pour lui, le fait d'être anxieux à l'idée de se rendre à l'école n'est pas un sentiment positif. Afin de ne pas susciter de confusion chez les élèves mais d'inclure l'idée des smileys, le fond de page du questionnaire est désormais constitué d'émoticônes reflétant de multiples émotions. En plus d'apporter une touche originale et « jeune » à l'outil, ce fond de page représente bien l'objectif du questionnaire qui est d'évoquer la santé mentale.

Ensuite, une des difficultés des élèves était dans le choix entre deux réponses qu'ils

qualifiaient de presque semblables (tout à fait d'accord/d'accord) et la non-pertinence de l'échelle de réponse relevée par les professionnels pour des questions comme celle du (cyber)harcèlement, l'échelle de Likert est remplacée par une échelle de réponse « oui – non ». Ce système permettra d'une part, aux jeunes de compléter plus rapidement l'outil et d'autre part, aux professionnels une lecture plus rapide du questionnaire.

En outre, les professionnels ont soulevé la nécessité d'insérer la rubrique « ta santé » plus tardivement et non en début de questionnaire. Cette rubrique apparaît donc à la suite de la partie « ton corps et toi ». De plus, sur base des réflexions des professionnels mais également des élèves, il a été décidé que le sous-item concernant l'expérimentation/la consommation de cannabis ne serait pas introduit dans le questionnaire destiné aux élèves de 6ème primaire.

Enfin, en tenant compte des difficultés des élèves à compléter l'outil jusqu'au bout mais également, des facteurs d'organisation liés à la passation et à la lecture de celui-ci par le professionnel, le questionnaire a été raccourci. Certaines questions comprennent moins de sous-items. Ces modifications sont exposées au point suivant.

3.2 Modifications spécifiques

Question n°4) Outil de dépistage de la phobie scolaire

Pour faciliter la compréhension de tous, le 1er sous item qui comprenait le terme « angoissé » susceptible de poser des difficultés est remplacé par « j'ai peur de me rendre à l'école ».

Question n°5) Outil de dépistage du (cyber)harcèlement

Afin de raccourcir cette question tout en gardant son utilité qui est d'identifier l'adolescent harcelé et de comprendre de quelle manière son/ses harceleur(s) l'atteignent, certains sous-items ont été supprimés. Ont été gardés les sous-items qui, à la phase test quantitative, ont permis de reconnaitre d'autant plus une relation de pairs problématique. En conservant ces 4 sous-items, on cible autant le harcèlement physique que psychologique.

Question n°6) Participation aux faits de harcèlements

Etant donné que l'un des professionnels a relevé la nécessité de modifier la tournure grammaticale de la question « tous les combiens as-tu participé à … », cette question est remplacée par « combien de fois as-tu participé à harceler un(e) ou des élèves ces deux derniers mois ? ».

Question n°7) Question de dépistage des TCA

Les professionnels de l'ONE ont insisté sur la ressemblance entre les deux premiers sous-items et ont proposé de retirer « je suis préoccupée d'avoir trop de graisse sur le corps ». J'ai tenu compte de leur remarque et cette question comprend dès lors 4 sous-items : les deux premiers permettent de cerner comment l'adolescent perçoit son corps et les deux suivants tentent d'en apprendre davantage concernant les comportements et ressentis alimentaires du jeune.

Question n°8) Question sur la puberté

Les sous-items « je compare mon corps à celui de mes amis et cela me rend triste » et « mes camarades se moquent de mon physique » ont été supprimés. Tout d'abord, les moqueries sont déjà abordées à la question n°6 via le sous-item « me disent des choses méchantes ou blessantes ». Ensuite, le jeune se compare constamment à ses pairs dans son processus pubertaire. Les deux premiers sous-items abordent déjà ce sentiment de comparaison via la perception d'une puberté rapide ou lente. Enfin, sur les conseils d'un professionnel, le sous-item « mon apparence physique me plaît » est remplacé par « j'aime mon apparence physique ». Par cette formulation, on tend à une meilleure compréhension des élèves.

Question n°11) Outil de dépistage de la dépression

L'un des professionnels a relevé le terme « vigoureux » comme susceptible de poser des problèmes de compréhension. Il a proposé de remplacer ce terme par « très actif ». Le sous-item n°3 est désormais « je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et très actif(ve) ». L'échelle de fréquence utilisée initialement est conservée.

Question n°12) Outil d'évaluation de l'estime de soi

Certains professionnels ont à nouveau relevé la ressemblance entre certains sous-items de cette question et la nécessité de la raccourcir. Dans l'idée de conserver un nombre égal de sous-items positifs que négatifs, 2 sous-items positifs et 2 sous-items négatifs ont été supprimés. Il s'agit des sous-items pour lesquels, lors de la phase quantitative, les taux de valeurs manquantes étaient les plus élevés, ce qui, selon moi, étant donné les propos utilisés, sont à assimiler à de l'incompréhension de la part des élèves. A titre d'exemple, le sous-item « j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même » avait un taux de valeurs manquantes de 18,8% des participants. Cela ne me surprend pas car le « respect pour soi » est une notion difficilement appréciable à leur âge. Dès lors, les sous-items conservés sont peu susceptibles de

poser des problèmes en matière de vocabulaire et sont sensiblement différents dans leur signification.

Question n°13) Soutien familial

Toujours dans une nécessité de raccourcir l'outil mais en conservant l'objectif de la question qui est d'identifier si l'adolescent perçoit ou non sa famille comme une ressource dans les situations difficiles, certains sous-items ont été supprimés ou modifiés. Tout d'abord, le 1er et 2ème sous-items ont été rassemblés pour constituer « ma famille est disponible pour m'écouter et me donner des conseils ». Le sous-item « je me sens à l'aise de discuter avec ma famille » est supprimé car on considère que, via la réponse au 1er sous-item, si l'adolescent se livre à sa famille, c'est qu'il se sent à l'aise de discuter avec celle-ci. Enfin, le sous-item « j'ai l'impression que ma famille fait attention à moi, se soucie de moi » est supprimé car il apporte semblablement la même chose que le sous-item « je me sens protégé par ma famille ». En effet, si l'adolescent se sent protégé, c'est qu'il a le sentiment qu'on se soucie de lui.

Question n°14) Les amis

A cette question, les professionnels ont à nouveau insisté sur la ressemblance des sous-items. En considérant que l'objectif de la question est de savoir si le jeune a des amis, s'il les voit pendant son temps libre mais aussi d'apprécier s'il les perçoit comme un soutien dans les situations difficiles, cette question comprend désormais 4 sous-items. Tout d'abord, étant donné la suppression du sous-item n°4, le 1er sous-item s'est vu rajouter le fait de faire du sport avec ses amis. Ensuite, le sous-item « je me suis retrouvé(e) en bande avec des copains/copines » a été supprimé parce que si, via les autres sous-items, on s'aperçoit que le jeune a des amis et passe du temps avec ceux-ci, indirectement, on apprend qu'il s'est retrouvé en bande. Enfin, les sous-items « j'ai pu discuter avec mes copains/copines » et « j'ai donné des conseils à des copains/copines » ont été supprimés car ont été conservés les deux sous-items qui permettent clairement d'identifier si l'adolescent peut évoquer ses problèmes avec ses amis et s'il a reçu leur aide.

PARTIE 4 :

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Apports du travail

Pour rappel, l'objectif de ce travail était la création d'un questionnaire d'autoévaluation psychosociale destiné aux élèves de 6ème primaire et 2ème secondaire, à utiliser dans le cadre des bilans de santé PSE. Nous sommes partis du constat qu'il existait un besoin d'homogénéiser les pratiques de santé mentale des bilans de santé PSE. L'utilisation de ce questionnaire représenterait une réponse à la standardisation des pratiques. Afin de faire participer les différents stakeholders à la création de cet outil, deux phases de travail se sont succédé. La première consistait en une approche quantitative ; elle a permis d'obtenir des informations sur la santé mentale des adolescents mais également leur avis sur le questionnaire. Quant à la seconde phase de travail, via une approche qualitative, elle voulait appréhender l'expérience des professionnels du terrain. C'est grâce à cette démarche mixte que le questionnaire final présenté tient non seulement compte des adolescents mais également des professionnels.

Nous allons nous intéresser à ces deux phases de travail de façon distincte, ce qui, par la suite, nous permettra de les confronter.

1.1 Phase quantitative

Tout d'abord, nous avons constaté combien il était important, pour les jeunes, que l'on s'intéresse à leur santé psychosociale. Rappelons la donnée chiffrée essentielle de ce travail : **72,6% des répondants apprécient que l'on s'intéresse à leur santé mentale**. Cette donnée prouve l'utilité d'une évaluation psychosociale de ce type. En tant que professionnel, nous connaissons les difficultés émotionnelles qui peuvent accompagner l'adolescence et nous avons parfois l'impression que les adolescents n'en sont pas conscients. Mais cette donnée atteste bien d'un besoin de leur part : celui de comprendre ce qui se passe dans leur psyché.

Ce travail a également permis de réaliser la fréquence de certaines problématiques psychosociales et leur impact sur la santé mentale. Premièrement, nos données sur le (cyber)harcèlement montrent qu'approximativement un adolescent sur quatre subit les propos méchants et blessants de ses camarades. Ces résultats sont soutenus par ceux de l'OCDE (2015) qui montraient que 25% des jeunes de 11 à 15 ans ne considéraient pas leurs camarades de classe comme gentils et obligeants. Nos résultats ont également renforcé l'idée que le harcèlement scolaire peut avoir un impact sur l'apparition d'une phobie scolaire (Scharmann, 2011). Cependant, nos données n'ont pas pu démontrer un lien de cause à effet entre le harcèlement scolaire et l'émergence de troubles psychologiques tels que la dépression (Clements, Cooper & Holt, 2012). En ce qui concerne la perception du corps et les

comportements alimentaires, on observe que les données récoltées sont similaires à celles de l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017) qui révèle que près d'un adolescent sur 5 indique suivre un régime ou une autre méthode visant à perdre du poids. Cependant, nos résultats n'ont pas pu conforter ceux précisant que les filles sont plus nombreuses à suivre un régime. En matière de puberté, la phase quantitative a mis en évidence les questionnements qu'un adolescent peut avoir sur les transformations physiques que son corps subit. En effet, il a été démontré que c'était le cas de 31,4% des adolescents interrogés. Cette valeur prouve la nécessité d'un dialogue à mettre en place après la passation du questionnaire, entre autres, pour répondre aux questions du jeune. En outre, les résultats rapportés par l'outil de dépistage de la dépression montrent combien il est utile d'évaluer la santé psychosociale des adolescents. Ils sont soutenus par l'enquête HBSC de 2014 (Moreau & al, 2017) à laquelle 36% des élèves de 6ème primaire et 46,5% des élèves du secondaire révèlent ne se sentir heureux que « parfois » ou « rarement ». En ce qui concerne la famille, pour un nombre non négligeable d'adolescents, elle ne représente pas le soutien qu'ils peuvent solliciter dans les moments difficiles. Nos données sont compréhensibles à la lumière de celles apportées par l'OCDE (2015) qui déclare que 20% des adolescents belges de 11 à 15 ans rencontrent des difficultés à communiquer avec leurs parents. Enfin, la partie « expression de soi » a, dans certains cas, permis aux jeunes d'exprimer de façon très claire leur mal-être ; elle démontre l'utilité d'une évaluation psychosociale et insiste sur la nécessité d'apporter des pistes d'aide.

La phase quantitative de ce travail a mis en évidence les nombreux plans sur lesquels l'adolescent peut se sentir en difficulté émotionnelle. Bien qu'il ne s'agisse pas de la majorité des adolescents de 6ème primaire et 2ème secondaire et tant mieux, une proportion non négligeable d'entre eux expriment un mal-être, par le biais du questionnaire. Cela renforce à nouveau l'idée qu'il existe un réel besoin d'identifier le jeune en détresse psychique.

1.2 Phase qualitative

Cette partie du travail a permis de cerner l'hétérogénéité des pratiques en matière de santé mentale en bilan de santé de PSE. Bien que conscients des problématiques psychosociales fréquentes à l'adolescence, certains services PSE organisent encore leurs bilans de santé selon un modèle bio-médical dans le sens où une moindre attention est accordée aux éléments psychosociaux de la santé. D'autres services PSE s'attardent à évaluer la santé mentale des adolescents et ce, avec différents moyens : le questionnaire d'habitudes de vie, l'anamnèse qui questionne les parents sur la présence de signes psychosociaux inquiétants ou encore, le contact humain du dialogue avec le professionnel (infirmière ou médecin scolaires). On retrouve soit

une combinaison de plusieurs moyens soit le choix d'évaluer la santé mentale au moyen d'une seule technique. La majeure partie des professionnels interrogés avaient une préférence pour la discussion car elle nécessite et instaure un lien de confiance professionnel – adolescent. Ceci conforte l'idée selon laquelle, après avoir complété l'outil, un moment de dialogue entre l'adolescent et le professionnel doit être organisé afin d'offrir un lieu de parole au jeune. De cette manière, le professionnel peut lui apporter des réponses, le rassurer mais aussi lui proposer des pistes d'aide.

Bien que conscient de cette hétérogénéité des pratiques de santé mentale qu'il justifie par une différence de moyens, l'ONE a montré peu d'intérêt à la standardisation de ces pratiques. Il justifie ce choix par le fait qu'il existe des outils à la disposition des services PSE tels que le questionnaire d'habitudes de vie ou encore l'anamnèse au sein desquels ils ont la liberté d'inclure des aspects psychosociaux. Il est vrai que, lorsqu'on s'intéresse à l'Arrêté du 13 juin 2002 *(annexe n°7),* celui-ci ne spécifie pas ce que le questionnaire d'habitudes de vie ou l'anamnèse doivent comprendre en matière de santé mentale. Il est également interpellant de constater que la législation évoque l'utilisation du questionnaire d'habitudes de vie à partir de la 6ème primaire alors que, dans la réalité, il n'est pas d'application dans tous les services PSE.

Les arguments avancés pour justifier l'attention modérée des professionnels à la santé mentale des adolescents sont tout d'abord des contraintes organisationnelles. En effet, un certain temps est accordé à chaque enfant pour son bilan de santé et, étant donné les éléments médicaux à évaluer en priorité, la santé mentale passe en second plan. L'organisation actuelle des bilans de santé ne permet pas aux professionnels de trouver le temps d'insérer un tel outil en plus de l'évaluation de la santé physique. Ensuite, on constate que les professionnels sont frileux à l'idée d'évaluer la santé mentale par crainte de ne pouvoir apporter une aide appropriée, dans le temps imparti et imposé par les bilans de santé.

Ces différents éléments expliquent la raison pour laquelle les professionnels souhaitaient raccourcir l'outil afin qu'il soit réalisable dans le temps imparti. J'ai donc tenu compte de cette contrainte organisationnelle pour modifier le questionnaire.

1.3 Confrontation phase quantitative – phase qualitative

Il est essentiel de mettre en évidence qu'un nombre non négligeable d'adolescents manifestent leur mal-être et, par conséquent, ont le besoin d'être écoutés, pris en charge dans leur détresse psychologique. Pourtant, dans la réalité des services PSE, l'hétérogénéité des pratiques de santé mentale ne permet pas à tous les adolescents belges de bénéficier de la même

évaluation psychosociale. Ceci pose un problème en matière d'égalité lorsque l'on sait que la Belgique a signé la convention UNICEF (1992) des droits des enfants qui stipule que chaque enfant a le droit à la meilleure santé possible et qu'elle s'engage à investir pour améliorer le bien-être des enfants. Il existe un gap entre les besoins des adolescents et l'organisation actuelle à laquelle sont soumis les services PSE par leur pouvoir organisateur.

1.4 Questionnaire final

Le questionnaire présenté au terme du mémoire est l'aboutissement des deux phases de travail préalablement citées. En effet, au fur et à mesure de l'avancement des démarches, le questionnaire a subi des modifications : celles-ci prenaient appui sur les données statistiques rapportées par la phase quantitative et ensuite, sur les recommandations des professionnels rencontrés. Dès lors, la force de cet outil est qu'il est contextualisé à la Fédération Wallonie-Bruxelles : non seulement le questionnaire est approprié pour les adolescents de notre région mais il a également tenu compte des contraintes organisationnelles des services PSE de la Communauté française.

Ensuite, le questionnaire est composé d'outils de dépistage validés, qui ont démontré leur efficacité chez les adolescents. Cependant, il est important de préciser que l'objectif du questionnaire n'est pas de diagnostiquer mais bien de dépister l'adolescent en mal-être. Le questionnaire n'a pas la prétention de vouloir poser un diagnostic par exemple de phobie scolaire chez un adolescent mais bien de cerner la manière dont il vit les changements liés à l'adolescence et ce, dans les différentes sphères de sa vie.

Enfin, le questionnaire représente une manière de standardiser les pratiques de santé mentale en bilans de santé PSE. En effet, la phase qualitative nous l'a démontré : les moyens d'évaluation de la santé mentale sont multiples et dépendent du service PSE. La standardisation via ce questionnaire serait un moyen d'asseoir le dépistage et de permettre à la santé mentale, au même titre que la santé physique, d'avoir une place réelle lors des bilans de santé PSE.

2. Limites du travail

2.1 Concernant la phase quantitative

Tout d'abord, les conditions dans lesquelles les adolescents ont répondu au questionnaire représentent un biais. En effet, la proximité physique des élèves, le bruit et l'agitation environnants, le fait d'être interrompu par l'organisation des visites médicales, tous

ces éléments n'ont sans doute pas permis aux jeunes de répondre de façon exhaustive aux questions, parfois intimes, pour livrer leur état psychosocial du moment.

Ensuite, les élèves interrogés sont issus d'écoles de la Région de Bruxelles-Capitale. L'échantillonnage de ces écoles n'a pas tenu compte des différents indices socioéconomiques ou des différents types d'enseignement. De plus, il est restreint : 303 adolescents. C'est pourquoi les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des adolescents de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Un autre élément influençant les résultats est que la proportion d'adolescents participants n'est pas la même en 6ème primaire et 2ème secondaire. En effet, 31,3% des élèves participants sont en 6ème primaire alors que 69,7% sont en 2ème secondaire. Dans le même ordre d'idées, les filles sont plus nombreuses que les garçons.

En outre, la longueur du questionnaire posait problème à de nombreux jeunes et cela a sans doute influencé les résultats. En effet, il n'était pas rare qu'à partir d'une certaine question, l'adolescent réponde exactement la même chose. Il est clair que l'implication et la motivation variables des adolescents représentent un biais aux résultats.

Enfin, les analyses statistiques auraient pu être plus poussées mais ce n'était pas l'objet du mémoire. Pour rappel, la phase quantitative représentait la phase test du questionnaire.

2.2 Concernant la phase qualitative

Tout d'abord, hormis le médecin coordinateur d'un service PSE du Hainaut, les professionnels interrogés travaillent tous en région de Bruxelles-Capitale. Ceci constitue une limite du travail car ils n'ont pas permis d'apprécier toutes les réalités de terrain de la Fédération Wallonie-Bruxelles. De plus, leurs qualifications ainsi que leurs habitudes de fonctionnement professionnel représentent un biais.

Cependant, en récoltant l'avis de différentes professions (infirmière scolaire, médecin scolaire, médecin coordinatrice, association de parents), un état des lieux pertinent et efficace des services PSE a pu être établi.

3. Réflexions

3.1 Réflexions sur l'outil

Les problématiques étant sensiblement différentes d'un sexe ou d'une année scolaire à l'autre, je me pose la question de la pertinence d'un outil semblable pour ces deux populations. L'approche pourrait être différenciée selon le sexe et/ou l'année scolaire. L'outil créé au terme

de ce travail adopte une approche différenciée en ne posant pas la question de l'expérimentation du cannabis aux élèves de 6ème primaire. Il est clair que cette approche différenciée est peu approfondie mais l'objectif du questionnaire était de créer un outil commun aux deux populations.

Pour assurer l'objectif de standardisation tout en ne multipliant pas les outils, les éléments abordés par le questionnaire pourraient être inclus au questionnaire d'habitude de vie. Il serait alors nécessaire que le questionnaire soit en partie ou totalement standardisé. S'il se trouvait être partiellement standardisé, la partie libre permettrait aux services PSE de proposer quelques questions adaptées à leur population spécifique. On obtiendrait alors un outil standardisé et contextualisé.

3.2 Réflexions générales

Depuis les décrets de 2001 et 2002, les bilans de santé PSE devraient évaluer la santé globale. Cependant, la réalité nous montre que l'organisation actuelle ne permet pas aux services PSE d'intégrer totalement l'évaluation de la santé mentale à l'évaluation de la santé physique, pour toutes les raisons déjà citées. Dans tous les cas, il est clair que la priorité est donnée aux éléments physiques de la santé et, si le service PSE arrive à trouver le temps, l'endroit, en bref, si son organisation le permet, la santé mentale est évaluée. L'Arrêté du décret de 2002 *(annexe n°7)* montre bien que l'aspect physique de la santé est prioritaire car il précise distinctement ce que doivent évaluer les bilans, qu'ils soient partiels ou complets. A contrario, on ne précise nullement ce que doit contenir le questionnaire d'habitudes de vie. Aujourd'hui, au vu des nombreuses problématiques psychosociales émergentes chez les adolescents, je me pose la question de la pertinence d'une telle prise en charge. La PSE ne devrait-elle pas repenser ses priorités ? Loin de moi de dire que l'aspect physique de la santé n'est pas important à évaluer mais des changements doivent certainement être apportés pour laisser une place non négligeable à la santé mentale.

Ensuite, comme l'expliquent Michel & al (2008), l'évaluation psychologique de l'adolescent doit être plurisource c'est-à-dire qu'elle doit avoir recours autant à l'individu concerné, qu'à ses parents ou encore au personnel médicopsychosocial. C'est dans cette logique qu'il est nécessaire que l'élève, après avoir complété l'outil, rencontre et discute avec le professionnel PSE. Il serait même intéressant que les informations rapportées par l'élève soient confrontées à celles rapportées par les parents. Au même titre, de façon standardisée, l'anamnèse devrait dès lors comprendre quelques questions liées au bien-être psychosocial du jeune. De cette façon, les données se complèteraient et permettraient une évaluation

psychosociale d'autant plus pertinente.

L'utilité d'une standardisation des pratiques de santé mentale en bilans de santé PSE de la Fédération Wallonie-Bruxelles est encore plus évidente lorsqu'on est conscient des mutations que subit la PSE en Flandre. En effet, depuis septembre 2018, le nombre et le rythme des examens de santé systématiques ont notamment été réduits par décret. Les changements apportés à l'organisation de la PSE sont principalement sous tendus par trois tendances. Parmi celles-ci, un nouveau projet met l'accent sur la santé mentale des adolescents. Pour mener à bien ce projet, l'Association Scientifique Flamande pour la santé des jeunes (VWVJ : Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, s.d) mène actuellement une vaste étude de terrain pour finaliser et valider un instrument spécifique appelé « Gezond Leven ? Check het even ! » (développé en premier lieu en Hollande et adapté par la suite à la Flandre). Il s'agit d'un questionnaire structuré interactif abordant divers thèmes en rapport avec la santé et le bien-être ; les adolescents le remplissent online préalablement à la consultation. Il leur permet de choisir eux-mêmes les thèmes/questions sur lesquels ils désirent éventuellement recevoir plus d'informations (online) et/ou aborder le sujet avec l'infirmière ou le médecin pendant la visite.

3.3 Réflexions sur l'organisation

Lors des entretiens, les professionnels ont été consultés pour obtenir des pistes quant à l'organisation de la passation et l'analyse du questionnaire.

Selon eux, le questionnaire pourrait être complété en cabine de déshabillage. Ce moment serait opportun car il s'agit du seul moment pendant lequel l'adolescent est seul. Il pourrait dès lors s'atteler à répondre aux questions de l'outil en toute intimité. De plus, le jeune serait moins susceptible d'être influencé par la proximité physique de ses pairs.

L'idée de soumettre le jeune à un questionnaire online antérieur à la consultation et donner aux professionnels de la PSE l'opportunité d'en prendre connaissance avant de rencontrer l'adolescent me paraît aussi une piste intéressante à explorer…

L'adolescent aurait ensuite l'occasion de discuter de ses réponses avec un professionnel PSE. La plupart des professionnels interrogés étaient d'accord pour dire que l'infirmière scolaire serait tout à fait compétente pour pratiquer l'écoute active et empathique. De plus, cette infirmière se rend régulièrement à l'école et aurait l'opportunité, lorsqu'elle l'estime nécessaire, de fixer un entretien qui permettrait d'évaluer l'évolution du jeune.

3.4 Réflexion sur les issues

L'objectif premier du questionnaire est d'identifier le jeune en mal-être et de lui offrir un lieu de parole. Comme dit précédemment, les professionnels sont frileux d'instaurer ce type d'évaluation psychosociale car « comment ? » et « et après ? ». Dans une logique de vouloir responsabiliser le jeune et de lui donner les cartes pour qu'il puisse demander de l'aide, il serait intéressant, qu'à la fin du questionnaire, sur un bordereau prédécoupé, se trouvent des contacts ressources. Il s'agirait par exemple d'inscrire les permanences de l'infirmière scolaire et/ou de la psychologue au sein de l'école, l'adresse e-mail/numéro de téléphone du centre PMS, etc. Tous les adolescents seraient en possession de ce bordereau en sortant du bilan de santé afin de ne pas susciter la curiosité des autres élèves. Cette idée de contacts ressources mais aussi d'autonomie laissée au jeune de les solliciter ou non rencontre le concept de littératie en santé mentale. En effet, comme l'expliquent Casey & O'Connor (2015), la littératie en santé mentale comporte 7 attributs et, parmi ceux-ci, on trouve les connaissances sur les aides professionnelles disponibles ainsi que les attitudes qui tendent à promouvoir la reconnaissance et la recherche d'aide appropriée.

Afin que l'adolescent puisse vraiment se confier, il doit être conscient que ni l'école, ni ses parents ne seront en possession des informations livrées. Il est évident que, dans le cas d'un adolescent pour lequel il existe un danger, le professionnel se réserve le droit de prévenir ses tuteurs légaux.

De plus, en possession d'informations sur la santé mentale des adolescents, le service PSE pourrait également utiliser ces données de manière collective et dès lors anonyme pour connaitre davantage la population qu'il a sous sa tutelle. De cette façon, le service PSE pourrait adapter ses projets de service aux problématiques mises en évidence. Dans le même ordre d'idées, ces données collectives pourraient être transmises aux autorités politiques pour qu'elles en tiennent compte dans leur gouvernance notamment en milieu scolaire. En outre, au même titre que certains éléments de santé physique, les éléments de santé mentale rapportés par le questionnaire pourraient eux aussi faire partie du recueil standardisé des données sanitaires.

Enfin, les réseaux qui se constituent dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents représentent également une ressource à mobiliser par les professionnels PSE lorsqu'ils sont face à un adolescent en détresse psychologique. Notons qu'il est important d'inclure, dans ce réseau, le partenaire clé de la PSE : les centres PMS.

4. Conclusion

Les résultats quantitatifs récoltés auprès des adolescents ont permis de réaliser et de confirmer que les jeunes de 6ème primaire et 2ème secondaire rencontrent et expriment des difficultés psychosociales. Les résultats qualitatifs obtenus grâce aux professionnels ont soulevé l'évidente nécessité d'une prise en charge de ces adolescents en mal-être. Cependant, des contraintes organisationnelles imposent une évaluation de la santé globale avec des priorités pour la santé physique au détriment de la santé mentale. De plus, l'hétérogénéité des pratiques de santé mentale dans le cadre des bilans de santé PSE n'est pas acceptable si l'on considère que tous les adolescents devraient avoir la même chance et bénéficier de la même prise en charge psychosociale. Ces raisons nous poussent à une volonté de standardisation, notamment par la création d'un questionnaire d'autoévaluation psychosociale. Le questionnaire créé au terme de ce travail s'est inspiré d'outils validés mais a également fait l'objet de modifications en matière de vocabulaire et de longueur pour correspondre non seulement aux réalités des jeunes mais également aux attentes pratiques d'organisation et d'analyse des professionnels.

« La santé mentale est tout aussi importante que la santé physique ».

Dans l'état actuel d'organisation des bilans de santé PSE, la santé mentale est partiellement mise de côté par rapport à la santé physique. Or, pour permettre une évaluation de la santé globale telle que la PSE le prétend dans ses objectifs, la médecine scolaire ne devrait-elle pas être repensée en accordant une vraie priorité à la santé mentale ? Identifier le jeune en mal-être et lui apporter une aide adaptée serait une avancée notoire en termes de promotion de la santé. En effet, comme la Charte d'Ottawa le spécifie, la santé représente une ressource de la vie quotidienne. Ainsi, mettre à disposition des adolescents des moyens pour l'améliorer, c'est leur donner davantage de ressources pour assumer leur vie présente et future. De plus, consciente de l'impact de la santé mentale sur le processus pédagogique, s'intéresser aux aspects psychosociaux de la vie de l'adolescent c'est lui donner plus de chances en termes de réussite scolaire. La proposition d'un questionnaire lié à la santé psychosociale avait pour vocation d'apporter des éléments nouveaux et pertinents en la matière. L'analyse qui en a été faite a pu mettre en lumière les manquements actuels et inciter à intégrer cet aspect mental au bilan de santé PSE.

Enfin, l'ONE est modérément consciente de l'hétérogénéité des pratiques de santé mentale en bilans de santé PSE ou du moins, ne semble pas vouloir les standardiser. C'est pourquoi il me semble utile, qu'à l'avenir, la recherche s'attarde à répertorier de manière quantitative les moyens d'évaluation de la santé mentale utilisés dans tous les services PSE de la Fédération Wallonie-Bruxelles afin de renvoyer à l'ONE les vraies réalités organisationnelles auxquels sont soumis les services PSE en matière de santé mentale et ainsi, les conscientiser des manquements en la matière.

BIBLIOGRAPHIE

Les sources bibliographiques sont d'abord classées par ordre alphabétique et ensuite, par ordre chronologique d'apparition dans le travail.

Angold, A., Costello, E.-J., Erkanli, A. & Worthman, C.-M. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine, 29*, 1043-1053.

Association Professionnelle des Médecins Scolaires. *Le médecin en Promotion de la Santé à l'Ecole*. Perwez: Ph. Daumerie. 80 p.

Anderson, J. & al. (1987). DSM-III Disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry, 44*, 69-76.

American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Éditions Masson. 1082 p.

Alvarado, G., Flores-Cornejo, F., Kamego-Tome, M. & Zapata-Pachas, M. (2017). Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*, 27-34.

Allik, J. & Schmitt, D. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personnality and Social Psychology, 89,* 623-642.

Bantuelle, M. & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire*. Disponible sur le site Web de l'INPES: http://inpes.santepubliquefrance.fr/nouveautes-editoriales/2008/comportements-a-risque-et-sante-agir-en-milieu-scolaire.asp, consulté le 15 mai 2019.

Buhrmester, D., Chow, M.-C. & Tan, C.-C. (2012). Interdependence of Depressive Symptoms, School Involvement, and Academic Performance between Adolescent Friends: A Dyadic Analysis. *British Journal of Educational Psychology, 85,* 316-331.

Blanchard, C., Perry, M., St Leger, L. & Young, I. (2010). *Promouvoir la santé à l'école: des preuves à l'action.* Disponible sur le site Web du IUHPE: https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_FR.pdf, consulté le 14 juillet 2018.

Bohman, H., Jonsson, U., Olsson, G., Päären, A. & Van Knorring, L. (2012). Pronostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year community based followed-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry, 12*, 90-100.

Baudoin, N., Galand, B. & Hospel, V. (2014). *Prévalence du harcèlement en Fédération Wallonie-Bruxelles.* Rapport d'enquête, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

Boë, E. (2011). Emergence psychotique dans la phobie scolaire de l'adolescent. *L'information psychiatrique, 86,* 237-241.

Bech, P., Ostergaard, S., Sondergaard, S. & Topp, C. (2015). The WHO-5 Well-Being Index : A systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 167-176.

Berger, U., Bormann, B., Brix, C., Hentrich, I., Schwartze, D., Sowa, M., Straub, B. & Wick, K. (2012). Psychometric quality of the "Eating Attitudes Test" (German version EAT-26D) for measuring disordered eating in pre-adolescents and proposal for a 13-item short version. *Psychotherapy and Psychosomatics, 62,* 223-226.

Bailly, D. & al. (2017). *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.* Rapport de recherche de l'INSERM, Paris.

Buelga, S., Cava, MJ. & Musitu, G. (2014). Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Journal of psychology, 17*, 98-106.

Claes, M. (2011). L'étude scientifique de l'adolescence: d'où venons-nous, où allons-nous?. *Enfance, 2*, 213-223.

Claes, M. & Lannegrand-Willems, L. (2014). *La psychologie de l'adolescence*. Disponible sur le site Web des Presses de l'Université de Montréal: https://pum.umontreal.ca/catalogue/psychologie-de-ladolescence-la, consulté le 13 août 2018.

Cueppens, C. (2011). *La puberté : des changements, un passage, une évolution.* Disponible sur site Web de la Fédération laïque de centres de planning familial : http://v2.loveattitude.be/IMG/pdf/la_puberte-final.pdf, consulté le 14 août 2018.

Cherbonnier, A. & Kinna, F. (2002). Les services de médecine scolaire. *Bruxelles santé*, 28, 25-30.

Caspers, E., De Bock, C. & Lufin, A. (2001). La promotion de la santé à l'école: le programme REES. *Education Santé*, *158,* 15-22.

Centre Permanent pour la citoyenneté et la Participation. (2015). *Le harcèlement à l'école*. Disponible sur le site Web du CPCP: http://www.cpcp.be/medias/pdfs/publications/harcelement_jeunesse.pdf, consulté le 17 août 2018.

Clements, P., Cooper, G. & Holt, K. (2012). Examing Childhood Bullying and Adolescent Suicide: Implications for School Nurses. *The Journal of School Nursing, 28*, 275-283.

Chaulet, S., Avarello, G., Duverger, P., Malka, J. & Riquin, E. (2015). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Pediatrie, 0*, 1-26.

Chavez, L., Canino, G., Garcia, P., Mir, K., Morales, L., Ortiz, N. & Ramirez, R. (2014). Measurement properties of the Adolescent Quality of Life Mental Health Scale (AQOL-MHS). *Quality Life Research, 23*, 1327-1335.

Catteau, D. (2017). Encadrement différencié : le classement des écoles revu. Disponible sur le Site Web de la Fédération Wallonie-Bruxelles : http://www.enseignement.be/index.php?page=27203&id=2193, consulté le 04 mai 2019.

Casey, L. & O'Connor, M. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): a new scale based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research, 229*, 511-517.

Delforge, H. (2004). Les horizons culturels de l'adolescence dans le contexte scolaire en Communauté française à Bruxelles. *Recherche en éducation, 113/04*, 1-26.

Dubet, F. & Martuccelli, D. (1996). *À l'école : sociologie de l'expérience scolaire*. Paris, Le Seuil.

Duvernay, M. & Viaux-Savelon, S. (2014). Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaitre. *Réalités pédiatriques, 187*, 1-7.

Dawes, A & al. (1997). *Child and adolescent mental health in South Africa*. Cape Town, Multimedia Publications.

Funk, M. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans.* Disponible sur le site Web de l'OMS : http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf, consulté le 16 août 2018.

Galland, O. (2000). L'allongement de la jeunesse en Europe. *Revue de l'OFCE, 72*, 187-191.

Galland, O. (2008). La nouvelle adolescence. *Revue française de sociologie, 49*, 819-826.

Grossman, D., Katon, W., Mccarty, C., McCauley, E., Richards, J., Richardson, L., Rockhill,C. & Russo, J. (2010). Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviors. *Gen Hosp Psychiatry, 32*, 233-239.

Gittins, C. (2006). *Violence reduction in schools- how to make a difference*. Council of Europe, United kingdom.

Gallé-Tessonneau, M., Doron, J., Grondin, O. & Kolek, M. (2018). Considérations méthodologiques pour la construction de questionnaires: l'exemple de la School Refusal Evaluation (Screen). *Annales Medico-Psychologiques 2451*, 7-14.

Garfinkel, P. & Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders, 6,* 1-24.

Gilbody, S., House, A. & Sheldon, T. (2009). *Screening and case finding instruments for depression.* Angleterre: The Cochrane Library, Editions John Wiley & Sons.

Gaspar de Matos, M., Calmeiro, L. & Da Fonseca, D. (2009). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *Presse Med, 38*, 734–739.

Houssier, F. (2003). S. G. HALL (1844-1924) : Un pionnier dans la découverte de l'adolescence, ses liens avec les premiers psychanalystes de l'adolescent. *La psychiatrie de l'enfant, 2*, 655-668.

Haut comité de la santé publique. (2000). *La souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes*. Rennes: Editions ENSP. 80 p.

Helseth,S., Haraldstad, K. & Christophersen, K.-A. (2015). A cross-sectional study of Health Related Quality of Life and body mass index in a Norwegian school sample (8–18 years): a comparison of child and parent perspectives. *Health and Quality of Life Outcomes, 13,* 1-10.

Hill, R., Horwitz, A. & King, C. (2011). Specific Coping Behaviors in Relation to Adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescents Health*, *34*, 1077-1085.

Inoff-Germain, G., Arnold, G.S., Nottelmann, E.D., Susman, E.J., Cutler, G. B. et Chrousos, G.P. (1988). Relations between hormonal levels and observational measures of aggressive behavior of young adolescents in family interactions. *Developmental Psychology, 24*, 129-139.

Juvonen, J. & Graham, S. (2001). *Peer harassment in school : The plight of the vulnerable and victimized.* Guilford Press, New York.

KCE. (2011). *Soins de santé mentale pour enfants et adolescents: développement d'un scenario de gouvernance*. Disponible sur le site Web du KCE: https://kce.fgov.be/fr/soins-de-santé-mentale-pour-enfants-et-adolescents-développement-dun-scénario-de-gouvernance, consulté le 16 août 2018.

KCE. (2010). *L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents.* Disponible sur le site Web du KCE : https://kce.fgov.be/fr/l%E2%80%99urgence-psychiatrique-pour-enfants-et-adolescents, consulté le 17 août 2018.

Kreipe, R. (1998). Les troubles de l'alimentation chez l'adolescent: les principes de diagnostic et de traitement. *Paediatric Child Health, 3*, 193-196.

Lacour, M. & Mellier, D. (2013) La souffrance d'école, enjeux cliniques...et institutionnels des groupes de soutien au soutien. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 61*, 153-164.

Le Heuzey, M.-F. (2010). *Phobie scolaire: comment aider les élèves en mal d'école ?.* Paris: Editions J. Lyon.

Lebacq, T. (2015). *Troubles du comportement alimentaire.* Rapport: enquête de consommation alimentation 2014-2015, WIV-ISP, Bruxelles.

Linley, A., Maltby, J. & Proctor, C. (2009). Youth life satisfaction measures: a review. The *Journal of Positive Psychology, 4(2),* 128-144.

Lorant, V., Soto, V., Alves, J., Federico, B., Kinnunen, J., Kuipers, M., Moor, I., Perelman, J., Richter, M., Rimpela, A., Robert, P.-O., Roscillo, G. & Kunst, A. (2015). Smooking in school-aged adolescents: design of a social network survey in six European countries. *BMC research notes, 8*, 91-103.

Mazzoccato, A. (2018). *Une jeune ado de 16 ans harcelée et poussée au suicide.* Disponible sur le site Web de la Meuse : https://www.lameuse.be/215062/article/2018-04-07/une-jeune-ado-de-16-ans-harcelee-et-poussee-au-suicide, consulté le 2 mai 2019.

Marceau, K., Ram, N., Houts, R.M., Grimm, K.J. & Susman, E.J. (2011). Individual differences in boys' and girls' timing and tempo of puberty : Modeling development with nonlinear growth models. *Developmental Psychology, 47*, 1389-1409.

Mouvement Santé Mentale Quebec. (s.d). Santé mentale : définition. Disponible sur le site Web du Mouvement Santé Mentale Quebec : http://www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/definition, consulté le 16 août 2018.

Moreau N., Lebacq T., Dujeu M., de Smet P., Godin I., Castetbon K. (2017). *Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles.* Disponible sur le site Web du SIPES : http://sipes.ulb.ac.be/hbsc2014.htm, consulté le 10 avril 2019.

Moniteur Belge. (2019). *Décret relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités.* Disponible sur le site Web du Moniteur Belge : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=19-04-17&numac=2019011882, consulté le 4 mai 2019.

Michel, G., Aubron, V., Purper-Ouakil, D., Cortese, S. & Mouren, M.-C. (2008). Current stakes in psychological assessment of children and adolescents : towards an integrative approach of psychopathology. *Annales Medico Psychologiques, 166,* 509-515.

Organisation Mondiale de la Santé. (s.d). *Développement des adolescents.* Disponible sur le site Web de l'OMS: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/,consulté le 13 août 2018.

Organisation Mondiale de la santé. (2018). *La santé mentale : renforcer notre action.* Disponible sur le site Web de l'OMS : http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response, consulté le 16 août 2018.

OCDE. (2015). *Comment va la vie? 2015 Mesurer le bien être.* Disponible sur le site Web de l'OCDE : http://www.oecd.org/fr/sdd/comment-va-la-vie-23089695.htm, consulté le 15 août 2018.

Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial.* Disponible sur le site Web de l'OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 16 août 2018.

Office de la Naissance et de l'Enfance. (s.d). *D'une loi à l'autre*. Disponible sur le site Web de l'ONE: http://www.one.be/presentation/aspects-juridiques/d-une-loi-a-l-autre/, consulté le 9 juillet 2018.

Organisation Mondiale de la Santé. (s.d). *La promotion de la santé*. Disponible sur le site Web de l'OMS: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, consulté le 9 juillet 2018.

Organisation Mondiale de la Santé. (s.d). *Promotion de la santé: Charte d'Ottawa.* Disponible sur le site Web de l'OMS: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf,consulté le 14 juillet 2018.

Organisation Mondiale de la Santé. (1997). Principes directeurs régionaux pour le développement d'écoles-santé - Cadre d'action. *Ecole-santé*, 5, 1-31.

Office de la Naissance et de l'Enfance. (2018). *Promotion de la santé à l'école*. Disponible sur le site Web de l'ONE: http://www.one.be/professionnels/promotion-de-la-sante-a-l-ecole/, consulté le 20 juillet 2018.

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). La déprime chez l'adolescent. Disponible sur le site Web de l'OMS : http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2017/03/feeling-low-in-adolescence, consulté le 20 août 2018.

Perreault, M. (2016). *La dépression de plus en plus fréquente chez les ados.* Disponible sur le site Web de La Presse : http://plus.lapresse.ca/screens/e4f82936-5439-4066-9ec6-02a5d54c6410__7C___0.html, consulté le 15 mai 2019.

Pirard, A.-M. (2003). *Promotion de la santé à l'école*. Bruxelles: Editions Labor.

Pedrero, E., Lemos-Giraldez, S., Muniz, J., Paino, M. & Sierra-Baigrie, S. (2011). Factorial structure and measurement invariance of the Bulimic Investigatory Test, Edinburgh across gender and age. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*, 109-123.

RTL. (2017). *Flandre : enquête à propos du suicide d'un ado de 15 ans après diffusion d'une photo de lui nu sur Snapchat.* Disponible sur le site Web de RTL : https://www.rtl.be/info/regions/flandre/flandre-enquete-a-propos-du-suicide-d-un-ado-de-15-ans-apres-diffusion-d-une-photo-de-lui-nu-sur-snapchat-926419.aspx, consulté le 15 mai 2019.

RTL. (2011). *Un ado de 12 ans se suicide à cause du divorce de ses parents.* Disponible sur le site Web de RTL : https://www.rtl.be/info/belgique/faits-divers/un-ado-de-12-ans-se-suicide-a-cause-du-divorce-de-ses-parents-225648.aspx, consulté le 15 mai 2019.

Roscoe, C. (2010). Aider les enfants et adolescents ayant un trouble de l'alimentation. Disponible sur le site Web du CHEO : http://www.cheo.on.ca/uploads/13377_Eating_disorders_FR.pdf, consulté le 20 août 2018.

Scharmann, G. (2011). Rejets d'école à l'adolescence. *Enfances et psy, 52,* 78-88.

Simeoni, M.-C., Antoniotti, S., Auquier, P., San Marco, J.-L. & Sapin, C. (2000). Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: The VSP-A. *Quality of life research, 9*, 393-403.

Thomas, H., Coates, J., Connor, J. & Scott, J. (2018). *Development and validation of the Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents : a multi-dimensional measurement model.* The British Psychological Society, Angleterre.

Terriot, K., Bourcier, B., Lallemand, N. & Vignoli, E. (2016). Validation du Self-Perception Profile for Adolescents de Harter auprès d'un échantillon d'adolescents français. *Pratiques psychologiques, 421*, 18-36.

Unicef. (1992). *A summary of the un convention on the rights of the child*. Disponible sur le site Web de l'Unicef : https://www.unicef.org.uk/what-we-do/un-convention-child-rights/, consulté le 16 août 2018.

Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la santé. (s.d). *Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*. Disponible sur le site Web de l'UIPES: file:///C:/Users/Marie/Documents/ucl/TFE/IUHPE%20lignes%20directrices%20promotion%20santé%20à%20l'école.pdf, consulté le 14 juillet 2018.

Vermeeren, A. (2018-2019). *Cours de Médecine Scolaire.* Support de cours non publié. Université Catholique de Louvain : Bruxelles.

Viner, R. & al. (2012). Adolescence and the social déterminants of health. *The lancet, 28,* 1641-1652.

Vallerand, R. & Vallières, E. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology, 25*, 305-316.

Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. (s.d). *Gezond leven ? Check het even.* Disponible sur le site Web de VWVJ : https://www.vwvj.be/gezond-leven-check-het-even, consulté le 22 mai 2019.

Annexes

Annexe n°1 : Loi sur l'inspection médicale scolaire

Annexe n°2 : Décret portant sur l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française

Annexe n°3 : Décret relatif à la promotion de la santé à l'école

Annexe n°4 : Décret relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités

Annexe n°5 : Décret organisant divers dispositifs scolaires favorisant le bien-être des jeunes à l'école, l'accrochage scolaire, la prévention de la violence à l'école et l'accompagnement des démarches d'orientation scolaire (étant donné la longueur du décret, celui-ci se trouve sur la plateforme DIAL)

Annexe n°6 : Décret relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités de 2019 (étant donné la longueur du décret, celui-ci se trouve sur la plateforme DIAL)

Annexe n°7 : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.

Annexe n°8 : 1er exemple d'anamnèse

Annexe n°9 : 2ème exemple d'anamnèse

Annexe n°10 : VSP-A questionnaire

Annexe n°11 : Questionnaire utilisé en phase test auprès des adolescents

Annexe n°12 : Guide d'entretien

Annexe n°13 : Tableau des variables SPSS

Annexe n°14 : Tableaux statistiques

Annexe n°15 : Questionnaire modifié post phase 1

Annexe n°16 : Retranscriptions intégrales des entretiens

Annexe n°17 : Questionnaire final

ANNEXE N°1

Loi sur l'inspection médicale scolaire

L. 21-03-1964 M.B. 15-04-1964

modifications :
D. 05-11-86 (M.B. 06-12-86) **D. 08-02-99 (M.B. 23-04-99)**
abrogée par D. 20-12-01 (M.B. 17-01-02), mais reste d'application (sauf chapitre II) pour l'enseignement supérieur non universitaire (voir art. 32, § 1er de ce décret)

CHAPITRE Ier - De l'inspection médicale.

Article 1er. - L'inspection médicale scolaire est obligatoire dans tous les établissements d'enseignement gardien, primaire, moyen, normal, technique et artistique de plein exercice.

Article 2. - **§ 1er.** - L'inspection médicale scolaire comprend :

1° pour les élèves :
a) le dépistage des déficiences physiques ou mentales;
b) le dépistage des maladies transmissibles, par le contrôle régulier et systématique de leur état de santé.

2° pour les membres du personnel : le dépistage des sources possibles de contamination.

3° pour les élèves et pour les membres du personnel : les mesures de prophylaxie qui s'imposent pour éviter la propagation des maladies transmissibles.

§ 2. L'inspection médicale scolaire a, en outre, pour mission :

1° de collaborer à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé et de morbidité des élèves et aux examens y afférents;

2° de promouvoir les conditions d'hygiène et de salubrité des bâtiments, des locaux et du matériel scolaires.

Article 3. - Le Roi détermine la fréquence et les modalités des examens médicaux prévus à l'article 2, § 1er.

Article 4. - **§ 1er.** - L'inspection médicale scolaire est exercée par des équipes agréées, dans des centres agréés.

Les conditions d'agréation sont fixées par le Roi.

Le Ministre compétent agrée l'équipe et le centre qui répondent à ces conditions.

Pour les établissements scolaires de l'Etat, l'inspection médicale scolaire est exercée dans les centres psycho-médico-sociaux de l'Etat, par le personnel de ces centres.

§ 2. Par équipe d'inspection médicale scolaire, on entend un groupe de personnes qui, possédant les certificats de capacités exigés par le Roi,

exercent, dans les conditions fixées par lui, l'inspection médicale scolaire en collaboration permanente et sous la direction d'un médecin responsable.

Chaque équipe d'inspection médicale scolaire dispose d'un local où est établi son siège administratif et où sont conservés la documentation et les dossiers.

L'équipe d'inspection médicale scolaire peut être créée :
a) par une personne de droit public ou une personne morale de droit privé qui organise, soit un centre de santé ou un centre psycho-médico-social, soit un ou plusieurs établissements scolaires totalisant un nombre minimum d'élèves fixé par le Roi;
b) par une association sans but lucratif constituée en vue d'assurer l'inspection médicale scolaire d'élèves d'un ou de plusieurs établissements scolaires totalisant un nombre minimum d'élèves fixé par le Roi.

§ 3. Par centre d'inspection médicale scolaire, on entend un complexe de locaux aménagés et équipés de façon telle qu'une ou plusieurs équipes puissent y exercer l'inspection médicale scolaire.

Les conditions de cet aménagement et de cet équipement sont déterminées par le Roi, qui tient compte notamment du nombre d'élèves à examiner.

Le centre peut être créé par l'Etat, les provinces, les communes et les associations de pouvoirs publics ou par des associations sans but lucratif.

Il peut faire partie d'un complexe de médecine préventive ou d'orientation scolaire et professionnelle.

§ 4. Le Roi peut prévoir des modalités spéciales d'application pour les régions à faible densité de population.

Il peut accorder les dérogations qu'exigent les situations locales particulières et notamment des dérogations temporaires en ce qui concerne la composition des équipes et les conditions des locaux.

modifié par D. 05-11-1986

Article 5. - Le pouvoir organisateur est tenu de faire connaître par écrit, en des termes empruntés autant que possible au langage courant, aux parents ou tuteur des élèves mineurs et aux élèves majeurs, lors de l'inscription, ainsi qu'aux membres du personnel lors de leur engagement, l'équipe ou les équipes d'inspection médicale scolaire auxquelles il entend confier l'inspection médicale de son établissement. Il en avise également le fonctionnaire désigné en vertu de l'article 10. Les parents, le tuteur, l'élève majeur ou le membre du personnel restituent le document qui leur a été communiqué après l'avoir daté et signé pour en accuser réception.

Les parents ou tuteur des élèves mineurs, les élèves majeurs et les membres du personnel sont censés adhérer au choix de l'équipe fait par le pouvoir organisateur, sauf opposition dans les quinze jours de la notification prévue au premier alinéa.

A l'expiration de ce délai, le pouvoir organisateur fait procéder à l'examen médical des élèves et des membres du personnel de l'établissement, en vue de satisfaire au prescrit des articles 2 et 3.

Les élèves majeurs et les membres du personnel doivent se rendre à la visite médicale aux jour et heure fixés par l'équipe choisie par le pouvoir organisateur. Pour les élèves mineurs, la responsabilité de l'accomplissement de cette obligation incombe à leurs parents ou tuteur.

Le pouvoir organisateur adresse, chaque année, au plus tard le 1er décembre, à l'équipe d'inspection médicale scolaire choisie, la liste des élèves et des membres du personnel soumis à cette inspection.

Article 6. - Lorsqu'ils se sont opposés au choix du pouvoir organisateur, les parents ou le tuteur des élèves mineurs et des élèves majeurs sont tenus de faire procéder, dans le délai fixé par le Roi, à l'examen médical par une autre équipe d'inspection médicale scolaire agréée qui remplit la mission prévue par l'article 2, § 1er, 1°.

Lorsqu'ils se sont opposés au choix du pouvoir organisateur, les membres du personnel sont tenus de faire procéder, dans le délai fixé par le Roi, à l'examen médical par le Service de Santé administratif qui remplit la mission prévue par l'article 2, § 1er, 2°.

Suivant le cas, l'équipe d'inspection médicale scolaire ou le Service de Santé administratif communique, dans le délai prévu par le Roi, le protocole d'examen médical à l'équipe choisie par le pouvoir organisateur.

Article 7. - Le médecin responsable de l'équipe d'inspection médicale scolaire qui a procédé à l'examen médical scolaire communique les conclusions de cet examen aux parents ou au tuteur des élèves mineurs ou aux élèves majeurs ou aux membres du personnel et, à leur demande, en informe également le médecin traitant.

Il communique au pouvoir organisateur toutes indications pratiques qui, à la suite de l'examen, s'imposent afin de permettre aux élèves de participer aux cours dans les meilleures conditions.

Les résultats de l'examen médical scolaire sont communiqués par le médecin responsable de l'équipe choisie par le pouvoir organisateur, au médecin responsable d'autres examens médicaux préventifs.

Le Roi règle les modalités de cette communication.

Article 8. - Toutes mesures individuelles ou générales d'ordre prophylactique sont prises par le médecin responsable de l'équipe d'inspection médicale scolaire choisie par le pouvoir organisateur. Elles lient les élèves, les parents ou tuteur, le pouvoir organisateur et le personnel de l'établissement.

Un recours non suspensif est ouvert auprès du comité technique de l'Inspection médicale scolaire contre toute décision qui interdit temporairement ou définitivement l'accès de l'établissement à un élève ou à un membre du personnel, en raison du danger que présente son état de santé pour l'entourage.

Ce recours peut être introduit par le pouvoir organisateur de l'établissement, par les parents ou le tuteur des élèves mineurs, par les

élèves majeurs ainsi que par le membre intéressé du personnel de l'établissement.

Un recours suspensif peut être introduit auprès du même Comité technique par le médecin-fonctionnaire dont question à l'article 10, contre toute décision du médecin responsable d'une équipe d'inspection médicale scolaire, permettant à un élève de continuer la fréquentation des cours, alors que le médecin-fonctionnaire estime que cet élève présente un danger de contamination.

Un même recours peut être introduit dans les mêmes conditions contre toute décision du médecin responsable d'une équipe d'inspection médicale scolaire permettant à un membre du personnel de continuer ses fonctions, alors que le médecin-fonctionnaire estime qu'il présente un danger de contamination.

Article 9. - Si, trois ans après l'entrée en vigueur de la présente loi, déterminée conformément à l'article 18, le nombre de centres agréés est insuffisant pour assurer l'inspection médicale scolaire à l'ensemble des établissements relevant de communes, de provinces, d'associations de pouvoirs publics ou de personnes privées, le Ministre compétent avertit les pouvoirs organisateurs intéressés qu'ils doivent dans le courant de la quatrième année, prendre les mesures en vue d'organiser eux-mêmes des centres susceptibles d'être agréés avant la fin de la cinquième année; passé ces délais, il prendra lui-même les mesures en vue de créer les centres qu'il jugera indispensables.

Article 10. - Les équipes d'inspection médicale sont placées sous le contrôle de médecins-fonctionnaires nommés par le Roi et relevant du Ministre compétent. Le nombre et le ressort de ces fonctionnaires sont déterminés par le Roi.

Les médecins-fonctionnaires ont pour mission :
1° d'instruire les demandes d'agréation introduites par les équipes et les centres d'inspection médicale scolaire, conformément aux règles arrêtées par le Roi et d'émettre un avis sur ces demandes;
2° de veiller à ce que les équipes agréées s'acquittent de leur tâche de la manière prévue par la présente loi et par les arrêtés pris en exécution de celle-ci; le cas échéant, de proposer le retrait de l'agréation;
3° de veiller à ce que les pouvoirs organisateurs, les médecins responsables, les parents ou le tuteur des élèves mineurs, les élèves majeurs et les membres du personnel remplissent toutes les obligations qui leur incombent en vertu de la présente loi et des arrêtés pris en exécution de celle-ci;
4° s'il échet, d'exercer le recours prévu à l'article 8, quatrième alinéa;
5° de provoquer, chaque fois qu'il y a lieu, l'examen prophylactique des élèves ou des membres du personnel d'un établissement scolaire;
6° de constater les infractions aux dispositions de la présente loi et aux arrêtés pris en exécution de celle-ci.

La compétence des médecins-fonctionnaires s'étend à l'Inspection médicale scolaire exercée dans les centres psycho-médico-sociaux de l'Etat, à l'exception de la mission visée au 1° du deuxième alinéa du présent article.

CHAPITRE II. - Du comité technique de l'inspection médicale scolaire.

Article 11. - Il est créé auprès du Ministère de la Communauté française un comité technique de l'inspection médicale scolaire ayant pour mission de statuer sur tous recours introduits en application de la présente loi par les parents ou le tuteur d'élèves mineurs, les élèves majeurs, les membres du personnel, le pouvoir organisateur des établissements d'enseignement ou par les médecins-fonctionnaires visés à l'article 10.

Le Roi règle la procédure du recours et fixe notamment le délai dans lequel celui-ci doit être introduit.

Le Ministre compétent approuve le règlement d'ordre intérieur établi par le comité.

Article 12. - Le comité technique est composé de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, nommés par le Roi pour une durée de six ans. Leur mandat est renouvelable.

Tout nouveau membre nommé en remplacement d'un membre décédé ou démissionnaire achève le mandat de son prédécesseur.

Tous les membres doivent être porteurs du diplôme de docteur en médecine.

Le directeur général qui a le Service de Santé administratif dans ses attributions, ainsi qu'un médecin-fonctionnaire de ce service font partie du comité respectivement en qualité de membre effectif et de membre suppléant.

Le Roi désigne un des membres du comité comme président. Il désigne également un médecin-fonctionnaire comme secrétaire du comité.

Article 13. - Les décisions concernant les membres du personnel prises par le comité technique lient le Service de Santé administratif.

CHAPITRE III. - Des subventions

Article 14. - L'inspection médicale scolaire est gratuite. Les équipes d'inspection médicale scolaire agréées en vertu de l'article 4 bénéficient à charge du budget du Ministère de la Communauté française d'une subvention qui est calculée sur la base d'une indemnité forfaitaire par personne examinée dans le courant de l'année scolaire.

Le montant de l'indemnité forfaitaire est fixé par le Roi en tenant compte du coût de la prestation, qui englobe les honoraires médicaux, la rémunération du personnel paramédical et de service et les frais généraux.

Lorsqu'il est fait application de l'article 4, § 4, et que les dérogations qu'exigent les circonstances locales particulières, nécessitent le transport des élèves, le Roi détermine le montant de l'intervention de l'Etat dans les frais qui en résultent.

Pour le personnel paramédical, la subvention forfaitaire peut être remplacée par une subvention-traitement calculée en s'inspirant des normes

en vigueur pour les mêmes fonctions exercées dans les centres psycho-médico-sociaux.

CHAPITRE IV. - Dispositions pénales.

modifié par D. 05-11-1986

Article 15. - Sont punis d'une amende de vingt-six à deux cents francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement :

1° la personne désignée à cette fin par le pouvoir organisateur de l'établissement scolaire qui ne transmet pas dans les délais prescrits, conformément à l'article 5, cinquième alinéa, à l'équipe d'inspection médicale scolaire choisie par le pouvoir organisateur, la liste complète des élèves et des membres du personnel de son établissement;

2° le chef d'établissement scolaire qui ne s'assure pas si les examens prévus par la présente loi sont effectués ou qui, en cas de carence de la part des parents ou du tuteur des élèves mineurs, des élèves majeurs ou des membres de son personnel, n'en avise pas le fonctionnaire compétent;

3° le médecin responsable de l'équipe d'inspection médicale scolaire, qui ne procède pas ou ne fait pas procéder, dans le délai déterminé par le Roi, à l'examen des personnes dont la liste lui est transmise par le pouvoir organisateur;

4° le chef d'établissement qui ne se conforme pas aux décisions de l'équipe d'inspection médicale scolaire ou, en cas de recours, à la décision finale intervenue;

5° les personnes ou le chef d'établissement qui ne se conforment pas aux prescriptions de l'article 5, ou à celles de l'article 6;

6° le chef d'un établissement scolaire de même que tout préposé au service d'un tel établissement qui empêchent le libre accès des locaux scolaires aux médecins-fonctionnaires visés à l'article 10 de la présente loi.

En cas de récidive dans les deux années de la dernière condamnation du chef d'infraction à la présente loi, la peine pourra être doublée.

Article 16. - Les infractions aux arrêtés pris en exécution de la présente loi sont punies d'une amende de vint-six francs à cent francs.

Article 17. - Toutes les dispositions du livre 1er du Code pénal, sans exception de son chapitre VII, ni de l'article 85, sont applicables aux infractions prévues par la présente loi ainsi qu'aux infractions aux arrêtés pris en exécution de celle-ci.

CHAPITRE V. - Dispositions finales.

Article 18. - Le Roi détermine la date d'entrée en vigueur de chacune des dispositions de la présente loi, soit par catégories d'établissements correspondant aux différents degrés d'enseignement ou d'éducation, soit suivant la nature des examens médicaux imposés.

A la date d'entrée en vigueur fixée pour l'enseignement primaire, l'article 80 des lois coordonnées sur l'enseignement primaire sera abrogé.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

ANNEXE N°2

Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française

D. 14-07-1997 M.B. 29-08-1997

modifications:

D. 22-12-1997 - M.B. 31-12-1997	**D. 17-07-1998 - M.B. 05-11-1998**
D. 11-07-2002 - M.B. 04-09-2002	**D. 17-07-2003 - M.B. 21-08-2003**
D. 19-10-2007 - M.B. 15-01-2008	**D. 26-03-2009 - M.B. 29-05-2009**

Le Conseil de la Communauté française a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE Ier. - Dispositions générales

Complété par D. 17-07-2003 ; modifié par D. 26-03-2009

Article 1er. – Par santé au sens du présent décret, il faut entendre un bien-être physique, mental et social; la santé ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Par promotion de la santé au sens du présent décret, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques.

Par prévention, il faut entendre les processus qui permettent d'intervenir avant l'apparition de la maladie pour la prévention primaire, d'en détecter les premiers signes pour la prévention secondaire ou d'en prévenir les complications ou les rechutes pour la prévention tertiaire. La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé.

Par médecine préventive, il faut entendre les méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille.

Par système d'informations sanitaires (SIS), il faut entendre l'ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de fournir des données utiles, d'une part à la prise de décision en santé et à l'évaluation des politiques, stratégies et programmes mis en œuvre, d'autre part à la participation et à l'éclairage des acteurs de santé et de la population aux politiques et actions de santé.

Par firme, il faut entendre toute personne physique ou morale chargée de contrôler le respect des normes de qualité physiques et/ou techniques des appareils utilisés pour la réalisation d'actes de dépistage et autres interventions de médecine préventive conformément aux articles 17bis à 17quater.

Modifié par D. 17-07-2003 ; D. 26-03-2009

Article 2. - § 1er. Le Gouvernement arrête un programme quinquennal de promotion de la santé, qui définit les lignes de force de la politique de promotion de la santé en Communauté française, ainsi que de la politique de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs.

§ 2. Dans un délai de 18 mois après fixation du programme quinquennal visé au § 1er, le Gouvernement arrête un plan communautaire opérationnel de Promotion de la santé, ci-après dénommé «plan communautaire opérationnel», s'inscrivant dans le cadre de ce programme quinquennal et définissant :

1° les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan en matière de promotion de la santé, y compris de médecine préventive;

2° les stratégies et méthodes à développer pour assurer la mise en œuvre et l'évaluation de ces objectifs prioritaires et opérationnels, les programmes de promotion de la santé, y compris de médecine préventive, les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formations, les outils d'informations et les campagnes de communication à mettre en oeuvre, les axes de développement et de soutien aux politiques locales et aux actions communautaires de santé;

3° les publics-cibles à intégrer dans les programmes et actions prioritaires.

Le plan communautaire opérationnel est défini en concertation avec les intervenants concernés.

Inséré par D. 26-03-2009

§ 2/1. Préalablement à l'adoption d'un nouveau programme quinquennal de promotion de la santé tel que visé au § 1er et au plus tard six mois avant le terme du programme quinquennal en cours, le Conseil supérieur de la Santé remet une évaluation du programme quinquennal précédent rédigée sous son égide.

Cette évaluation inclut au moins l'étude de la qualité et l'efficacité du dispositif mis en place pour la mise en oeuvre des grands objectifs du programme et la mesure de l'impact de ce dernier sur la promotion de la santé et le bien-être de la population, ainsi que l'évaluation des mesures définies dans les plans communautaires opérationnels arrêtés par le Gouvernement.

Préalablement à l'adoption d'un nouveau programme quinquennal de promotion de la santé, le Gouvernement présente au Parlement un rapport comprenant cette évaluation et énonçant les mesures qui ont été prises en application des objectifs prioritaires de santé fixés dans le programme sur lequel porte l'évaluation.

Le rapport inclut également les plans communautaires opérationnels arrêtés par le Gouvernement conformément au § 2 et les rapports sur l'exécution du programme quinquennal de promotion de la santé et des plans

communautaires opérationnels proposés par le Conseil supérieur de promotion de la santé conformément à l'article 4, § 1er, 3°.

En vue de l'adoption du nouveau programme quinquennal de promotion de la santé, le rapport indique enfin les priorités et les modalités nouvelles d'interventions spécifiques de la Communauté française et indique les recommandations du Conseil supérieur de promotion de la santé émises à ce sujet.

Le Gouvernement détermine les moyens éventuels pour la réalisation de ce rapport. Le Parlement formule ses recommandations quant aux priorités du prochain plan quinquennal de promotion de la santé et les transmet au Gouvernement.

Inséré par D. 17-07-2003

§ 3. Un système d'informations sanitaires, comportant l'identification et la coordination des sources de données, le choix et le suivi d'indicateurs de santé, l'analyse d'information et la mise à disposition de l'information auprès des décideurs, des professionnels de santé et de la population, est mis en place en relais avec les opérateurs concernés.

Article 3. - Le Gouvernement fixe les délais et les conditions dans lesquels les avis et propositions prévus par le présent décret doivent lui être transmis, ainsi que, après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, les procédures d'agrément et de retrait d'agrément.

Inséré par D. 17-07-2003

Article 3bis. - Les services du Gouvernement ayant la santé dans leurs attributions, ci-après dénommés l'administration, ont pour missions d'organiser la concertation avec les structures et équipes actives en Promotion de la santé, y compris en médecine préventive, en s'appuyant sur l'expertise du Conseil supérieur de promotion de la santé, des centres locaux de promotion de la santé, des services communautaires, des centres de référence et sur les données du système d'informations sanitaires, pour :

1° développer une dynamique efficiente et participative entre les acteurs;

2° développer une cohérence des activités en Promotion de la santé, y compris en médecine préventive;

3° mettre en place le plan communautaire opérationnel.

Inséré par D. 26-03-2009

Article 3ter. - L'Administration, sous l'autorité de son fonctionnaire dirigeant, peut récolter et traiter, dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et du secret médical, des données à caractère personnel relatives à la santé dans la mesure strictement nécessaire à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation des compétences de la Communauté française en matière de santé.

Le Gouvernement arrête les modalités de récolte et de traitement des données à caractère personnel visées à l'alinéa 1er.

CHAPITRE II. - Le Conseil supérieur de promotion de la santé

Modifié par D. 17-07-2003 ; D. 26-03-2009

Article 4. - § 1er. Il est créé un Conseil supérieur de promotion de la santé, qui a pour missions, sans préjudice de celles qui sont visées par d'autres dispositions :

1. de proposer au Gouvernement des axes prioritaires et des stratégies en matière de promotion de la santé et de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs, en tenant compte de l'ensemble des besoins répertoriés en vue de permettre la préparation du programme quinquennal et du plan communautaire opérationnel; ces propositions viseront notamment à la promotion de la santé à l'école;

2. de donner un avis au Gouvernement sur les projets de programme quinquennal et de plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, préalablement à leur approbation;

3. de faire rapport au Gouvernement sur l'exécution des programmes et plans susvisés; ces rapports sont communiqués par le Gouvernement au Parlement dans le mois de leur réception;

4. de donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur toute question relative à la promotion de la santé y compris la médecine préventive; de veiller particulièrement à instruire les questions d'éthique relatives à la Promotion de la santé, y compris la médecine préventive.

§ 2. Le Conseil supérieur de promotion de la santé constitue toutes les commissions qu'il estime utiles dans le cadre de ses missions.

modifié par D 17-07-1998; D. 17-07-2003 ; D. 26-03-2009

Article 5. - Le Conseil supérieur de promotion de la santé est composé de membres nommés par le Gouvernement pour une période de 5 ans, renouvelable :

1. trois membres représentant respectivement l'Ecole de santé publique attachée à l'Université Catholique de Louvain, à l'Université Libre de Bruxelles, et à l'Université de Liège;

2. un membre représentant l'Institut de médecine préventive de la société scientifique de médecine générale;

3. […]

4. un membre représentant l'Office de la naissance et de l'enfance;

5. deux membres choisis par le Gouvernement en raison de leur compétence particulière dans le domaine de la prévention du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles;

6. deux membres représentant les associations mutuellistes;

7. trois membres représentant l'Association des Provinces wallonnes;

8. deux membres, médecins généralistes, représentant respectivement les associations de médecins et la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones;

9. quatre membres représentant les Centres locaux de promotion de la santé dont deux au moins choisis parmi les représentants des provinces dans lesdits centres, ou du pouvoir public qui assume leurs compétences dans la Région de Bruxelles-Capitale;

10. un membre choisi par le Gouvernement en raison de sa compétence particulière dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et les autres affections respiratoires;

10bis. un membre choisi par le Gouvernement en raison de sa compétence particulière dans le domaine de la prévention des assuétudes.

11. un membre représentant les pharmaciens d'officine;

12. un membre représentant les services communautaires de Promotion de la santé;

13. un membre représentant les centres de référence visés à l'article 17ter;

14. deux membres représentant les associations reconnues d'usagers du système de santé;

15. deux membres représentant la commission de promotion de la santé à l'école;

16. un membre représentant la commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport.

Le Gouvernement peut aussi nommer trois membres qu'il choisit en raison de leur compétence ou de leur action particulière en Promotion de la santé, ainsi que trois membres de la société civile qu'il choisit en fonction de leur compétence dans d'autres secteurs et de l'intérêt manifesté pour la Promotion de la santé. Les secteurs de l'éducation permanente, de la santé environnementale, de l'aide aux publics fragilisés, sont au moins représentés par l'un de ces six membres.

Deux membres représentant le Gouvernement dont un membre représentant le ministre ayant la promotion de la santé dans ses attributions, assistent aux séances avec voix consultative. Le fonctionnaire général dirigeant de l'administration, ou l'agent qu'il désigne, assiste aux séances avec voix consultative. Il peut se faire assister d'un ou plusieurs fonctionnaires.

Deux représentants des ministres chargés de la santé pour la Région wallonne et la COCOF peuvent assister aux séances à titre d'observateur.

Les membres représentant une institution sont proposés à la nomination par l'organe de gestion ou de concertation qui est compétent en ce qui les concerne.

Le Gouvernement nomme également, pour chaque membre effectif, un membre suppléant. Le membre suppléant ne siège qu'en l'absence du membre effectif.

Article 6. - Le Gouvernement désigne, sur proposition du Conseil supérieur de promotion de la santé, son président et son vice-président. Ces mandats sont incompatibles avec la qualité de fonctionnaire de la Communauté française ou d'un de ses organismes d'intérêt public. Le secrétariat du même Conseil est assuré par le fonctionnaire général dirigeant l'administration de la Communauté française, ayant la santé dans ses attributions. Il peut se faire assister dans cette tâche par un agent de l'administration qu'il désigne.

Article 7. - En cas de démission ou de décès d'un membre, son remplaçant est nommé par le Gouvernement conformément à l'article 5 pour achever le mandat de son prédécesseur.

Tout membre qui perd la qualité en raison de laquelle il a été nommé est réputé démissionnaire.

Article 8. - **§ 1er** Dans les six mois de son installation, le Conseil supérieur de promotion de la santé arrête son règlement d'ordre intérieur, et le soumet à l'approbation du Gouvernement.

§ 2. Le Gouvernement fixe les jetons de présence et les indemnités de déplacement des membres du Conseil supérieur de promotion de la santé.

[Afin de pouvoir procéder à une évaluation du programme quinquennal et à la présentation au Parlement du rapport visé à l'article 2, § 2/1 du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, tel que modifié par le présent décret, le programme quinquennal de promotion de la santé, visé à l'article 2, § 1er, du décret du 14 juillet 1997 précité, couvrant la période 2004-2008, est prolongé à partir du 1er janvier 2009 jusqu'au 31 décembre 2010. [D. 26-03-2009]

Par dérogation à l'article 2, § 1er, du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, le premier rapport visé à l'article 2, § 2/1, du décret, tel que modifié par le décret du 26 mars 2009 modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, porte sur le programme quinquennal de promotion de la santé couvrant la période 2004-2010.] [D. 26-03-2009]

inséré par D. 22-12-1997
Abrogé par D. 17-07-2003

Chapitre IIbis. - Le Conseil scientifique et éthique et le Conseil consultatif de prévention du Sida

Article 8bis. - [...] ***Abrogé par D. 17-07-2003***

CHAPITRE III. - Les Services communautaires de promotion de la santé

modifié par D 17-07-1998; D. 17-07-2003

Article 9. - Les Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) sont des organismes ou services qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de recherche ou d'évaluation, au Conseil supérieur de promotion de la santé, à l'administration, aux Centres locaux de promotion de la santé, au système d'informations sanitaires et aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la Promotion de la santé, y compris la médecine préventive.

Modifié par D. 17-07-2003 ; complété par D. 19-10-2007

Article 10. - Les Services communautaires de promotion de la santé sont agréés pour cinq ans, par le Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Le Gouvernement définit les missions spécifiques qui leur sont confiées dans le cadre de l'exécution du programme quinquennal et du plan communautaire opérationnel, leur contribution permanente spécifique, les conditions d'utilisation des subventions qui leur sont accordées dans les limites des crédits budgétaires, pendant la période d'agrément, les justifications exigées et les délais dans lesquels ces justifications doivent être produites.

Le Gouvernement détermine s'il échet, en ce qui concerne les conditions d'utilisation des subventions liées à l'emploi, les éléments provenant du cadastre de l'emploi créé au sein du Secrétariat général tel que défini par le décret de la Communauté française du 19 octobre 2007 instaurant un

cadastre de l'emploi non marchand en Communauté française. La transmission et l'utilisation de ces données se fait dans le respect de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale et de ses arrêtés d'exécution ainsi que de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de ses arrêtés d'exécution ;

Le non-respect des missions et des conditions d'utilisation des subventions peut entraîner, après mise en demeure notifiée par le Gouvernement et non suivie d'effet dans les 60 jours, la suspension ou la cessation de la liquidation des subventions ainsi que le retrait de l'agrément avant terme. Le Gouvernement prend les décisions relatives à l'application du présent alinéa sur rapport de ses services compétents. En ce qui concerne les retraits d'agréments avant terme, l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé est requis avant que le Gouvernement prenne ses décisions.

Le Gouvernement peut prévoir que le premier agrément est accordé provisoirement pour une période de deux ans.

Dans les trois mois à dater de leur agrément ou du renouvellement de celui-ci, les Services communautaires de promotion de la santé constituent entre eux un comité de concertation chargé notamment de coordonner et d'évaluer leurs actions. Chaque Service communautaire y désigne un représentant.

Le président du Conseil supérieur de promotion de la santé est invité avec voix consultative aux séances du comité de concertation.

Les services communautaires travaillent en collaboration avec l'administration, les centres locaux de promotion de la santé et les centres de référence.

CHAPITRE IV. - Les Centres locaux de promotion de la santé

Modifié par D. 17-07-2003

Article 11. - Les Centres locaux de promotion de la santé sont des organismes agréés pour coordonner, sur le plan local, la mise en oeuvre du programme quinquennal et des plans communautaires opérationnels. A cet effet, ils ont pour missions :

1. d'élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, décliné en objectifs annuels; ce programme est soumis à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé et à l'approbation du Gouvernement, dans les délais que celui-ci détermine;

2. de coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent les relais avec la population ou les publics-cibles, sans distinction de tendances philosophique, politique ou religieuse, et en tenant compte des spécificités du plan communautaire opérationnel;

3. d'apporter une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la Promotion de la santé, y compris la médecine préventive, et de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention, notamment en documentation, formation, outils d'information et expertise;»

4. d'initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la

participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé.

Les centres locaux de promotion de la santé travaillent en collaboration avec l'administration, les services communautaires de promotion de la santé et les centres de référence.

complété par D. 11-07-2002; modifié par D. 17-07-2003

Article 12. - Un centre local de promotion de la santé est agréé par le Gouvernement sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, et dans chacun des arrondissements ou groupes d'arrondissement suivants : Nivelles, Ath - Tournai - Mouscron - Comines, Charleroi - Thuin, Mons - Soignies, Huy - Waremme, Liège, Verviers, Namur - Dinant - Philippeville, Arlon - Bastogne - Marche-en-Famenne - Neufchâteau - Virton.

Dans les trois mois à dater de leur agrément ou du renouvellement de celui-ci, les Centres locaux de promotion de la santé constituent entre eux un comité de concertation, chargé notamment de coordonner et d'évaluer leurs actions et de proposer la désignation de leurs représentants au Conseil supérieur de promotion de la santé. Lors des renouvellements de mandats, le comité de concertation veillera à ce que chacun des Centres locaux puisse y être représenté à tour de rôle.

Le comité de concertation se réunit d'initiative au moins trois fois par an. Chaque Centre local de promotion de la santé y est représenté par au moins un délégué. Le président du Conseil supérieur de promotion de la santé est invité avec voix consultative aux séances du comité de concertation.

En outre, les Centres locaux de promotion de la santé constituent entre eux une commission d'avis des projets locaux, chargée de donner avis sur les programmes d'action et sur les recherches en promotion de la santé visés à l'article 16, alinéa 1er. Cette commission est composée d'un représentant par centre local. Elle se réunit au moins quatre fois par an. Le Président du Conseil supérieur de promotion de la santé est invité avec voix consultative aux séances de la commission. Le secrétariat de la commission est assuré par l'administration. Le Gouvernement fixe les modalités de fonctionnement de la commission.

Modifié par D. 17-07-2003

Article 13. - Peuvent seuls être agréés et subventionnés les Centres locaux de promotion de la santé associant pouvoirs publics et personnes privées, pour autant que les conditions suivantes soient respectées :

1. l'organisme doit revêtir la forme d'une association sans but lucratif au sens de la loi du 27 juin 1921;

2. l'association doit avoir notamment pour objet l'organisation d'un partenariat pluraliste pour la mise en oeuvre sur le plan local de la promotion de la santé, conformément au programme quinquennal et aux plans communautaires opérationnels arrêté par le Gouvernement et exercer ses activités dans un des ressorts territoriaux définis à l'article 12;

3. les statuts doivent prévoir qu'un représentant de la Communauté et de chacun des autres pouvoirs publics contribuant au financement de l'association reçoivent les documents et procès-verbaux de l'assemblée générale et du conseil d'administration, et assistent aux séances avec voix consultatives, à moins qu'il ne siège en qualité de membre;

4. la Province ou le pouvoir public qui assume ses compétences dans la Région de Bruxelles-Capitale, dans lequel le Centre local exerce son activité, doit être membre de l'association, sauf dérogation accordée par le Gouvernement;

5. deux représentants des services ou Centres compétents en matière de Promotion de la santé à l'école et un représentant de l'Office de la Naissance et de l'Enfance doivent être membres de l'association.

complété par D. 19-10-2007

Article 14. - § 1er La Communauté française contribue au fonctionnement de chaque Centre local de promotion de la santé par une subvention de base.

§ 2. L'octroi d'une contribution complémentaire de la Communauté française et des organismes d'intérêt public qui en dépendent à un Centre local de promotion de la santé est subordonné à une contribution des personnes de droit public et privé qui en sont membres.

Ces contributions peuvent être soit financières, soit réalisées par la mise à disposition de personnel, de locaux ou encore par la fourniture de services.

La contribution complémentaire de la Communauté française et des organismes d'intérêt public qui en dépendent ne peut globalement être supérieure à la moitié du total des autres contributions.

§ 3. Le Gouvernement détermine s'il échet, en ce qui concerne les conditions d'utilisation des subventions liées à l'emploi, les éléments provenant du cadastre de l'emploi créé au sein du Secrétariat général tel que défini par le décret de la Communauté française du 19 octobre 2007 instaurant un cadastre de l'emploi non marchand en Communauté française. La transmission et l'utilisation de ces données se fait dans le respect de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la Sécurité sociale et de ses arrêtés d'exécution ainsi que de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de ses arrêtés d'exécution.

Modifié par D. 26-03-2009

Article 15. - Les Centres locaux de promotion de la santé sont agréés pour cinq ans par le Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Le Gouvernement définit les missions spécifiques qui leur sont confiées dans le cadre du programme quinquennal et des plans communautaires opérationnels de promotion de la santé, les conditions d'utilisation des subventions et autres contributions qui leur sont accordées pendant la période d'agrément, dans les limites des crédits budgétaires, les justifications exigées et les délais dans lesquels ces justifications doivent être produites.

Le non-respect des missions et conditions visées au 1er alinéa peut entraîner, après mise en demeure notifiée par le Gouvernement et non suivie d'effet dans les 60 jours, la suspension ou la cessation de la liquidation des subventions, le retrait des autres contributions ainsi que le retrait de l'agrément avant terme. Le Gouvernement prend les décisions relatives à l'application du présent alinéa sur rapport de ses services compétents. En ce qui concerne les retraits d'agréments avant terme, l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé est requis avant que le Gouvernement prenne ses

décisions.

Le Gouvernement peut prévoir que le premier agrément et le premier subventionnement sont accordés provisoirement pour une période de deux ans.

CHAPITRE V. - Des actions et recherches en promotion de la santé

modifié par D. 11-07-2002; D. 17-07-2003 ; complété par D. 19-10-2007

Article 16. - Le Gouvernement peut subventionner des programmes d'action ou des recherches spécifiques à vocation locale ou communautaire à l'exclusion des programmes de médecine préventive visés au chapitre Vbis, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, en ce qui concerne les programmes et recherches à vocation communautaire, ou sur avis de la commission d'avis des projets locaux visée à l'article 12, alinéa 4, en ce qui concerne les programmes et recherches à vocation locale.

Le Gouvernement détermine s'il échet, en ce qui concerne les conditions d'utilisation des subventions liées à l'emploi, les éléments provenant du cadastre de l'emploi créé au sein du Secrétariat général tel que défini par le décret de la Communauté française du 19 octobre 2007 instaurant un cadastre de l'emploi non marchand en Communauté française. La transmission et l'utilisation de ces données se fait dans le respect de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale et de ses arrêtés d'exécution ainsi que de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de ses arrêtés d'exécution.

Le non-respect des missions et conditions visées au 1er alinéa peut entraîner, après mise en demeure notifiée par le Gouvernement et non suivie d'effet dans les 60 jours, la suspension ou la cessation de la liquidation des subventions. Le Gouvernement prend les décisions relatives à l'application du présent alinéa sur rapport de ses services compétents.

Modifié par D. 17-07-2003

Article 17. - Les programmes d'action ou de recherche visés à l'article 16 ne peuvent être financés que s'ils correspondent aux objectifs du programme quinquennal ou du plan communautaire opérationnel.

Il sera en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures.

Inséré par D. 17-07-2003

Chapitre Vbis .- Des programmes de médecine préventive

Modifié par D. 26-03-2009

Article 17bis. - § 1er. Le Gouvernement fixe, sur base du programme quinquennal et après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, des programmes de médecine préventive à vocation communautaire.

Ces programmes correspondent aux objectifs du plan communautaire opérationnel.

Ils sont présentés sous forme d'un protocole.

Ils sont pilotés par un centre de référence, désigné par le Gouvernement, après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. A titre exceptionnel, le Gouvernement peut décider que certains programmes sont pilotés par l'administration.

Par pilotage, on entend le fait de veiller à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions de médecine préventive, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation du protocole.

En application des principes de «la médecine basée sur les preuves» et de «la promotion de la santé basée sur les preuves» et du principe de subsidiarité, ces programmes se fondent sur les preuves de pertinence et d'efficacité, l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

§ 2. Ces programmes sont, dans la mesure du possible, réalisés par les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, en collaboration avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les services et centres de promotion de la santé à l'école, les pédiatres, et plus généralement le secteur ambulatoire et les services de proximité d'aide aux personnes.

Dans l'élaboration de ces programmes, il est en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, de santé ou économique défavorable et des différences de cultures.

§ 3. Les CLPS peuvent être associés à la mise en place de ces programmes.

§ 4. Le Gouvernement fixe les modalités d'exécution de cet article.

Modifié par D. 19-10-2007

Article 17ter. - § 1er. Le Gouvernement peut agréer et subventionner des centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 17bis, § 1er, alinéa 3.

Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent au système d'informations sanitaires et développent une expertise scientifique, la concertation avec les acteurs et la coordination avec les établissements et les personnes de droit public et privé visées à l'alinéa 2.

Le Gouvernement peut également agréer et subventionner des établissements ou des personnes de droit public ou privé, pour assurer la mission visée à l'article 17bis, § 2.

Dans le cadre de cette mission, ces établissements ou personnes de droit public ou privé réalisent les actes de dépistage et les autres interventions de médecine préventive prévues dans le protocole visé à l'article 17bis, § 1er, alinéa 2.

§ 2. Le Gouvernement fixe la procédure et les conditions d'agrément des structures visées au § 1er, ainsi que les modalités de recours.

Les conditions d'agrément portent notamment sur l'appareillage et les

conditions techniques, les qualifications du personnel, les critères de qualité pour la réalisation des programmes.

§ 3. Le Gouvernement fixe les conditions d'octroi des subventions aux structures visées au § 1er. Il détermine s'il échet, en ce qui concerne les conditions d'octroi liées à l'emploi, les éléments provenant du cadastre de l'emploi créé au sein du Secrétariat général tel que défini par le décret de la Communauté française du 19 octobre 2007 instaurant un cadastre de l'emploi non marchand en Communauté française. La transmission et l'utilisation de ces données se fait dans le respect de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la Sécurité sociale et de ses arrêtés d'exécution ainsi que de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de ses arrêtés d'exécution.

§ 4. Le Gouvernement détermine les conditions de retrait d'agrément ou de suspension de la liquidation des subventions, ainsi que les modalités de recours.

Inséré par D. 26-03-2009

Article 17quater. - **§ 1er.** Le Gouvernement peut agréer des firmes pour procéder aux contrôles de qualité physico-techniques des appareillages des structures visées à l'article 17ter lorsque l'accomplissement desdits contrôles constitue une condition d'agrément et de maintien de l'agrément de ces structures.

§ 2. Le Gouvernement fixe la durée, la procédure et les conditions d'agrément des firmes visées au § 1er, ainsi que les conditions de retrait d'agrément et les modalités de recours.

CHAPITRE VI. - Dispositions transitoires et finales

Articles 18 à 20. - [...] *Abrogés par D.17-07-2003*

Article 21. - [...] *Abrogé par D. 22-12-1997*

Article 22. - [...] *Abrogé par D.17-07-2003.*

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au Moniteur belge.

Bruxelles, le 14 juillet 1997.

La Ministre-Présidente du Gouvernement de la Communauté française chargée de l'Education, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la Jeunesse, de l'Enfance et de la Promotion de la Santé,

Mme L. ONKELINX

Le Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique, du Sport et des Relations internationales,

W. ANCION

ANNEXE N°3

Décret relatif à la promotion de la santé à l'école

D. 20-12-2001 **M.B. 17-01-2002**

modifications :
D. 16-05-02 (M.B. 07-06-02) **D. 20-06-02 (M.B. 16-07-02)**
D. 03-03-04 (M.B. 03-06-04) **D. 01-07-05 (M.B. 02-09-05)**
D. 20-07-06 (M.B. 29-08-06) **D. 19-10-07 (M.B. 15-01-08)**
D. 15-02-08 (M.B. 01-04-08)

Le Conseil de la Communauté française a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE Ier. - Champ d'application et missions

Article 1er. - Au sens du présent décret, on entend par :
1° promotion de la santé : la promotion de la santé, telle que définie à l'article 1er du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française;
2° service : le service de promotion de la santé à l'école exerçant les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française;
3° centre : le centre psycho-médico-social de la Communauté française exerçant les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires de la Communauté française;
4° centre psycho-médico-social : le centre organisé ou subventionné par la Communauté française, qui a pour mission d'assurer les tâches de guidance définies à l'arrêté royal du 13 août 1962 organique des centres psycho-médico-sociaux;
5° conseil de participation : le conseil de participation, tel que défini à l'article 69 du décret du 14 juillet 1997 définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre;
6° prophylaxie : ensemble des mesures permettant d'éviter l'apparition, le développement et la propagation des maladies transmissibles, à l'exception de toute mesure de vaccination obligatoire;
7° pouvoir organisateur : personne de droit public ou personne morale de droit privé qui organise les services visés au 2° du présent article.

modifié par D. 20-07-2006

Article 2. - La promotion de la santé à l'école consiste en :
1° la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé;
2° le suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination, tel que précisé à l'article 6;
3° la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles, telles que précisées à l'article 7;
4° l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires, tel que précisé à l'article 8.

Le Gouvernement fixe la durée minimum des prestations affectées à chacune des actions visées à l'alinéa 1er, 1°, 2° et 4°, de manière à garantir la réalisation de l'ensemble de celles-ci. La durée des prestations affectée aux actions visées à l'alinéa 1er, 2°, ne peut être inférieure à 70 %.

modifié par D. 20-07-2006

Article 3. - La promotion de la santé à l'école (PSE) est obligatoire dans tous les établissements d'enseignement fondamental et d'enseignement secondaire ordinaires et spécialisés, ainsi que dans les centres d'éducation et de formation en alternance, organisés ou subventionnés par la Communauté française.

La promotion de la santé à l'école (PSE) est gratuite.

Article 4. - § 1er. Pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, la promotion de la santé à l'école (PSE) est exercée dans les centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française, par le personnel de ces centres.

§ 2. Pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, la promotion de la santé à l'école (PSE) est exercée par les services agréés selon les dispositions du présent décret.

Toutefois, la mise en place des programmes de promotion de la santé visés à l'article 2, alinéa 1er, 1°, est une mission remplie par les services agréés et par le personnel des centres psycho-médico-sociaux.

modifié par D. 20-07-2006

Article 5. - § 1er. Pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, le centre élabore au moins un projet de service pour l'ensemble des établissements relevant de son ressort d'activités.

Pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, le service élabore au moins un projet de service pour l'ensemble des établissements scolaires avec lesquels il a conclu une convention conformément à l'article 19.

§ 2. Le projet de service visé au § 1er définit la politique de santé et les priorités que le centre ou le service entend développer pour les établissements scolaires, sur la base de leurs besoins et des priorités de santé publique établies dans le programme quinquennal de promotion de la santé et dans le programme communautaire opérationnel de promotion de la santé visés à l'article 2, §§ 1er et 2, du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

§ 3. Le Gouvernement fixe la grille de développement du projet de service, sa durée et le délai dans lequel il est envoyé au Gouvernement, à l'établissement scolaire, au centre psycho-médico-social et au centre local de promotion de la santé concernés.

§ 4. La promotion d'un environnement favorable à la santé nécessite, en collaboration avec l'établissement scolaire, des actions relatives aux installations en général, et plus particulièrement aux classes, aux cantines, aux cours de récréation et aux installations sanitaires.

Le service ou le centre transmet ses observations au pouvoir organisateur de l'établissement d'enseignement subventionné ou au directeur d'établissement scolaire organisé par la Communauté française. Il les transmet également au conseiller en prévention visé à l'article 33 de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs.

Article 6. - § 1er. Les bilans obligatoires de santé individuels des élèves qui comprennent l'examen médical et son suivi ainsi que la politique de vaccination sont réalisés, sous la responsabilité du médecin, selon les fréquences et les modalités fixées par le Gouvernement, sur avis de la Commission visée au chapitre IV.

Ces fréquences sont fixées à cinq bilans au minimum et huit au maximum sur l'ensemble de la scolarité visée à l'article 3, alinéa 1er.

§ 2. Le Gouvernement prévoit des modalités particulières permettant l'organisation de bilans de santé supplémentaires spécifiques pour des risques particuliers ou imprévisibles, ou pour renforcer l'égalité des chances en santé.

§ 3. Le Gouvernement fixe la mise en oeuvre de la politique vaccinale, en déterminant les types de vaccins proposés gratuitement aux élèves, et l'âge de l'élève ou l'année scolaire auquel ce vaccin est proposé.

Article 7. - Le Gouvernement fixe la liste des maladies transmissibles impliquant la mise en oeuvre de mesures de prophylaxie et de dépistage, pour éviter leur propagation dans le milieu scolaire.

Il fixe également les modalités de mise en oeuvre des mesures visées à l'alinéa 1er.

Article 8. - L'établissement du recueil standardisé d'informations sanitaires doit contribuer à une définition des besoins locaux en matière de santé et à l'élaboration d'une politique communautaire pour la santé des jeunes.

Le Gouvernement fixe le modèle de ce recueil, ainsi que le contenu des informations sanitaires qui y sont reprises.

Il fixe également les modalités de transfert et de traitement de ces informations, dans le respect des dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Article 9. - Le Gouvernement fixe les modalités selon lesquelles les données individuelles relatives à la santé des élèves sont transmises aux services ou au personnel des centres par les parents, par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur.

modifié par D. 20-07-2006

Article 10. - § 1er. Les services exercent leurs missions en étroite collaboration avec les centres psycho-médico-sociaux compétents.

Cette collaboration vise à rendre optimal l'échange réciproque d'informations en matière d'actions de prévention, d'éducation à la santé et de suivi médical des élèves.

§ 2. Dans leur mission de suivi médical des élèves, les services et le personnel des centres collaborent avec :

1° les parents ou le milieu familial de l'élève;
2° les professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge individuelle de la santé des jeunes, et plus particulièrement le médecin généraliste ou le pédiatre.

Dans l'accomplissement de leurs missions, les services ou le personnel des centres organisent la collaboration avec les intervenants suivants :
1° les centres locaux de promotion de la santé;
2° les divers professionnels intervenant dans le domaine de l'information et l'éducation pour la santé; toutefois, les actions de ces intervenants en milieu scolaire doivent résulter d'une concertation avec le service ou le personnel du centre et avec le centre psycho-médico-social.

Ils peuvent également collaborer :
1° avec les services spécialisés d'aide à l'enfance et à la jeunesse;
2° avec les services de prévention et de protection du travail visés par la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.
3° avec les services de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

Article 11. - § 1er. Les membres du personnel des services et des centres suivent une formation continuée.

§ 2. Le Gouvernement fixe les modalités de coordination du personnel du service ou du centre.

Article 12. - § 1er. Toutes les mesures individuelles ou générales d'ordre prophylactique à l'égard des élèves sont prises par le médecin du service ou du centre.

Le médecin avertit de ses décisions le directeur de l'établissement. Le médecin du centre avertit également le directeur du centre.

Les décisions du médecin lient les élèves, les parents ou la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, le pouvoir organisateur et le personnel de l'établissement scolaire.

§ 2. Un recours non suspensif est ouvert auprès du médecin-fonctionnaire des services du Gouvernement visé à l'article 25, contre toute décision qui interdit temporairement ou définitivement l'accès de l'établissement à un élève, en raison du risque que présente son état de santé pour l'entourage.

Ce recours peut être introduit par le pouvoir organisateur de l'établissement scolaire, par les parents ou par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur.

Article 13. - § 1er. L'établissement scolaire est tenu de faire connaître aux parents, à la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou aux élèves majeurs, lors de l'inscription, le service ou le centre auxquels sont confiées les missions de promotion de la santé à l'école (PSE), ainsi que l'existence des sanctions pénales visées à l'article 29, § 1er.

§ 2. S'ils s'opposent au fait que le bilan de santé soit réalisé par le service ou le centre visé au § 1er, les parents, la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou les élèves majeurs, sont tenus de faire procéder au bilan de santé individuel par un autre service agréé ou par un autre centre, selon les modalités déterminées par le Gouvernement.

§ 3. Le médecin du service ou du centre qui a procédé au bilan de santé individuel communique les conclusions de cet examen aux parents, à la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou à l'élève majeur, dans des termes empruntés autant que possible au langage courant.

Il communique ces conclusions au médecin traitant désigné par les parents, par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur, lorsqu'un suivi particulier est nécessaire ou lorsque les personnes visées ci-dessus en ont fait la demande.

Il communique également ces conclusions au personnel médical du centre psycho-médico-social, selon les modalités déterminées par le Gouvernement.

Article 14. - Au plus tard le 1er novembre de chaque année, l'établissement scolaire adresse au service ou au centre visé à l'article 13, § 1er :
1° la liste des élèves, inscrits dans l'établissement à la date du 1er octobre;
2° la liste des élèves soumis à l'obligation du bilan de santé individuel visé à l'article 6.

CHAPITRE II. - Conditions, procédure et modalités d'agrément

Article 15. - Le service de promotion de la santé à l'école peut être organisée par une personne de droit public ou une personne morale de droit privé.

Article 16. - Le service doit disposer de locaux permettant l'organisation des bilans de santé visés à l'article 6, répondant aux conditions fixées par le Gouvernement.

modifié par D. 20-06-2002; complété par D. 01-07-2005 ;
modifié par D. 20-07-2006

Article 17. - § 1er. Le service est composé de personnel médical, de personnel infirmier et de personnel administratif.

Il comprend au minimum un équivalent mi-temps de personnel médical, et un équivalent temps plein de personnel infirmier.

Le Gouvernement peut fixer des normes minimales d'encadrement.

§ 2. Le personnel visé au § 1er doit répondre aux conditions de qualification suivantes :
1° personnel médical : diplôme de docteur en médecine et, soit certificat

de médecine scolaire, soit diplôme d'études spécialisées en santé publique;

2° personnel infirmier : diplôme d'accoucheuse et d'infirmier(ère) gradué(e) délivrés conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 17 août 1957 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse, d'infirmier ou d'infirmière, de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(ère) gradué(e), ou du décret du 5 août 1995 fixant l'organisation générale de l'enseignement supérieur en hautes écoles;

3° personnel administratif : certificat de l'enseignement secondaire supérieur.

La durée minimale des prestations d'au moins un membre du personnel médical est de quarante heures par mois pendant les périodes scolaires, avec un minimum de 360 heures par an. La durée minimale des prestations des autres membres du personnel médical est de vingt heures par mois pendant les périodes scolaires, avec un minimum de 180 heures par an.

§ 3. Le pouvoir organisateur du service désigne le médecin qui exercera la fonction de responsable du service.

§ 4. Par dérogation au § 2, 1°, le docteur en médecine qui n'est porteur ni du certificat de médecine scolaire ni du diplôme d'études spécialisées en santé publique peut exercer des fonctions médicales au sein d'un service à condition :

- d'avoir suivi, préalablement à son entrée en fonctions dans un service, un stage formatif court. Le Gouvernement fixe le nombre d'heures et l'objet du stage formatif court ainsi que les titres et l'expérience professionnelle requis des formateurs;
- de s'engager à suivre, dès la rentrée académique suivante, le certificat de médecine scolaire ou le diplôme d'études spécialisées en santé publique.

A défaut d'avoir obtenu le certificat de médecine scolaire ou le diplôme d'études spécialisées en santé publique endéans les trois ans de l'entrée en fonctions, il est mis fin d'office à celles-ci.

modifié par D. 20-07-2006

Article 18. - Les membres du personnel infirmier et les médecins responsables de service suivent une formation continuée, dont la durée est fixée par le Gouvernement, sans cependant pouvoir être inférieure à deux jours et supérieure à dix jours par année scolaire.

Les objectifs de la formation continuée sont :

1° l'entretien et le développement des compétences nécessaires à l'exercice de la profession;

2° la prise de recul par rapport à sa pratique et la mise à jour des connaissances et des aptitudes professionnelles dans la fonction exercée;

3° la capacité de participer à l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation du projet de service visé à l'article 5.

Le Gouvernement fixe les programmes de formation continuée.

Il fixe également les modalités de l'organisation de cette formation.

modifié par D. 20-07-2006

Article 19. - Le pouvoir organisateur du service, en collaboration avec celui-ci, doit établir avec le pouvoir organisateur de chaque établissement scolaire qui l'a choisi pour exercer les missions visées à l'article 2, une convention prévoyant les moyens et la manière de mettre en oeuvre ces missions.

Lorsqu'un établissement scolaire dispose d'implantations différentes, il peut passer plusieurs conventions avec plusieurs pouvoirs organisateurs de service.

Le Gouvernement fixe un modèle de convention-cadre, à utiliser par tous les pouvoirs organisateurs du service.

Cette convention-cadre doit au minimum contenir les éléments suivants :
1° le projet de service visé à l'article 5 ;
2° le lieu où se dérouleront les bilans de santé;
3° les modalités d'organisation du transport vers le lieu visé au point 2°;
4° la composition du service;
5° les modalités de transmission des informations.

Le Gouvernement fixe également la durée de la convention. Celle-ci ne peut être inférieure à six années scolaires, et doit être un multiple d'une année scolaire. Par dérogation :
a) En cas de fermeture d'un établissement ou d'une implantation, la convention prend fin;
b) En cas d'ouverture d'un établissement, une nouvelle convention est signée prenant cours le jour de sa signature pour se terminer au terme de la durée d'agrément du service;
c) En cas d'ouverture d'une implantation, un avenant à la convention initiale est signé prenant cours le jour de sa signature pour se terminer au terme de la durée d'agrément du service.

Article 20. - § 1er. Le Gouvernement fixe les procédures d'octroi et de retrait d'agrément des services.

§ 2. Les procédures prévoient, au moins :
1° les modalités d'introduction de demande d'octroi d'agrément;
2° les modalités de forme et de délai selon lesquelles doivent être prises les décisions d'octroi, de refus ou de retrait d'agrément;
3° les modalités et conditions de suspension ou de suppression de l'octroi des subventions;
4° la possibilité d'introduire un recours contre les décisions de refus ou de retrait d'agrément et contre les décisions de suspension ou de suppression des subventions; les modalités de ce recours, et la possibilité pour le pouvoir organisateur du service d'être entendu lors de ce recours;
5° la durée des agréments.

modifié par D. 20-06-2002 ; D. 20-07-2006

Article 21. - § 1er. Les services bénéficient d'une subvention globale, calculée sur base d'une subvention forfaitaire par élève comptabilisé au 15 janvier dans les établissements scolaires avec lesquels ils ont conclu une convention, conformément à l'article 19.

La subvention forfaitaire visée à l'alinéa précédent est fixée par le Gouvernement.

§ 2. Un forfait social est attribué aux services, en complément de la subvention visée au § 1er, par élève sous tutelle dont le lieu de résidence est classé dans un secteur statistique donnant droit à l'attribution de ce forfait.

Sur base de l'indice socio-économique établi pour chaque secteur statistique par l'étude interuniversitaire visée à l'article 4 du décret du 30 juin 1998 visant à assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale notamment par la mise en oeuvre de discriminations positives, le Gouvernement fixe le seuil déterminant les secteurs statistiques à prendre en compte pour l'attribution du forfait social.

Le Gouvernement fixe les montants du forfait social visé aux alinéas 1er et 2. Ce forfait doit représenter 25 % au moins et 50 % au plus de la subvention forfaitaire visée au § 1er, alinéa 1er.

Quel que soit leur lieu de résidence, les élèves primo-arrivants bénéficient automatiquement du forfait social.

§ 3. Le Gouvernement peut fixer un complément de subvention forfaitaire pour les élèves inscrits dans l'enseignement spécialisé.

Article 22. - Le service bénéficie également d'une subvention octroyée par élève pour l'ensemble des frais de transport exposés soit pour le déplacement du personnel des services, soit pour le déplacement des élèves.

Le Gouvernement fixe le montant de cette subvention, en fonction de la densité de population du lieu de situation de l'établissement scolaire.

Article 23. - Les subventions visées aux articles 21 et 22 servent à couvrir l'ensemble des frais de personnel, d'équipement, de fonctionnement et de transport nécessaires au service pour accomplir ses missions.

modifié par D. 19-10-2007

Article 24. - **§ 1er.** Le Gouvernement fixe les modalités de liquidation et de justification des subventions visées au présent chapitre. Le Gouvernement détermine s'il échet, en ce qui concerne les données relatives à l'emploi, les éléments provenant du cadastre de l'emploi créé au sein du Secrétariat Général tel que défini par le décret de la Communauté française du 19 octobre 2007 instaurant un cadastre de l'emploi non marchand en Communauté française. La transmission et l'utilisation de ces données se fait dans le respect de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la Sécurité sociale et de ses arrêtés d'exécution ainsi que de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de ses arrêtés d'exécution.

§ 2. En cas de non-respect des obligations du présent décret, des sanctions pécuniaires peuvent être prises à l'encontre des pouvoirs organisateurs de service. Ces sanctions consistent en suspension ou retrait de tout ou partie des subventions.

Les sanctions pécuniaires et leurs modalités d'application sont fixées

par le Gouvernement, sans préjudice de l'article 20, § 2, 4°.

CHAPITRE III. - Le contrôle

Article 25. - Les fonctionnaires de l'inspection des services du Gouvernement, désignés par celui-ci, ont pour missions :

1° de veiller à ce que les établissements scolaires, les services, les parents ou la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, les élèves majeurs et les membres du personnel remplissent toutes les obligations qui leur incombent en vertu du présent décret et des arrêtés d'exécution pris en vertu de celui-ci;

2° de provoquer, s'il y a lieu, un examen prophylactique des élèves, selon les modalités visées à l'article 7, alinéa 2;

3° de constater les infractions aux dispositions du présent décret ou prises en vertu de celui-ci;

4° après constatation des infractions, de mettre en oeuvre la procédure de sanctions pécuniaires visée à l'article 24, § 2.

Article 26. - Chaque année, les services et les centres envoient à l'administration un rapport annuel, dont le modèle et le contenu sont fixés par le Gouvernement.

CHAPITRE IV. - La commission de promotion de la santé à l'école

Article 27. - § 1er. Une commission de la promotion de la santé à l'école est instituée.

La commission a pour missions :

1° de donner au Gouvernement un avis sur tout projet de décret ou d'arrêté organique ou réglementaire relatif à la promotion de la santé à l'école;

2° de donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur tout problème concernant la promotion de la santé à l'école,

3° chaque année, avant le 31 mars, de faire rapport au Gouvernement et au Parlement sur son action au cours de l'année écoulée.

§ 2. Il est constitué, au sein de la commission, un bureau chargé de la coordination des travaux.

Le bureau prépare les réunions de la commission, dresse l'ordre du jour et veille à la transmission des avis et du rapport visés au § 1er.

Il se compose du Président, du Vice-Président et de deux membres, choisis par la commission.

§ 3. Les avis de la commission demandés par le Gouvernement doivent être transmis dans un délai ne dépassant pas trente jours.

Ce délai prend cours à la réception de la demande d'avis par le secrétariat de la commission.

Passé ce délai, les avis ne sont plus requis pour qu'une décision puisse être prise valablement par le Gouvernement.

§ 4. La commission ne peut émettre valablement d'avis qu'à la condition que la moitié au moins des membres soit présente.

Si le quorum n'est pas atteint, les membres sont convoqués une nouvelle fois, au plus tard dans les quinze jours qui suivent. Si le quorum n'est à nouveau pas atteint lors de cette séance, la commission siège valablement, quel que soit le nombre de présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple. En cas de parité, la voix du Président est prépondérante.

§ 5. La commission arrête son règlement d'ordre intérieur, et le soumet à l'approbation du Gouvernement.

complété par D. 16-05-2002 ; modifié par D. 20-06-2002 ;
D. 20-07-2006 ; D. 15-02-2008

Article 28. - § 1er. La commission est composée de dix-huit membres au maximum, nommés par le Gouvernement pour une période de cinq ans renouvelable.

Le Gouvernement fixe la composition de la commission, qui doit comprendre en son sein des représentants :

1° des fédérations ou associations de pouvoirs organisateurs de services de promotion de la santé à l'école;

2° des médecins et du personnel infirmier travaillant dans le secteur de la promotion de la santé à l'école (PSE);

3° du Conseil supérieur de promotion de la santé;

4° du Conseil supérieur des centres psycho-médico-sociaux;

5° de l'enseignement organisé par la Communauté française;

6° des fédérations de pouvoirs organisateurs de l'enseignement subventionné par la Communauté française;

7° des fédérations d'associations de parents.

8° des centres locaux de promotion de la santé;

9° d'un service communautaire de promotion de la santé agréé, ayant pour mission de tenir à jour un registre territorialisé des offres et des besoins de formation/ accompagnement/appui des services et des centres, désigné par le Ministre ayant la Santé dans ses attributions.

§ 2. Le Gouvernement désigne le Président et le Vice-Président de la commission parmi les membres effectifs. Ces mandats sont incompatibles avec la qualité de fonctionnaire de la Communauté française ou de l'un de ses organismes d'intérêt public.

Parmi les membres du bureau, un au moins est membre du Conseil supérieur de promotion de la santé.

§ 3. En plus des membres visés au paragraphe 1er, le ministre ayant la santé dans ses attributions, ainsi que le ou les ministres ayant l'enseignement fondamental et secondaire, ordinaire ou spécialisé, dans leurs attributions, sont représentés au sein de la commission, chacun par un membre avec voix consultative.

La direction générale de la santé et la direction générale de l'enseignement obligatoire sont également représentées, chacune par un membre avec voix consultative.

§ 4. Le Gouvernement nomme également, pour chaque membre effectif, un membre suppléant, aux mêmes conditions que les membres effectifs.

Le membre suppléant ne siège qu'en l'absence du membre effectif.

§ 5. En cas de décès ou de démission d'un membre, son remplaçant est nommé par le Gouvernement, pour achever le mandat de son prédécesseur.

Tout membre qui perd la qualité en raison de laquelle il a été nommé est réputé démissionnaire.

§ 6. Le secrétariat de la commission est assuré par l'administration.

§ 7. Pour l'accomplissement de ses missions, la commission peut inviter des experts, notamment du milieu universitaire, afin de l'éclairer sur certains aspects relatifs à la promotion de la santé à l'école.

§ 8. Le Gouvernement fixe les jetons de présence et les indemnités de déplacement des membres de la commission.

§ 9. La commission peut donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur tout problème concernant la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur.

Lorsqu'un tel avis est mis à l'ordre du jour d'une séance de la commission, sont représentés à cette séance le ministre ayant l'enseignement supérieur dans ses attributions, avec voix consultative, le Service général des hautes écoles et de l'enseignement artistique du niveau supérieur, avec voix délibérative, et deux représentants des organisations représentatives des étudiants au niveau communautaire, avec voix délibérative.

CHAPITRE V. - Dispositions pénales

modifié par D. 20-07-2006

Article 29. - § 1er. Sont punis d'une amende de vingt-six à deux cents euros et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement les personnes investies de l'autorité parentale ou l'élève majeur qui ne se conforment pas aux prescriptions de l'article 13, § 2.

§ 2. Sont punis d'une amende de vingt-six à deux cents euros et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement le chef d'établissement scolaire qui ne se conforme pas aux décisions prises en vertu de l'article 12 en matière de prophylaxie générale.

Article 30. - Toutes les dispositions du livre Ier du Code pénal, sans exception de son chapitre VII, ni de l'article 85, sont applicables aux infractions prévues par le présent décret ainsi qu'aux infractions aux arrêtés d'exécution pris en vertu de celui-ci.

CHAPITRE VI. - Dispositions abrogatoires, transitoires et finales

Article 31. - Sont abrogés à la date fixée par le Gouvernement :

1° la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire, modifiée par le décret du 5 novembre 1986;

2° l'arrêté royal du 16 juillet 1964 déterminant la date d'entrée en

vigueur des dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire en ce qui concerne l'enseignement gardien, primaire ou d'un niveau équivalent;

3° l'arrêté royal du 17 juillet 1964 fixant les conditions et la procédure d'agréation des équipes et des centres d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 26 janvier et 23 mai 1966, 10 avril 1967, 24 octobre 1969, 22 juin 1970, 27 décembre 1971, 11 décembre 1972, 3 février 1975, 8 avril 1977, et par l'arrêté de l'Exécutif du 5 septembre 1985, en particulier en ce qui concerne l'article 6bis;

4° l'arrêté royal du 12 octobre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 8 avril 1965, 22 août 1968, 23 octobre 1969, 11 juillet et 11 décembre 1972, 22 mars 1973, 3 juillet et 10 décembre 1974, 31 janvier 1977, 8 août et 12 septembre 1980, 20 août 1981, et par les arrêtés de l'Exécutif des 29 novembre 1982, 10 juillet 1985, 24 juillet 1986, 27 août 1987, 10 juillet 1991 et 25 juillet 1997;

5° l'arrêté royal du 22 août 1968 déterminant la date d'entrée en vigueur des dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire en ce qui concerne l'enseignement moyen, normal, technique et artistique et modifiant l'arrêté royal du 12 octobre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire;

6° l'arrêté royal du 4 août 1969 fixant l'intervention de l'Etat dans les frais qui, en ce qui concerne l'inspection médicale scolaire, résultent du transport des élèves, modifié par les arrêtés royaux des 31 août 1970 et 13 avril 1971;

7° l'arrêté royal du 4 août 1969 relatif à l'octroi de subventions aux équipes agréées d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 24 octobre 1969, 22 juin et 31 août 1970, 1er décembre 1971, 11 décembre 1972, 22 juin 1973, 7 juin et 21 novembre 1974, 3 février et 3 septembre 1975, 15 février 1978, par l'arrêté de l'Exécutif du 10 juillet 1991 et par l'arrêté du Gouvernement du 18 janvier 1994;

8° l'arrêté royal du 4 août 1969 allouant une subvention traitement au personnel paramédical des équipes agréées d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 24 octobre 1969, 9 novembre 1971 et 3 juillet 1972;

9° l'arrêté royal du 16 mai 1980 fixant les modalités d'organisation d'une expérience de rénovation du fonctionnement de certaines équipes d'inspection médicale scolaire en ce qui concerne les examens médicaux, leur fréquence, les conditions d'exercice de cette inspection, le mode et les conditions d'octroi de subventions.

Article 32. - § 1er. Les dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire, à l'exception du chapitre II, restent d'application pour l'enseignement supérieur non universitaire jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret réformant l'inspection médicale scolaire pour ce niveau d'enseignement.

§ 2. Pour l'application de l'article 17, § 2, sont considérés comme possédant la qualification exigée les membres du personnel qui, à la date d'entrée en vigueur du présent décret, exerçaient effectivement la fonction pour laquelle la qualification est exigée, en vertu des dispositions légales et réglementaires antérieures.

Article 33. - § 1er. Durant les années scolaires 2002-2003 et 2003-2004,

le programme de formation sera approuvé par le Gouvernement.

Des subventions seront octroyées aux opérateurs autorisés à prendre en charge les formations, sur base du programme approuvé conformément à l'alinéa précédent.

§ 2. Aussi longtemps qu'une nouvelle étude interuniversitaire telle que visée à l'article 21, § 2, alinéa 2, n'a pas été établie, le Gouvernement fixe le seuil déterminant les secteurs statistiques à prendre en compte pour l'attribution du forfait social visé à l'article 21, § 2, en se basant sur une classification de ces secteurs établie par une étude interuniversitaire sur base de données socio-économiques relatives au logement, au revenu moyen par habitant, au niveau de diplômes et de classification des statuts professionnels, et à la situation familiale.

Article 34. - Dans la réglementation relative aux centres psycho-médico-sociaux, la référence à la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire est remplacée par la référence au présent décret.

Article 35. - L'article 24, § 2, de la loi du 29 mai 1959 modifiant certaines dispositions de la législation de l'enseignement est complété comme suit :

«2° ter : respecter les dispositions fixées par le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.»

Article 36. - Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Gouvernement.

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au Moniteur belge.

ANNEXE N°4

Décret relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités

D. 16-05-2002 **M.B. 07-06-2002**

modifications :
D. 01-07-05 (M.B. 02-09-05) **A.Gt 20-07-06 (M.B. 29-08-06)**
D. 19-10-07 (M.B. 15-01-08)

Le Conseil de la Communauté française a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE Ier. - Champ d'application et missions

Article 1er. - Au sens du présent décret, on entend par :
1° promotion de la santé : la promotion de la santé, telle que définie à l'article 1er du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française;
2° service : le Service de promotion de la santé dans l'enseignement supérieur exerçant les missions prévues par le présent décret dans l'enseignement supérieur subventionné par la Communauté française;
3° centre : le Centre psycho-médico-social de la Communauté française exerçant les missions prévues par le présent décret dans l'enseignement supérieur organisé par la Communauté française;
4° pouvoir organisateur : la personne de droit public ou la personne morale de droit privé qui organise les services visés au 2° du présent article;
5° prophylaxie : l'ensemble des mesures permettant d'éviter l'apparition, le développement et la propagation des maladies transmissibles, à l'exception de toute mesure de vaccination obligatoire;
6° enseignement supérieur hors universités, ci-après dénommé enseignement supérieur : l'enseignement supérieur en hautes écoles, tel qu'organisé par le décret du 5 août 1995, l'enseignement supérieur artistique, tel qu'organisé par les décrets des 17 mai 1999 et 20 décembre 2001, et l'enseignement de l'architecture, tel qu'organisé par la loi du 18 février 1977 relative à l'organisation de l'enseignement de l'architecture.

modifié par A.Gt 20-07-2006

Article 2. - La promotion de la santé dans l'enseignement supérieur consiste en :
1° l'organisation de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
2° la réalisation d'un bilan de santé individuel des étudiants, tel que précisé à l'article 6;
3° l'organisation de points-santé, tels que précisés à l'article 7;
4° la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles, telles que précisées à l'article 8;
5° l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires, tel que précisé à l'article 9.

Article 3. - La promotion de la santé dans l'enseignement supérieur (PSES) est obligatoire et gratuite.

Article 4. - § 1er. Pour l'enseignement supérieur organisé par la Communauté française, la promotion de la santé est exercée par les centres

psycho-médico-sociaux de la Communauté française.

§ 2. Pour l'enseignement supérieur subventionné par la Communauté française, la promotion de la santé est exercée par les services agréés selon les dispositions du présent décret.

remplacé par A.Gt 20-07-2006

Article 5. - § 1er Pour l'enseignement supérieur organisé par la Communauté française, le centre élabore au moins un projet de service pour l'ensemble des hautes écoles, des écoles supérieures des arts ou des instituts supérieurs d'architecture relevant de son ressort d'activités.

Pour l'enseignement supérieur subventionné par la Communauté française, le service élabore au moins un projet de service pour l'ensemble des hautes écoles, des écoles supérieures des arts ou des instituts supérieurs d'architecture avec lesquels il a conclu une convention conformément à l'article 17.

§ 2. Le projet de service visé au § 1er définit la politique de santé et les priorités que le centre ou le service entend développer pour les hautes écoles, les écoles supérieures des arts ou les instituts supérieurs d'architecture, sur la base de leurs besoins et des priorités de santé publique établies dans le programme quinquennal de promotion de la santé et dans le programme communautaire opérationnel de promotion de la santé visés à l'article 2, §§ 1er et 2, du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

§ 3. Le Gouvernement fixe la grille de développement du projet de service, sa durée et le délai dans lequel il est envoyé au Gouvernement, et soit à la haute école, soit à l'école supérieure des arts, soit à l'institut supérieur d'architecture, et au centre local de promotion de la santé concernés.

Article 6. - § 1er. Un bilan de santé individuel est organisé pour chaque étudiant qui s'inscrit pour la première fois dans l'enseignement supérieur.

En outre, une ou plusieurs consultations complémentaires peuvent être proposées à certains étudiants. L'organisation de ces consultations complémentaires est laissée à l'appréciation du service ou du centre, qui agit soit d'initiative, soit à la demande de l'autorité de la haute école ou de la direction de l'Ecole supérieure des arts ou de l'Institut supérieur d'architecture.

§ 2. Les bilans, réalisés sous la responsabilité du médecin, comprennent au minimum une anamnèse bio-psycho-sociale, un examen clinique général, un examen auditif, visuel et biométrique, et une analyse des urines.

Les bilans sont organisés dans les locaux du service ou du centre.

L'étudiant est convoqué personnellement par l'intermédiaire du secrétariat de la haute école, de l'Ecole supérieure des arts ou de l'Institut supérieur d'architecture.

Le médecin du service ou du centre qui a procédé au bilan de santé individuel communique les conclusions de cet examen à l'étudiant, dans des

termes empruntés autant que possible au langage courant.

§ 3. Le Gouvernement fixe les modalités particulières selon lesquelles les données individuelles relatives à la santé des étudiants sont transmises aux services et aux centres par le dernier service ou centre qui a eu l'étudiant sous tutelle. Cette transmission se fait dans le respect du secret médical et professionnel.

Article 7. - § 1er. Le service et le centre organisent dans ou à proximité de chaque haute école, école supérieure des arts ou institut supérieur d'architecture, un point-santé. Lorsqu'une haute école, une Ecole supérieure des arts ou un Institut supérieur d'architecture dispose d'implantations situées dans des communes différentes, des points-santé décentralisés peuvent être organisés dans chacune de ces communes.

§ 2. Les permanences dans les points-santé sont tenues soit par le personnel médical, soit par le personnel infirmier ou paramédical.

La mission de ce personnel est d'écouter les étudiants, de leur apporter des informations et des conseils en santé, de leur proposer éventuellement une consultation complémentaire et de les orienter, si nécessaire, vers les structures de santé existantes en Communauté française.

§ 3. Le Gouvernement fixe la fréquence et la durée minimales des permanences organisées dans les points-santé, dans le respect des prestations fixées pour ces personnels selon leur statut particulier.

Article 8. - Le Gouvernement fixe la liste des maladies transmissibles impliquant la mise en oeuvre de mesures de prophylaxie et de dépistage, pour éviter leur propagation dans le milieu étudiant.

Il fixe également les modalités de mise en oeuvre des mesures visées à l'alinéa 1er.

Article 9. - § 1er. L'établissement du recueil standardisé d'informations sanitaires doit contribuer à une définition des besoins locaux en matière de santé et à l'élaboration d'une politique communautaire pour la santé des jeunes.

Le Gouvernement fixe le modèle de ce recueil, ainsi que le contenu des informations sanitaires qui y sont reprises. Il fixe également les modalités de transfert et de traitement de ces informations, dans le respect des dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

§ 2. Dans l'accomplissement de leurs missions, les services ou le personnel des centres organisent la collaboration avec les intervenants suivants :

1° les centres locaux de promotion de la santé;

2° les services de prévention et de protection du travail visés par la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Article 10. - Les membres du personnel des services et des centres suivent une formation continuée.

Article 11. - Le Gouvernement fixe les modalités de coordination du personnel du service ou du centre.

Il fixe également les modalités de coordination entre différents services ou centres travaillant dans différentes implantations d'une même haute école, d'une même école supérieure des arts ou d'un même institut supérieur d'architecture.

Article 12. - § 1er. Toutes les mesures individuelles ou générales d'ordre prophylactique à l'égard des étudiants sont prises par le médecin du service ou du centre.
Le médecin avertit de ses décisions l'autorité de la haute école ou la direction de l'Ecole supérieure des arts ou de l'Institut supérieur d'architecture.

Les décisions du médecin lient les étudiants, le pouvoir organisateur et le personnel de la haute école, de l'Ecole supérieure des arts ou de l'Institut supérieur d'architecture.

§ 2. Un recours non suspensif est ouvert auprès du médecin-fonctionnaire des services du Gouvernement visé à l'article 21, contre toute décision qui interdit temporairement ou définitivement l'accès de la haute école, de l'Ecole supérieure des arts ou de l'Institut supérieur d'architecture à un étudiant, en raison du risque que présente son état de santé pour l'entourage.

Ce recours peut être introduit par le pouvoir organisateur de la haute école, de l'Ecole supérieure des arts ou de l'Institut supérieur d'architecture, ou par l'étudiant.

modifié par A.Gt 20-07-2006

Article 13. - Au plus tard le 15 décembre de chaque année, la haute école ou l'école supérieure des arts ou l'institut supérieur d'architecture adresse au service ou au centre auquel il ou elle a confié la mission de promotion de la santé :
1° la liste des étudiants comptabilisés à la date du 1er décembre;
2° la liste des étudiants soumis à l'obligation du bilan de santé individuel visé à l'article 6.

CHAPITRE II. - Conditions, procédure et modalités d'agrément

Article 14. - Le service peut être organisé par une personne de droit public ou une personne morale de droit privé.

Il doit disposer de locaux permettant l'organisation des bilans de santé visés à l'article 6, répondant aux conditions fixées par le Gouvernement.

complété par D. 01-07-2005 ; modifié par A.Gt 20-07-2006

Article 15. - § 1er. Le service est composé de personnel médical, de personnel infirmier et de personnel administratif.

Il comprend au minimum un équivalent mi-temps de personnel médical, et un équivalent temps plein de personnel infirmier.

§ 2. Le personnel visé au § 1er doit répondre aux conditions de qualification suivantes :

1° personnel médical : être titulaire du diplôme de docteur en médecine, et soit du certificat de médecine scolaire, soit du diplôme d'études spécialisées en santé publique;

2° personnel infirmier : être titulaire du diplôme d'accoucheuse et d'infirmier(ère) gradué(e) délivrés conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 17 août 1957 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse, d'infirmier et d'infirmière, de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(ère) gradué(e), ou du décret du 5 août 1995 fixant l'Organisation générale de l'enseignement supérieur en hautes écoles;

3° personnel administratif : être en possession du certificat de l'enseignement secondaire supérieur.

La durée minimale des prestations d'au moins un membre du personnel médical est de quarante heures par mois pendant les périodes scolaires, avec un minimum de 360 heures par an. La durée minimale des prestations des autres membres du personnel médical est de vingt heures par mois pendant les périodes scolaires, avec un minimum de 180 heures par an. Pour atteindre cette durée minimale, il peut être tenu compte de l'horaire presté par le personnel médical en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.

§ 3. Le pouvoir organisateur du service désigne le médecin qui exerce la fonction de responsable du service.

§ 4. Par dérogation au § 2, 1°, le docteur en médecine qui n'est porteur ni du certificat de médecine scolaire ni du diplôme d'études spécialisées en santé publique peut exercer des fonctions médicales au sein d'un service à condition :

- d'avoir suivi, préalablement à son entrée en fonction dans un service, un stage formatif court. Le Gouvernement fixe le nombre d'heures et l'objet du stage formatif court ainsi que les titres et l'expérience professionnelle requis des formateurs;
- de s'engager à suivre, dès la rentrée académique suivante, le certificat de médecine scolaire ou le diplôme d'études spécialisées en santé publique.

A défaut d'avoir obtenu le certificat de médecine scolaire ou le diplôme d'études spécialisées en santé publique endéans les trois ans de l'entrée en fonction, il est mis fin d'office à celles-ci.

modifié par A.Gt 20-07-2006

Article 16. - Les membres du personnel infirmier et les médecins responsables de service suivent une formation continuée, dont la durée est fixée par le Gouvernement, sans cependant pouvoir être inférieure à deux jours et supérieure à dix jours par année scolaire.

Les objectifs de la formation continuée sont :

1° l'entretien et le développement des compétences nécessaires à l'exercice de la profession;

2° la prise de recul par rapport à sa pratique et la mise à jour des connaissances et des aptitudes professionnelles dans la fonction exercée;

3° la capacité de participer à l'élaboration, la mise en oeuvre et

l'évaluation du projet de service visé à l'article 5.

Le Gouvernement fixe les programmes de formation continuée. Il fixe également les modalités de l'organisation de cette formation.

modifié par A.Gt 20-07-2006

Article 17. - § 1er. Le pouvoir organisateur du service, en collaboration avec celui-ci, doit établir avec chaque haute école, Ecole supérieure des arts ou Institut supérieur d'architecture qui l'a choisi pour exercer les missions visées à l'article 2, une convention prévoyant les moyens et la manière de mettre en oeuvre ces missions.

Lorsqu'une haute école, une école supérieure des arts ou un institut supérieur d'architecture dispose d'implantations différentes, elle peut passer plusieurs conventions avec plusieurs pouvoirs organisateurs de service.

§ 2. Le Gouvernement fixe un modèle de convention-cadre, à utiliser par tous les pouvoirs organisateurs de service.

Cette convention-cadre doit au minimum contenir les éléments suivants
1° le projet de service visé à l'article 5;
2° le lieu où se dérouleront les bilans de santé;
3° le lieu où seront établis les points-santé, ainsi que les horaires de permanence;
4° la composition du service;
5° les modalités de transmission des informations.

§ 3. Le Gouvernement fixe également la durée de la convention. Celle-ci ne peut être inférieure à six années académiques et doit être un multiple d'une année académique. Par dérogation :
a) En cas de fermeture d'une haute école, d'une école supérieure des arts ou d'un institut supérieur d'architecture, ou d'une implantation, la convention prend fin;
b) En cas d'ouverture d'une haute école, d'une école supérieure des arts ou d'un institut supérieur d'architecture, une nouvelle convention est signée prenant cours le jour de sa signature pour se terminer au terme de la durée d'agrément du service;
c) En cas d'ouverture d'une implantation, un avenant à la convention initiale est signé prenant cours le jour de sa signature pour se terminer au terme de la durée d'agrément du service.

Article 18. - § 1er. Le Gouvernement fixe les procédures d'octroi et de retrait d'agrément des services.

§ 2. Les procédures prévoient, au moins :
1° les modalités d'introduction de demande d'octroi d'agrément;
2° les modalités de forme et de délai selon lesquelles doivent être prises les décisions d'octroi, de refus ou de retrait d'agrément;
3° les modalités et conditions de suspension ou de suppression de l'octroi des subventions;
4° la possibilité d'introduire un recours contre les décisions de refus ou de retrait d'agrément et contre les décisions de suspension ou de suppression des subventions, les modalités de ce recours, et la possibilité pour le pouvoir organisateur du service d'être entendu lors de ce recours;
5° la durée des agréments.

modifié par A.Gt 20-07-2006

Article 19. - Les services bénéficient d'une subvention globale, calculée sur base d'une subvention forfaitaire par étudiant comptabilisé au 1er décembre dans les hautes écoles, les Ecoles supérieures des arts et les Instituts supérieurs d'architecture avec lesquelles ils ont conclu une convention, conformément à l'article 17.

Le Gouvernement fixe le montant de la subvention forfaitaire visée à l'alinéa précédent.

La subvention sert à couvrir l'ensemble des frais de personnel, d'équipement et de fonctionnement nécessaires au service pour accomplir ses missions.

modifié par D. 19-10-2007

Article 20. - Le Gouvernement fixe les modalités de liquidation et de justification des subventions visées au présent chapitre. Il détermine s'il échet, en ce qui concerne les conditions d'octroi liées à l'emploi, les éléments provenant du cadastre de l'emploi créé au sein du Secrétariat général tel que défini par le décret de la Communauté française du 19 octobre 2007 instaurant un cadastre de l'emploi non marchand en Communauté française. La transmission et l'utilisation de ces données se fait dans le respect de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la Sécurité sociale et de ses arrêtés d'exécution ainsi que de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de ses arrêtés d'exécution.

En cas de non-respect des obligations du présent décret, des sanctions pécuniaires peuvent être prises à l'encontre des pouvoirs organisateurs de service. Ces sanctions consistent en suspension ou retrait de tout ou partie des subventions.

Les sanctions pécuniaires et leurs modalités d'application sont fixées par le Gouvernement, sans préjudice de l'article 18, § 2, 4°.

CHAPITRE III. - Le Contrôle

Article 21. - Les fonctionnaires de l'inspection des services du Gouvernement, désignés par celui-ci, ont pour missions :

1° de veiller à ce que les services remplissent toutes les obligations qui leur incombent en vertu du présent décret et des arrêtés d'exécution pris en vertu de celui-ci;

2° de provoquer, s'il y a lieu, un examen prophylactique des étudiants, selon les modalités visées à l'article 8, alinéa 2;

3° de constater les infractions aux dispositions du présent décret ou prises en vertu de celui-ci;

4° après constatation des infractions, de mettre en oeuvre la procédure des sanctions pécuniaires visées à l'article 20, alinéa 2.

Article 22. - Chaque année, les services et les centres envoient à l'administration un rapport annuel, dont le modèle et le contenu sont fixés par le Gouvernement.

CHAPITRE IV. - Dispositions pénales

Article 23. - Est puni d'une amende de vingt-six à deux cents euros et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement le directeur-président de la haute école, le directeur de l'Ecole supérieure des arts ou de l'Institut supérieur d'architecture qui ne se conforme pas aux décisions prises en vertu de l'article 12 en matière de prophylaxie générale.

Article 24. - Toutes les dispositions du livre Ier du Code pénal, sans exception de son chapitre VII, ni de article 85, sont applicables aux infractions prévues par le présent décret ainsi qu'aux infractions aux arrêtés d'exécution pris en vertu de celui-ci.

CHAPITRE V. - Dispositions transitoires et finales

Article 25. - Pour l'application de l'article 15, § 2, sont considérés comme possédant la qualification exigée les membres du personnel qui, à la date d'entrée en vigueur du présent décret, exerçaient effectivement la fonction pour laquelle la qualification est exigée, en vertu des dispositions légales et réglementaires antérieures.

Article 26. - Durant les années académiques 2002-2003 et 2003-2004, le programme de formation sera approuvé par le Gouvernement.

Des subventions seront octroyées aux opérateurs autorisés à prendre en charge les formations, sur base du programme approuvé conformément à l'alinéa précédent.

Article 27. - Un § 9, rédigé comme suit, est ajouté à l'article 28 du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école :

«La commission peut donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur tout problème concernant la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur.

Lorsqu'un tel avis est mis à l'ordre du jour d'une séance de la commission, sont représentés à cette séance le ministre ayant l'enseignement supérieur dans ses attributions, avec voix consultative, le Service général des hautes écoles et de l'enseignement artistique du niveau supérieur, avec voix délibérative, et deux représentants des organisations représentatives des étudiants au niveau communautaire, avec voix délibérative.»

Article 28. - Le présent décret entre en vigueur le 1er septembre 2002.

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au Moniteur belge.

ANNEXES N°7

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école

A.Gt 13-06-2002 **M.B. 25-07-2002**

modification :
A.Gt 20-07-06 (M.B. 08-09-06)

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école, notamment les articles 6, 9, 10 et 13;
Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 18 mars 2002;
Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 21 mars 2002;
Vu l'avis de la commission de promotion de la santé à l'école, donné le 18 mars 2002;
Vu la délibération du Gouvernement de la Communauté française sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;
Vu l'avis n° 33.297/4 du Conseil d'Etat, donné le 3 juin 2002, en application de l'article 84, alinéa 1er, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;
Sur proposition de la Ministre ayant la Santé dans ses attributions;
Vu la délibération du Gouvernement du 13 juin 2002,
Arrête :

Article 1er. - Au sens du présent arrêté, on entend par :
1° décret : le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école;
2° Ministre : le Ministre ayant la Santé dans ses attributions;
3° parents : le ou les parents, ou la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée, soit par les parents eux-mêmes, soit par une autorité publique;
4° fonctionnaire médecin : le fonctionnaire de l'inspection visé à l'article 25 du décret, chargé des missions médicales de cette inspection.

modifié par A.Gt 20-07-2006

Article 2. - Les bilans obligatoires de santé, complets ou partiels, sont réalisés les années scolaires suivantes :
- dans l'enseignement maternel : en 1re et en 3e année;
- dans l'enseignement primaire : en 2e, 4e et 6e année;
- dans le premier degré de l'enseignement secondaire : en 1re accueil, en 1re année complémentaire, en 2e générale et en 2e professionnelle;
- dans le deuxième degré de l'enseignement secondaire : en 4e année;
- dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire : en 1e année de la section "soins infirmiers";
- dans les centres de formation et d'éducation en alternance : la 1re année de fréquentation de ce type d'enseignement, et ensuite tous les deux ans;
- dans l'enseignement spécialisé : la 1re année de fréquentation de ce type d'enseignement, et ensuite tous les deux ans.

Le contenu et le lieu de réalisation des bilans visés à l'alinéa 1er est précisé dans l'annexe.

Les modalités de pratique des bilans sont fixées par le Ministre.

Article 3. - Les bilans de santé supplémentaires spécifiques visés à l'article 6, § 2, du décret sont décidés par le médecin responsable du service ou par le médecin responsable de l'établissement scolaire désigné par la direction du centre.

Sans préjudice de l'application de l'article 6, § 2, du décret, ces bilans doivent être organisés pour les primo-arrivants, lorsque ceux-ci ne sont pas inscrits dans une année scolaire au cours de laquelle un bilan obligatoire complet est réalisé.

Les décisions visées à l'alinéa 1er font l'objet d'une motivation écrite aux parents ou à l'élève majeur.

Le service ou le centre tient à disposition du fonctionnaire médecin les motivations des décisions visées à l'alinéa 1er.

Le chef d'établissement est averti de l'organisation d'un bilan supplémentaire.

Article 4. - Le Ministre fixe le calendrier vaccinal, qui détermine les vaccinations à proposer aux parents ou à l'élève majeur pour chaque année scolaire pendant laquelle une vaccination de rattrapage est prévue à l'annexe.

Au cours des années scolaires visées à l'alinéa 1er, avant la réalisation du bilan de santé, les parents ou l'élève majeur sont informés de la possibilité de faire effectuer par le service ou le centre les vaccinations de rattrapage fixées dans le calendrier vaccinal. Ces vaccinations sont effectuées lorsqu'une demande écrite a été transmise par les parents ou l'élève majeur.

Article 5. - La durée minimum des prestations affectées au suivi médical des élèves est de 70 %.

La durée minimum des prestations affectées à la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé est de 20 %. Pour le calcul de cette durée minimum, ces prestations entrent dans les attributions du personnel médical et du personnel infirmier, en ce qui concerne les services, et du personnel médical et paramédical, en ce qui concerne les centres.

Pour le calcul de ces durées minimum, on tient compte de l'ensemble de l'année scolaire et de l'ensemble du personnel.

Les données relatives au relevé de ces prestations sont reprises dans le rapport annuel visé à l'article 26 du décret.

Article 6. - § 1er. Au début de chaque année scolaire, le service ou le centre informe les parents ou l'élève majeur de son action et de son rôle en matière de promotion de la santé à l'école.

Il transmet également les coordonnées des membres du personnel du service ou du centre attachés à l'établissement scolaire.

§ 2. Lors de la première inscription dans un établissement scolaire, le service ou le centre transmet aux parents ou à l'élève majeur un questionnaire à remplir afin de recueillir l'anamnèse médicale de base de l'élève, sur le plan personnel et familial.

Cette anamnèse est établie selon un modèle-type fixé par circulaire.

Elle contient au minimum les éléments suivants :
1° transmission des coordonnées parentales, de celles du médecin traitant et de celles du service de l'O.N.E. et du service de promotion de la santé à l'école qui a suivi l'élève précédemment;
2° antécédents familiaux et médicaux;
3° état des vaccinations;
4° autorisation d'administrer une chimioprophylaxie ou une vaccination, en cas d'extrême urgence lors d'une situation épidémique grave; cette autorisation reste valable jusqu'à ce qu'une anamnèse complémentaire soit demandée, conformément au § 3, sauf avis contraire des parents.

§ 3. Chaque année scolaire au cours de laquelle un bilan obligatoire est réalisé, le service ou le centre transmet aux parents ou à l'élève majeur un questionnaire à remplir afin de recueillir l'anamnèse médicale complémentaire de l'élève.

Cette anamnèse, établie selon un modèle-type fixé par circulaire, actualise les éléments visés au § 2, alinéa 3.

Article 7. - Les résultats et les conclusions de chaque bilan de santé sont consignés dans un dossier médical individuel, dont un modèle-type est fixé par circulaire.

Le médecin qui a procédé au bilan de santé en communique les conclusions aux parents ou à l'élève majeur et, en cas de suivi indispensable, au médecin traitant et au médecin du centre PMS, dans un délai de quinze jours maximum à dater du bilan.

Lorsque le bilan fait apparaître la nécessité d'un bilan psycho-médico-social, le médecin en informe les parents ou l'élève majeur lors de la communication des résultats du bilan.

Dans le délai visé à l'alinéa 2, il communique au directeur d'établissement les indications pratiques qui s'imposent afin de permettre aux élèves de participer aux cours dans les meilleures conditions.

Sur demande du centre psycho-médico-social compétent dans l'établissement, il communique également ces conclusions au personnel médical de ce centre.

Article 8. - Lorsqu'en application de l'article 13, §§ 1er et 2, du décret, les parents ou l'élève majeur s'opposent au choix du service ou du centre, cette opposition est formulée par écrit et transmise au service ou au centre par lettre recommandée à la poste, au plus tard le 30 septembre.

Les parents ou l'élève majeur font pratiquer le bilan de santé par un autre service agréé ou par un autre centre, dans un délai de deux mois prenant cours à la date de l'envoi recommandé.

Le service ou le centre à qui a été confié le bilan en communique les résultats et les conclusions au service ou au centre auquel les missions de promotion de la santé à l'école ont été confiées par l'établissement scolaire.

Article 9. - Le médecin responsable d'un service ou le personnel médical du centre obtient sans délai le dossier médical ou des pièces de celui-ci, sur simple demande adressée au médecin responsable d'un autre service, au personnel médical d'un autre centre, ou au médecin de l'O.N.E. qui a suivi l'élève en consultation.

Le médecin visé à l'alinéa 1er qui préfère ne pas transférer un dossier en fournit sans délai une copie, déclarée conforme à l'original.

Le service ou le centre qui a transmis un dossier conserve une trace de ce transfert.

Article 10. - Pour les années scolaires 2002-2003 et 2003-2004, les programmes de formation du personnel sont inclus dans le minimum de 20 % de prestations visé à l'article 5.

Article 11. - Le Ministre qui a la santé dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Annexe à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 13 juin 2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application de l'article 2, alinéa 2

I. Dans l'enseignement maternel.

A. 1re maternelle.

Le bilan obligatoire de santé est un bilan partiel qui comprend :
1° le recueil de l'anamnèse médicale;
2° le bilan vaccinal;
3° le développement staturo-pondéral et établissement de la courbe de croissance;
4° l'examen sensoriel (vue et audition);
5° l'examen médical de la sphère ORL et bucco-dentaire;
6° le recueil des observations de l'enseignant à propos de la vie de l'élève à l'école.

Ce bilan est effectué pendant le 3e trimestre de l'année scolaire.
Il peut avoir lieu soit dans les locaux du service, soit à l'école dans un local adéquat et permettant le respect de la confidentialité, sur demande écrite du service ou du centre à l'administration, après accord écrit de celle-ci.

B. 2e maternelle

Pour les enfants n'ayant pas participé à un bilan partiel en 1re maternelle, il sera procédé à un bilan partiel, dont le contenu est similaire au bilan réalisé en 1re maternelle.

Il peut avoir lieu soit dans les locaux du service, soit à l'école dans un local jugé adéquat par le service ou le centre, et permettant la confidentialité.

C. 3e maternelle

Le bilan obligatoire de santé est un bilan complet qui comprend :
1° le complément de l'anamnèse médicale et scolaire;
2° le bilan vaccinal;
3° l'examen biométrique : examen sensoriel (vue et audition), examen staturo-pondéral (courbe de croissance et indice de masse corporelle), analyse d'urines;
4° l'examen clinique complet;
5° l'évaluation de la maturation neuro-motrice;
6° le repérage des troubles éventuels du langage.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service.

Une concertation est organisée par classe, pour chaque élève, avec le centre PMS compétent.

II. Dans l'enseignement primaire.

A. 1re primaire

Pour les enfants n'ayant pas participé à un bilan complet en 3e maternelle, il sera procédé à un bilan complet, dont le contenu est similaire à l'examen réalisé en 3e maternelle.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service.

B. 2e primaire

Le bilan obligatoire est un bilan complet, qui comprend :
1° le complément de l'anamnèse médicale et scolaire;
2° le bilan vaccinal, avec rattrapage des vaccinations;
3° l'examen biométrique : examen sensoriel (vue et audition), examen staturo-pondéral (courbe de croissance et indice de masse corporelle), analyse d'urines;
4° l'examen clinique complet.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service.

C. 4e primaire

Le bilan obligatoire est un bilan partiel, qui comprend un examen sensoriel de la vue.
Il peut avoir lieu soit dans les locaux du service, soit à l'école dans un local jugé adéquat par le service ou le centre.

C. 6e primaire

Le bilan obligatoire est un bilan complet, qui comprend :
1° le complément de l'anamnèse médicale et scolaire;
2° un questionnaire destiné aux élèves sur leurs habitudes de vie en relation avec leur santé; ce questionnaire précisera clairement que la réponse aux questions est facultative;
3° le bilan vaccinal, avec rattrapage des vaccinations;
4° l'examen biométrique : examen sensoriel (vue), examen staturo-pondéral (courbe de croissance et indice de masse corporelle), analyse d'urines;
5° l'examen clinique complet.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service.

III. Dans l'enseignement secondaire et secondaire complémentaire.

A. 1re accueil (1re B), 1re année complémentaire, 2e générale et 4e générale ou technique de transition

Le bilan obligatoire est un bilan complet, qui comprend :
1° le complément de l'anamnèse médicale et scolaire;
2° un questionnaire destiné aux élèves sur leurs habitudes de vie en relation avec leur santé; ce questionnaire précisera clairement que la réponse aux questions est facultative;
3° le bilan vaccinal, avec rattrapage des vaccinations;
4° l'examen biométrique : examen sensoriel (vue), examen staturo-pondéral (courbe de croissance et indice de masse corporelle), analyse d'urines;
4° l'examen clinique complet.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service.

B. 2e professionnelle et 4e professionnelle ou technique de qualification

Le bilan obligatoire est un bilan complet, qui comprend :
1° le complément de l'anamnèse médicale et scolaire;
2° un questionnaire destiné aux élèves sur leurs habitudes de vie en relation avec leur santé; ce questionnaire précisera clairement que la réponse aux questions est facultative;
3° le bilan vaccinal, avec rattrapage des vaccinations;
4° l'examen biométrique : examen sensoriel (vue et audition), examen staturo-pondéral (courbe de croissance et indice de masse corporelle), analyse d'urines;
5° l'examen clinique complet orienté par rapport au choix professionnel.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service.

C. 1re année de la section "soins infirmiers"

Le bilan obligatoire est un bilan complet, qui comprend :
1° le complément de l'anamnèse médicale et scolaire;
2° un questionnaire destiné aux élèves sur leurs habitudes de vie en relation avec leur santé; ce questionnaire précisera clairement que la réponse

aux questions est facultative;
3° le bilan vaccinal, avec rattrapage des vaccinations;
4° l'examen biométrique : examen sensoriel (vue et audition), examen staturo-pondéral (courbe de croissance et indice de masse corporelle), analyse d'urines;
5° l'examen clinique complet orienté par rapport au choix professionnel.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service.

IV. Dans les centres de formation en alternance.

Le bilan obligatoire est un bilan complet, qui comprend :
1° le complément de l'anamnèse médicale et scolaire;
2° un questionnaire destiné aux élèves sur leurs habitudes de vie en relation avec leur santé; ce questionnaire précisera clairement que la réponse aux questions est facultative;
3° le bilan vaccinal, avec rattrapage des vaccinations;
4° l'examen biométrique : examen sensoriel (vue et audition), examen staturo-pondéral (courbe de croissance et indice de masse corporelle), analyse d'urines;
5° l'examen clinique complet orienté par rapport au choix professionnel.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service.

V. Dans l'enseignement spécialisé.

Le bilan obligatoire est un bilan complet, qui comprend :
1° le complément de l'anamnèse réalisée pour l'orientation dans l'enseignement spécialisé;
2° le bilan vaccinal, avec rattrapage éventuel des vaccinations;
3° l'examen biométrique : examen sensoriel (vue et audition), examen staturo-pondéral (courbe de croissance et indice de masse corporelle), analyse d'urines;
4° l'examen clinique complet, orienté le cas échéant par rapport au choix professionnel.

Le bilan est réalisé dans les locaux du service, pour les élèves fréquentant l'enseignement spécial de type 1, 3 et 8.

Il est réalisé dans l'établissement d'enseignement, dans les locaux agréés sur base de la loi du 6 juillet 1970 sur l'enseignement spécialisé et intégré et de ses arrêtés d'application, pour les élèves fréquentant les autres types d'enseignement.

Les élèves fréquentant l'enseignement de type 5 peuvent être dispensés du bilan de santé.

A.Gt 20-07-2006 :

Art. 3. - Pour l'année 2006-2007, les élèves inscrits en 5e secondaire dans l'enseignement général et dans l'enseignement technique de transition pourront bénéficier d'un bilan de santé supplémentaire spécifique conformément à l'article 3 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 13 juin 2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.

ANNEXE N°8

[redacted]

QUESTIONNAIRE D'ANAMNESE
CONFIDENTIEL

[redacted]

Madame, Monsieur, Chers parents,

Votre fils, fille fréquente une année scolaire durant laquelle un bilan de santé est organisé (en primaire : 2P et 6P, en secondaire : 1ère D ou différenciée -2ème secondaire -4ème secondaire ou en Enseignement Spécialisé.
Nous vous invitons à compléter ce **questionnaire confidentiel** qui nous permettra de tenir compte des besoins de votre enfant et de mettre à jour son dossier médical. **Si votre enfant a déjà bénéficié d'un bilan de santé dans notre service et si vous avez déjà complété les différentes rubriques de ce questionnaire, vous pouvez ne remplir que les points modifiés depuis l'examen précédent.**

NOM :..... **PRENOM** : .....

SEXE : F ☐ M ☐ N° national ☐☐☐☐☐☐ -☐☐☐-☐☐

Date de naissance :..... Lieu de naissance :..... Nationalité :.....
Adresse : .....
Ecole fréquentée actuellement..... .....Classe :.....
.....
Ecoles fréquentées antérieurement et adresses : (1).....Année :
.....
(2).....Année :
.....

Composition de la famille :

Nom du père :..... Profession :.....Pays et date de naissance :.....
Nom de la mère : ..... Profession : ..... Pays et date de naissance :.....
Parents vivant : ☐ mariés ☐ en couple ☐ séparés ☐ divorcés ☐ autre
Nombre d'enfants actuellement au foyer : ..... Le quantième est celui-ci ?.....
Médecin de famille :.....
Adresse :..... Tél : .....

A. **VACCINATIONS** : Veuillez préférentiellement **joindre une copie de la carte de vaccination** ou indiquer les dates de vaccinations.

Remarque :
Hexyon ou **Infanrix Hexa** : vaccination contre Polio-Diphtérie-Tétanos-Coqueluche- Haemophilus Influenzae – Hépatite B
Tétravac : vaccination contre Polio-Diphtérie-Tétanos-Coqueluche

1. ANTIPOLIOMYELITE :
   1ère dose :..... 2ème dose :..... 3ème dose :..... 4ème dose.....
   Rappel de 5-6 ans :.....
2. ANTIDIPHTERIE – TETANOS – COQUELUCHE :
   1ère dose :..... 2ème dose :..... 3ème dose :..... 4ème dose :.....
   Rappel de 5 – 6 ans :.....
   Rappel de 14-16 ans :.....
3. HAEMOPHILUS (HIB) :
   1ère dose:..... 2ème dose :..... 3ème dose :..... 4ème dose :.....
4. HEPATITE B :
   1ère dose:..... 2ème dose :..... 3ème dose :..... 4ème dose :..... (éventuelle)
5. ROUGEOLE – RUBEOLE – OREILLONS (RRO) :
   1ère dose à 12 mois :..... 1ère dose (si pas fait à 12 mois) :.....
   2éme dose à 12 ans :.....
6. PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV) 1ére dose :..... 2ème dose :..... 3ème dose :.....
7. MENINGITE C : .....
8. AUTRES :
   Vaccination combiné hépatite A+B 1ère dose :..... 2ème dose :..... 3ème dose :.....
   Hépatite A : 1ère dose:..... 2ème dose :.....
   Autre(s):.....

[redacted]

A. ANTECEDENTS FAMILIAUX

PERE : Taille :..... Poids :..... Problème de vue ? OUI / NON
Préciser :.....

MERE : Taille.....Poids :..... Problème de vue ? OUI / NON
Préciser :.....

Y a-t-il eu dans le passé ou y a-t-il actuellement des problèmes de santé dans la famille proche de votre enfant (père, mère, frères, sœurs) ?

.....
.....

B. ANTECEDENTS DE VOTRE ENFANT ET SITUATION ACTUELLE

1/ Naissance : Poids :..... Taille :.....

Jumeaux / triplés : (préciser :.....)

À terme : OUI / NON préciser : .....

Y a-t-il eu un problème - à la naissance ?.....

- dans la première année de vie?.....

2/ Etat de santé :

- Votre enfant a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il actuellement de problèmes au niveau

	DANS LE PASSE	SUIVI*	ACTUELLEMENT	SUIVI*
Du dos, des jambes, du maintien (ex : scoliose)				
De la vue				
Des oreilles				
Des dents				
Respiratoire (ex : pneumonie)				
Circulatoire				
Cardiaque (ex : souffle)				
Digestif				
Du poids				
Thyroïdien				
Urinaire				
Génital				
Gynécologique *Date des premières règles :*				
Nerveux, comportemental				
Du langage				
De l'apprentissage				
Psychologique				
Autres				

* exemples : lunettes, kiné, médicaments, opérations, psychologie, logopédie,...

Commentaires :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Votre enfant a-t-il des activités physiques régulières ? OUI / NON préciser.....

- Y-a-t-il une contre indication médicale à la pratique sportive ? (cours de gym, natation, sport) OUI/ NON préciser :.....

- Votre enfant a-t-il des hobbies / loisirs ? OUI / NON préciser.....

- Votre enfant passe-t-il régulièrement du temps devant un écran ? (TV, ordinateur, jeu)
OUI / NON préciser :.....

Combien de temps/semaine ?.....

3/ Problèmes chirurgicaux et/ou hospitalisation :

- Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? OUI / NON date(s) :..... Motif(s) :.....
.....
.....

- Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? OUI / NON date(s) :..... Motif(s) :.....

4/ Situation actuelle :

- Depuis l'examen précédent :

Y a-t-il eu un changement dans la composition de la famille (naissance, séparation, divorce...) ?
.....

Y a-t-il eu une maladie grave d'un membre de la famille ?
.....

Décès éventuel d'un membre de la famille ? (préciser, SVP)
.....

- Actuellement, estimez-vous que la santé de votre enfant est :
□ Bonne □ Moyenne □ Mauvaise ?

- Votre enfant a-t-il un état de santé qui vous préoccupe ?.....
.....
.....
.....

et plus précisément dans les domaines suivants : Si oui mettre une croix dans la case correspondante.

	Jamais	Parfois	souvent		Jamais	Parfois	souvent
Fatigue importante			X	Découragement			
Vomissements, constipation, diarrhée, maux de ventre			X	Tristesse			
Maux de tête				Nervosité, stress, anxiété			
Enurésie (pipi au lit)			X	Déprime, dépression, idées noires			
Troubles du sommeil			X	Difficultés relationnelles (parents, enseignants, frères, sœurs, amis)			
Alimentation			X	Perte d'intérêt pour le travail			
Exercices physiques			X	Difficultés pour travailler, de concentration			
Alcool, tabac			X	Drogue, cannabis			

Appréciation du comportement de votre enfant avec : - les parents :.....

- les frères et sœurs :.....

- les amis :.....

-les professeurs :.....

Commentaires libres :.....

Nous vous remercions vivement de votre collaboration et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

L'équipe PSE.

Adresse et téléphone de contact :

Mr / Mme.....

Adresse :.....

Tél. papa :..... GSM papa :.....

Tél. maman :..... GSM maman :.....

E-mail papa :.....

E-mail maman :.....

Date : ...../...../..... Signature :

Le traitement de vos données à caractère personnel s'effectue conformément à la législation européenne sur la protection de la vie privée, selon le Règlement général sur la protection des données*.

**Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).*

ANNEXE N°9

ENSEIGNEMENT : SECONDAIRE

Date : .....

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

à compléter et transmettre à l'infirmière sous pli FERME

ECOLE : ..... CLASSE : .....

ELEVE / ETUDIANT

NOM : ..... PRENOM : ..... ❑ M ❑ F

Nationalité : ..... Lieu et date de naissance : .....

Adresse : ..... ☎ .....

ECOLES FREQUENTEES AUPARAVANT (veuillez indiquer tous les établissements scolaires)

Années scolaires	ECOLES (Noms et adresses)

éventuellement, date d'arrivée en Belgique : .....

Nom, adresse et n° de tél. du médecin traitant : .....

.....

FAMILLE	PERE	MERE
Nom et prénom	.....	.....
Lieu et date de naissance	.....	.....
Profession actuelle	.....	.....
N° de tél. au travail	.....	.....
Etat de santé	.....	.....

Frères et sœurs :

Nom et prénom M/F	Date de naissance	Etat de santé	Etudes faites ou en cours
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

L'élève vit avec ses parents ❑ sa mère ❑ son père ❑ en garde alternée ❑

Autre ❑ ..... depuis : .....

Antécédents scolaires personnels de l'élève (difficultés d'adaptation, d'apprentissages ou de relations en milieu scolaire) .....

.....

.....

.....

LES VACCINATIONS DE VOTRE ENFANT : *(Précisez les dates ou agrafez ici la photocopie de la carte de vaccination).*

Age recommandé	2 mois	3 mois	4 mois	13/14 mois	15/18 mois	5/6 ans rappel	12 ans	à partir de 16 ans
Poliomyélite	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Diphtérie	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Tétanos	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Coqueluche	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Méningite-HIB	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Rougeole	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Rubéole	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Oreillons	. .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Hépatite B	. .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Méningite C	. .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Autres	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE *Votre enfant a-t-il déjà eu*

Une intradermoréaction : ❑ non / ❑ oui Date (année) : .....

Résultat : ❑ négative ❑ positive : soit : ..... mm, type I ❑ / II ❑ / III ❑ / IV ❑ *(cochez)*

Une radiographie pulmonaire : ❑ non / ❑ oui Date : ..... Résultat :

.....

Traitement éventuel par un ❑ / des ❑ médicaments antituberculeux : ❑ oui / ❑ non

Nom et adresse du centre de santé scolaire ayant pratiqué ce dépistage *(à défaut, école fréquentée)* :

.....

.....

.....

Nom et adresse du médecin ayant prescrit le traitement :

.....

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS DE L'ELEVE / ETUDIANT

Maladies antérieures *(précisez âge, suites et traitement éventuel en cours)* : .....

.....

.....

.....

Interventions chirurgicales *(idem)* : .....

.....

.....

Accidents *(idem)* : .....

.....

.....

Traitement(s) actuellement en cours / médicament(s) pris régulièrement : .....

.....

.....

Observations particulières à signaler :

.....

ANNEXE N°10

List of the 40 French items of the VSP-A grouped by dimension

Durant les 4 dernières semaines		Item general meaning
Ps1	avez-vous été angoissé(e)?	anxious
Ps2	avez-vous été soucieux(se), incapable de réagir?	worried
Ps3	avez-vous été stressé(e)?	stressed
Ps4	avez-vous été angoissé(e) ou) eu peur en pensant à l'avenir?	worried about future
Ps5	avez-vous été triste?	sad
Ps6	avez-vous été dégoûté(e)?	weary of life
Ps7	avez-vous été choqué(e), révolté(e) par ce que vous voyez, par ce qui se passe autour de vous?	revolted
Ps8	vous êtes-vous senti(e) fatigué(e)?	tired
Ps9	avez-vous été pensif(ve)?	thoughtfull
Ps10	avez-vous été inquiet(ète) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...)?	worried about vocational guidance
En1	avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté?	to look on the bright side of things
En2	avez-vous été en pleine forme, plein(e) de vitalité?	vitality
En3	avez-vous eu le moral?	to be in good spirits
En4	vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique?	to be in condition
En5	avez-vous eu confiance en vous?	self confidence
En6	avez-vous été optimiste, confiant(e) pour l'avenir?	optimistic
En7	avez-vous eu facilement le sourire?	smiling
En8	avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir?	motivated
En9	avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie?	pleased with my life
En10	avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous?	all is fine round me
F1	avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines?	confidence to friends
F2	avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines?	talking of problem with friends
F3	avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines?	discussion with friends
F4	avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines?	advise of friends
F5	avez-vous pu vous exprimer, communiquer avec les autres?	communication
F6	avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines?	to be surrounded by friends
P1	vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter?	attention of parents
P2	vos parents vous ont-ils donné des conseils?	advise of parents
P3	avez-vous pu discuter avec vos parents?	discussion with parents
P4	avez-vous eu l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes?	parents understanding
P5	vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents?	protection of parents
P6	avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attention à vous, se sont souciés de vous?	attention of other proxies
L1	êtes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, en boum, faire la fête...)?	outings
L2	êtes-vous allé(e) chez vos copains, vos copines?	visits to friends' home
L3	êtes-vous sorti(e) en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...)?	shopping
L4	vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vos copains, vos copines?	meeting of friends
L5	êtes-vous allé(e) jouer dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, roller...)?	play outside
S1	avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée?	school performance
S2	avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire?	satisfaction with school
S3	avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée?	difficulties to work

Ps – Psychological well-being; En – Energy/vitality; F – Friends; P – Parents; L – Leisure; S – School.

ANNEXE N°11

AVANT DE COMMENCER, MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT.

De quoi parle le questionnaire ?

Ce questionnaire te concerne TOI et TA SANTÉ psychologique et sociale dans approximativement toutes les sphères de ta vie quotidienne. Il sera complété par quelques dizaines d'élèves belges comme toi. L'objectif de cette enquête est de pouvoir déterminer si l'intégration de ce type de questionnaire dans le cadre des visites médicales serait pertinent ou non. Aujourd'hui, nous te demandons ton aide afin de pouvoir améliorer la santé des jeunes d'aujourd'hui et de demain.

Mes réponses sont-elles anonymes ?

Comme prévu par la loi vie privée du 8 décembre 1992, les données recueillies seront strictement confidentielles. Tout a été prévu pour que tes réponses ne soient pas dévoilées. Pour cette raison, tu répondras de manière individuelle aux questions.

Tu as une question ?

Si tu as une question pendant que tu complètes le questionnaire, n'hésite pas à lever la main. Un enquêteur viendra alors près de toi pour y répondre. Si tu as des questions après la fin de l'enquête, tu peux contacter l'équipe à l'adresse mail suivante : selena.botsas@student.uclouvain.be

Tu veux bien participer ?

Ta participation est volontaire, il est donc important pour nous d'obtenir ton accord. Tu sais que tu peux à tout moment mettre un terme à celle-ci et contacter l'équipe en cas de questions.

Si tu es d'accord de participer à l'enquête, coche la case O OUI

MERCI POUR TA PARTICIPATION !

Réponds aux questions suivantes de la façon la plus sincère possible.

A PROPOS DE TOI

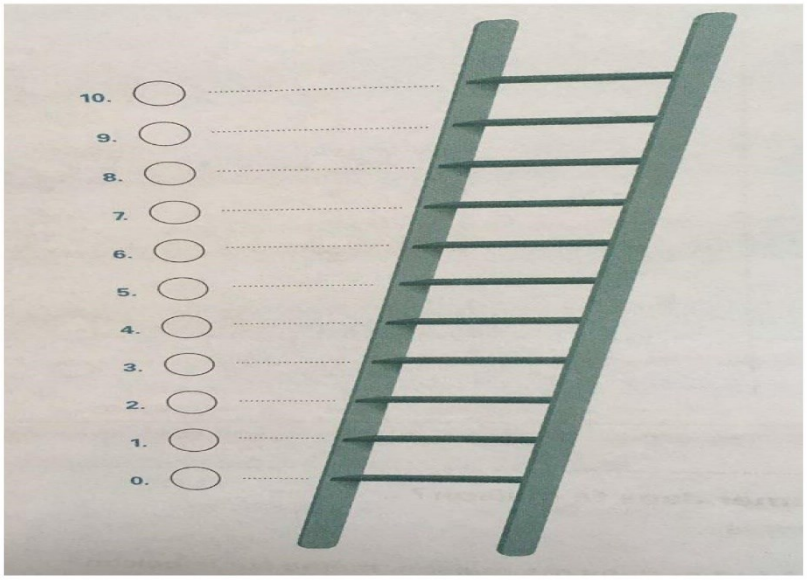
1. Quel âge as-tu aujourd'hui ? Coche **une** des réponses suivantes.

O 10 ans O 11 ans O 12 ans O 13 ans O 14 ans O 15 ans

2. Es-tu de sexe… ? Coche **une** des réponses suivantes.

O Féminin O Masculin

3. Imagine que cette échelle représente la manière dont la société belge est construite. En haut de l'échelle, se trouvent les personnes qui ont la meilleure situation : ils ont le plus d'argent, le plus haut niveau de scolarité et les emplois les plus prestigieux. En bas de l'échelle, ce sont les personnes qui ont la plus mauvaise situation : ils ont peu ou pas de scolarité, pas d'emploi ou un travail qui leur apporte peu d'argent. Maintenant, pense à ta famille. S'il te plaît, dis nous où ta famille se situerait sur cette échelle. Coche le cercle qui représente au mieux la situation de ta famille sur cette échelle.



TA SANTÉ

4. Combien de cigarettes as-tu fumées au cours des 30 derniers jours ? Coche **une** des réponses suivantes.

O je n'ai jamais fumé
O pas une seule
O 1 à 2 cigarettes au cours des 30 derniers jours
O 1 à 2 cigarettes par semaine
O 1 à 5 cigarettes par jour
O 6 à 10 cigarettes par jour (environ un demi-paquet)
O 11 à 20 cigarettes par jour (environ un paquet)
O 21 à 30 cigarettes par jour
O plus de 30 cigarettes par jour
O je ne comprends pas la question

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu bu une boisson alcoolisée (plus qu'une simple gorgée) ?
Par boisson alcoolisée, on entend une bouteille de bière de taille normale ou une cannette de bière, un verre de vin, un verre/shot d'alcool (rhum, whisky, etc) ou un verre de cocktail (alcool mélangé à du jus de fruit ou à une boisson énergétique, etc). Coche **une** des réponses suivantes.

O je n'ai pas bu de boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois
O moins d'une fois par mois
O 1 fois par mois
O 2 ou 3 fois par mois
O 1 fois par semaine
O la plupart des jours de la semaine
O tous les jours
O je ne comprends pas la question

6. En moyenne, combien d'heures d'activités physiques intenses fais-tu chaque jour de la semaine ?

Ceci comprend les activités physiques durant le cours d'éducation physique, de l'interruption de midi, le soir et lors de ton temps libre. On entend par activité physique intense, le jogging, le cyclisme, les sports d'équipe, la danse rapide et toute autre activité physique qui augmente ton rythme cardiaque et rend ta respiration difficile ou qui te fait transpirer. Coche **une** réponse par ligne.

	Aucune	30 min.	1 heure	1h30	2 heures	2h30	3 heures ou plus
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Samedi							
Dimanche							

7. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu consommé de la marijuana ou du cannabis (joint, daube, herbe, haschich, …) ? Coche **une** des réponses suivantes.

O je n'en ai jamais consommé
O j'en ai consommé, mais pas au cours des 12 derniers mois
O moins d'une fois par mois
O 1 fois par mois
O 2 ou 3 fois par mois
O 1 fois par semaine
O la plupart des jours de la semaine
O tous les jours
O je ne comprends pas la question

TON ÉCOLE ET TOI

8. Parmi les choix suivants, quel est celui qui décrit le mieux tes notes de l'année scolaire passée ?

O généralement des TB/ plus de 85 %

O généralement des B/ de 70 à 84 %

O généralement des S/ de 60 à 69 %

O généralement des F/ de 50 à 69 %

O généralement des I/ moins de 50 %

O je ne comprends pas la question

9. Coche la case qui décrit le mieux ta situation.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne comprends pas la question
Je me sens anxieux à l'idée de me rendre à l'école.					
Je suis satisfait de mes résultats scolaires.					
Je me sens stressé du fait du travail scolaire.					
Je suis absent à l'école.					

10. Pour chaque ligne, décrit la situation qui te correspond le mieux. Par exemple, tu coches « tout à fait d'accord » si la situation se produit souvent pour toi et « pas du tout d'accord » lorsque cela ne t'ait jamais arrivé.

A l'école ou/et en ligne (c'est-à-dire via les appels téléphoniques, les SMS ou encore les réseaux sociaux), un ou plusieurs élèves…

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne comprends pas la question
m'ont, volontairement, poussé ou donné un coup, un coup de poing, un coup de pied.					
m'ont forcé à faire quelque chose que je ne voulais pas faire.					
m'ont dit que les autres ne m'aimeraient pas si je ne faisais pas ce qu'ils disaient.					
ont volontairement endommagé, caché ou volé mes affaires.					
me disent des choses méchantes ou blessantes.					
m'excluent d'un groupe ou d'une activité					
répandent des mensonges et des rumeurs à mon propos					

11. On dit qu'un élève est brimé(e) lorsqu'un(e) autre élève ou un groupe d'élèves lui disent ou lui font des choses méchantes ou qui ne lui plaisent pas. On parle aussi de brimade quand on se moque de manière répétée d'un(e) élève d'une façon qui ne lui plaît pas, ou quand on le (la) met délibérément de côté.

Tous les combien as-tu participé à brimer un(e) ou des élèves ces deux derniers mois?

O je n'ai pas participé à brimer un(e) ou des élèves à l'école ces deux derniers mois

O ce n'est arrivé qu'une ou deux fois

O 2 ou 3 fois par mois

O environ une fois par semaine

O plusieurs fois par semaine

O je ne comprends pas la question

TON CORPS ET TOI

12. Pour chaque ligne, décrit la situation qui te décrit le mieux.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne comprends pas la question
Je suis terrifiée à la pensée d'être trop grosse					
Je suis préoccupée d'avoir trop de graisse sur le corps					
Le désir d'être plus mince me préoccupe					
Je me sens très coupable après avoir mangé					
Je m'oblige à me mettre à la diète (au régime)					

13. Le BMI (Body Mass Index) est une mesure qui permet d'évaluer la corpulence d'une personne en fonction de son poids et de sa taille. Entoure le BMI auquel tu penses te situer.

O BMI inférieur à 18,5 = poids insuffisant

O BMI entre 18,5 et 24,9 = poids normal

O BMI entre 25,0 et 29,9 = excès pondéral, surpoids

O BMI entre 30,0 et 39,9 = obésité

O BMI de 40 et + = obésité morbide (qui peut entraîner le décès)

O je ne comprends pas la question

14. L'adolescence est une période de grands bouleversements psychologiques, sociaux mais aussi physiques. Lorsque l'on fait référence aux changements physiques que subit ton corps pendant cette période, on parle de puberté. Ce processus se produit de manière différente chez chaque adolescent. Comment vis-tu ces changements physiques ?

Pour chaque ligne, décrit la situation qui te correspond le mieux.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne comprends pas la question
J'ai la sensation que mon corps prend plus de temps à évoluer que celui de mes amis.					
Mon corps se transforme plus rapidement que celui de mes amis.					
Je me pose des questions sur les transformations que subit mon corps.					
Je compare mon corps à celui de mes amis et cela me rend triste.					
Mes camarades se moquent de mon physique.					
Mon apparence physique me plaît.					

COMMENT TE SENS-TU ?

15. Indique, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que tu as ressenti au cours des deux dernières semaines.

	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais	Je ne comprends pas la question
Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur.						
Je me suis senti(e) calme et tranquille.						
Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)						
Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et reposé(e).						
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes.						

16. Lorsque tu es face à une situation difficile ou stressante de la vie, lequel de ces comportements adoptes-tu? Coche **une seule** proposition.

O Je concentre mes efforts pour résoudre la situation : j'élabore une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire, je détermine une ligne d'action et je la suis. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes (parents, amis, etc.) à propos de ce qu'il y a à faire.

O Je me reproche les choses qui m'arrivent, je me critique.

O J'essaie de trouver du réconfort auprès de mes amis, de ma famille mais aussi dans la religion ou dans des croyances spirituelles. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.

O Je me dis que ce n'est pas réel : je tente de me changer les idées en allant au cinéma, en lisant un livre ou en consommant de l'alcool ou d'autres substances.

O Je ne comprends pas la question.

17. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indique à quel point chacune est vraie pour toi encochant la case appropriée.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne comprends pas la question
Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.					
Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.					
Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.					
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.					
Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.					
J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.					
Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.					
J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.					
Parfois je me sens vraiment inutile.					
Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.					

TA FAMILLE ET TOI

18. Pour chaque phrase, coche la case qui s'applique le mieux à ta famille et toi. Par famille, on entend les personnes avec lesquelles tu vis.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne comprends pas la question
Mes parents sont disponibles pour m'écouter.					
Mes parents me donnent des conseils.					
J'ai l'impression que mes parents comprennent mes soucis, problèmes.					
Je me sens à l'aise de discuter avec ma famille.					
Je me sens protégé(e) par mes parents.					
J'ai l'impression que ma famille fait attention à moi, se soucie de moi.					

TES AMIS ET TOI

19. Pour chaque phrase, coche la case qui s'applique le mieux à tes amis et toi. Au cours des quatre dernières semaines, …

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne comprends pas la question
Je suis sorti(e) avec des copains/copines (en ville, au cinéma, faire la fête,…).					
Je suis allé(e) chez des copains/copines.					
Je suis sorti(e) en ville (acheter des habits, des CD, manger un fast food, …).					
Je me suis retrouvé(e) en bande avec des copains/copines.					
Je suis allé(e) jouer dehors avec des copains/copines (vélo, foot, roller,…).					
J'ai pu me confier à des copains/copines.					
J'ai parlé de mes problèmes avec mes copains/copines.					
J'ai pu discuter avec mes copains/copines.					
J'ai donné des conseils à des copains/copines.					
J'ai été entouré(e) et aidé(e) par mes copains/copines.					

EXPRESSION DE SOI

Ce cadre t'est consacré afin que tu puisses tout simplement extérioriser ton humeur, tes émotions (par des mots, par un dessin). Tu es libre de t'exprimer sur ce que tu souhaites, pour autant que cela ait un lien avec toi.

MERCI D'AVOIR RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE.

Maintenant, nous aimerions connaître ton avis concernant le questionnaire. Pour cela, réponds aux questions suivantes en cochant la case OUI ou NON.

1. J'apprécie le fait que l'on s'intéresse à ma santé psychologique et sociale.

O OUI O NON

2. Je trouve cela pertinent de répondre au questionnaire au moment des visites médicales.

O OUI O NON

3. J'ai compris le sens de toutes les questions.

O OUI O NON

Si NON, indique le numéro de la/des question(s) qui t'a/ont posé problème :

4. J'ai répondu facilement aux questions.

O OUI O NON

5. Le temps qu'il m'a fallu pour répondre aux questions m'a paru long.

O OUI O NON

MERCI DE TON AIDE

ANNEXE N°12

Guide d'entretien professionnels

- Pourriez-vous m'expliquer en quelques mots votre parcours professionnel au sein du secteur PSE ?
- Quel regard portez-vous sur la santé mentale des adolescents de nos jours?
- Question à poser uniquement à l'infirmière et au médecin PSE : Comment est évaluée la santé mentale des adolescents dans le cadre des bilans de santé PSE que vous pratiquez ?
- Selon vous, en quoi l'utilisation d'un outil standardisé d'autoévaluation psychosociale tel que le questionnaire présenté serait bénéfique et pertinente ?
- A propos du questionnaire à proprement parler :
  - Que pensez-vous des 7 rubriques ?
  - Quelles sont les questions qui vous semblent moins pertinentes ?
  - Quelles sont les questions identifiées comme susceptibles de poser des problèmes de compréhension ?
  - Quels sont les avantages du questionnaire ?
  - Quelles sont les limites/inconvénients du questionnaire ?
  - Qu'apporteriez-vous comme modifications à l'outil ?

- Questions liées à l'organisation de passation du questionnaire :
  - Les bilans de santé PSE vous semble-t-il être un moment opportun pour évaluer la santé mentale du jeune ?
  - Question destinée à l'infirmière et au médecin PSE : Selon vous, quel serait l'endroit, le moment du bilan de santé PSE le plus adapté pour faire compléter le questionnaire à l'adolescent ? Selon vous, par qui (infirmière ou médecin) devrait être analysé le questionnaire ?
  - Selon vous, à quoi devrait mener les résultats obtenus par le questionnaire ? Quelle devrait être la prise en charge de l'adolescent identifié en mal-être ?

ANNEXE N°13

Variables	Type	Valeurs	Mesures
ÉCOLE	Numérique	Les écoles sont anonymisées et donc numérotées de 1 à 13.	Nominale (discrète)
ANNÉE SCOLAIRE	Numérique	1= 6ème primaire 2= 2ème secondaire	Nominale (discrète)
AGE	Numérique	En années 999= valeur manquante	Échelle (continu)
SEXE	Numérique	1= Féminin 2= Masculin 999= valeur manquante	Nominale (discrète)
CONDITIONS SOCIOECO	Numérique	En chiffre (/10) 999= valeur manquante	Échelle (continu)
TABAC	Numérique	1= jamais 2= pas une seule 3= 1 à 2 ces 30 derniers jours 4= 1 à 2/semaine 5= 1 à 5/jour 6= 6 à 10/jour 7= 11 à 20/jour 8= 21 à 30/jour 9= + de 30/jour 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Ordinale (discrète)
ALCOOL	Numérique	1= pas bu 2= moins d'1x/mois 3=1x/mois 4= 2 à 3x/mois 5= 1x/semaine 6= la plupart des jours 7= tous les jours 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Ordinale (discrète)

SPORT1 (sport le lundi) **SPORT 2 (sport le mardi)** **SPORT 3 (sport le mercredi)** **SPORT 4 (sport le jeudi)** **SPORT 5 (sport le vendredi)** **SPORT 6 (sport le samedi)** **SPORT 7 (sport le dimanche)**	Numérique	En chiffres (heures d'activité physique) 999= valeur manquante **On arrondit les demi heures à l'heure supérieure (ex: l'élève coche 30 min, on encode dans SPSS 1h)** **On décide que lorsque l'élève coche 3h ou + : on note sur SPSS 4h.** **Création de la variable SPORTTOTAL= somme des heures d'activité physique sur une semaine**	Échelle (continu)
CANNABIS	Numérique	1= jamais 2= consommé mais pas dans les 12 derniers mois 3= moins 1x/mois 4= 1x/mois 5= 2 ou 3x/mois 6= 1x/semaine 7=la plupart des jours 8= tous les jours 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Ordinale (discrète)
PERFORMANCE SCOLAIRE	Numérique	1= + de 85 % 2= de 70 à 84 % 3= de 60 à 69 % 4= de 50 à 59 % 5= moins de 50 % 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Ordinale (discrète)

PHOBIE SCOLAIRE 1 (ANXIETE) **PHOBIE SCOLAIRE 2 (SATISFACTION)** **PHOBIE SCOLAIRE 3 (STRESS)** **PHOBIE SCOLAIRE 4 (ABSENTÉISME)**	Numérique	1= tout à fait d'accord 2= d'accord 3= pas d'accord 4= pas du tout d'accord 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Nominale (discrète)
HARCELEMENT1 (VIOLENCE) **HARCELEMENT2 (FORCE A FAIRE QUELQUE CHOSE)** **HARCÈLEMENT 3 (CHANTAGE)** **HARCELEMENT4 (AFFAIRES)** **HARCÈLEMENT 5 (PROPOS MECHANTS)** **HARCELEMENT6 (EXCLUSION)** **HARCELEMENT7 (RUMEURS, MENSONGES)**	Numérique	1= tout à fait d'accord 2= d'accord 3= pas d'accord 4= pas du tout d'accord 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Nominale (discrète)
BRIMER	Numérique	1= pas participé 2= 1 ou 2x 3= 2 ou 3x/mois 4= 1x/semaine 5= plusieurs x/semaine 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Ordinale (discrète)
TCA 1 (terrifiée d'être grosse) **TCA2 (préoccupée par la graisse)** **TCA3 (désir d'être + mince)**	Numérique	1= tout à fait d'accord 2= d'accord 3= pas d'accord 4= pas du tout d'accord	Nominale (discrète)

TCA4 (culpabilité après avoir mangé) **TCA5 (s'oblige au régime)**		99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	
BMI	Numérique	1= poids insuffisant 2= poids normal 3= surpoids 4= obésité 5= obésité morbide 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Ordinale (discrète)
PUBERTE1 (puberté + lente) **PUBERTE2 (puberté + rapide)** **PUBERTE3 (QUESTIONNEMENT)** **PUBERTE4 (COMPARAISON)** **PUBERTE5 (MOQUERIES)** **PUBERTE6 (SATISFACTION) DU CORPS**	Numérique	1= tout à fait d'accord 2= d'accord 3= pas d'accord 4= pas du tout d'accord 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Nominale (discrète)
DEPRESSION1 (BONNE HUMEUR) **DEPRESSION2 (CALME)** **DEPRESSION3 (PLEINE D ÉNERGIE)** **DEPRESSION4 (FRAIS ET REPOSE)** **DEPRESSION5 (VIE INTÉRESSANTE)**	Numérique	1= tout le temps 2= la plupart du temps 3= plus de la moitié du temps 4= de temps en temps 5= jamais 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Ordinale (discrète)

RÉSILIENCE	Numérique	1= efforts pour résoudre la situation 2= auto reproches 3= recherche de réconfort 4= déni 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Nominale (discrète)
ESTIME1 (valeur) **ESTIME2 (qualités)** **ESTIME3 (raté)** **ESTIME4 (capacités)** **ESTIME5 (raisons d'être fier de soi)** **ESTIME6 (attitude positive)** **ESTIME7 (satisfait de soi)** **ESTIME8 (respect pour soi)** **ESTIME9 (inutile)** **ESTIME10 (bon à rien)**	Numérique	1= tout à fait d'accord 2= d'accord 3= pas d'accord 4= pas du tout d'accord 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Nominale (discrète)
FAMILLE1 (disponibilité) **FAMILLE2 (conseils)** **FAMILLE3 (compréhension des soucis)** **FAMILLE4 (à l'aise de discuter)** **FAMILLE5 (protégé par les parents)** **FAMILLE6 (la famille se soucie)**	Numérique	1= tout à fait d'accord 2= d'accord 3= pas d'accord 4= pas du tout d'accord 99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	Nominale (discrète)
AMIS1 (sortir avec copains) **AMIS2 (aller chez copains)** **AMIS3 (sortir en ville)**	Numérique	1= tout à fait d'accord 2= d'accord 3= pas d'accord 4= pas du tout d'accord	Nominale (discrète)

AMIS4 (en bande avec des copains) **AMIS5 (jouer dehors avec copains)** **AMIS6 (se confier à des copains)** **AMIS7 (parler de ses problèmes à des copains)** **AMIS8 (discuter avec des copains)** **AMIS9 (donner des conseils à des copains)** **AMIS10 (entouré et aidé par des copains)**		99= je ne comprends pas la question 999= valeur manquante	
EXPRESSION (remplissage de la partie expression de soi)	Numérique	1= a complété cette partie 2= n'a pas complété cette partie	Nominale (discrète)
EVAL1 (apprécie que l'on s'intéresse à sa santé mentale) **EVAL2 (pertinence lors des visites médicales)** **EVAL3 (compréhension du sens des questions)** **EVAL4 (facilité des questions)** **EVAL5 (temps long)**	Numérique	1= oui 2= non 999= valeur manquante	Nominale (discrète)

ANNEXE N°14 : TABLEAUX STATISTIQUES

Tableau n°1

	Age des élèves	
	En 6ème primaire	**En 2ème secondaire**
N valide	94	205
N manquant	0	4
Moyenne	11,27	13,62
Ecart type	0,736	0,787

Tableau n°2

	FREQUENCE	**POURCENTAGE**
FILLE	170	56,1%
GARCON	129	42,6%
MANQUANT	4	1,3%
TOTAL	303	100,0

Tableau n°3

	FREQUENCE	**POURCENTAGE**
≤ 5/10	64	21,1%
> 5/10	170	56,1%
MANQUANT	69	22,8%
TOTAL	303	100,0%
Moyenne	6,51	
Ecart-type	1,681	

Tableau n°4

	FREQUENCE	POURCENTAGE
CONSOMMATION DE TABAC		
JAMAIS ESSAYE	265	87,5%
DÉJÀ ESSAYE	37	12,2%
MANQUANT	1	0,3%
TOTAL	303	100,0%
CONSOMMATION D'ALCOOL		
JAMAIS ESSAYE	250	82,5%
AU MOINS UNE FOIS	30	9,9%
MANQUANT	23	7,6%
TOTAL	303	100,0%
CONSOMMATION DE CANNABIS		
JAMAIS ESSAYE	270	89,1%
DÉJÀ ESSAYE	18	5,9%
MANQUANT	15	5,0%
TOTAL	303	100,0%

Tableau n°5

Statut socioéconomique		
	FREQUENCE	**POURCENTAGE**
≥ 85%	47	15,5%
De 70 à 84%	95	31,4%
De 60 à 69%	59	19,5%
De 50 à 59%	63	20,8%
<50%	22	7,3%
MANQUANT	17	5,6%
TOTAL	303	100,0%

Tableau n°6

	FREQUENCE	**POURCENTAGE**
ANXIETE FACEA L'ECOLE		
D'ACCORD	66	25,2%
PAS D'ACCORD	193	63,7%
MANQUANT	34	11,2%
TOTAL	303	100,0%
STRESS FACE AU TRAVAIL SCOLAIRE		
D'ACCORD	101	33,3%
PAS D'ACCORD	178	58,8%
MANQUANT	24	7,9%
TOTAL	303	100,0%
ABSENTEISME		
D'ACCORD	32	10,6%
PAS D'ACCORD	244	80,5%
MANQUANT	27	8,9%
TOTAL	303	100,0%

Tableau n°7

	FREQUENCE	POURCENTAGE
VIOLENCE PHYSIQUE		
D'ACCORD	53	17,5%
PAS D'ACCORD	208	68,6%
MANQUANT	42	13,9%
TOTAL	303	100,0%
PROPOS MECHANTS		
D'ACCORD	68	22,4%
PAS D'ACCORD	203	67%
MANQUANT	32	10,6%
TOTAL	303	100,0%
EXCLUSION		
D'ACCORD	48	15,9%
PAS D'ACCORD	223	73,6%
MANQUANT	32	10,6%
TOTAL	303	100,0%
RUMEURS, MENSONGES		
D'ACCORD	66	21,8%
PAS D'ACCORD	200	66%
MANQUANT	37	12,2%
TOTAL	303	100,0%

Tableau n°8

	FREQUENCE	POURCENTAGE
PARTICIPATION A DE LA BRIMADE		
Pas participé	166	54,8%
Déjà participé	77	25,4%
MANQUANT	60	19,8%
TOTAL	303	100,0%

Tableau n°9

	FREQUENCE	POURCENTAGE
TERRIFIE D'ETRE GROS (moyenne : 2,93)		
D'ACCORD	92	30,4%
PAS D'ACCORD	185	62,4%
MANQUANT	22	7,3%
TOTAL	303	100,0%
PREOCCUPE PAR LA GRAISSE (moyenne :2,90)		
D'ACCORD	98	32,3%
PAS D'ACCORD	181	58,8%
MANQUANT	24	7,9%
TOTAL	303	100,0%
DESIR D'ETRE PLUS MINCE (moyenne : 2,94)		
D'ACCORD	89	29,4%
PAS D'ACCORD	182	60,1%
MANQUANT	32	10,6%
TOTAL	303	100,0%
CULPABILITE APRES AVOIR MANGE (moyenne :3,38)		
D'ACCORD	38	12,5%
PAS D'ACCORD	234	77,3%
MANQUANT	31	10,2%
TOTAL	303	100,0%
S'OBLIGE AU REGIME (moyenne : 3,31)		
D'ACCORD	*51*	*16,9%*
PAS D'ACCORD	*220*	*72,6%*
MANQUANT	*32*	*10,6%*
TOTAL	*303*	*100,0%*

Tableau n°10

BMI PERCU DE L'ADOLESCENT		
	FREQUENCE	**POURCENTAGE**
Poids insuffisant	11	3,6
Poids normal	124	40,9
Surpoids	42	13,9
Obésité	12	4,0
Obésité morbide	12	4,0
MANQUANT	102	33,7
TOTAL	303	100,0

Tableau n°11

	FREQUENCE	POURCENTAGE
PUBERTE + LENTE		
D'ACCORD	84	27,7%
PAS D'ACCORD	170	56,2%
MANQUANT	49	16,2%
TOTAL	303	100,0%
PUBERTE + RAPIDE		
D'ACCORD	73	24,1%
PAS D'ACCORD	185	61,1%
MANQUANT	45	14,9%
TOTAL	303	100,0%
QUESTIONNEMENTS		
D'ACCORD	95	31,4%
PAS D'ACCORD	159	52,5%
MANQUANT	49	16,2%
TOTAL	303	100,0%
COMPARAISON		
D'ACCORD	57	18,8%
PAS D'ACCORD	201	66,3%
MANQUANT	45	14,9%
TOTAL	303	100,0%
SATISFACTION DU CORPS		
D'ACCORD	185	61,1%
PAS D'ACCORD	76	25,1%
MANQUANT	42	13,9%
TOTAL	303	100,0%
MOQUERIES		
D'ACCORD	31	11,2%
PAS D'ACCORD	229	75,5%
MANQUANT	40	13,2%
TOTAL	303	100,0%

Tableau n°12

	FREQUENCE	POURCENTAGE
BONNE HUMEUR (moyenne : 2,26)		
Tout le temps	62	20,5%
La plupart du temps	129	42,6%
Plus de la moitié du temps	44	14,5%
De temps en temps	39	12,9%
Jamais	4	1,3%
MANQUANT	25	8,3%
TOTAL	303	100,0%
CALME (moyenne : 2,57)		
Tout le temps	53	17,5%
La plupart du temps	105	34,7%
Plus de la moitié du temps	43	14,2%
De temps en temps	54	17,8%
Jamais	20	6,6%
MANQUANT	28	9,2%
TOTAL	303	100,0%
PLEIN D'ENERGIE (moyenne : 2,45)		
Tout le temps	80	26,4%
La plupart du temps	79	26,1%
Plus de la moitié du temps	40	13,2%
De temps en temps	59	19,5%
Jamais	15	5,0%
MANQUANT	30	9,9%
TOTAL	303	100,0%
FRAIS ET REPOSE (moyenne : 3,24)		
Tout le temps	50	16,5%
La plupart du temps	43	14,2%
Plus de la moitié du temps	40	13,2%
De temps en temps	77	25,4%
Jamais	66	21,8%
MANQUANT	27	8,9%
TOTAL	303	100,0%
VIE INTERESSANTE (moyenne ; 2,74)		
Tout le temps	64	21,1%
La plupart du temps	67	22,1%
Plus de la moitié du temps	41	13,5%
De temps en temps	60	19,8%
Jamais	33	10,9%
MANQUANT	38	12,5%
TOTAL	303	100,0%

Tableau n°13

	FREQUENCE	POURCENTAGE
DISPONIBILITE (moyenne :1,74)		
D'ACCORD	215	71,9
PAS D'ACCORD	54	17,8
MANQUANT	31	10,2
TOTAL	303	100,0
CONSEILS (moyenne : 1,70)		
D'ACCORD	234	77,2
PAS D'ACCORD	38	12,6
MANQUANT	31	10,2
TOTAL	303	100,0
COMPREHENSION DES SOUCIS (moyenne : 2,12)		
D'ACCORD	175	57,8
PAS D'ACCORD	91	30,1
MANQUANT	37	12,2
TOTAL	303	100,0
A L'AISE DE DISCUTER (moyenne : 2,10)		
D'ACCORD	173	57,1
PAS D'ACCORD	94	31,0
MANQUANT	35	11,6
TOTAL	303	100,0
PROTEGE PAR MES PARENTS (moyenne : 1,57)		
D'ACCORD	247	81,5
PAS D'ACCORD	25	8,2
MANQUANT	31	10,2
TOTAL	303	100,0
MA FAMILLE SE SOUCIE DE MOI (moyenne : 1,66)		
D'ACCORD	231	76,2
PAS D'ACCORD	38	12,5
MANQUANT	34	11,2
TOTAL	303	100,0

ANNEXE N°15

AVANT DE COMMENCER, MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT.

De quoi parle le questionnaire ?

Ce questionnaire te concerne TOI et TA SANTÉ psychologique dans approximativement toutes les sphères de ta vie quotidienne. Il sera complété par quelques dizaines d'élèves belges comme toi. L'objectif premier de cette enquête est de pouvoir améliorer la santé mentale des jeunes d'aujourd'hui et de demain. Le questionnaire souhaite également te donner la parole sur la manière dont tu te portes dans ta vie de tous les jours. De cette façon, une aide pourra être apportée à ceux et celles qui en manifestent le besoin.

Mes réponses sont-elles anonymes ?

Comme prévu par la loi vie privée du 8 décembre 1992, les données recueillies seront strictement confidentielles. Tout a été prévu pour que tes réponses ne soient pas dévoilées.

Afin que le questionnaire te soit le plus profitable, voici quelques instructions :

- Isole-toi dans un endroit calme
- Prends ton temps pour répondre aux questions suivantes
- Réponds-y de façon individuelle
- Sois le plus sincère possible

Tu veux bien participer ?

Ta participation est volontaire, il est donc important pour nous d'obtenir ton accord. Tu sais que tu peux à tout moment mettre un terme à celle-ci.

Si tu es d'accord de participer à l'enquête, coche la case O OUI

Tu as une question ?

Si tu as une question pendant que tu complètes le questionnaire, n'hésite pas à lever la main. Un membre de l'équipe viendra alors près de toi pour y répondre.

MERCI DE TA PARTICIPATION

A PROPOS DE TOI

NOM : **PRÉNOM :**

NOM DE TON ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

CLASSE :

1. Quel âge as-tu aujourd'hui ? Coche **une** des réponses suivantes.

O 10 ans O 11 ans O 12 ans O 13 ans O 14 ans O 15 ans

2. Es-tu de sexe… ? Coche **une** des réponses suivantes.

O Féminin O Masculin

TA SANTE

3. À quel âge as-tu fais les choses suivantes pour la première fois ? S'il y a quelque chose que tu n'as pas fait, choisis la catégorie « jamais ».

3.a Boire de **l'alcool** (plus qu'un petit peu : de la bière, du vin, de l'alcool (rhum, whisky,etc) ou mélange de plusieurs alcools (cocktails))

O Jamais

O J'avais …….. ans (écris l'âge que tu avais)

3.b Fumer une **cigarette** (plus qu'une bouffée)

O Jamais

O J'avais …….. ans (écris l'âge que tu avais)

3.c Fumer du **cannabis** (marijuana, joint, daube, herbe, haschich,...)

O Jamais

O J'avais …….. ans (écris l'âge que tu avais)

4. Pendant une semaine normale ou typique, combien de jours pratiques-tu une activité physique pour un total de 60 minutes au moins par jour ? Quelques exemples d'activité physique : courir, marcher vite, faire du roller, faire du vélo, danser, faire du skate, nager, faire du foot, du rugby, du basket, etc.

O 0 jour/semaine

O 1 jour/semaine

O 2 jours/semaine

O 3 jours/semaine

O 4 jours/semaine

O 5 jours/semaine

O 6 jours/semaine

O 7 jours/semaine

TON ÉCOLE ET TOI

5. Parmi les choix suivants, quel est celui qui décrit le mieux tes notes de l'année scolaire passée ?

O généralement des TB (Très bien)/ plus de 85 %

O généralement des B (Bien)/ de 70 à 84 %

O généralement des S (Satisfaisant)/ de 60 à 69 %

O généralement des F (Faible)/ de 50 à 59 %

O généralement des I (Insatisfaisant)/ moins de 50 %

6. Coche la case qui décrit le mieux ta situation.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je me sens angoissé(e) à l'idée de me rendre à l'école.				
Je suis satisfait(e) de mes résultats scolaires.				
Je me sens stressé(e) du fait du travail scolaire.				
Je suis souvent absent(e) de l'école.				

RELATIONS AUX AUTRES

7. Pour chaque ligne, décris la situation qui te correspond le mieux. Par exemple, tu coches « tout à fait d'accord » si la situation se produit souvent pour toi et « pas du tout d'accord » lorsque cela ne t'ait jamais arrivé.

A l'école ou/et en ligne (c'est-à-dire via les appels téléphoniques, les SMS ou encore les réseaux sociaux), un ou plusieurs élèves…

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
m'ont, volontairement, poussé(e) ou donné un coup, un coup de poing, un coup de pied.				
m'ont forcé(e) à faire quelque chose que je ne voulais pas faire.				
m'ont dit que les autres ne m'aimeraient pas si je ne faisais pas ce qu'ils disaient.				
ont volontairement endommagé, caché ou volé mes affaires.				
me disent des choses méchantes ou blessantes.				
m'excluent d'un groupe ou d'une activité.				
répandent des mensonges et des rumeurs à mon propos.				

8. On dit qu'un élève est harcelé(e) lorsqu'un(e) autre élève ou un groupe d'élèves lui disent ou lui font des choses méchantes ou qui ne lui plaisent pas. On parle aussi de harcèlement quand on se moque de manière répétée d'un(e) élève d'une façon qui ne lui plaît pas, ou quand on le (la) met délibérément de côté. Tous les combien as-tu participé à harceler un(e) ou des élèves ces deux derniers mois?

O je n'ai pas participé à harceler un(e) ou des élèves à l'école ces deux derniers mois

O ce n'est arrivé qu'une ou deux fois

O 2 ou 3 fois par mois

O environ une fois par semaine

O plusieurs fois par semaine

TON CORPS ET TOI

9. Pour chaque ligne, coche la situation qui te décrit le mieux.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros/grosse.				
Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse sur le corps.				
Le désir d'être plus mince me préoccupe.				
Je me sens très coupable après avoir mangé.				
Je m'oblige à me mettre à la diète (au régime).				

10. L'adolescence est une période de grands bouleversements psychologiques, sociaux mais aussi physiques. Lorsque l'on fait référence aux changements physiques que subit ton corps pendant cette période, on parle de puberté. Ce processus se produit de manière différente chez chaque adolescent. Comment vis-tu ces changements physiques ?

Pour chaque ligne, décris la situation qui te correspond le mieux.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
J'ai la sensation que mon corps prend plus de temps à évoluer que celui de mes amis.				
Mon corps se transforme plus rapidement que celui de mes amis.				
Je me pose des questions sur les transformations que subit mon corps.				
Je compare mon corps à celui de mes amis et cela me rend triste.				
Mes camarades se moquent de mon physique.				
Mon apparence physique me plaît.				

COMMENT TE SENS-TU ?

11. Indique, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que tu as ressenti au cours des deux dernières semaines.

	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais
Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur.					
Je me suis senti(e) calme et tranquille.					
Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se).					
Je me suis réveillé(e) en me sentant frais/fraiche et reposé(e).					
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes.					

12. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indique à quel point chacune est vraie pour toi en cochant la case appropriée.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				
Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.				
J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				
J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.				
Parfois je me sens vraiment inutile.				
Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.				

TA FAMILLE ET TOI

13. Pour chaque phrase, coche la case qui s'applique le mieux à ta famille et toi. Par famille, on entend les personnes avec lesquelles tu vis (ex : parents, frères et sœurs, beaux-parents, parents d'adoption, parents d'accueil, tuteurs, éducateurs du centre d'accueil, etc)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ma famille est disponible pour m'écouter.				
Ma famille me donne des conseils.				
J'ai l'impression que ma famille comprend mes soucis, problèmes.				
Je me sens à l'aise de discuter avec ma famille.				
Je me sens protégé(e) par ma famille.				
J'ai l'impression que ma famille fait attention à moi, se soucie de moi.				

TES AMIS ET TOI

14. Pour chaque phrase, coche la case qui s'applique le mieux à tes amis et toi. Au cours des quatre dernières semaines, …

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je suis sorti(e) avec des copains/copines (en ville, au cinéma, faire la fête,…).				
Je suis allé(e) chez des copains/copines.				
Je me suis retrouvé(e) en bande avec des copains/copines.				
Je suis allé(e) jouer dehors avec des copains/copines (vélo, foot, roller,…).				
J'ai parlé de mes problèmes avec mes copains/copines.				
J'ai pu discuter avec mes copains/copines.				
J'ai donné des conseils à des copains/copines.				
J'ai été entouré(e) et aidé(e) par mes copains/copines.				

EXPRESSION DE SOI

Ce cadre t'est consacré afin que tu puisses tout simplement extérioriser ton humeur, tes émotions (par des mots, par un dessin). Tu es libre de t'exprimer sur ce que tu souhaites, pour autant que cela ait un lien avec toi.

NOUS TE REMERCIONS ENCORE DE TA PARTICIPATION !

ANNEXE N°16

En surligné= moi-même

En italique= le professionnel

➢ Retranscription entretien ONE

Alors ma première question c'est de savoir un peu quelles sont vos missions au sein de l'ONE ?

Alors moi je suis conseillère médicale c'est-à-dire que je suis expert externe en fait donc je suis médecin scolaire et j'ai quelques heures, 12 heures/semaine à l'ONE pour… c'est histoire que l'ONE ait quelqu'un du terrain. Et on est trois.

Et donc moi je suis médecin adjoint à la direction santé. Et donc au niveau de la direction santé, il y a une cellule PSE et notre mission c'est de soutenir la qualité du travail qui est en fait en PSE. Donc l'ONE a la compétence de la PSE depuis 4 ans. Auparavant, elle était au niveau de la Communauté française et il y avait juste une cellule administrative qui s'occupait de l'agrément, du subventionnement des services et donc à l'arrivée à l'ONE, l'ONE s'est dotée d'une cellule, voilà. Et donc je suis médecin de santé publique et j'ai été médecin scolaire aussi quelques années.

D'accord. Et à travers votre expérience, quel regard vous portez sur la santé mentale des adolescents ? C'est quelque chose que par exemple, vous, en tant que médecin scolaire, qu'est ce qui est mis en place dans le service PSE dans lequel vous pratiquez ? Ou est ce qu'il y a des choses qui sont organisées à ce niveau-là ?

Déjà je dirais que lors des visites médicales, on pose toujours des questions aux élèves s'ils… quand on est en tête à tête, enfin voilà « comment ça va à l'école ? », « comment ça va à la maison ? », s'il y a des choses dont ils veulent nous parler. Après, c'est plus à la demande au cas par cas dans les écoles, s'il y a un cas d'harcèlement, s'il y a quelque chose… enfin s'il y a un cas d'harcèlement dont on est au courant forcément parce qu'il y en a beaucoup dont on est pas au courant et donc du coup, dans ces cas-là, c'est l'infirmière de l'école qui fait une animation en classe, bon sans nommer l'élève mais c'est sur la problématique et puis il y a l'EVRAS qui rentre aussi là-dedans donc l'éducation à la vie sexuelle et affective qui est faite dès la maternelle donc le respect de soi, de son corps, des autres, voilà c'est un peu les prémisses pour éviter entre autre le harcèlement plus tard. Voilà c'est principalement ça.

Moi ce qui me semble important c'est que, au niveau santé mentale, ça a quand même assez évolué donc il y a des phénomènes qui sont émergents je pense, il y a beaucoup plus de problèmes de harcèlement qu'auparavant, notamment avec l'importance que prend les réseaux sociaux, on n'est plus jamais à l'abri finalement comme on pouvait l'être auparavant une fois qu'on était hors du milieu scolaire. Un autre problème émergent aussi c'est l'addiction aux écrans donc je pense que les profils finalement où il y a différentes choses qui sont émergentes… Je crois aussi que la santé mentale est en train d'avoir de plus en plus d'attention et notamment il y a la nouvelle politique de santé mentale enfants et adolescents qui est, au départ, une initiative du fédéral, enfin je ne sais pas si vous êtes un peu informée de cela…

Non, je n'en ai pas connaissance.

Donc c'est une initiative du fédéral et ils ont débloqué des fonds qui proviennent des lits d'hospitalisation de psychiatrie et à partir de ces fonds-là, ils financent la constitution de réseaux au niveau des provinces et au niveau de Bruxelles capitale. Et donc ces réseaux locaux s'organisent, ça fait maintenant 2-3 ans et c'est en train de s'organiser de mieux en mieux avec des coordinateurs de réseaux, avec tous les acteurs de la santé mentale des enfants et adolescents.

C'est un peu comme le projet 107 ?

Alors 107 c'est pour les adultes et quelque chose de similaire mais qui n'est pas le projet 107 est en train de se mettre en place pour les enfants et adolescents. Donc il y a cette plateforme provinciale dans lequel tous les acteurs se retrouvent et qui doivent élaborer toute une série de programmes, programme de gestion de crise par exemple,

programme soins chroniques et dans lequel chaque acteur a sa place y compris bien sûr l'ONE et y compris dans l'ONE aussi la partie PSE. Donc je pense que l'attention est de plus en plus présente par rapport aux problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents même s'il y a encore des choses en construction qui doivent être modifiées.

Oui, ma question aussi c'était de savoir, est ce que vous auriez l'impression que d'utiliser un questionnaire standardisé où du coup tous les adolescents de la Fédération Wallonie Bruxelles auraient, bénéficieraient de la même prise en charge au niveau de leur santé mentale, est-ce que ça vous semblerait intéressant et pertinent ? Ou vous avez l'impression que de simplement par exemple poser la question en consultation, est ce que selon vous c'est suffisant ?

Oui enfin on a aussi le questionnaire qu'ils remplissent avant mais pourquoi pas, pourquoi pas…

Dans le questionnaire dont vous me parlez, il y a une partie pour eux aussi ? parce que je sais qu'il y a des anamnèses où il n'y a que les parents qui complètent…

Ça dépend des âges. Et puis aussi, au plus ils sont grands, au plus c'est eux qui remplissent l'anamnèse des parents. Et aussi quand ils sont majeurs ou quoi mais là c'est au-delà de vos âges.

Oui donc il y a deux choses, il y a les anamnèses qui sont complétées par les parents et puis il y a le questionnaire d'habitudes de vie qui est complété par l'élève et qui inclut des questions bien être.

Et ce questionnaire d'habitudes de vie ca permet simplement de tirer des chiffres au niveau général donc sur les adolescents de façon générale mais non pas de façon individuelle, de se dire ok cet adolescent là… ?!

Donc pour l'instant, il n'est utilisé qu'à visée personnelle.

On ne tire pas de chiffres de ça.

Ok et donc vous regardez le questionnaire d'habitudes de vie et vous en discutez avec le jeune, c'est ça ?

Oui c'est ça. Enfin s'il y a quelque chose dessus. S'il marque que tout va bien, pas spécialement mais …

Et vous avez l'impression que c'est plus un vecteur d'éducation à la santé donc de prodiguer des conseils sur l'alimentation ou ce genre de choses ou que c'est plus axé psychosocial ?

Un peu des deux, fin je trouve que c'est un peu lié aussi. Les deux sont assez liés.

Moi j'ai plusieurs questionnaires ici et pour moi, il y a les deux aussi donc… « te sens-tu souvent seul ? » ça ouvre la porte à la discussion et à voir vers qui le jeune ou l'enfant pourrait se tourner. Voilà donc je pense qu'en fonction des réponses, ça ouvre différentes portes et le médecin fait ce qu'il lui semble bon, à partir du questionnaire.

Donc pour vous, ce questionnaire d'habitudes de vie est suffisant ?

Au niveau individuel, … en tout cas, il ouvre une série de portes. Alors, la question doit-il être standardisé ou pas, il me semble qu'il peut y avoir une partie standardisée et cette partie standardisée, elle peut être utile pour avoir des données par rapport à … pour peut-être les intégrer dans le cadre du recueil de données sanitaires en PSE. Il peut aussi y avoir une partie libre parce qu'en fonction de la population sous tutelle, on ne s'adresse pas forcément de la même manière, peut-être. Voilà il y a des habitudes, il faut aussi que le professionnel se sente à l'aise avec la manière dont les questions sont posées donc il y a une partie qui peut rester libre. Et alors, il faut voir la pertinence de, je pense, qu'est ce qui est… quelle information doit être, a du sens ou de l'intérêt à être collectée dans le cadre d'un recueil sachant qu'il y a aussi d'autres… il y a l'enquête HBSC par exemple qui est là tous les 4 ans donc il y a toute une série de données qui sont intéressantes, soit qui existent déjà, soit qui pourraient exister et voir quel est la meilleure manière de les collecter, quel est le… voilà, est ce qu'il faut forcément quelque chose de systématique ? Est-ce qu'il faut de temps en temps des enquêtes ciblées, est ce que ça a du sens de faire tous les ans ? Là il y a une réflexion à avoir pour savoir si… est-ce que systématique, pas systématique dans le temps, systématique, pas systématique par rapport à la population en Fédération Wallonie-Bruxelles ?

J'avais une autre question. Par exemple, dans votre service PSE, ce questionnaire d'habitudes de vie ils le complètent à la maison ? ils le reçoivent avec l'anamnèse et ils doivent le compléter à la maison ou ça se fait dans la salle d'attente ou … ?

Dans la salle d'attente, voire dans la cabine, quand ils se changent, qu'ils attendent leur tour.

Parce que par exemple, moi, j'ai fait tester l'outil dans un service PSE de Woluwé et ce n'était pas le cas. Ils ne…

Mais il y a une grande hétérogénéité entre les différents PSE.

C'est quand même souvent dans la salle d'attente que ça se complète.

Et ça se passe bien ? Parce que moi j'ai fait tester l'outil en salle d'attente justement et c'est vrai que c'était compliqué autant au niveau du bruit que du fait qu'ils étaient interrompus parce qu'on venait les chercher pour les consultations et aussi la proximité physique avec les uns et les autres faisait que, je comprenais tout à fait qu'il y ait des fois où… c'est quand même des questions fort intimes et d'y répondre comme ça alors qu'il y a quelqu'un à coté de soi ce n'est pas nécessairement facile.

Oui, fin ça dépend un peu des âges. Moi j'en ai beaucoup qui font dans la cabine. Ou quand ils attendent derrière et qu'ils sont juste à trois mais là, c'est à leur choix, ils peuvent s'enfermer dans leur cabine. Parce qu'il y a la salle d'attente et puis les cabines, puis il y a un couloir où ils attendent et donc ils peuvent tout à fait choisir de rester dans la cabine ou d'aller sur le banc avec les autres.

Ok. Bon du coup on va regarder un peu le questionnaire.

Mais j'ai l'impression que, ce qui est sur ce questionnaire quand on pose la question avant de regarder le questionnaire « comment ça va à la maison ? comment ça va à l'école ? », selon moi les points ressortent naturellement.

Ils le disent ?

Oui, tout à fait. Donc en général, je trouve que poser cette question de façon ouverte évidemment, il ne faut pas demander « est ce que tout va bien ? » mais « comment ça va à l'école ? comment ça va à la maison ? » je trouve que, quel que soit l'âge, ca ouvre beaucoup de portes parce que on a souvent l'apriori « oui mais ils vont pas dire, ils vont se cacher » mais on voit tout de suite nécessaire qu'une petite mimique du visage qui montre que un des deux ne va pas ou … Moi je trouve que ça ouvre beaucoup de portes ces deux questions-là.

Oui, je suis entièrement d'accord avec Sophia. En fait, mais là je parle avec ma casquette d'ancien médecin PSE, quand on ouvre la porte en consultation « tiens et toi comment ça va dans ta vie ? est ce que tu te sens bien pour l'instant ? », ceux qui ont envie de parler, à ce moment-là, ils se lâchent. Ceux qui n'ont pas envie de parler, je pense qu'il ne répondra pas mieux à un questionnaire parce que c'est qu'ils ne sont pas prêts. Si, lors du bilan de santé, il y a un œil bienveillant avec « tiens, comment tu vas toi ? », ceux qui ont envie de parler ils s'engouffrent là-dedans.

Oui et il y en a beaucoup.

Moi j'avoue que ce qui me dérange un peu, c'est que j'ai l'impression que tous les médecins n'ont pas cette conscience là de poser la question «et toi comment tu vas ? ». Je suis allée quand même dans pas mal de services PSE et c'est vrai qu'il y a des médecins qui me disaient « écoute, on n'a pas le temps de commencer à leur demander comment ils vont. Et du coup, je trouvais ça dommage et je me suis dit qu'en fait, le jeune bénéficie d'une prise en charge qui va dépendre du médecin sur lequel il va tomber, du service PSE dans lequel…

Oui surtout du service parce que les services n'ont pas les mêmes moyens.

Oui et du coup je ne trouve pas ça égalitaire dans le sens où tout le monde devrait bénéficier de la même chose et tous les adolescents devraient bénéficier de la même prise en charge psychosociale. C'est vraiment ça qui me… donc moi je trouve ça super qu'il y ait des médecins qui le fasse et qui posent la question mais il y en a qui ne le font pas et du coup…

Mais normalement, ils n'auront pas nécessairement plus le temps…

Ceux qui n'ont pas le temps de poser la question, ils n'auront pas le temps de dire…

Oui, ça on est tout à fait d'accord et ils me le disaient aussi.

Et donc là on est face à un problème plutôt de moyens où des services ont davantage de moyens parce que leur pouvoir organisateur met davantage que la subvention actuelle mais on a hérité d'un secteur qui a été sous-financé pendant des années, ça c'est clair. Et voilà, il y a une très grande hétérogénéité. Le statut du médecin n'est pas le même ou la manière de rémunérer le médecin n'est pas le même partout. Certains sont payés à l'acte, certains sont payés à l'heure, certains sont employés tandis que d'autres sont indépendants, certains sont même fonctionnaires. Donc en fonction de tous ces paramètres, la situation peut être très très différente.

Oui et c'est ça qui est… pas juste, pour les adolescents en tout cas. Mais bon voilà…

On en est conscients.

Alors, en ce qui concerne le questionnaire, est ce que les rubriques donc il y avait 7 rubriques, est ce que ça vous semblait pertinent ?

Alors moi première remarque c'est que j'ai trouvé qu'il était très long parce que le temps de… et aussi en nombre de pages parce que c'est quelque chose qu'il faut imprimer.

Après là, c'est évidemment qu'on a fait en plus grand parce que c'est pour nous…

Et il y avait des questions qui étaient fort fort similaires aussi. Dans le contexte de… parce que finalement le but du questionnaire c'est d'ouvrir une porte, ce n'est pas de donner toutes les réponses. Donc par exemple, là pour le corps (cible la question n°9), je trouve que les 5 questions pourraient être comprimées en une. Parce que l'idée c'est d'ouvrir la porte s'il y a un mal-être par rapport à l'image de soi donc dans le contexte de la visite, la subtilité d'une phrase par rapport à l'autre ne va pas changer quelque chose. C'est plutôt ouvrir la porte pour après pouvoir en discuter après avec l'élève. Je trouvais aussi que par exemple la question n°7, pour des élèves, alors en tant qu'adultes… Alors savoir si des élèves m'ont volontairement poussé ou donné un coup, un coup de poing ou un coup de pied, en tant qu'adulte, je trouve que subdiviser en tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord, on le comprend mais un élève de 6ème primaire qui ne va jamais cocher tout à fait d'accord pour « on m'a volontairement poussé… ». Je pense que le terme ici ce serait plutôt, pour des enfants, ils vont être perturbés à mon avis par le fait d'être d'accord, est ce que je suis en train de dire que oui on peut me pousser ou… ? ça devrait plutôt oui, non, une fois par semaine ou fin voilà mais pour des enfants, ces termes là je les trouve …

D'accord. C'est les termes qui vous dérangent ou plutôt… ?

C'est l'échelle tout à fait d'accord etc. J'ai l'impression que, je me mets à la place d'un enfant de 6ème primaire, il va être choqué de se dire « on me demande si je suis d'accord qu'on me tape ? » et même chose pour d'autres questions, par après où…

Et est ce que par exemple ca vous semblerait plus facile pour eux de faire juste une colonne entre guillemets oui c'est arrivé ou non ce n'est pas arrivé ?

Oui ou souvent…

Oui ou une échelle de fréquence alors ?

Oui, une fois par semaine, une fois par mois. Aussi les phrases sont très longues je trouve pour des élèves. Parce que je ne sais pas si vous savez, il y a des façons de rédiger les choses en fonction du diplôme qu'on a. Pour des élèves de 6ème primaire parce que je pense que c'est l'âge le plus jeune que vous aviez, ça peut être parfois des phrases un peu complexes, un peu… (regarde la question n°8)

Dans la consigne ?

Oui, dans la consigne et dans les phrases en soi aussi. Quand il y a beaucoup de phrases qui se ressemblent, ils vont se demander « mais pourquoi on me pose 5 fois la même question ? alors qu'en fait, nous on voit peut-être la subtilité d'une phrase à l'autre mais eux, pas. Ça doit être vraiment simple, le moins de mots compliqués pour un enfant.

Et est-ce que ça vous semblerait plus intéressant que ce soit des questions ouvertes ?

Oui !

Oui, tout à fait. Moi je dirais « comment te sens-tu ? », je la limiterai peut-être à ça, en précisant un petit peu.

Oui éventuellement une question ouverte comme ça et puis après juste quelques questions fermées pour cibler les choses.

D'accord.

Parce qu'il y a peut-être des choses auxquelles on n'a pas pensé et qu'il aurait mis dans « comment te sens tu ? ».

Mais en fait, par exemple, je ne sais pas si vous avez vu mais donc il y a une dernière partie « expression de soi » et c'est vrai que je tenais à ce qu'il y ait une partie ouverte où le jeune pouvait vraiment « voilà je me sens bien ou je me sens pas bien » et c'est vrai que cette partie là a été super bien … voilà ils étaient clairs dans ce qu'ils voulaient signifier, il y en a qui me mettait un grand sourire et qui me disaient « je suis très heureux » et puis il y en a d'autres qui me mettaient « ca ne va pas, papa et maman ne me comprennent pas » fin des choses très … donc c'est vrai que quand j'ai vu ce que ça donnait une question plutôt ouverte où ils étaient libres de… que ça donnait des choses plus intéressantes que parfois de cocher des cases. Mais je me suis aussi dit que…

Et pour des enfants de 6ème primaire, je pense que ce qui peut aussi marcher ce sont les émoticônes, tiens « comment te sens tu le plus souvent ? » et alors le sourire… mais ça (en montrant le questionnaire), ça me semble plus compliqué, certainement pour la 6ème primaire. Après 4ème secondaire, oui. 2ème secondaire, ça dépend de quel public on a. Si on a un public un peu plus précarisé, ça ne me semble pas forcément simple.

Une des choses par exemple c'était de ne pas mettre de mots composés de trois syllabes, c'était déjà trop long pour eux.

D'accord. Il y avait évidemment des termes de vocabulaire pour lesquels ils demandaient des explications et donc j'avais, normalement, modifié tout ça donc le vocabulaire doit être plus ou moins accessible pour grande majorité d'élèves parce que j'avais quand même eu des élèves de différents secteurs scolaires.

Oui l'expérience du terrain avec le questionnaire prime sur… voilà, moi je n'étais pas là.

(Elles regardent le questionnaire)

S'il y a des questions qui vous semblent peut-être moins pertinentes, n'hésitez pas.

Ici, ça me semble quand même fort proche aussi, « je suis terrifié à la pensée d'être trop gros » et « je suis préoccupé d'avoir trop de graisse sur le corps ».

Oui elles se ressemblent très fort ces deux-là.

« Le désir d'être plus mince me préoccupe » … Une des choses qui pourrait se faire peut-être c'est d'avoir finalement quelque chose de beaucoup plus basique et puis en fonction, d'avoir des échelles à proposer si on doit approfondir un problème. « Tiens, je suis préoccupé par ce que tu me dis là (supposons que ce soit par rapport aux comportements alimentaires), serais-tu d'accord de compléter cette échelle avec moi ? ça m'aiderait à mieux comprendre ton problème ? » et alors là on sort un outil plus développé mais je pense que faire un outil de screening général qui est très large c'est compliqué dans le secteur PSE où on a effectivement peu de temps par élève, où il y a aussi éventuellement une vaccination à faire, où il y a encore éventuellement d'autres choses dont il faut parler, s'occuper. Et je pense que ce qui est plutôt adapté, c'est d'avoir un outil de screening rapide mais qui ouvre la porte à dire « tiens, serais-tu d'accord qu'on aille un petit peu plus loin pour que je comprenne bien ce qu'il se passe et puis que je puisse voir comment je peux t'aider ? »

Oui parce qu'en plus, l'objectif du questionnaire c'est vraiment entre guillemets, que ce soit le vecteur d'ouvrir la parole et que ce soit avec l'infirmière ou le médecin mais que ce soit une porte d'entrée à lui demander « comment ca va ? » et lui dire « voilà là je vois qu'à l'école, il y a quelques soucis avec tes copains » ou … de se dire à ce niveau là ca a l'air de ne pas aller et puis de le questionner de façon orale et d'ouvrir la discussion.

Moi je suis moins … à voir mais l'idée de ressortir du coup un autre document en disant « on va remplir celui-ci ensemble » j'ai un peu l'impression que… je pense qu'il vaut mieux le contact humain de la conversation et de lui demander… j'aurais un peu l'impression de me cacher derrière une autre feuille. Un peu comme le cliché des consultations où on est sur l'ordinateur et on n'écoute pas ce que le patient dit, on écrit directement ce que la personne nous dit. J'aurais plus peur de ça mais ça peut être utile dans certains cas donc… Mais pas systématisé

à chaque fois, j'aurais dit privilégier la discussion parce que pour une question de confiance aussi, que l'élève qui se sente bien ait une discussion humaine, c'est toujours mieux que quelques questions mais je pense que ces questions là sont peut-être à avoir en tête pour la personne qui parle avec l'élève et donc je pense que ça pourrait être utile plus comme pense bête pour la personne qui parle pour ne pas oublier peut être certains points, on ne sait jamais que… mais qui peut être utile à faire avec l'élève dans certains cas. Mais je dirais, le 2ème outil à sortir plus au cas par cas.

C'est vrai que si je réfléchis aussi, rien que les anamnèses par exemple c'est une page recto verso et bien rien qu'avoir le temps de lire ça en consultation et d'avoir l'œil attiré vers « outch il faudra que je parle de ça avec lui, il faudrait que je parle de ça avec lui » et puis en même temps l'examen et puis en même temps… Si l'objectif est de pouvoir voir tiens qu'est ce qu'il faut creuser dans l'entretien, alors c'est vrai que c'est très long et très lourd parce que le feuilleter pour se dire « ok, il faut que je parle de ça et de ça », en soi ça va déjà prendre un certain temps.

Oui et si jamais on n'a vraiment pas le temps… ça arrive que le bus est là et il va partir et c'est déjà arrivé que le bus parte sans les élèves parce qu'ils étaient pas descendus à temps. Donc c'est vrai que ça peut arriver que pour certaines choses, fin chez moi ça arrive que du coup l'infirmière revoit l'élève à l'école ou des choses comme ça donc ça peut être aussi dangereux d'ouvrir une porte qu'on ne peut pas travailler au moment même, selon l'intensité du problème. Ou de trop l'ouvrir ou juste avoir le signalement pour avoir ça en tête pour si jamais on n'a pas le temps de le faire à ce moment-là, voir avec l'infirmière et qu'il soit revu à l'école. Mais peut être pas trop ouvrir dans le détail pour avoir cette possibilité-là. Pas que l'élève se retrouve d'un coup, que ça ouvre quelque chose d'horrible et qu'il se retrouve tout seul avec ça.

Bien-sûr. C'est pour ça qu'on avait aussi pensé mais c'était une proposition, de mettre à la fin du questionnaire les permanences de l'infirmière scolaire ou les permanences de la psychologue ou le numéro de téléphone ou site internet du PMS ou ce genre de choses mais qu'il ait entre guillemets des contacts que lui, puisse solliciter de façon autonome et volontaire des organismes qui pourraient l'aider dans sa problématique. En fait, soit ce serait mis dans le questionnaire soit je ne sais pas, le médecin ou l'infirmière pourrait donner un petit papier en lui disant « voilà si tu veux moi je viens tel jour à l'école, si tu veux on peut se fixer un petit rendez-vous à ce moment-là pour en rediscuter » et…

C'est ce qu'on fait en général.

Ah oui d'accord. Et vous auriez l'impression que l'infirmière aurait plus le temps que le médecin pour discuter de ça ?

En dehors de la visite, oui d'office, ça c'est certain.

Et lors de la visite, pas ?

Ça dépend.

Ça dépend des organisations en fait. En général, elles font la biométrie…

Parfois, elles parlent un petit peu. En fait, ça dépend un peu lequel est en avance par rapport à l'autre. Ça peut m'arriver d'attendre l'élève suivant, ce qui me laisse plus de temps voilà mais ça peut arriver que ce soit plutôt l'infirmière qui du coté biométrie attende que le médecin ait terminé du coup a un petit peu plus de temps avec l'élève suivant.

Et parfois, ils sont plusieurs aussi dans le local donc ce n'est pas le lieu propice pour en parler parce que l'infirmière est avec trois élèves qui font le test de vue, etc.

Même en 6ème primaire et 2ème secondaire ?

Chez nous, pas mais je ne sais pas… Je ne mettrais pas ma main à couper qu'il n'y ait pas des centres où ça se passe comme ça parce que je pense qu'il y a une telle hétérogénéité que… Sur les grands, je dirais que ça se passe plutôt peu mais je ne garantirais pas que ce n'est pas le cas dans certains services.

D'accord. Donc parfois ça ne permet pas non plus qu'il y ait un lieu de parole nécessairement étant donné qu'il y a d'autres élèves dans la pièce ?

Avec le médecin, ils sont toujours seuls.

Oui avec le médecin oui mais avec l'infirmière, pas.

Avec l'infirmière, je pense que ça dépend. Ça peut l'être…

Ok.

Par rapport à l'idée de mettre les coordonnées sur le document, j'en vois moyennement l'utilité vu que le questionnaire ils le remettent.

Oui, fin ce serait un bordereau qu'on déchire à la fin ou un document qu'on joindrait.

Ah oui d'accord. Ou on pourrait imaginer une petite pile qu'on laisserait dans les cabines dans laquelle ils pourraient se servir s'ils veulent. Mais en général ils connaissent assez bien… j'ai la sensation mais maintenant, je ne mettrais pas ma main à couper partout mais j'ai l'impression que les élèves connaissent le PMS mais l'infirmière, l'assistante sociale et la psychologue du PMS sont fort présentes dans les écoles donc en général, ce sont des têtes qu'ils connaissent.

Je pense que ça, ça dépend des endroits.

Oui c'est vrai…

Et parfois, ça peut être stigmatisant aussi, certains peuvent avoir… donc parfois un service extérieur, des coordonnées d'un service extérieur, un centre de planning familial par exemple, c'est utile parce que ce n'est pas aller dans le local de la psy de l'école où tout le monde voit qu'on en sort. A la limite, quand on rentre, on peut faire attention à qui il y a dans les couloirs. Quand on sort, ça, c'est plus compliqué.

Ok. Est-ce que vous auriez l'impression que de les faire compléter le questionnaire dans un autre endroit par exemple à l'école ce serait plus opportun ? Ou en secteur PSE ça vous semble cohérent ?

Ça dépend de l'objectif. Qui va les lire après si on les complète à l'école ? C'est à destination de qui ? Pour en faire quoi ?

Donc ce sera à destination de l'infirmière scolaire donc toujours au secteur PSE mais ce serait juste qu'on le ferait compléter dans un autre endroit que la salle d'attente ou la cabine.

Je ne sais pas…

Je pense qu'il y a la manière dont on annonce le questionnaire, dont on en parle, dont on l'introduit qui change la manière dont on répond. Et donc si on le fait dans les écoles, l'introduction va être laissée à la discrétion de l'enseignant peut être fin probablement et selon la manière dont la personne va le présenter, peut être que ce sera fort différent. Alors ça m'étonnerait très fort que l'enseignant laisse du temps scolaire pour le faire. En 6ème primaire avec le CEB, déjà quand on leur demande… et en secondaire, ce sont tous des professeurs différents donc quel professeur va prendre la responsabilité…

Oui ils devraient faire ça en titulariat ou dans ce genre de choses, dans un moment où ils sont avec les titulaires.

Oui et puis comment garantir la confidentialité aussi vis-à-vis de l'enseignant ?

Et à la maison, vis-à-vis des parents qui peuvent tomber dessus.

Donc ça me semble plus compliqué de garantir l'anonymat fin la confidentialité et de pouvoir présenter clairement et justement les objectifs. Parce que je ne suis pas certaine du tout que l'enseignant s'appropriera suffisamment les objectifs que pour les transmettre de manière juste ou de pouvoir répondre aux questions.

Moi je trouve que dans la cabine d'essayage, c'est encore le meilleur… parce qu'en plus, c'est frais dans leur tête. Ce n'est pas quelque chose qu'ils auront répondu il y a un mois parce qu'en plus la visite a été annulée à cause d'une grève et que finalement, on les voit six mois plus tard.

Et puis ils étaient déprimés parce que la petite copine les avait largués ou l'inverse et trois mois après, les informations ne sont plus du tout d'actualité.

Et puis entre temps, il y a peut-être des choses mauvaises qui sont arrivées aussi entre temps qui ne sont pas dans le questionnaire. Au plus c'est récent, …

Entre temps, les parents ont décidé de divorcer

Et il a raté son examen de math le jour même.

Ok. Alors est ce que ça vous semble cohérent de l'utiliser de façon individuelle donc au niveau du bilan PSE mais aussi de façon collective ? Ça vous semblerait intéressant d'avoir des données comme ça par école ou par … pour que par exemple le planning familial soit appelé pour faire une séance d'informations sur une telle problématique ou pas ?

Ça peut l'être effectivement pour un service PSE dans la définition des priorités ou des activités qu'ils ont envie de mettre en place, ça peut être intéressant à l'échelle du service mais c'est déjà le cas. Normalement les questionnaires d'habitudes de vie peuvent déjà servir à cela. Si le médecin scolaire constate que toute la classe de 6ème manifeste un mal-être général ou peut être à l'échelle de toutes les classes de 6ème primaire de cet établissement là donc c'est intéressant, je pense que certains services le font déjà ou essaient d'utiliser les données que ce soit du questionnaire d'habitudes de vie, que ce soit l'anamnèse voilà pour définir leurs activités. Voilà c'est déjà en partie le cas. En tout cas, les services que le souhaitent ont déjà la possibilité de le faire avec des instruments qui existent. Alors qui ne sont pas aussi détaillés mais qui couvrent aussi d'autres domaines comme justement le sommeil, l'alimentation, le tabac, les assuétudes...

Ok. Est-ce qu'il y a des choses que… ? Donc on a parlé du fait de raccourcir le questionnaire et peut être faire des questions ouvertes, il y a d'autres choses qui vous sembleraient intéressantes d'améliorer ?

De fait, les smileys je pense que ce serait… mais même pour les grands.

Oui donc la simplification peut être que c'est utile d'avoir une version… être en 6ème primaire ou 2ème secondaire ce n'est pas le même âge donc peut être avoir deux versions différentes

Ou une simplifiée. Si c'est suffisamment pure, ça peut donner pour les deux peut être. Mais à voir… Enfin je ne sais pas ce que t'en penses ? (regard vers Mme Ribesse)

Redis une fois

Selon la simplification des questions, ça pourrait être pour les deux.

Oui.

Parce que des questions ouvertes par exemple, ça ça pourrait … Mais il y a peut-être des choses à creuser en … c'est vrai que que chez les grands, il y a moins à creuser. Au niveau assuétudes en 6ème primaire, …

Oui c'est ça, par exemple ce genre de questions, on avait pensé à retirer… Et par exemple, ça, ça vous semblerait intéressant malgré le questionnaire d'habitudes de vie ? Parce que je suppose que ça, c'est des choses qu'on aborde dans le questionnaire d'habitudes de vie.

Oui

Oui

Oui donc ça, ce ne serait même pas utile dans le cadre de…

En fait, ça vaudrait peut-être la peine de voir… plutôt que de multiplier les outils, là c'est peut-être même une remise en question mais de voir s'il y a pas dans le questionnaire d'habitudes de vie, peut être un développement un petit peu plus grand à avoir par rapport à … Et donc de faire des suggestions finalement en disant « ben, dans le questionnaire habitudes de vie, il y a quand même tel et tel aspect santé mentale qui manque et qui mériterait d'être exploré » et alors de faire toute une série de suggestions par rapport à la manière dont ça pourrait être abordé. Donc ça c'est une proposition. L'autre ce serait peut-être quand même de vérifier les … Non si l'objectif est vraiment au niveau individuel et au niveau des activités que le service peut mettre en place ou que le centre PMS peut mettre en place au niveau de l'école, alors la remarque que j'allais faire par rapport à HBSC qui est plus par rapport à des données au niveau politique de santé générale n'est pas à propos. Oui voilà moi je garderai en tête quand même que le temps est limité, qu'il y a aussi d'autres … Je pense par exemple chaque fois que le médecin

se dit que le jeune a été passé un ou deux mois de vacances au maroc, au niveau de la communauté, idéalement, il devrait lui faire passer la check list tuberculose aussi. Fin bref il y a… le temps est limité, il y a aussi d'autres dimensions qui sont à explorer …

Les mutilations génitales aussi…

Les mutilations génitales féminines… Si on pense qu'on a… Donc c'est vrai que si on doit couvrir tous les aspects, on ne sait pas donc l'objectif, je pense, doit être de très rapidement cibler est ce qu'il y a un problème avec cet enfant ?, qui mérite d'être exploré ? et quelle est la meilleure manière de l'explorer si on a mis le doigt dessus?

Et du coup, si on choisissait par exemple des thèmes bien précis qu'on aborderait par exemple avec des questions ouvertes mais de façon très courte dans le questionnaire d'habitudes de vie et qui ouvrirait le lieu de parole, il y a des thèmes en particulier qui seraient plus intéressant et que, via votre expérience, … ? A mon avis, au niveau de la relation aux autres, je pense que ça, c'est d'office … Personnellement, je trouve que c'est important.

Mais pour moi le « comment te sens-tu ? » ça couvre tous les aspects parce que parfois, on a dans l'anamnèse, des choses très ciblées et donc parfois dans l'anamnèse parentale, on voit séparation parentale donc on se dit le pauvre, machin et tout. Et on lui demande « et comment ça va ? » et il répond « ça va super bien » avec un grand sourire et « et à la maison, comment ça va ? » « Ah ça va super bien » de nouveau avec un grand sourire. Et donc je dis « tiens, je vois que tes parents ont mis qu'ils étaient séparés, comment ça va par rapport à ça ? » « Ah ben c'est bien parce que avant, ils se gueulaient toujours dessus ». Donc il y a aussi, j'ai l'impression qu'à partir du moment où ils se sentent bien, est ce que… voilà. Mais c'est une question voilà parce que je me dis à quel point il faut creuser les autres choses s'il se sent bien. Je ne dis pas qu'il ne faut pas… voilà mais à réfléchir mais…

Peut-être quand même, je suis d'accord avec toi, je pense que ça ouvre vraiment les portes mais parfois, on peut se sentir un peu pris au dépourvu devant quelque chose qui est trop large donc j'aurais peut être tendance à proposer des sous-dimensions. Et ces sous-dimensions je trouve qu'elles sont bien dans les 7 volets…

Ok donc la grosse question ce serait « comment te sens-tu ? » mais avec différentes thématiques par rapport à ton corps,…

Par rapport à tes amis

Attention parce qu'un enfant qui n'a pas d'amis, il va peut-être pas … On pourrait mettre plutôt « par rapport aux autres enfants de ta classe ». Je ne sais pas, je réfléchis à voix haute, vraiment.

Oui ou il peut avoir un groupe d'amis mais avoir quand même quelques problèmes par rapport aux autres enfants.

Ou au niveau de l'entourage, ça peut être le cas aussi, ça peut être un cousin ou quoi..

Donc effectivement, quelque chose d'ouvert ou de relativement simple avec des smileys, des choses comme ça et puis des dimensions quand même pour orienter parce que à ce moment-là, sinon je me dis, si justement il vient de bien rire avec ses copains, il va peut-être pas penser qu'à la maison, c'est compliqué donc d'aborder quand même les différentes dimensions qui m'ont l'air bien circonscrites dans le questionnaire.

Après, je pense qu'il y a aussi une mise en confiance et ça c'est dans le rapport humain, c'est pas par un papier quoi. Je remarque, j'ai l'impression d'avoir souvent parce que quand je commence à les examiner, pendant que je les examine, quand je regarde les oreilles parce que je suis proche physiquement, « ah et comment ça va à l'école ? » alors en plus en 6ème « et ça va le CEB et tout ? » et « et à la maison, comment ça va ? », ils ne disent rien et puis je continue l'examen médical et à la fin, en général, je termine par « tiens, est ce que tu as des questions sur ta santé ? » et là par contre, il y a des choses qui ne sont pas de la santé qui parfois ressortent parce que, entre temps, ils ont vu que je m'intéressais à comment ils allaient, on s'est un petit peu connu du fait de l'examen médical et puis à la fin, quand je repose une question, il y a parfois des choses de la maison qui ressortent. Mais il y a eu besoin de cette petite mise en confiance qu'ils n'avaient pas au début mais j'ai l'impression que parfois, si je ne pose pas la question au début, ben à la fin ils sont surpris par la question aussi et ils se disent que c'était trop précipité. Je ne sais pas…

Ok de toute façon, il faut qu'il y a une relation de confiance entre le professionnel et l'élève, ça c'est clair que sinon, il y a rien qui ressortira.

Quand bien même, il aurait eu envie de parler et qu'il aurait écrit quelque chose, si le médecin commence à dire « ah tiens, je vois que … » c'est…

Ça remet de la distance en fait ce papier ? Ça c'est vrai que c'est un désavantage. Ok, je pense que nous allons clôturer ici. Il y a encore du boulot mais merci de votre aide.

Mais voilà, ce n'est jamais que nos avis, ce sera certainement intéressant d'avoir encore d'autres avis.

Oui mais c'est vrai qu'il y a certaines choses qui reviennent régulièrement, par exemple la longueur donc moi qui ne suis pas du secteur PSE, c'est vrai qu'il y a des choses auxquelles je ne pense pas et donc c'est ça qui est intéressant aussi, d'avoir le retour de personnes qui travaillent dans le milieu.

Et peut être demander à quelques services les questionnaires habitudes de vie parce qu'ils sont différents d'un service à l'autre donc voir un petit peu ce qu'ils couvrent…

Oui parce que par exemple, j'ai rencontré la directrice d'un service PSE de Jolimont et là-bas, dans l'anamnèse, il n'y avait rien qui abordait la santé mentale et le bien être et il n'y avait pas de questionnaire d'habitudes de vie. Et elle me disait « ben c'est vrai, on ne le fait pas » donc voilà de nouveau, sur le terrain, ce n'était pas fait donc d'un service à l'autre, de nouveau c'est différent…

Il faut voir maintenant, peut être qu'en leur ayant rappelé ça, ils vont ajouter…

Oui, peut être (rires).

Mais c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses à couvrir quoi en quelques minutes

Oui en peu de temps et ça c'est la grosse contrainte, le temps et l'organisation … et les moyens.

Et donc c'est vrai que pour moi, l'objectif doit être une ouverture de porte, de pouvoir voir assez rapidement là où ça coince et puis il faut creuser

Il faut avoir le temps de creuser…

Oui. Bon merci beaucoup.

➢ Retranscription entretien médecin coordinatrice PSE Hainaut

Alors, je vais commencer par vous expliquer un peu l'objectif de mon mémoire de façon générale. Donc en fait, l'objectif c'était de créer un outil que les services PSE pourraient utiliser, un outil que les adolescents de 6ème primaire et 2ème secondaire compléteraient pour qu'on puisse évaluer leur santé mentale. Et donc avoir surtout des données autorapportées de leur part et non pas de leurs parents comme on peut l'avoir parfois dans les anamnèses médicales. Donc j'ai fait tester l'outil sur 303 adolescents au sein du service PSE de Mme Vermeeren, ça m'a donné certains résultats et donc j'ai remodifié le questionnaire et c'est ce questionnaire là que vous avez et pour lequel on va un peu s'intéresser aujourd'hui. Ma première question c'est de savoir un peu quel est votre parcours professionnel au niveau du secteur PSE.

Moi, je travaille en PSE depuis beaucoup d'années, 1991 donc j'ai toujours travaillé dans ce PSE ci et bon il y a eu beaucoup de va et vient. Fin 1991 c'était encore dans le cadre de l'ancien décret puisque le décret actuel date de 2001. Donc là ca a été un peu une révolution, le nouveau décret a quand même changé très très fort le travail des PSE et pour moi, l'a beaucoup amélioré. Ce n'est plus du travail à la chaîne, c'est une prise en charge quand même plus profonde de l'enfant, de l'adolescent, de la problématique. Je trouve qu'on fait un travail de bien meilleure qualité qu'on ne le faisait auparavant. Et puis, je suis médecin coordinateur de ce service depuis 2005 mais voilà, la direction a mis du temps à partir de 2001 à mettre en place la coordination médicale donc voilà.

D'accord. Au travers de votre fonction et de vos consultations, quel regard vous portez sur la santé mentale des adolescents ? Qu'est ce qui ressort de votre expérience en tant que médecin scolaire dans un secteur PSE ?

Il faut quand même bien dire qu'on n'a pas énormément de temps pour vraiment s'intéresser à la santé mentale. Maintenant, avec l'expérience que je pense avoir avoir, il faut plutôt capter des petits éléments qui sont interpellants dans ce qui dit l'adolescent ou dans ce que … Fin je vais te donner un exemple. Mardi passé, donc j'avais une jeune fille de 2ème secondaire qui vient du Collège de Bonne Espérance qui est une école… fin c'est une bonne école, un bon niveau, c'est dans des milieux familiaux qui fonctionnent en général bien et il y a évidemment des exceptions. Et l'infirmière m'avait mis une petite note dans le dossier « clara ne veut pas connaitre son poids ». Et donc, or elle était en surpoids et puis je me dis, fin je voulais quand même lui parler de son poids mais je lui dis « tu sais, t'as pas envie de savoir si tu pèses 70 ou 60 kg mais ce n'est pas grave, on va regarder l'évolution de la courbe, ça suffit, c'est ça qui est important. Savoir d'où tu viens. Effectivement tu es en petit peu en surpoids et ça a tendance à s'aggraver » et de là et surtout de ce fait de ne pas vouloir savoir son poids, elle m'a déballé vraiment un vécu familial extrêmement difficile et une détresse psychologique. Donc c'est parfois plus porteur d'être à l'écoute dans nos observations ou dans nos observations et l'écoute qu'on a des jeunes, d'essayer de repérer des petites choses qui … fin je ne sais pas si je peux appeler ça des appels à l'aide mais en tout cas, ils expriment parfois des choses d'une façon parfois tellement bizarre que … Parce que, vraiment, on a quand même très peu de temps pour creuser un petit peu la sphère psychologique et puis moi, je me dis aussi, bon et après ? Parce que, ici, elle m'a expliqué tout son vécu familial difficile, son mal-être. Le papa… Je lui ai tout de suite parlé du PMS. Le papa lui interdit de prendre contact avec le PMS et donc elle me demandait vraiment de faire quelque chose au niveau de l'école. Bon ce qu'on va faire c'est qu'on va essayer de rencontrer quelqu'un de la direction pour que la direction prenne les choses en place, qu'ils essaient de rencontrer les parents ou … Mais, et puis on doit la vacciner au mois de mai, donc je lui ai bien dit qu'au mois de mai, je reprendrais un petit peu de temps à l'école et que je ferai un petit peu le point avec elle. Mais c'est vrai que… Creuser trop la sphère psychologique de l'enfant, c'est … Fin je me dis oui mais qu'est ce qu'on leur offre quand ça ne va pas ? Et là on est quand même assez démunis donc moi je suis extrêmement prudente, je suis plus à l'écoute de petits éléments interpellants. Alors là j'essaie de faire parler le jeune et puis, je prends des contacts… Parfois ils nous arrivent de prendre des contacts avec la famille aussi mais bon, il faut aussi dire que nos partenaires PMS pour qui ce serait … fin ce sont vraiment les missions du PMS. Je trouve qu'ils sont devenus, fin ce n'est pas un jugement, c'est un constat, ils sont devenus très compliqués parce que la démarche doit toujours venir du … fin ils doivent avoir l'accord des parents, sans l'accord des parents, ils ne font rien. Or pour l'adolescent, c'est compliqué d'avoir l'accord des parents parce que souvent la problématique, elle part de la famille, pas toujours mais quand même souvent. Et puis ils comment à avoir leur vie un peu privée, à avoir des choses qu'on ne veut pas dire aux parents ce qui est tout à fait logique à cet âge-là. Donc voilà je trouve que oui, il y a un partenaire PMS, c'est compliqué. Et alors, autre difficulté je trouve de plus en plus fin que j'observe de plus en plus avec les services PMS, c'est qu'il n'y a jamais d'urgence pour eux donc … voilà donc ça me laisse aussi… fin ça m'incite à une grande prudence parce que voilà, toute la sphère psychologique… bon poser beaucoup de questions pour aller parfois jusqu'à démonter des mécanismes de défense ou de compensation, et après ? Moi je ne suis pas psychologue, je ne suis pas pédopsychiatre et c'est pas ma patientèle. Donc voilà, c'est à la fois important effectivement l'anamnèse psychologique, ça doit effectivement… c'est mieux quand ça vient des jeunes et de la famille mais après, qu'est-ce qu'on en fait ?

Oui, c'est aussi un peu le débat autour du questionnaire et de ce qu'on aimerait faire des résultats. Sinon, dans votre service PSE, comment est évaluée la santé mentale des adolescents ? Y a-t-il par exemple dans l'anamnèse médicale destinée aux parents des éléments qui ont attrait à la santé mentale ?

Ah je vais aller vous chercher une anamnèse de 6ème primaire et de 2ème secondaire.

En 2ème secondaire, il y a une partie où on demande que ce soit le jeune qui remplisse mais c'est sur la même … Et en 6ème primaire, on demande ça aux parents mais elle n'est pas très fouillée à vrai dire mais c'est plus l'hygiène de vie en général, les habitudes mais pas comment ils se sentent, ça non.

Je vois qu'il y a quand même « est-il suivi par un psychologue ? »

Ça c'est une question qui est en principe posée aux parents. Ça s'est mis aussi dans la … mais voilà sur son bien-être, on ne pose rien. C'est vrai que dans le décret, il est prévu qu'il y ait une évaluation et on l'a fait pour les 2ème et 4ème secondaire, on l'a fait pendant 2-3 ans mais c'était compliqué, c'était chronophage, on ne faisait pas grand-chose de ce qu'ils répondaient. Eux ne répondaient pas toujours très sérieusement, ils se donnaient le mot et donc on a laissé tomber. Donc en fait, on n'a pas vraiment d'anamnèse psychologique.

Ok donc soit c'est le parent qui complète en 6ème primaire soit c'est l'adolescent en 2ème secondaire ?

Oui c'est la même chose et tu vois, ici on dit bien « nous souhaitons » et ici c'est le parent qui complète mais c'est le même genre de questions. Enfin voilà. Mais on essaie, fin je ne sais pas comment ça se pratique dans d'autres services, j'ai parfois l'écho de jeunes qui étaient parfois scolarisés dans d'autres écoles et qui me disent « oh j'avais peur de la visite médicale parce que j'avais peur de me retrouver avec deux autres copines chez l'infirmière » pas chez le médecin, ils sont toujours seuls. Mais nous, fin ça me parait tellement évident mais l'enfant, le jeune est toujours vu seul que ce soit chez l'infirmière ou chez le médecin a fortiori mais je me demande, bon pour ce que j'ai entendu il n'y a pas si longtemps, si dans certains services on ne les prend pas encore par trois chez l'infirmière. Mais j'en suis pas, voilà il faudrait … Malheureusement les services PSE fonctionnent quand même de façon très inhomogène et c'est dommage mais voilà.

Alors la troisième question c'est de savoir en quoi, selon vous, d'utiliser un questionnaire comme celui-ci ça vous semblerait pertinent pour l'adolescent et surtout, est ce que selon vous, ce serait bénéfique que ce soit pour l'équipe comme pour l'adolescent ?

Mais j'en reviens à ce que j'ai dit au départ, qu'est-ce qu'on en fait ? Parce que c'est pas possible de prendre connaissance de tout ça au moment où le jeune est encore là donc on va en prendre connaissance après et si on se dit « holala ce jeune là il va pas bien » comment tu te sens ?! enfin c'est vraiment inquiétant, on peut pas le laisser comme ça. On n'est pas son médecin traitant donc ça il faut bien l'avoir en tête. Donc première question parce que c'est très complet et très conséquent donc il faudra du temps au jeune pour qu'il le remplisse, enfin ça tu m'expliqueras peut-être comme tu as fait à l'UCL. Donc ça prend du temps. Il faut que le jeune soit bien concentré là-dessus et ne soit pas influencé par ses pairs, autrement c'est pas fiable. Et puis après il faut en prendre connaissance et qu'est-ce qu'on prévoit ? On pourrait se dire qu'on travaille plus spécifiquement avec une classe parce que l'école nous a dit que … fin je sais pas, on pourrait mais voilà, est-ce qu'on a les compétences pour répondre à des questions quand même … ou à des situations inquiétantes. Où est-ce qu'on va caser ça ? Est-ce que ca fait encore partie de nos missions ? Voilà.

Alors dans mon idée et dans celle de mes promoteurs, on avait pensé à faire compléter le questionnaire un peu avant que l'élève voit l'infirmière donc par exemple pendant le moment d'attente mais peut-être pas dans la salle d'attente où il est avec tout le monde. Je pense qu'il y a un temps d'attente entre le moment où il voit l'infirmière et où il voit le médecin

Oui mais nous, concrètement, donc de la salle d'attente ils sont appelés chez l'infirmière et puis ils reviennent dans le petit hall là. Alors au début, ils sont 1 ou 2 et puis très vite, comme chez le médecin ça dure plus longtemps que chez l'infirmière en général, ils sont 10-15 là donc c'est pas propice… ou alors il faut un adulte. Je fais une toute petite parenthèse. On travaille beaucoup avec l'observatoire de la santé du Hainaut et donc régulièrement, ils viennent faire des enquêtes santé, bien être. Pour l'instant, je pense qu'ils font une enquête bien être et donc ils tirent les classes au sort et donc, je pense qu'ils sont encore venus cette semaine ci et maintenant les enquêtes sont sur tablettes, ils sont bien équipés. Et il y a quelqu'un de l'observatoire de la santé qui vient s'asseoir avec eux pour être sur qu'ils soient concentrés, qu'ils n'échangent pas leurs réponses et qu'ils arrivent au bout. Donc mais voilà, il faut du personnel en plus, là c'est trois personnes qui viennent aussi pour que ça n'interfère pas avec le timing de la visite médicale, qu'on ne doive pas prendre en charge. Mais voilà, je me dis, parce que leurs enquêtes sont super intéressantes mais c'est des enquêtes de santé publique, c'est pas pour dépister celui qui ne va pas bien, c'est plus pour généraliser… L'objectif n'est pas le même.

Et donc nous on se disait que pendant ce moment-là, ils pourraient peut-être compléter le questionnaire mais bon évidemment, c'est aussi en fonction du service PSE, de l'organisation, de l'architecture, ce genre de choses qui varient d'un centre à l'autre. Et alors l'adolescent une fois qu'il a completé l'outil, il passe chez l'infirmière ou chez le médecin et le professionnel aurait alors l'occasion de jeter un œil aux réponses et puis d'avoir une petite discussion avec l'adolescent et de pouvoir lui donner certains… donc si on voit que par exemple il y a du harcèlement scolaire ou qu'il se sent pas bien dans sa relation aux autres, de donner des contacts auxquels le jeune pourrait faire appel mais de façon aussi à faire en sorte que ce soit de son initiative et non pas de façon forcée et contrainte. Evidemment, hormis le cas où on voit que c'est un adolescent qui est en gros mal être et qu'il y a un risque profond, là on met quelque chose en place

Oui oui, tout à fait. Comme pour une tachycardie, l'urgence est là.

Mais bon voilà ce sont des choses auxquelles on essaie de penser et qu'on interroge au niveau des professionnels que je rencontre pour voir un peu quelles seraient les manières …

Moi c'est vraiment le temps que ça prend parce que… bon déjà quand l'enfant arrive, fin quand l'élève arrive ici, c'est des 2ème secondaires, il y a quelques vaccins à faire donc ça, ça relève de la responsabilité du médecin de vérifier la demande de vaccination, de voir si effectivement, dans son bilan vaccinal, il y a bien ce vaccin là à faire et puis il faut encoder. Et alors il faut lire toute l'anamnèse, bon ça c'est 4 feuilles A4. Bon la première page c'est pas la plus importante, les antécédents familiaux non plus mais il faut à la fois prendre connaissance de l'anamnèse et c'est toujours dangereux de se dire « oh cet enfant, il vient depuis toujours chez nous, ça va, visites médicales précédentes tout allait bien » mais non il peut toujours y avoir du nouveau et puis voilà parler avec le jeune. Moi, souvent, enfin je trouve, une porte d'entrée facile pour moi c'est « tiens, est ce que tu fais du sport ? en dehors de l'école, tu fais quoi ? », et alors parfois ils disent « ah ben non moi c'est pas possible, je dois vraiment trop travailler », et je dis « et t'es sur que tu dois travailler en 2ème secondaire ? » « ah oui mais c'est parce que mon papa est fort derrière moi » fin voilà…

Oui vous amenez des sujets de façon…

Oui, voilà. Maintenant, je suis loin de faire quelque chose d'aussi complet mais franchement, nous, dans l'organisation, je ne vois pas… le médecin n'a pas le temps de lire tout ça et je ne vois pas trop quand le jeune aura le temps de remplir tout ça. Ça prend combien de temps ?

Environ 20 minutes.

Oui ou alors il y en a qui vont lire quand ils seront déjà passés chez le médecin. Parce qu'en fait, on est terriblement tenu par le timing du bus fin c'est comme ça dans tous les PSE. Et voilà ici, regarde la consultation commence seulement, ils sont arrivés en retard aujourd'hui donc il est 14h, ça commence seulement mais à 15h30 ils doivent tous partis et il y a 20 élèves à voir. Alors ici, exceptionnellement, c'est un trop petit groupe pour trois médecins parce qu'au planning, on avait pas su mettre un plus grand groupe, c'est pour ça que ça m'arrangeait bien que tu viennes aujourd'hui mais oui, 20 à 3 médecins c'est inhabituel mais là on aurait peut être le temps. Mais si on en a 35 à voir pour 3 médecins l'après-midi, …

Oui c'est quelque chose dont il faut qu'on tienne compte.

Oui effectivement.

En ce qui concerne le questionnaire à proprement parler, est-ce qu'il y avait des questions qui vous semblaient moins pertinentes ?

Malheureusement, j'ai pas pu encore trouver le temps. Alors ça, j'avais vu…

(Regarde le questionnaire).

Bon, ça me parait assez complet, assez structuré comme enquête.

Est-ce qu'il y aurait peut-être une rubrique, une problématique que vous auriez abordé en plus ? J'ai par exemple rencontré des professionnels qui m'ont parlé des relations sexuelles et affectives que je n'ai pas abordé dans le cadre du questionnaire et qui visiblement semblent problématiques pour certains.

Je pense qu'on pourrait déjà l'insérer. De nouveau, ça dépend d'une école à l'autre et peut être pas pour les 6ème primaire mais pour les 2ème secondaire, certainement. Ici, je suis certaine qu'ils ont tous 13 ans, 14 ans parce que c'est une bonne école, parce que c'est pas des enfants qui ont doublé mais ce matin, on a vu une école professionnelle, en 2ème en principe c'est encore un degré commun mais j'ai vu beaucoup de jeunes qui avaient 16 ans et qui sont seulement en 2ème. Donc là je pense que toute la sphère sexuelle pourrait déjà être interrogée. Et alors moi peut être parce que ça, le début j'avais eu le temps de lire, je me demandais si c'était pertinent de commencer par ces questions là (pointe les questions sur le tabac, alcool, cannabis).

On les mettrait plutôt à la fin alors ?

Oui, à la fin parce que je me dis oula, aller je prends les petits jeunes qui sont là et qui à mon avis sont loin de toucher à tout ça, fin on peut être surpris et il y a toujours des exceptions mais fin, je me dis, ça va peut-être…

D'entrée de jeu, c'est peut-être un peu trop… ?

Oui trop hard et peut être qu'ils vont se dire « oh mais qu'est-ce qu'on me veut ? » et qu'ils seront peut-être moins sereins pour répondre après. Oui moi cette rubrique là je ne la mettrais pas en premier lieu, en tout cas les consommations. Bon l'activité physique, pourquoi pas, sûrement, oui. Fin voilà.

Il y a des mots de vocabulaire pour lesquels vous avez l'impression que ça poserait problème à certains jeunes ?

Ecoute, j'ai un peu de mal de répondre parce que je te dis que je n'ai pas lu tout. Mais sache que prendre le temps de tout lire et de te renvoyer un petit mail, ça ne me pose pas de problème. A première vue, non mais je veux bien si ça peut t'aider…

Ça a déjà été modifié selon les questions que j'avais eu. Donc il y avait des termes comme brimer, dans la consigne c'était un peu expliqué mais il me posait quand même la question. Voilà il y avait des termes qui posaient problème donc je les avais déjà modifiés dans cette version-là. Parce que ça revenait souvent mais…. Donc voilà normalement c'est censé être du vocabulaire accessible.

Oui et à première vue, je dirais oui. Maintenant… (regarde le questionnaire). Non je pense qu'effectivemment… Je ne vois pas sur quels mots ils pourraient encore s'arrêter.

D'accord. Alors en ce qui concerne les limites et les inconvénients du questionnaire, vous m'avez parlé du temps que cela prendrait mais aussi de l'issue des résultats. Est-ce qu'il y a d'autres inconvénients auxquels vous pensez ?

La fiabilité, quand ils sont en groupe, dans un milieu un peu exceptionnel, ils sont quand même très fort stressés, fin stressés ou… Fin oui c'est quand même du stress parce que en plus, et ça ça ne se fait pas dans tous les PSE mais je sais que les garçons sont très très forts stressés par ça, on fait vraiment un examen complet y compris les organes sexuels parce qu'on trouve encore souvent des varicocèles en 2ème secondaire et même encore en 4ème secondaire. Alors on a essayé de … fin on a fait nous-mêmes des petites affiches sur le cancer du testicule fin voilà pour essayer de banaliser un petit peu le fait de regarder les organes génitaux parce qu'on pouvait trouver des choses … Mais je sais que ça les stresse alors ils se passent le mot et… En général, on a beaucoup de compliance. De temps en temps, s'il y a un kaïd dans la classe qui dit « non, moi, vous ne regarderez pas », on n'insiste pas, on leur explique ce qu'on cherche et … Mais alors il y a parfois une contamination donc le reste de la classe refuse bon soit. Mais je sais que ça c'est quelque chose qui les stresse. Et donc je reviens sur ma pensée. Donc ils sont parfois fort excités, fort… Je trouve qu'on y arriverait mais en prenant du temps, en ayant un local où ils pourraient passer pour se poser un petit peu et y répondre et franchement… Dans nos conditions de travail et dans notre organisation de travail, j'ai un petit peu de mal de voir comment on pourrait l'organiser. Donc le fait que ce soit chronophage, qu'est ce qu'on en fera si… et puis il faut la remplir et il faut la lire et c'est ça qui moi me stresserait un petit peu et avoir fini tout ça dans le timing qu'on connait.

Du coup, est ce que, pour vous, faire passer ce questionnaire à l'école ou dans un autre lieu dans lequel l'adolescent passe, ce serait plus pertinent ?

Oui, ce qui serait peut-être bien c'est que… fin ils arrivent avec l'enquête déjà complétée mais de nouveau, il faut que l'école accepte, il faut… fin… ou alors faire une feuille ici mais il y a le risque de la contamination des parents.

Oui parce que j'avais pensé aussi à une autre solution : à mettre l'outil dans l'enveloppe dans laquelle on reçoit l'anamnèse mais après je me suis dit effectivement si le jeune complète ça à la maison et qu'il se dit après je vais mettre ça dans l'enveloppe et maman ou papa va pouvoir regarder ce que j'ai répondu, je pense qu'effectivement ce sera problématique et il ne répondra certainement pas de façon tout à fait sincère et fidèle. Donc du coup j'avais pensé aussi à un système où il aurait une enveloppe qu'il fermerait et il n'y aurait plus de … mais bon voilà c'est aussi…

Mais dans tes objectifs, toi comment tu vois les choses ? Ça, qu'est ce que le médecin scolaire doit en faire ?

Alors, nous à la base, c'est vraiment pour identifier le jeune qui est en mal-être et d'ouvrir avec lui une discussion, un lieu de parole et puis de lui donner des contacts et donc lui donner la possibilité de faire appel. Donc qu'on puisse aussi lui transmettre des contacts qu'il peut solliciter et donc dans le cas du PSE, on veut simplement ouvrir un lieu de parole, je pense que ce n'est pas le dépister, c'est trop court comme moment voilà.

Moi j'aime beaucoup cette idée de lieu de parole. Mais est ce qu'on peut l'ouvrir ici ? Je pense que non, c'est pas … fin oui on n'a pas la possibilité de le faire. Alors maintenant, cette école ci, je sais qu'il y a des lieux de parole, en tout cas dans les classes de 1ère et 2ème et ils essaient d'avancer avec chaque année scolaire donc qu'il y a des lieux de parole jusqu'en 6ème. Et je pense qu'ils ont mis ça en place avec le PMS donc loin de moi de dire que le PMS est un mauvais partenaire, c'est parce que on a pas toujours les mêmes fonctionnements. Nous, la visite médicale est obligatoire donc on ne se pose pas la question mais eux, leur service il est pas du tout obligatoire, c'est à la demande des parents et donc voilà ça ralentit les démarches mais ils font parfois du très bon travail. Mais je pense que c'est une école où il y a eu du harcèlement scolaire et donc le PMS en aide avec des médiateurs je pense de la Fédération Wallonie Bruxelles a vraiment fait tout un travail avec l'école et ils ont mis sur pied des lieux de parole, fin des classes ou des … fin en tout cas des lieux de parole dans chaque classe animé par le titulaire mais pas toujours et donc là c'est bien parce que je pense qu'avec le temps, l'enfant qui va pas trop bien laissera apparaître certaines choses, est ce qu'il ira jusqu'à dire ce qui ne va pas en cours de route. Mais pas plus tard que mardi, j'ai appris qu'il y avait une classe qui était très frustrée parce que le titulaire ou la personne qui devait organiser ce lieu de parole ne veut pas le faire en disant que l'école ne sert pas à ça, que l'école ça sert à apprendre des mathématiques, fin voilà ça il y aura toujours… J'espère que ça va diminuer parce que je pense que ta génération, fin les générations plus jeunes sont quand même beaucoup plus réceptives … Mais il y a de tout, ce n'est pas nécessairement question d'âge. Et puis je me dis ça c'est un esprit d'école et un esprit au niveau du corps enseignant qu'il faut développer.

Oui c'est vrai. Je pense qu'ils prennent à cœur leur rôle pédagogique mais qu'ils ne veulent pas de ce rôle social.

Oui et maintenant on demande beaucoup à l'école, c'est vrai plus qu'avant mais voilà…

Oui c'est parce que c'est le lieu de vie d'une grande partie de la journée de l'enfant, c'est ça.

Oui oui et donc le lieu de parole ça ça me parle vraiment beaucoup parce que là je trouve que … globalement, nos ados ils n'ont pas … fin ce ne sont pas des malades psychiatriques mais il y a du dysfonctionnement, il y a du mal-être lié à l'adolescence, lié au contexte, parent séparé ou bien en conflit ou bien difficultés scolaires, fin voilà il y a beaucoup de fragilité, c'est un âge où il y a beaucoup de fragilité et donc oui cette enquête elle a du sens mais alors il faut ça débouche sur des lieux de parole mais ça c'est pas au PSE à les organiser. Donc il faudrait peut-être vraiment avoir un travail de collaboration avec les écoles.

Oui parce qu'ici, en termes d'organisation, ce n'est pas faisable.

Mais après, si tu me dis j'aimerais quand même bien venir trois ou quatre fois pour proposer le questionnaire à des jeunes de 2ème secondaire, on peut l'envisager, on verra ce que ça donne, on peut essayer. Si tu me dis j'aimerais avoir deux classes.

C'est parce qu'en fait, en le faisant tester au service PSE de Bruxelles, là effectivement pour ne pas perturber l'organisation des consultations, on faisait ça dans les classes d'attente donc évidemment, les jeunes étaient censés faire ça de façon individuelle mais ca ne se faisait pas, c'était pas dans le calme, enfin voilà ce n'était pas … pourtant les professeurs étaient prévenus qu'il fallait qu'ils fassent régner un minimum de… Mais c'était pas vraiment dans ces conditions-là. Donc c'est pour ça que je pense que faire tester l'outil dans une salle d'attente ça a pu apporter pas mal de choses mais j'ai bien vu que ça avait de grosses contraintes et des inconvénients quand même assez conséquents.

Oui maintenant l'après-midi en général, il y a qu'une salle d'attente occupée donc on pourrait trouver… il y a la deuxième salle d'attente, tu pourrais prendre les élèves deux à deux. Tu vois, fin voilà… si tu me dis, j'aimerais quand même bien étant donné que c'est des populations différentes, on peut l'envisager et peut être que tout ce que je te dis, toutes mes craintes, elles vont tomber parce que, fin en tout cas la crainte organisation et timing,

peut-être qu'elle va tomber parce que tu vas montrer que c'est possible. Maintenant, si toi tu es là, on ne doit pas s'occuper de l'enquête donc…

Oui alors qu'en temps normal, je ne serai pas là…

Oui et donc ici, tu vois, si j'avais travaillé à la consultation, il y a déjà trois infirmières qui sont en biométrie, elles sont 6 mais il y a en a une qui ne fait qu'1/4 temps et l'autre un mi-temps, il y en a une qui n'est jamais là les après-midis et donc pour l'instant, il y en a deux qui sont dans le bureau mais qui travaillent à des dossiers ou qui… elles sont pas toujours là donc on peut pas se dire, quand on a des 2ème secondaires, il y a d'office une infirmière en plus qui se consacrerait à ça, elles vont dire non clairement. Et quelque part, je ne peux pas l'imposer parce que c'est justifié tu vois dans l'organisation du travail…

Oui… Alors je regarde mes questions, j'ai l'impression qu'on a abordé pas mal de choses.

Oui mais pose toujours tes questions et on verra.

Donc j'avais comme question selon vous, quel serait le moment, l'endroit du bilan de santé le plus adapté pour faire compléter le questionnaire ? mais donc ça, on l'avait déjà abordé. Selon vous, par qui devrait être analysé le questionnaire ? L'infirmière ou le médecin ?

Tu vois, ici les infirmières elles ont fini avant nous parce qu'effectivemment, la biométrie est plus rapide donc on pourrait se dire, dès qu'elles ont fini avec le dernier élève, elles recueillent les questionnaires pour les lire mais après s'il faut revenir sur un élève qui est déjà passé chez le médecin, quoi on va aller lui dire ah toi on doit te voir. Fin, tu vois, c'est…

Oui l'idéal, ce serait qu'elle ait déjà le questionnaire quand elle voit l'adolescent, qu'elle puisse faire sa biométrie et puis qu'ensuite, elle puisse parler du questionnaire avec le jeune… Mais donc c'est vrai que dans la chronologie, ce n'est pas…

Mais ou alors, une façon plus rapide de le dépouiller ce serait avec l'adolescent devant soi en lui disant « tiens, où trouves tu qu'il y a des choses qui ne sont pas bonnes, dans quels domaines… ? » mais, fin moi, ça me parait quand même assez lourd, un travail qui va prendre beaucoup de temps.

Oui. Alors j'avais pensé aussi que le questionnaire pourrait servir de façon individuelle donc de créer un lieu de parole et de pouvoir lui donner des contacts mais aussi de façon collective, qu'on puisse collecter les données de façon anonyme et en faire par exemple des données par école pour savoir dans telle ou telle école, quelles sont les problématiques les plus … et pour lesquelles il devrait y avoir une intervention soit du PMS soit… et que ça puisse faire rejaillir des choses de façon plus collective… Je ne sais pas ce que vous en pensez ?

Si, moi je trouve que c'est toujours intéressant d'avoir un peu un profil d'une classe ou d'une école, fin j'imagine que c'est ça que tu veux dire ?

Oui c'est ça.

Oui. Maintenant, est ce que c'est le PSE qui doit le faire ? Moi je ne suis pas à scinder tout ce qui est médical, le corps et tout le reste ça ne m'intéresse pas, tout est lié mais en tout cas, imaginons qu'on ait une classe qui ne fonctionne vraiment pas bien, que ça transparait à travers ceci, ce n'est pas nous qui allons aller gérer, c'est plutôt le PMS.

Oui, c'est ça, ce serait plutôt de relayer.

Fin je ne sais pas comment c'est à l'UCL mais nous, ils n'aiment pas qu'on marche sur leurs platebandes. Et moi je n'aime pas non plus parce qu'on a tellement de travail, tellement de projets qui sont plus PSE mais ce qui est compliqué, c'est justement le jeune ado, sa santé c'est aussi sa santé mentale, tu vois donc loin de moi de quand ils viennent en consultation, ici je parle du poids, des vaccins, de l'alimentation mais le reste, ça ne m'intéresse pas, loin de là. Mais si il y a du travail à faire après avec une classe, ce qui arrive souvent, ça c'est pas… moi je n'envoie pas mon infirmière faire ça, on va prendre contact avec le PMS.

Et ça ils acceptent généralement ?

Mais pffff… ils acceptent, fin ils n'aiment pas trop quand ça vient de nous franchement, pourtant on travaille principalement avec deux PMS et puis on a un CEFA donc encore un autre PMS, l'école d'enseignement spécialisé, c'est encore un autre PMS mais donc nos deux partenaires principaux ils n'aiment pas trop quand on leur ramène des choses. Ce qu'on leur ramène le plus souvent « ben tiens, voilà on a vu en consultation tel jeune qui va vraiment pas bien, il a besoin d'aide, il nous a dit qu'il allait faire la démarche d'aller vous voir mais » et je pense te l'avoir déjà dit, moi la difficulté c'est qu'ils n'ont pas la même appréciation de l'urgence et même si je leur dis « oui mais il va vraiment vraiment pas bien », ils me répondent « ah oui mais dans notre planning, on ne sait pas le mettre avant 10 jours » tu vois et là je me dis ça servait à rien alors, je préfère encore téléphoner au médecin traitant en disant voilà ce que j'ai observé. Mais le médecin traitant il est pas toujours content non plus parce qu'il dit « oui et moi qu'est ce que je dois faire si je ne suis pas appelé dans la famille ? je ne vais pas téléphoner à la maman en disant un confrère m'a dit que… » donc tu vois, c'est compliqué…

Et ça au niveau de la confidentalité, il peut y avoir une transparence entre le médecin PSE et le médecin traitant ?

Oui mais on est tenu par le secret médical. Oui avec le médecin traitant, j'ai aucun souci en tout cas pour lui confier certaines choses. Parfois et ça, ce que je n'aime pas faire, c'est contacter un confrère pour approfondir un dossier sans avoir l'accord des parents. Tu vois, si je vois que l'enfant est suivi par un cardiologue ou par un pédopsychiatre et que je me dis « tiens, ce serait utile d'avoir l'avis du professionnel » j'essaie d'abord de contacter les parents en disant « ben voilà, je pense que ça pourrait aider à améliorer la prise en charge scolaire de l'enfant, est ce que vous êtes d'accord ? » souvent, quand c'est en consultation et que les parents ont informés que l'enfant était suivi quel que soit le domaine, alors je fais un follow-up, quand l'enfant va pas bien par exemple, je fais un mot pour l'ophtalmologue de leur choix et donc je fais un mot pour le médecin spécialiste qui suit l'enfant en disant « voilà pour améliorer la prise en charge scolaire, le rapport médical pour le suivi cardio ou pour le suivi … serait utile » mais ça passe par les parents, c'est dans l'enveloppe que reçoit l'enfant avec les conclusions. Et donc le parent est libre de dire « ben oui, il serait intéressant. La prochaine fois qu'on va voir dr untel, je lui donne le papier ou je l'autorise… » et si je n'ai pas de retour et que ça me parait quand même important, parfois je téléphone en disant « ben voilà je suis interpellée par l'école mais je sais qu'il y a un suivi en place, est ce que vous acceptez que je contacte … ? » parce que même si entre médecins, on est tenu par le secret médical, on peut partager, j'ai quand même besoin de l'accord des parents ou du patient mais ce sont des patients mineurs donc …

Ok. Je refais le tour de mes questions mais je pense que nous avons tout abordé. Je vous remercie de votre aide.

Pas de soucis, n'hésite pas si tu as besoin d'aide concernant une chose ou l'autre.

➢ Retranscription entretien infirmière scolaire SPOS

Bon alors. Tout d'abord merci d'avoir accepté.
Je vais juste vous rappeler globalement en quoi consiste mon mémoire pour que ce soit un peu plus clair..
Donc, l'objectif est de créer un outil d'évaluation psychosocial à utiliser dans les centres PSE pour les éleves de 6ème primaire et de 2ème secondaire parce qu'on a constaté que cette prise en charge psychosocial au niveau des centres PSE n'était pas très homogène entre les différents centres et que donc on souhaitait avoir peut être un outil qui serait standardisé dans tous les centres..
Donc voilà, j'avais créé un questionnaire au départ que j'ai fait tester chez des adolescents en secteur PSE et donc ça m'a donné certains résultats et donc j'ai remodifié le questionnaire en fonction de ce qu'ils m'en ont dit, des retours etc. Et ça a donné ce questionnaire-là. Bon donc tout d'abord, j'aimerais juste que vous m'expliquiez un peu votre parcours au sein du secteur PSE, vous êtes donc infirmière ?

Je suis infirmière en santé communautaire, oui, que j'ai fait oui une année de spécialisation et j'ai toujours travailler en PSE. Voilà c'est depuis 1997 que je travaille ici dans ce service ici.

Alors une 2eme question c'est de savoir un peu vous grâce au bilan de santé ect ou via votre expérience dans les écoles quel regard avez-vous sur la santé mentale des ados ?

Oui après ici il y a une spécificité à la ville de bruxelles, je ne sais pas si vous en avez connaissance ou non …

Vous êtes centre PMS aussi c'est ça ?

On travaille en SPOSS. Le SPPOS existe depuis 1996 donc c'était l'année avant que je commence et donc là c'est une mise en commun des infirmières donc les infis ont à la fois les missions PSE et les missions PMS. Donc les infis PMS en fait il y a pas deux infis par école, il y a l'infi qui a la fonction PMS et PSE, les PMS font les visites médicales et les PSE font les consultations.

Tout le monde fait un peu de tout…

Du coup je pense que au niveau de la prise en charge psychosociale c'est une richesse parce que justement on a des concertations avec nos collègues de centre PMS comme on a moins d'écoles à charge du coup on a plus de possibilités de présence et de connaissance de la population et des familles de façon générale.

Vous avez l'impression d'évaluer plus la santé de manière globale ?

Moi j'ai l'impression parce que par exemple moi je trouve.. Parce que avant de travailler ici j'avais fait des stages dans des centres PSE aussi et ici qd je vois les élèves en visite médical c'est vrai que j'aborde, je ne les connais pas tous hein évidemment je ne vais pas généraliser mais certains je connais leur parcours scolaire, j'aborde aussi beaucoup au niveau de leur projet de vie donc c'est vrai le fait de participer au conseil de classe ça aide aussi à connaitre de connaitre un peu tout ça, les difficultés qu'il y a à l'école parfois des ambiances de classe dont on a connaissances aussi via les instituteurs via les titulaires.

Vous avez plus ce lien alors avec vraiment l'école que plutôt une infi scolaire entre guillemet classique d'une centre PSE qui ne serait pas affiliée à un centre PMS ?

Je pense oui parce que déjà de par la charge scolaire ici on a qd même la possibilité d'être en générale présente minimum un demi jour par semaine dans les écoles qu'on a à charge donc c'est chouette et c'est riche et c'est vrai que je trouve que au niveau des visites médicales elles sont beaucoup plus riches parce que justement on connait les familles, parfois on a rencontré les parents donc sans dire tiens on a rencontré tes parents, on a des connaissances bin voilà de la famille et …

Et ici dans le centre il y a quelque chose qui est mis en place pour évaluer la santé mentale ? Quand vous dites que vous en discutez un peu… ?

Pas de façon généralisée ça je ne pense pas …

Dans l'anamnèse par exemple il n'y a pas des questions destinées aux parents avec…

Je peux aller chercher des anamèses qu'on a si… si dans les anamnèses il y a enfin voilà comment l'enfant se sent, comment il se sent en famille ok ça, il y a.

C'est parce que ce n'est pas le cas dans tous les services PSE en fait, et donc c'est super que vous le fassiez..alors donc le questionnaire que j'ai créé, alors est ce que vous avez l'impression d'avoir un questionnaire un peu standardisé comme ça ou entre guillemet toutes les infirmières ou tous les enfants pourraient bénéficier de la même chose est ce que ce serait intéressant et bénéfique ?

mais avant ça je voulais savoir un peu ce questionnaire dans quel cadre vous le voyez l'utiliser, est ce que c'est lors de visites médicales ou est ce que c'est lors d'animations en classe ?

normalement c'est lors des bilans de santé PSE mais voilà on est bien conscient qu'il y a plein de contraintes organisationnelles de temps ,d'organisation de locals, de ou faire compléter le questionnaire et ce genre de choses et donc c'est vrai que soit ça devrait demander des réorganisations oui soit ça pourrait être fait dans un autre cadre par exemple l'école ou voilà mais ça c'est aussi un peu pour ça que..

parce que oui moi je voulais savoir .oui en fait.c'est pour standardiser les choses mais vraiment quel est le but de ce questionnaire ?

le but est d'identifier entre guillemet le jeune qui ne va pas bien et donc voilà lui laisser la possibilité de lui dire écoute là on a une petite discussion ensemble on a un lieu de parole qu'on est en train de créer, je vois qu'il y a des choses qui ne vont pas etc et l'idée c'était peut être de lui donner des contacts pour qu'il puisse de lui même peut être contacter une association ou qqch qui est entre guillemet spécialiser dans sa problématique et qui pourrait l'aider mais on a vraiment envie que ça reste de l'initiative du jeune et on a pas envie que ce soit de façon contrainte

Parce que j'ai des questions, ça permet de mieux comprendre et puis peut être que pour le travail c'est peut être mieux.. quel est l'avantage d'avoir un questionnaire comme ceci ou bien de poser directement les questions aux jeunes ?

alors.. l'avantage enfin…c'est que.. quand qqun nous pose une question on ne va pas nécessairement dire, enfin ce sont des questions très intimes parfois donc on a l'impression qu'ils seraient moins capable de dire les choses et que de le faire par écrit tout seul de façon individuelle ça permettrait peut être de révéler plus de choses que de devoir le dire, on l'impression que c'est plus difficile de devoir dire ses difficultés émotionnelles et voilà… que plutot de les écrire et de… c'est différent mais …

c'est un autre contact c'est clair.. moi la question au départ c'était si je me voyais utiliser ce questionnaire,

est ce que vous l'impression que ce serait intéressant ou pas ?

moi personnellement là à l'heure actuelle des choses il y a qq petits bé mol qui font que j'utiliserais pas..j'ai expliqué le pq mais bon ..je me dis c'est pour que ce soit bénéfique ..parce que je trouve que c'est chouette comme travail donc heuu déjà je trouve moi ma population scolaire actuellement c'est une population à discrimination positive avec beaucoup beaucoup beaucoup de primo arrivants et surtout l'école primaire , l'école secondaire moins..mais bon c'est une école secondaire ou il y a du différencier, ou il y a des professionnels, enfin bon y a un peu de tout y a du technique qualification aussi et transition mais je trouve que c'est long pour les jeunes
Déjà quand on a des petits questionnaires d'orientation à leur passer, parfois c'est une page avec qq questions c'est déjà long pour eux donc je trouve que pour ma population, ce serait.. déjà lire la première page, ce serait long …d'accord après dans d'autres populations ça peut tout à fait fonctionner donc voilà
Pq j'ai posé la question quel est l'avantage..c'est vrai qu'il y a des avantages et des inconvénients..moi en visite médicale j'aime bien avoir le contact avec le jeune et c'est vrai que je pose beaucoup de questions que ce soit au niveau « tiens comment il se sent en classe ou en famille, mais j'aime bien poser directement les questions voir les réactions et..après c'est vrai que moi personnellement je me vois moins bien en visite médicale que le jeune soit assis et puis que je commence à regarder puis dire ah tiens là je vois que t'es…enfin je ne sais pas si c'est comme ça que vous l'imaginez..mais…

on ne sait pas exactement..

tiens je vois que t'as répondu ça..pourquoi mais..je ne sais pas mais je sentirais moins faire les choses faire comme ça..peut être que c'est parce que je ne l'ai jamais fait non plus..et alors je trouve que le questionnaire va partout..

que c'est peut être un peu trop général ?

que ça aborde peut être trop de problématiques, ok que peut être que il faudrait se centrer, ..après je ne sais pas c'est..je m'imagine hein mais peut être se centrer sur deux, trois problèmes spécifiques qu'on voudrait plus mettre en évidence..

par exemple quoi ? y a-t-il des choses qui dans la réalité de terrain qui ressortent plus ?

mais par exemple déjà enfin voilà, ici la première question un enfant de dix ans heu est ce que tu as déjà fumé cigarettes alcool, cannabis ? on est directement dedans donc…ça on sait les poser oralement mais quelle problèmatique on pourrait recentrer ? je ne sais pas, je ne me suis pas imaginé..peut être heuuu..

les problématiques qui sont dans le questionnaire, c'est donc le harcèlement scolaire, un peu la phobie scolaire dans le ressenti du travail, tout ce qui est lié au corps comment il se sent..l'estime de soi, des choses comme ça..

je ne sais pas, c'est à voir..je ne me suis pas vraiment posée tiens , c'est vrai que l'enfant c'est un tout aussi, tous les problèmes sont importants mais le fait que ça aille vraiment dans tous les sens je me dis c'est peut être difficile lors d'un bilan de santé, de relever tous les aspects qui ne vont pas et puis peut être d'orienter là..

après ce qui est toujours possible de faire, c'est de quand on voit qu'un enfant a beaucoup de difficultés c'est de donner un rdv à l'école , et puis on se voit plus à l'aise à l'école c'est toujours plus…parce qu'en visite médicale, nous ici on a à peu près..combien ..je dirais après on est souple mais à peu près 10 minutes par élèves je dirais , 8 minutes, 15 minutes bon heu moi le secondaire on est en après midi c'est..après c'est ..je travaille avec un chouette médecin qui prend bien son temps aussi donc je pense que y a déjà moyen d'explorer pas mal de choses et pour en revenir au questionnaire, oui là par rapport à son corps je trouve que toutes questions sont très heuuu ..elles vont toutes dans le même sens quoi..est ce que c'est nécessaire d'avoir 5X d'avoir la question qui finalement ..après y a des nuances je vois bien mais je trouve que ca fait un peu de la redite.

en fait ça ç'est un outil de dépistage des troubles du comportements alimentaires et donc oui ils essaient de jouer sur les nuances mais alors il y avait d'autres questions que je trouvais.. »est ce que tu te fais vomir »

c'était un peu trop abrasif et puis c'est déjà insinuer un peu des choses ..

et donc c'est pour ça que j'avais gardé les questions un peu plus générales qui peuvent convenir un peu à tout le monde et ..

oui après je me dis que peut être sélectionner une question, je ne sais pas c'est…j'ai pas envie d'être , de paraitre sévère comme ça.

c'est d'avoir votre avis qui est riche et surtout que vous êtes sur le terrain et donc c'est vrai que moi pas..

et alors juste un petit truc, je trouvais ça fait bizarre dire tous les combien as-tu participé, il y a peut être une autre formule ..ou bien simplement supprimer ça et mettre as-tu déjà harcelé ou bien t'es tu déjà senti harceler pour ne pas être trop directif, je trouvais que ce n'était pas très français..c'est un détail

Y avait d'autres questions qui vous semblaient moins pertinentes ? l'alcool, le tabac, pas adapté ?

je trouve que pour les 6èmes primaire c'est commencer le questionnaire de façon abrupte comme ça..après cette question peut y être peut être pas la toute première question..
Après moi je pense que l'idée est bonne mais peut être raccourcir le questionnaire, je comprends que tout semble important quand on fait un questionnaire mais..en tout cas, moi voyant ma population je pense que ce serait trop long pour eux

Il avait déjà été raccourci …

bin oui mais je comprends, ce sont des tests c'est pas évident

oui c'est ça c'est vrai qu'à la base, là il fait 8 pages, et à la base il en faisait 14 et alors c'est vrai que quand je le fesais testé, je voyais bien..olala c'est long madame, qu'est ce que c'est, non j'ai pas envie et donc là je me suis rendu compte que je devais le raccourcir, et donc je suis passée à plus court mais voilà il y a encore des choses qui doivent être travaillée

et nous aussi quand on fait des animations on a tjrs plein d'objectifs, en se disant on va leur parler de ca et de ca et puis on se rend compte que non et puis finalement c est pas si grave, ce qui est important aussi moi je trouve en visite médicale c'est le contact qu'on peut créer et qu'ils sachent que si jamais ils ne sentent pas bien on peut être une personne ressource ..et qu'ils ne doivent pas hésiter

et c'était ça aussi l'objectif du questionnaire, d'ouvrir la parole et d'inciter au fait que la consultation PSE pouvair être aussi un lieu d'échange et de parole et qu'ils puissent se rendent compte qu'on est là pour eux entre guillemet

et l'idée d'avoir des adresses ressources après pas mal ..parce que c'est aussi ma question..voilà enfin c'est pas ma question mais si le jeune met que tout va mal qu est ce qu'on fait comment on reçoit ça ? qu'est ce qu'on fait parce qu'il ne faut pas fruster le jeune non plus en disant voilà je vois que tout va mal ..donc c'est vraiment une idée chouette de pouvoir …

vous trouveriez cela plus pertinemment de par exemple..mes promoteurs par exemple proposaient de mettre une petite liste à la fin , voilà qq numéros que tu peux contacter et ils pourraient entre guillemet déchirer le petit papier, ou est ce que vous trouveriez plus intéressant que ce soit de façon orale ?

les deux peuvent se compléter, après oralement on peut dire ah bin cette adresse je te la conseille vraiment tiens je te la met en fluorescent et après moi je pense que ce qui est toujours intéressant, de dire c'est nous on a facilement connaissance, dans toutes les écoles il y a des PMS, renseigner tiens le PMS, renseigner qd on sait qd va la psy va tel jour à l'école ou moi, renseigner les permanences quand on est présent à l'école..

Sinon, y a-t-il des questions que vous avez l'impression que je n'ai pas abordées ou des problématiques un peu ?

franchement ça non, pour ça il est qd même complet, il est intéressant, ça va un peu dans toutes les sphères

J'avais pensé, certains professionnels qui m'ont renvoyé ça..les relations affectives et sexuelles pour les 2eme secondaire , cela vous semblerait il intéressant…

oui ça c'est vrai que je l'aborde oralement aussi que je n'y avais pas pensé comme ça, comme c'était plus psycho social je n'y avais pas pensé comme ça… comment poser les questions mais oui c'est pertinent. Après, c'est ça le problème, si c'est le même questionnaire pour les 6ème primaire et les 2eme secondaire, 6eme primaire ça risque d'être délicat, parce que le fait d'insinuer les choses, faire un questionnaire différent à ce niveau-là. La semaine passée on est allées faire les animations evras en 6 eme primaire, certains c'est et tant mieux, c'est la découverte de certaines choses,

vous faites ça en 6eme primaire ?

oui ici dans le centre de santé. Certains font en 5 et 6 , nous on fait dans l'école ou je travaille deux séances en 6ème, on fait une séance la puberté les changements et l'autre séance c'est on aborde la conception et aussi l'affectif et l'assistante sociale du PMS participe aussi, on a ouvert aussi à l'homosexualité on aborde plein de choses.

et vous abordez aussi les moyens de contraception ?

oui on l'aborde mais en 6 eme primaire c'est de façon succincte très basique, on l'aborde la contraception y a trois principes, le premier principe le spermatozoide c'est le préservatif mais on aborde pas comment le mettre, et alors là on dit que ça protège aussi des maladies « ah mais et vous connaissez quoi, le sida ah bin y a ça mais y en a d'autres aussi. puis je dis le 2eme principe c'est que l'ovule ne sorte pas, ça c'est la pilule et le 3ème c'est que ça ne s'implante pas ça c'est le stérilet mais donc c'est vraiment on l'aborde mais pour qu'ils sachent voilà que ça existe mais on va pas dans les détails parce qu'aussinon..et voilà. mais après souvent dans les secondaire y a le planning familiale qui va aussi donner des séances en 2ème ou en 4me oui on l'aborde, moi c'est de cette façon là que je l'aborde, de façon très soft.

et est-ce que vous avez l'impression que ce serait plus intéressant de le faire passer à l'école le questionnaire ?

non pas spécialement

ok ça vous semble être un bon moment entre guillemet lors de la consultation PSE pour que ça se..

heuuu oui en visite médicale pourquoi pas mais alors il faut vraiment le faire plus court, oui parce que aussinon c'est ..et déjà je vais dire de façon pratique pour l'infirmière et le médecin pour regarder le questionnaire enfin voilà..

qu'il puisse identifier directement ce qui ne va pas et dire là ok alors là je..

de pas passer trop de temps , parce que parfois il y a des questions négatives et positives et que ça aies du sens de le faire si on prend trop de temps pour le dépouiller ça n'a plus beaucoup d'intérêt et puis qu'on puisse en parler avec le jeune c'est ce qui est plus primordial.

Est-ce que vous avez l'impression que ce serait plus l'infirmière scolaire ou le médecin qui devrait faire ça, ouvrir ce dialogue ?moi j'avais plutôt l'impression en tant qu'infirmière que c'était plus intéressant que ce soit l'infirmière

oui l'infi après on est en complément mais oui moi aussi je verrais plus l'infi qui accueille l'élève en premier lieu

et qui peut être se rend plus facilement à l'école et qui pourrait être la personne ressources un lien.

moi par rapport aux visites médicales ce que je trouve primordial aussi c'est de les voir en individuel les enfants, ça c'est ..moi en tout à l'époque quand j'avais fait des stages, les élèves n'étaient pas spécialement vus en individuel, donc je trouve que c'est une pratique ..pour qu'ils aient le lieu et pour leur intimité, ça c'est primordial. oui après je sais pas ce que les promoteurs en ont dit, mais pour réduire le nombre de questions si on fait des questions ouvertes est ce que ça pourrait aider ou bien c'est plus compliqué?

le souci des questions ouvertes , c'est qu'alors il faudrait passer son temps à lire la réponse et du coup c'était moins …

oui tout à fait mais après, peut être pour un sujet dire enfin voilà, je ne sais pas

ils ont à la fin la petite rubrique expression de soi qui d'ailleurs quand je l'ai fait tester, a parfois d'ailleurs été intéressante à lire, ils ont vraiment compris ce que je voulais via cette partie, il y avait qui mettait un sourire je suis très heureux et puis il y en a d'autres je me sens bof ça ne va pas avec papa et maman, enfin ils étaient très clairs dans ce que…

oui ce cadre effectivement il est primordial de le garder pour pas que ce soit trop rigide. En fait, style question ouverte mais bon ce que je penserais par exemple ta famille et toi ce serait style comment te sens tu en famille ou un truc comme ça pour éviter toutes les questions mais après je comprends tout à fait qu'il y ait toutes les questions et c'était juste une question en l'air que je me posais.

c'est tout à fait intéressant de voir la façon dont je pourrais raccourcir ça..

je me sens mal de le trouver trop long car je vois tout le travail qui a là derrière et je trouve que c'est très riche et très bien de penser à ça mais c'est vrai que côté pratico pratique, je trouve qu' il est trop long. ou bien c'est pour le raccourcir ou bien se centrer sur 2/ 3 sujets ou bien garder tous les sujets mais peut être ..mettre moins de …

mettre des questions plus générales

oui sur un sujet, pas que des questions ouvertes, parce que les questions fermées ont tout leur intérêt aussi ou bien mettre moins de questions par sujet mais sinon enfin voilà je ne suis pas que négative par rapport à ce questionnaire.
Je trouve que enfin voilà il y a enfin ..ça a son mérite et c'est bien de le faire aussi

Sinon en terme organisationnel, moi j'avais fait testé ça ..parce que voilà on ne voulait pas perturber l'organisation des visites médicales..je faisais tester ça dans les salles d'attente ce qui était parfois contraignant parce qu'ils étaient l'un à côté de l'autre, que c'était pas dans un climat très calme, qu'ils étaient perturber par le fait que l'on venait les chercher régulièrement pour aller et venir et donc je me posais la question de est ce que vous par exemple dans votre organisation ici est ce qu'il y aurait un moment ou un endroit pendant lequel vous auriez l'impression que ce serait opportun et intéressant que le jeune le complète ?

C'est vrai qu'il y a la salle d'attente mais là on est pas présent c'est avec un surveillant sinon, y a le enfin voilà ils se déshabillent voilà mais le problème c'est que du coup, y a pas table c'est un banc juste pour s'asseoir, ou bien faudrait prévoir un support pour pouvoir noter, un bic, un support. Mais je vais dire enfin voilà Souvent il y a trois cabines donc voilà il y a un élève qui passe chez l'infirmière, un élève chez le médecin et le troisième élève enfin voilà il se déshabille, il s'habille il a quoi 5/10 minutes d'attente, c'est le temps qu'il pourrait consacrer au questionnaire. Oui 10 minutes je dirais parce que c'est vrai que ici ..enfin voilà on essaie qd même heuuu, allez on a pas mal discuter dans le centre de santé au niveau des visites médicales, on essaie qu'elles aient du sens qd même donc enfin voilà on essaie qd même consacrer 10 minutes par eleves au minimum c'est ..comme vous dites c'est un moment privilégié, il faut qu'ils le sentent aussi, que ce soit pas juste pas une visite et qu'ils sentent que c'est un moment pour eux, qu'ils peuvent se sentir en confiance aussi.

Oui mais c'est vrai que moi l'idée du mémoire c'est parce que j'avais l'impression que quand j'étais ado, y a jamais personne à la visite médicale qui m'a demandé comment ça va, comment tu te sens dans ta vie ?

C'est incroyable ça

et donc me suis dit c'est qd même fou y a plein de jeunes qui se suicident, y a plein de jeunes qui ne vont pas bien et rien n'est mis en place

ça c'est incroyable et ça, je ne comprends pas ça par exemple

et donc même au niveau fédéral, il n'y a peu de choses qui font en sorte que..

oui tout à fait, c'est pas standardisé c'est vrai que enfin voilà y a visite médicale mais après ..dans la visite médicale ce qui est dit c'est poids taille et compagnie mais bon

ca reste encore..

c'est vraiment pour moi, c'est ce qui est secondaire à la visite médicale ce qui est le plus important avec le jeune c'est le relationnel avec le jeune ça c'est certain

oui voilà

oui mais je comprends tout à fait, moi ça m'épate que ça ne se passe même pas

mais sinon on avait penser aussi que le questionnaire pourrait servir au niveau individuel à dire voilà, à créer un dialogue, à donner des ressources mais aussi que de façon entre guillemet anonyme qu'on puisse avoir un retour des problématiques qu'il y a dans une école en particulier par exemple voir ah tiens dans cette école là il y a particulièrement du harcèlement scolaire et est-ce que par exemple le planning familial ou le PMS pourraient faire une information sur ça , donner des petits outils, des choses mais du coup plus de façon collective, à tous mais d'avoir un regard un peu extérieur et de façon collective sur une école ou sur une année scolaire

ça je verrais bien par exemple ça tout à fait de le faire passer à des groupes et puis, selon les réponses du groupe enfin voilà faire ou des animations ou faire venir des organismes peu importe, faire un peu un bilan, un diagnostic de la population. ça, ça me semble tout à fait le compléter, peut-être pour des années ou on a pas les visites médicale justement et là je me dis heuuu quand c'est, si c'est pour faire un diagnostic pourquoi pas garder le questionnaire plus long. ça, ça pourrait tout à fait compléter et faire peut être deux questionnaires, un plus long pour un diagnostic et la version light pour la visite médicale. oui ça je verrais bien tout à fait. ça ça pourrait aussi voir les besoins de la population, faire de la promotion à la santé ce que le PSE doit faire et le PMS aussi

ok super, je pense que vous m'avez bien aidée, c'est bien vous m'avez donnée beaucoup d'idées, je regarde si je n'ai rien oublié… il n'y avait pas des termes de vocabulaire qui vous semblait un peu trop compliqués ?

ça, ça va mais bon par exemple, moi je pense à ma population qui ne parle pas toujours très bien français alors là effectivement il y a parfois du vocabulaire qui est un peu compliqué ..par exemple le mot diète ..ça, ils ne comprendraient pas mais bon.. sinon moi je trouve que au niveau formulation la seule formulation « tous les combien… aussi non tout le reste était bien.

et bien merci beaucoup

mais avec plaisir. et est ce que je dois en parler à des collègues ou bien pas spécialement ?

Si vous avez l'occasion peut être de le faire passer, de demander qu'est ce que t'en penses mais de façon générale ne leur demandez pas trop de façon invasive, juste d'avoir un retour un peu de ce qu'ils en pensent.

et moi je peux envoyer un mail par retour

ça ne vous dérange pas ?

avec plaisir franchement sans problème et si il y a quoi que ce soit enfin voilà, n'hésitez pas mais c'est vrai que c'est une bonne idée je pense le faire avoir une version bien complète pour faire un diagnostic et en visite médicale le faire un peu plus court mais peut être que ça demande plus de travail je suis désolée

pas de soucis mais c'est vrai que c'est compliqué parfois de choisir

oui tout à fait et sélectionner

est ce que je parle plus de ça ou de ça et donc y a des fois par exemple moi l'alcool ; le tabac , la marijuana c'est quelque chose que j'avais pas mis à la base et mes promoteurs me l'ont reproché parce que c'est un facteur de risque, de la dépression etc chez les ados, je suis tout à fait d'accord mais sauf que moi dans mon expérience que j'ai eue aussi avec les ados c'est hé ho madame c'est quoi que vous posez comme questions, ça va pas ou quoi donc je me disais mais oui c'est vrai ils ont raison pourquoi je leur pose cette question ils ont douze ans

c'est ça, moi c'est ça moi je trouve que c'est par rapport à l'âge ..en 6ème primaire ça fait un peu oufff le choc au début après oui à quinze ans. moi c'est vrai que ça c'est une question… après peut être que je devrais la poser , en 6eme primaire je ne la pose pas, en secondaire oui je pose tiens est ce que tu fumes est ce que tu bois mais bon ça se fait bon… pas en accusation… dans le contexte un peu dans les questions que l'on pose… enfin voilà… t'as des questions par rapport à ça on essaie d'être stratégique ou diplomate par rapport à ça parce que c'est vrai qu'aussi non ils peuvent se refermer et c'est pas le but. cette question je comprends tout à fait le sens de la question mais c'est vrai moi personnellement j'ai été étonnée ; j'ai fait oupss la première question, ça démarre fort. mais c'est vrai que ça a son sens et c'est vrai que parfois il y en a beaucoup plus qui fument et qui boivent qu'on ne le pense oui ça a son sens.

sauf que c'est fort invasif et moi j'ai peur qu'ils aient peur qu'on les juge et qu'ils n'y répondent pas de façon…parce que du coup moi dans mes résultats j'ai eu je pense je ne sais pas combien de pourcents qui avouaient avoir fumé mais à mon avis il y en avait plus que ça mais qui le disent et qui avoue l'assumer c'est différent. si c'est pour poser une question mais que ça n'ait pas vraiment de réponses totalement sincères et fidèles ça ne sert à rien

c'est vrai parce que souvent leur grande peur c'est que les parents soient au courant , ça peut freiner par rapport à ça

à réfléchir

Mais franchement je suis tout à fait disponible si il y a quoi que ce soit.

➢ Retranscription entretien association des parents

Alors, est-ce que vous pourriez tout d'abord un peu votre parcours dans l'association des parents ?

Alors moi je suis infirmière pédiatrique à la base donc voilà… Je suis assez active dans tout ce qui est santé et donc en fait, quand ma fille est arrivée à Don Bosco, ils étaient en néerlandais avant et donc du coup quand ils sont arrivés, Luca était au scout et donc les groupes de parents me disaient « allez vas y, mets-toi parent relais, tu verras c'est sympa l'école » et moi j'étais à Matter Dei donc je connaissais quand même un petit peu le quartier fn l'école. Et donc je me suis dit ben oui pourquoi pas et donc je me suis mis parent relais la première année puis déjà avec, en assistant, avoir d'autres choses à coté quoi donc la cellule santé, pas tout de suite quand même, le conseil de participation, voilà plusieurs autres choses. Et puis l'année d'après, je me suis mise dans le bureau et puis de là, toutes les différentes activités que j'essaie de faire au collège.

D'accord et vous exercez encore en tant qu'infirmière ?

Non, je n'exerce plus en tant qu'infirmière pédiatrique, non.

D'accord, alors, ma deuxième question c'est de savoir quel regard vous portez sur la santé mentale des adolescents via cette association de parents ? Est-ce que vous avez des retours par rapport à ça de la part des parents ?

Alors chez nous, oui je pense qu'on est quand même dans une école assez favorisée, enfin c'est pas le bon terme mais en tout cas avec des familles qui s'occupent quand même de leurs enfants fin voilà ce ne sont pas des enfants livrés à eux-mêmes, enfin il y en a mais la majorité, ce sont quand même des parents qui sont derrière eux, qui sont là, fin qui sont présents et à l'écoute. Maintenant, c'est vrai que je vois aussi qu'avec tous ces problèmes de harcèlement, que ce soit à l'école, ces vidéos etc, on est, comme dans pleins d'autres écoles, confrontés à ça et avec des parents assez démunis. Donc voilà, on a quand même des catégories de parents qui travaillent essentiellement quand même tous les deux, avec quand même un temps de pause pour les enfants etc. Il y a beaucoup de parents qui viennent aux réunions, qui sont quand même assez présents par rapport à d'autres écoles. Je pense que les parents qui choisissent, en tout cas pour le premier parce que évidemment quand on en a deux,

on les voit, ils connaissent donc ils ne viennent plus à toutes les réunions mais voilà plutôt des parents où les enfants arrivent peut être en choix, pas spécialement en premier choix en première donc ils seront peut être moins investis.

Dans l'école ? Et aussi dans leur travail scolaire ?

Oui, enfin dans le travail scolaire je pense quand même qu'avec la super loi de la ministre qui fait que tous les élèves savent qu'ils passent en deuxième secondaire, du coup depuis ca, c'est vrai qu'alors, c'est bien expliqué, ils disent que toutes les interros même si elles ne sont pas certificatives comptent quand même mais ca passe, de ce que j'entends des profs, de moins en moins. Donc moi ma fille est à l'unif maintenant et luca est en 4ème alors je dois me remettre dans les … et donc ca c'est vraiment quelque chose qui revient de plus en plus et donc il y en a beaucoup qui se cassent la figure en deuxième et donc il y a beaucoup d'échecs et beaucoup de renvois parce que il y a des élèves qui n'ont pas… et au tout début que j'étais dans la cellule santé justement, il y a une étudiante qui est venue nous dire ben « voilà en tout cas, on aimerait bien en deuxième et même en troisième avoir un endroit où on peut avoir quelqu'un qui nous aide pour l'organisation pure du travail, en méthodologie de travail ». Ce qu'ils pensent eux ne pas avoir voilà, à mon avis ils l'ont mais comme ils savent qu'ils passent, ils la prennent peut être pas à la valeur dont ils pourraient l'utiliser. Et donc effectivement du coup en troisième ils se retrouvent confrontés avec une année pas simple, avec des demandes très différentes de première et deuxième. Donc ca oui, et là je trouvais qu'on était quand même un peu plus investis que maintenant. Les nouveaux parents c'est… ils ont plus ce besoin d'être portés, d'avoir quelque chose plutôt que d'avoir quelque chose de spontané.

Alors, la question suivante c'est de savoir, selon vous, qu'est-ce que ca apporterait d'avoir un outil comme ca standardisé d'autoévaluation qui permettrait d'évaluer la santé psychosociale lors de la visite médicale ?

Ok alors moi c'est ma question, savoir comment tu allais l'amener et où il allait être… Tout d'abord, à la visite médicale je trouve que c'est bien mais alors, il y a juste un petit truc mais ca je reverrai avec toi après mais avec la protection des données là je pense qu'il faudrait peut être être un peu plus précise parce que ca fait beaucoup de choses et c'est vrai que même à l'école, on a besoin d'avoir, en tant que parents, un encadrement et je sais qu'il y a pas mal de parents qui ne donnent pas énormément de données sur la lettre pour… parce que ils ne savent pas à quoi vont servir ces données, qui va les voir, qui va les utiliser etc et donc voilà. Je pense qu'effectivemment, à partir du moment où il y a un avis de l'élève et de l'enfant qui effectivement, n'est pas spécialement… soit n'a pas de temps de parole avec les parents le soir ou se sent peut être pas écouté même s'il y a le temps de parole mais je pense que c'est très bien d'avoir l'avis des parents qui remplissent certaines choses ou c'est cadre libre « qu'est ce que vous pensez, comment votre enfant se sent etc » avec effectivement, de pouvoir le confronter avec l'enfant lui-même.

Ok, c'était effectivement l'objectif.

Donc ca oui je trouvais que d'avoir les deux perceptions effectivement sont assez intéressantes. Maintenant, c'est de voir est-ce que le médecin qui reçoit aura l'occasion de pouvoir trouver le temps.

C'est clair qu'en terme d'organisation, c'est encore assez flou. C'est pour ca aussi que les entretiens que je vais avoir vont permettre aussi d'avoir des idées de comment, dans la réalité des choses, au niveau organisationnel, ce serait faisable. Est-ce que ce serait mieux que ce soit l'infirmière qui lise le questionnaire, qui puisse en discuter avec le jeune, est ce que ce serait mieux que ce soit le médecin, enfin voilà…

Oui parce que les médecins sont très actes médicaux enfin voilà. Mais c'est vrai que ca doit permettre un temps, un endroit où on peut relier les informations donc de nouveau qui va les utiliser, qui va les lire, comment elles vont être classées, enfin voilà tout ca, surtout maintenant avec ce foutu RGBD qui est assez important.

Alors, qu'est ce que vous avez pensé des 7 rubriques enfin les gros intitulés encadrés ? C'était censé reprendre les différentes sphères de la vie quotidienne du jeune ?

Ici, je ne sais pas si tu les as fait de manière à ce que ce soit plus lisible après pour… tu as laissé plus d'espace pour ne pas avoir les questions qui tombent l'une derrière l'autre ou si c'est pour avoir plus de facilités en disant la première page on sait que c'est celle-là, la deuxième ça commence par ça.

Oui c'est ça, normalement c'est bien ça.

Oui je pensais bien mais … Non je pense que c'est assez clair enfin moi j'aime beaucoup les couleurs mais je sais que dans les trucs voilà et surtout pour les élèves, tu vois, moi voilà par exemple à l'école ca c'est un truc type qu'on fait (me montre une feuille d'information destinée aux élèves). Alors on a pris le pli de ne pas écrire donc on utilise les couleurs de notre logo donc tu vois, mais voilà, avec des écritures un peu plus spéciales mais je sais que, avec les questionnaires qu'on avait fait aussi sur les EVRAS, c'était aussi des trucs assez… on a pu changer un peu l'écriture mais parce que ca revenait à Don Bosco mais sinon effectivement, je sais qu'on aime bien les trucs standardisés.

Mais c'est vrai que ca pourrait être peut être intéressant de rendre le questionnaire un peu plus attractif. J'avais pensé à le rendre un peu plus joyeux dans sa présentation.

Oui, parce que tu t'adresses à des élèves et plus aux parents. Que ce soit un truc qui accroche, qu'ils se disent « oui ok, ce n'est pas que du blabla, je le remplis parce que je suis obligé mais que ce soit attractif ».

D'accord.

Maintenant c'est vrai que l'écriture qui est là, je pense que tu as pris la plus basique pour un questionnaire.

C'est surtout que là, pour le moment, c'est aussi de savoir si les questions sont pertinentes ou pas et je pense qu'au niveau présentation, ce sera à la fin, une fois que tout sera approuvé entre guillemets, qu'on y réflechira.

Donc attends, rappelle moi parce que moi il faut que je me remette donc ils ont visite médicale …

Donc le questionnaire ce serait pour les élèves qui passent en visite médicale en 6ème primaire et 2ème secondaire. Parce qu'il y a certains chiffres qui ont prouvés qu'entre 11 et 14 ans, il y avait certaines problématiques de façon plus fréquente et donc …

Ca c'est clair que maintenant, avec toutes les restrictions et le fait que ok tu passes en deuxième mais après … dans ces années là 10 ans oui mais 15 ans t'en auras pas (pointe la question sur l'âge du questionnaire). Ils peuvent plus doubler autant ou alors en professionnel mais pas dans le général. Alors j'ai bien vu que t'essayais de détailler vraiment, essayer vraiment de te mettre à la place… et quand tu détailles à ce point-là, tu crois qu'ils vont pas bien comprendre ta question ?

En fait, quand j'ai fait tester le questionnaire donc chez les ados de secteurs scolaires différents donc du général, du technique, du professionnel, je me suis rendue compte qu'ils y avaient vraiment des jeunes pour lesquels des termes de vocabulaire et des consignes étaient compliquées et donc j'ai vraiment essayé de détailler le plus possible pour qu'ils complètent. Parce que parfois, du coup, ils ne complétaient pas.

Oui. Je trouve que ca, tes points, c'est vraiment très clair. Je trouve que c'est vraiment très bien fait et … (regarde le questionnaire au niveau des différentes questions)

Alors, en fait, à chaque fois, c'est des questions qui sont tirés d'outils qui ont été validés.

Oui, c'est ce que je vois. Pour certains trucs, c'est ce qu'on a fait pour le questionnaire pour les EVRAS aussi. Non de côté-là, je pense que c'est assez clair.

D'accord, est ce qu'il y a des questions qui vous semblent moins pertinentes ou qui vous semblent un peu bizarres par rapport à leur âge ? Par exemple, la question sur la marijuana ou …

C'est qu'il y a c'est que forcément, en étant infirmière pédiatrique, on se rend compte aussi et d'autant plus à l'école parce que, comme je dis souvent aux parents, on connait son enfant à la maison mais on ne le connait pas dans le cadre scolaire. Il y a des choses qui pour nous quand ca arrive en cellule santé, on se dit waw enfin voilà on ne peut pas s'imaginer certaines choses, on se dit toujours on espère que ca n'arrive pas à nos enfants bien clairement et que normalement à ces âges-là, ils ne doivent pas se poser de questions mais effectivement, avec tout ce qu'on entend, je pense que, voilà, il y a des questions oui… c'est vrai que parfois en tant qu'adultes, on se dit c'est parfois un petit peu choquant et c'est vrai qu'on a parfois même nous en cellule santé choqués des profs en disant « mais oui mais ca c'est ta position à toi en tant qu'adulte et prof mais il faut se mettre à ce qu'il se passe réellement avec eux « donc non franchement. Mais voilà nous ce qu'on entend de plus en plus, ce sont des filles qui vont se vendre, des premières et des deuxièmes qui vont chercher des cinquième et sixième, des garçons, en disant « si tu veux un plan cul, je prends dans le cul, pas de soucis » donc c'est vrai qu'en tant que parents, c'est très choquant mais c'est la réalité donc le but c'est de la prévention à faire avant d'où les EVRAS. Mais

sinon non, pour ça, enfin en tout cas moi, ça ne me choque pas. Mais ok que ca pourrait choquer beaucoup de parents.

C'est parce qu'effectivemment, il y avait des élèves qui étaient choqués par les questions concernant l'alcool, le tabac et la marijuana, qui disaient « mais madame, on est trop jeunes, pourquoi vous posez ces questions ? » et je leur répondais « écoute, c'est très bien que tu penses que tu es trop jeune pour ca, c'est parce qu'il y a certaines personnes qui peuvent avoir ce genre de comportements et donc c'est pour ca qu'on pose la question ». Mais donc ils étaient plutôt choqués qu'à leur âge, certaines personnes le fassent et tant mieux.

Ici, c'est vrai que quand on a fait le questionnaire avec la cellule santé, ce que le Dr Vermeeren disait c'est que, à juste titre d'ailleurs, il fallait faire attention à la manière dont on posait les questions pour ne pas éveiller la curiosité des ados qui disent « ben voilà si on pose la question, c'est qui est fait généralement, apparemment et donc pourquoi j'essaierai pas ». Maintenant, encore une fois, en tant que juste maman, ça ne me choque pas et en plus parce que je suis dans le milieu médical donc forcément on est peut être … Maintenant, je sais que, à l'école aussi, on doit faire attention à ces choses là par rapport à d'autres parents qui pourraient être fortement choqués. Maintenant, il faut expliquer que le questionnaire est fait pour … on ne peut pas commencer à le chipoter pour une classe ou… ce qu'on peut imaginer dans telle école parce qu'elle vient de tel quartier et que donc ca ne se passe pas parce que oui ça peut se passer mais voilà… Ca c'est plus le retour par rapport à ça.

D'accord. Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des questions pour lesquelles il y aurait des problèmes de compréhension ? En termes de vocabulaire ou en termes de consigne ?

C'est vrai qu'ici, bêtement, le terme angoissé je pense qu'il y a des élèves qui ne vont pas comprendre à leurs âges. Il y a des termes… mais voilà, maintenant, essayer de trouver d'autres mots, tu risques d'aller trop dans une guidance de la réponse. C'est ça qui est … enfin voilà, ce mot-là, ici, je trouvais que c'était … (pointe la question du harcèlement scolaire) le terme exclure, il y en a qui ne vont pas comprendre mais voilà, parce que nous on a eu le cas, c'est pour ça que… Tu vois, parfois les rumeurs, c'est quelque chose qu'ils ne comprennent pas très bien non plus mais même en réfléchissant en cellule santé, on ne trouvait pas d'autres mots pour être plus clairs et rester le plus neutre parce que c'est ça aussi en fait.

Oui parce que par exemple, le terme angoissé, quand j'ai remodifié le questionnaire après le test sur les ados, j'avais déjà modifié le terme. A la base, la phrase c'était « je me sens anxieux à l'idée de me rendre à l'école » et alors là, quand ils lisaient anxieux, ils ne comprenaient pas, j'ai eu beaucoup de questions par rapport à ce terme là et donc j'essayais de trouver des synonymes en leur disant angoissé, stressé et alors là ils comprenaient mais je me suis dit on parle déjà de stress en dessous et donc je me suis dit je vais essayer angoissé et ils comprenaient mais voilà effectivement, je pense que …

Ou alors tu peux dire « tu as peur de te rendre à l'école ». Parce que ça, le mot peur, même les touts petits ils connaissent très bien aussi. Donc là peut être à voir. Ça dépend effectivement parce que c'est vrai que nous aussi, on a toujours fait avec sujet, verbe, enfin on a toujours essayé de garder les mêmes structures de phrase donc voilà mais peur, c'est vrai que, c'est ca que je me dis, angoissé on y a réfléchi nous aussi et c'est pour ça que c'est ça qui me revient. Maintenant, « forcé à faire quelque chose » là je trouvais qu'il y avait des mots très clairs (pointe les sous items de la question du harcèlement) à part effectivement, exclure. Mais parce que, encore une fois, voilà, répandre aussi, c'est quelque chose qu'ils ne comprendront peut être pas.

(pointe la question n°9) Le désir peut être, c'est peut être quelque chose de trop… pour eux, c'est peut être même quelque chose de … plus dans la vie sexuelle, déjà malheureusement mais déjà. Et donc peut être de mettre l'envie parce que ca c'est plus courant.

(Pointe la question n°10) Alors cette question-là, c'est une question que j'ai créé sur base de la littérature qui montrait qu'il y avait certains taux de mal-être plus élevé chez des adolescents…

T'as fait quoi comme études en fait ?

Je suis infirmière pédiatrique, aussi.

Ah oui desolé (rires).

Donc ça montrait que chez les élèves qui avaient une puberté précoce ou tardive, il y avait plus de risques de dépression et donc…

De toute façon, le terme puberté ils doivent le connaitre avec les EVRAS de 6ème et en 2ème, ils renvoient d'office, enfin ils l'étudient le cycle de la femme et de la reproduction donc ca c'est une matière de 2ème.

Cette question là visait aussi à, à un moment donné, « je me pose des questions sur les transformations que subit mon corps », c'était aussi un moyen de, voilà, quand le professionnel lira le questionnaire, il se rendra compte que le jeune a des questions, ben il pourra peut-être lui dire « quelles sont tes questions ? Est-ce que je peux y répondre ? » voilà que ce soit le vecteur de…

Tu vois, là, « me plait » j'aurais mis « j'aime mon apparence physique » (pointe le dernier item de la question n°10) parce que ça c'est un mot qu'ils vont comprendre.

« Vigoureux » là aussi tu risques d'avoir… mais voilà, à un certain moment…

C'est vrai qu'ils m'ont posé la question et j'avoue que je n'arrivais pas à trouver un autre terme…

Oui parce que même si tu dis « plein d'entrain » il y en a qui ne vont pas spécialement comprendre non plus. Et t'as essayé de chercher sur les synonymes ?

Oui et c'était des termes encore plus compliqués. Je m'étais dit ou alors je mets simplement « je me suis senti plein d'énergie » et je retire le terme vigoureux mais…

« Est très actif » tu peux mettre aussi. Ce n'est pas encore exactement la même chose que vigoureux mais énergie, actif, voilà peut-être que ça…

Ah oui.

Pour les autres questions, franchement, ça me semble clair.

Ok. Alors selon vous, quels sont les avantages du questionnaire ? Enfin, on en a déjà abordé mais…

Oui, moi, je pense que là, vraiment, ca permet à des ados de, peut-être, en répondant, de se dire « ah ben ça c'est quelque chose qui m'embêtait mais je ne sais pas comment l'exprimer » et donc avec ces phrases simples ou ces petits mots, je trouve que ca c'est pas mal. Et oui effectivement, si on peut l'utiliser dans le but de ce que tu as envie de faire, ce serait génial. Mais il faut que ca se fasse, c'est plutôt ca… voilà, parce que ca peut se mettre aussi aux urgences quand tu as un enfant, enfin aux urgences psy, c'est quelque chose qui aussi peut se mettre là. C'est vraiment quelque chose qui pourrait être mis à plusieurs endroits.

Moi c'est surtout que… je travaille en pédiatrie et on a beaucoup de bilans psychomédicosociaux et pour le moment entres autres, on a beaucoup de tentatives de suicide et donc quand je vois qu'il y en a beaucoup qui passent à l'acte et qui sont parfois très jeunes, à 13 ans, je me dis qu'en amont, il faut que quelque chose soit mis en place pour identifier ces jeunes en mal-être.

Même au PMS, je vois bien. Nous on a eu le cas, une étudiante de deuxième qui a sauté là je ne sais pas si tu as entendu donc voilà mais… S'il est vraiment utilisé à cette fin là et qu'il soit vraiment, enfin tu vois pas juste un papier qu'on remplit de nouveau et puis qu'on laisse parce que ce serait vraiment dommage, si effectivement… moi je t'avoue que je vois plus l'infirmière à faire ça que le médecin parce que le médecin, c'est purement médical… Si ca peut aboutir, ce serait super ! Et je ne vois pas d'inconvénient à le faire !

D'accord. En termes de questions, est ce qu'il y a des thématiques que vous auriez abordé en plus de celles qui sont déjà présentes ?

Maintenant, il y a tout ce qui est la vie sexuelle. Mais ça, en sixième primaire, peut être alors ce serait plutôt une visée des deuxièmes parce que là, oui, on entend… Les IST en deuxième il faut déjà en parler quoi. Et beaucoup ne sont plus dans la séduction et même les filles, c'est plutôt les filles qui vont trouver les garçons en disant « ben voilà, moi si t'as envie de tirer ton coup, je suis là » donc … alors qu'en deuxième, l'EVRAS c'est vraiment ça normalement, c'est son corps, comment dire non, se respecter, c'est la vie affective. On n'est pas normalement dans le sexuel. Normalement sur les EVRAS, c'est en 4ème les IST mais là, nous, enfin chaque école fait comme elle veut, mais en entendant ces choses-là, on demande à en parler … c'est le planning qui vient faire les animations. Et on demande qu'il y ait quand même un mot là-dessus et d'ailleurs, quand on a fait les évaluations des EVRAS, on avait fait un questionnaire et où on demandait certaines choses, par rapport à l'animation, quel était le moyen de contraception le plus sécure, pour les IST aussi et puis on se rend compte qu'ils disent beaucoup de choses

mais qu'ils ne savent pas beaucoup de choses mais qu'ils font des choses où des jeunes filles qui arrivent en disant « oui, mon amie, elle a p as mal de trucs à sa mimine », on leur dit qu'elle devrait vraiment aller consulter mais elles ont 13 ans quoi ! Donc de ce côté, il ne faut pas trop se voiler la face et se dire qu'effectivement, malheureusement, on est confrontés à ça. Maintenant, ca si tu veux, je peux toujours te donner le questionnaire que nous, on avait fait pour les 2ème secondaires et non pas pour les 4ème parce qu'alors, il est tout à fait différent. Ils l'ont complété de manière anonyme et en fait, nous on ne fait qu'encoder. On fait passer l'EVRAS en 2ème après le cours de reproduction comme ca au mieux ils ont les bases et que ce soit quelque chose d'un peu suivi. Et alors ils ont aussi des questions ouvertes.

(Cherche dans son ordinateur pour me montrer le questionnaire EVRAS)

Oui, ce serait intéressant parce que dans l'enquête HBSC, il y a une rubrique effectivement sur la vie sexuelle et je me suis posé la question de… et puis je me suis dit mais est ce que ce ne serait pas trop jeune quand même 6ème primaire et 2ème secondaire.

Alors là il faut peut-être faire la différence. Adapter ton questionnaire. Nous, c'est ce qu'on fait. On a un questionnaire pour les 2ème et un questionnaire pour les 4ème. Parce qu'effectivement, c'est pas du tout le même public. Les pratiques sont pas du tout les mêmes et en 4ème, même si on espère toujours que non, il y a quand même une majorité qui a déjà eu des rapports donc du coup les IST, à ce moment-là, sont primordiales et les grossesses non désirées aussi.

(Regarde pour me montrer le questionnaire EVRAS)

Alors là c'est celui pour les 4èmes, je n'arrive pas à retrouver celui des 2èmes. Chez les 4èmes, on a toute une partie sur l'affectif justement, puis « les IST ça veut dire quoi ? », alors là « infections salement transmissibles » oui – non, « n'a pas été abordé ». Parce qu'en fait, on avait CROISSANCE qui venait, donc CROISSANCE qui est très catho et qui avait quand même pleins de problèmes, qui disait qu'en fait il ne fallait pas faire l'amour et que de toute façon, le seul moyen de ne pas tomber enceinte ou de ne pas avoir d'IST, c'est de ne rien faire et que des enfants qui avaient des parents homosexuels, ils étaient gravement malades. Enfin voilà, des jugements qu'ils n'ont pas à avoir et donc nous, on a sauté en disant « maintenant, c'est terminé, on ne passe plus par CROISSANCE » et donc maintenant, c'est pour ça que c'est le planning familial qui normalement est beaucoup plus neutre. Donc tu vois là « tu peux attraper une IST lors de ton premier rapport sexuel » là il y a encore pleins d'enfants qui, même en 4ème, on se rend compte que voilà… « Le sida peut être guéri », « protection, la pillule », « l'amour, l'hygiène, le préservatif, la fidélité peut me protéger des IST », « un garçon porteur d'une IST amène des symptômes visibles », « séduire, respecter l'autre », « séduire, se respecter soi » donc là c'est sur la séance d'informations. « tu fais mieux la différence entre amour et amitié », « les filles ont plus de sentiments que les garçons », là par contre on est rassuré et là c'est souvent dans les résultats qu'on se rend compte que les garçons ont autant de sentiments que les filles. Donc il y a quand même pas mal de choses qui sont rassurantes mais il y a d'autres choses qui nous ont interpellés, quand même. « les filles, les garçons sont différents par rapport à l'amour, par rapport à la sexualité » , « l'amour est plus important que le sexe », ça généralement tout le monde dit oui, autant les filles que les garçons. « Si ton meilleur ami/ta meilleure amie te dit qu'il est amoureux de toi, ca te perturberait », « la masturbation » ca c'est CROISSANCE qui avait que la masturbation c'était vraiment un acte odieux, qu'il ne fallait surtout pas, que c'était un acte sale. « la sexualité fait partie d'une relation sérieuse donc elle doit toujours être consentie » tu vois, même nous, pour « consentie » on a dû mettre « accepter par les deux », on a cherché autre chose mais on pouvait pas mettre autre chose que consentie parce que le terme est … voilà donc on a… « tu as manqué de connaissances en propreté, sexualité, organes de production, IST » et là par contre, « quel est le moyen de contraception le plus efficace pour éviter une grossesse ? » il y en a encore qui, après CROISSANCE, mettent abstinence. Le but, nous, c'était qu'ils mettent le préservatif évidemment, pour voir s'ils avaient bien compris mais il y a en a quand même qui mettaient méthodes des températures. « Quel est le moyen de protection contre les IST ? » donc là c'est aussi l'abstinence et après il y avait quand même le préservatif donc… Donc pleins de choses sur la séance d'informations puis « quelle est l'idée principale ? Qu'est-ce que tu voudrais donner comme améliorations ? »

Et donc, ca, ils le complétaient après la séance d'infos ?

Oui, pas très longtemps après. On essayait de faire ca endéans les deux semaines pour que ca reste encore bien frais et ils font tous ca au même moment, sur l'heure de titulariat, avec la titulaire ou le prof de sciences. On essaie qu'ils fassent ça tous le même jour pour pas qu'ils se disent « tiens, on a eu un formulaire, il faut que tu répondes

ca… » enfin essayer que ce soit le mieux fait possibles pour avoir des trucs… Bon, maintenant, il y a toujours des cons qui répondent n'importe quoi, on le sait, qui ont juste envie de pas répondre et donc… on le sait et donc c'est vrai que quand on regarde les tableaux après dans les réponses, on se doute que celui-là… ou il y en a qui ne répondent pas du tout non plus. Je vais essayer de te retrouver le questionnaire des 2èmes pour que tu puisses voir.

Il y avait des grosses différences avec celui des 4èmes ?

4ème est beaucoup plus axé sur la sexualité et il y a quand même des questions qui sont plus sur la sexualité que les 2èmes.

C'est plus au niveau affectif chez les 2èmes ?

Ben normalement en 2ème c'est l'éveil sexuel et affectif donc nous, normalement, on demande au planning de vraiment travailler là-dessus. On doit se battre d'ailleurs avec le planning parce que, eux veulent directement mettre les IST, non non non parce que voilà il y a quand même encore, enfin dans notre école parce qu'effectivement, dans d'autres écoles, à voir mais dans notre école, la majorité des élèves n'ont pas encore de rapports, n'ont pas encore fumé, ça reste un noyau plus petit ceux qui le font, ceux qui sont déjà passés à l'acte.

D'accord. Donc je pense que vous y avez déjà répondu en partie mais est-ce que les bilans de santé ca vous semble être un moment opportun pour évaluer la santé mentale du jeune ou est ce que vous pensez qu'il y aurait un autre endroit : l'école, le PMS ou … ?

Le PMS je pense que oui, à partir du moment où il y a un élève qui demande à avoir un rendez-vous, je pense que c'est une base. Maintenant, à l'école, il pourrait se faire en concordance avec l'EVRAS parce que… donc l'EVRAS c'est une obligation depuis un certain temps dans les écoles, maintenant toutes les écoles ne le font malheureusement pas, chez nous oui, il est fait en 6ème, 2ème, 4ème et on aimerait bien faire en 6ème alors plus via SIDA SOS et faire vraiment des trucs un peu plus précis mais sinon, vraiment, dans d'autres moments… et par qui, moi c'est ca que je suis toujours occupée à me dire parce que les profs, eux, ils veulent plutôt avoir … il y a un dossier suivi de l'élève que les parents remplissent dès que l'enfant rentre, enfin qui n'est pas spécialement suivi parce que si il y a quelque chose, c'est aux parents à faire la démarche de dire « voilà il y a une séparation » pour que ce soit notifié. Mais ce qui m'embête un peu c'est que ce document serait quand même là physiquement à un endroit et que tout le monde aurait la possibilité d'aller voir dedans... Je pense qu'à un certain moment, l'école doit avoir quelque chose, des choses importantes, voilà un enfant épileptique ok, enfant diabétique ok. Maintenant tout ce qui est plus des difficultés, toi tu peux l'amener en tant que parent, moi je pense que le parent peut l'amener et donc… mais de manière… pas pour les 1500 élèves quoi. Parce que là, moi j'ai, enfin vu déjà, enfin c'est vrai que nous on fait beaucoup déjà à l'école mais … Je pense que même un élève, enfin si je me remets à ma place d'élève à l'époque, je n'aurais pas aimé que des profs sachent tout ça. Oui peut-être que certaines personnes mais pas tout le monde.

Oui c'est pour ca que je voulais que ca se fasse dans le secteur PSE parce que je trouvais que ca restait à l'extérieur de l'école, dans le secteur de la santé, ca reste des données confidentielles et médicales et donc c'était aussi prendre de la distance par rapport à l'école et aux professeurs et à ce qui …

Oui, c'est un endroit neutre ! Parce que, nous aussi à l'école, on a demandé… fin avant ils donnaient des cartons jaunes quand ils prenaient rendez vous au PMS donc le truc pas discret du tout donc tout le monde savait que … Donc maintenant, ils ne donnent plus de cartons mais on l'a appris il n'y a pas si longtemps, c'est l'éducateur qui vous l'apporte avec une enveloppe donc ils savent très bien que c'est ça ! Et donc du coup, vu que maintenant on a mis smartschool dans le système, on a demandé à ce que ca passe par ça, que le PMS ait une page et que les élèves puissent demander rendez vous et comme ca il y a plus du tout, ca reste vraiment anonyme, ce qui est censé être le but premier.

Parce que tu vois, par rapport à tout ce qui est sexualité, par rapport à l'école, ça pourrait être donné à l'école, comme les rubriques relations aux autres, ton école et toi mais tu vois, le corps enfin tu vois il y a des points qui n'ont rien avoir dans l'école enfin qui n'amènent rien, ni aux profs ni aux éducateurs. Voilà c'est plus dans ce sens-là.

Ok. Alors, en termes d'organisation, moi j'ai fait tester les questionnaires en salle d'attente donc dans la classe dans laquelle ils attendaient, ce n'était pas nécessairement calme et du coup ils ne complétaient pas de façon individuelle et parfois, de la façon la plus fidèle étant donné qu'ils étaient l'un à coté de l'autre. Mais donc je me posais la question, selon vous, quel serait l'endroit dans lequel on pourrait faire compléter ce questionnaire ? Moi

j'ai pensé à … donc les parents reçoivent toujours dans l'enveloppe l'anamnèse qu'ils doivent compléter avec les problèmes médicaux et qu'il y ait le questionnaire avec et qu'il soit destiné aux jeunes. Voilà s'il y a envie de le compléter dans sa chambre tout seul, il le complète dans sa chambre, il le remet dans l'enveloppe ou il y aurait une enveloppe scellée entre guillemets, quand il a fini, s'il a pas envie que papa et maman lisent le questionnaire… parce que si il remet dans l'enveloppe avec l'anamnèse, peut être que maman ou papa vont aller … je vais aller lire un peu ce qu'il a répondu et donc…

Oui ou alors il serait… moi je pense que pour certaines familles où beaucoup de trucs sont très tabous, notamment les familles étrangères, est ce qu'il va vraiment répondre ou est ce qu'on va vraiment lui laisser la possibilité de répondre ? c'est plus ça.

Donc à la maison, ce ne serait pas une bonne idée ?

(Réfléchis). A l'école je ne pense pas non plus parce qu'il n'y aura pas de temps. Mais alors moi ça fait très longtemps que je ne suis pas allée en visite médicale mais tu es toujours, quand tu vas en visite médicale, dans une cabine où tu te déshabilles, le temps d'attendre, ce serait un moment où tu es qu'avec toi-même et il n'y a personne, tu peux remplir à ton aise même s'il faut les mettre 5 minutes plus tôt à la limite dans les cabines et voilà. Et là à la limite effectivement, ils sont vraiment avec eux-mêmes, même si il y a du bruit autour parce que… mais ils peuvent pas se dire « oui si je réponds ça, il y a un copain qui va le savoir », ils sont vraiment isolés, pas dans le mauvais sens du terme mais c'est peut être l'endroit le plus… et en disant « ben voilà tu le remplis et puis tu peux le laisser là et tu me le redonnes quand tu te rhabilles » pour que personne ne puisse aller le prendre, fin tu vois un copain qui a envie de s'amuser ou piquer une petite culotte enfin pas la petite culotte parce que normalement on l'enlève pas mais fin… un tee-shirt ou que sais-je ou des chaussettes pour emmerder un autre et que ce truc reste ouvert. Ou de mettre cette enveloppe fermée, quand ils ont fini, ils laissent cette enveloppe là, tu vois. Ça c'est peut-être une bonne idée, en disant « voilà c'est vraiment ce que je mets, personne ne peut le lire de l'école ou de la classe » ça reste vraiment confidentiel. Oui à ce moment-là ça me semble bien.

Ok. On en a déjà parlé aussi. Mais, selon vous, par qui devrait être analysé le questionnaire donc le médecin ou l'infirmière ?

Je pense que ca doit être lu par l'infirmière et si vraiment il y a un souci médical, sauf si ca a beaucoup changé mais le médecin il fait quoi ? Il mesure, il pèse, il regarde dans la culotte, il ausculte. Selon moi, il ne pose pas énormément de questions de savoir comment ca va à la maison fin sauf si ca a changé mais … il faudrait que je demande à mon fils, il est passé il y a pas si longtemps.

En fait, tout dépend des services PSE. Il y a des centres dans lesquels les médecins et même parfois d'un médecin à l'autre, vont plus poser des questions psychosociales alors que d'autres vont faire leur auscultation point barre. Ok donc selon vous, ce serait plus l'infirmière. Et à quoi, selon vous, ça pourrait mener ces résultats ? Fin comment est ce qu'on pourrait les analyser ? Plutôt en terme individuels ou plutôt de façon collective ?

J'allais te poser la question et justement, après avec ça, qu'est ce que tu en fais ? De dire ok l'infirmière prend le questionnaire et voit le cas d'une jeune fille où tu lis qu'à l'école, elle a déjà été un petit peu tapée, qu'elle fume un peu, qu'à la maison c'est pas top, voilà qu'est-ce qu'on en fait de ces infos après ?

Alors l'idée c'était… donc c'est d'ouvrir un dialogue avec le jeune et de pouvoir le réorienter vers un service d'aide adéquat, par exemple le PMS, en lui donnant des contacts par exemple des cellules qui existent, des numéros de téléphone etc et qu'il puisse prendre l'initiative de lui-même d'appeler ces contacts ressources, de se prendre en charge mais c'est aussi délicat parce qu'il y en a qui ne vont pas le faire alors qu'ils sont en mal-être. Et donc est ce qu'on doit imposer une prise en charge ou pas ? ça c'est un peu aussi délicat, dans le sens où…

Oui, et de mettre une petite phrase à la fin en disant que s'il a le moindre problème, il peut contacter tel numéro ? Et à partir de là, ça veut dire qu'il a envie de … et donc effectivement, après l'aiguiller vers le PMS mais donc la démarche vient de lui et tu sais, maintenant, ils prennent des photos des trucs de ce qu'ils veulent, au moins il peut prendre une photo, ça reste discret dans son GSM et il a un numéro qu'il peut appeler. Tu vois, il n'a rien en main donc personne ne voit qu'il ressort avec un truc et voilà, de toute façon, ils ont quand même tous leur GSM.

Et un numéro de contact plutôt spécifique à une problématique comme par exemple le harcèlement scolaire ou plutôt un numéro général ?

Moi je dirais plutôt un numéro général et puis le rediriger, à ce moment-là. De dire voilà « lui il fait déjà la démarche donc c'est qu'il y a un souci » et après, le guider vers les personnes qui pourront l'aider en fonction de sa problématique. Et si c'est plus général, il y a SOS enfants. Ce qu'il faut surtout, je pense au niveau du RGPD, il faut que ce soit noté, qui, où ces données vont être gardées ou stockées, pendant combien de temps, qui va pouvoir aller les voir parce que ça reste du papier donc tout ça, tu vois, il faut vraiment vraiment vraiment préciser. Moi j'ai reçu celui de mon fils et l'école n'est pas assez précise d'ailleurs et c'est vrai qu'il y a pleins de points … voilà je pense qu'il faut rassurer en disant bien que l'école ne va pas être au courant. Tu vois, peut être de le mettre dans cette première page d'introduction et ça peut être de mettre dans un encadré en couleur, fin un truc qui marque en disant que ces données ne seront pas transmises ni aux parents ni à l'école. Voilà ou alors reprendre la phrase du PMS « tant que ce sont des enfants, sauf s'il y a un danger pour l'enfant, ça reste confidentiel » et là alors le parent est contacté parce que là s'il se met en danger, il reste mineur, il faut effectivement intervenir mais que normalement, tout est confidentiel et voilà. Et peut être de le mettre là que ces données ne pas renvoyées aux parents, fin que le questionnaire ne sera pas renvoyé ni aux parents ni à l'école, tu vois. Parce que je pense que pour qu'ils le remplissent de la manière la plus honnête possible, c'est vers ça qu'on veut, c'est essayer d'aider des élèves qui sont en difficultés à ce moment là donc c'est vraiment les rassurer sur ce principe-là. Tout en mettant quand même un monte garde « si il y a pas de réel danger » parce qu'alors, là, il reste mineur. Si on voit qu'un enfant est plus sur une voie de TS, il faut réagir.

On avait pensé aussi que ca pourrait aider au niveau individuel donc d'identifier l'adolescent qui est en mal-être mais aussi de pouvoir utiliser les données de façon anonyme à grande échelle en se disant « voilà, dans telle école, il y a plus de problématiques de phobie scolaire ou d'altération au niveau de la perception du corps ou il y a plus de harcèlement » et vraiment aussi de pouvoir orienter les séances d'information que le PMS ou que les instances peuvent organiser.

Oui tout à fait et même de manière plus large en disant voilà les élèves, maintenant en plus avec toutes les élections et tout ce qui va se passer, et avec ce fameux pacte d'excellence, de démontrer aussi aux politiques que voilà, c'est bien de dire ça mais tout compte fait, dans certaines questions, on voit que pour les élèves ce n'est pas bon quoi, ça aussi.

Oui et parce que faire dans les écoles, il faut toujours faire très attention parce que parfois, à partir du moment où tu dis « voilà, dans telle école, il se passe ça », c'est que tu vas juger les profs, les éducations et les directions. Ça va passer par un petit jugement fin ils vont être confrontés et il faut prendre des pincettes. Il faut y aller doucement. Ça peut être dit mais ou alors, il faut prendre peut-être plus un secteur sans cibler une école particulièrement. Maintenant, peut-être d'en parler avec l'école même tu vois ou le PMS, de venir relever en disant « voilà ce qui est ressorti de manière tout à fait anonyme, comment peut-on retravailler là-dessus ? parce qu'on voit que dans cette école, c'est quand même quelque chose qui est récurrent » mais pas dans un langage de vouloir remonter ça plus haut.

Oui oui bien-sûr.

Mais par contre, au niveau des politiques oui, je pense que ça soit harcèlement, que ça soit … fin tu vois si on voit des trucs comme ça, il faut qu'ils mettent des trucs en place, que l'école ait la possibilité de mettre des choses en place. Ça c'est une critique positive, ce serait positif.

Ok. Alors il y avait une dernière petite partie « expression de soi », je ne sais pas ce que vous en pensez. En tout cas, quand j'ai fait tester le questionnaire, il y a beaucoup d'élèves qui n'y ont pas répondu et ils avaient le choix, je respectais tout à fait. Il y en a d'autres qui ont témoigné du fait qu'ils étaient bien donc qui mettaient un grand sourire « je me sens heureux » et par contre, il y en avait d'autres qui écrivaient de façon claire « je ne suis pas bien », « je souhaite rentrer au paradis », voilà des choses… Et donc…

Et qui étaient en corrélation avec les autres questions ? Parce qu'il y en a qui peuvent juste emmerder, fin je le vois nous dans les questionnaires, on a eu ça, des trucs débiles donc… mais…

Non ca corrélait avec la question concernant la dépression ou autres selon ce qu'ils révélaient dans la partie « expression de soi ». Par exemple, il y en avait un qui disait « je suis gentil avec tout le monde mais personne ne l'est en retour » et on voyait qu'au niveau de la question sur le harcèlement scolaire, il était embêté. Voilà, je ne sais pas ce que vous en pensez.

Moi je trouve que c'est toujours bien de faire des C1, nous on le fait aussi en disant « qu'est ce que tu aimerais améliorer ? est-ce-que tu as des choses à dire ? ». Maintenant, ça peut être, pour des enfants probablement en difficultés ou comme tu dis ceux qui vont bien, ils vont te mettre un truc super sympa ou un truc, un mot qui … pour d'autres qui vont pouvoir détailler un peu plus ce qui est là. Moi, pour moi, je laisserais. Maintenant, à dépouiller, ça va être chiant. Dans le dépouillement, c'est vrai que c'est le côté un peu plus… voilà. Parce que tu laisses une liberté… les autres trucs c'est des trucs bien précis donc ca te facilite et ca permet de te concentrer pour l'évaluation aussi mais voilà maintenant, je pense que peut-être qu'en rajoutant aussi en disant, en ayant des enfants comme ça, « n'hésite pas, nous sommes là, tu peux nous contacter » voilà, tu vois, de voir alors à ce moment-là, de pouvoir continuer parce que là oui probablement, il va y avoir des appels à l'aide si t'as un questionnaire comme ça.

Et donc on mettrait plutôt les contacts à la fin ou … ?

Oui ou une phrase voilà « si tu en as besoin, … » style un numéro vert de voilà. Mais à voir effectivement avec le PMS ou le PSE si l'infirmière là a le temps de pouvoir avoir une ligne un peu ouverte où tu peux avoir quelqu'un en ligne, voilà ça aussi dans l'organisation après, dans la mise en place, de voir comment ça peut être fait mais effectivement de ne pas laisser les élèves dans le vide comme ça parce que là pour le coup, tu n'as pas leurs coordonnées.

Si, si, on a le nom, prénom et l'école.

Oui, ça veut dire que tu dois quand même repasser par l'école pour pouvoir contacter les parents donc ca veut dire que voilà ca passe par … ce n'est plus anonyme. Donc si tu préfères avoir un truc qui sort vraiment du cadre scolaire et qui reste vraiment dans le côté médical PSE-PMS, oui alors avoir un numéro et de là, les aiguiller en fonction. Ou de eux laisser leur numéro mais le problème c'est que eux laisser un numéro c'est dans le même sens, si ils sont appelés à côté des parents, c'est compliqué.

Oui et alors selon vous, ce serait plus intéressant de ne pas demander le nom, prénom, l'école ? Enfin de toute façon, l'infirmière l'aura. Si c'est elle qui l'accueille voilà mais…

A partir du moment où tu relèves le courrier etc et que à la limite, il y a un truc qui mettent à l'école, que ce soit mis sur l'enveloppe pour vous, oui. Ici, si tu veux vraiment que ce soit volontaire, oui moi je mettrais à la limite que le prénom comme ça l'élève se sent vraiment en dehors, tu vois il se dit bien qu'on ne va pas contacter l'école, on va aller le dire à l'éducateur ce que j'ai rempli. C'est juste un prénom même si au final vous savez qui c'est mais ça on s'en fout, c'est que l'élève se dise qu'il ne parle qu'à vous et pas à des gens qui le connaissent et qui le voient tous les jours.

Ok. Je ne sais pas si vous avez d'autres choses que vous auriez voulu qu'on aborde concernant le questionnaire, des choses que …

Mais au niveau intimité, sexualité justement, c'était ton idée de ne pas du tout en parler ?

J'avoue qu'au départ, j'y avais pensé et je m'étais dit que vu la tranche d'âge, c'était trop tôt pour en parler. Mais effectivement, quand j'ai regardé les enquêtes etc, en 2ème secondaire, posait des questions concernant la vie sexuelle donc…

Oui et les IST déjà.

C'est quelque chose que je pourrais effectivement rajouter…

(cherche le document créé pour les 2ème pour les EVRAS)

Parce que c'est vrai que ce serait aussi un moyen que l'élève puisse en parler avec l'infirmière et qu'elle puisse aussi, si elle voit qu'il a des comportements inadaptés à ce niveau, lui dire « voilà, il y a tel moyen de contraception qui existe »

Voilà ça c'est ce qu'on avait fait, ça c'est notre appréciation. Il faut que je retrouve le questionnaire du coup.

Et ce sont des questions que vous aviez fait… ?

Fait avec le Dr Vermeeren qui avait pour finir amené un spécialiste des questionnaires pour le faire parce que voilà, moi je suis une maman, je ne suis pas prof, les profs sont profs donc ils se sentaient un petit peu… il faudrait que je retrouve ! Je vais demander à la prof de m'envoyer le questionnaire.

Et vous aviez présenté ça comment du coup ?

Alors, en fait on avait eu pas mal de soucis avec CROISSANCE. En fait, c'était après l'EVRAS, pendant les heures de titulariat, les titulaires ont demandé aux élèves de compléter notre questionnaire le plus sincèrement possible. Et ça s'est fait de manière tout à fait anonyme donc bon le prof mettait évidemment la classe. Et depuis cette année, on ne le fait plus, on a décidé qu'on le ferait plus parce que ca fait deux ans qu'on fait avec le planning et Dr Vermeeren voulait, vu qu'on l'avait fait pour CROISSANCE et que c'est elle qui avait amené CROISSANCE en fait dans le truc et en fait la bonne femme son nom me disait quelque chose et moi je l'avais pas parce que je m'en souviendrais, elle est à moitié dingue et elle nous a fait un cinéma d'enfer quand elle est venue faire son speech et je l'ai un peu remise à sa place, elle a pas apprécié. Elle pensait en tant qu'infirmière et maman que j'allais aller dans son sens mais elle n'entendait pas, elle était incapable d'entendre ce qui avait été et des choses qui étaient choquantes et qu'elle n'avait pas le droit de juger et donc elle a fait des malaises enfin c'est vraiment… Donc nous, parents et deux mamans dont une est infirmière communautaire, on s'est un peu levés en cellule santé avec les profs et on a dû remettre un peu le Dr Vermeeren en disant non non non, il se passe des trucs, voilà ce qui a été dit donc nous on ne peut plus continuer avec CROISSANCE et ils se sont fait éjecter de pleins d'écoles, enfin des grosses écoles. Et donc le questionnaire pour le planning a été imposé logiquement, voilà on avait fait sur CROISSANCE et donc là on s'est dit, bon les élèves… enfin il y a toujours des élèves qui disent être choqués d'entendre ça parce qu'ils sont pas du tout dans le truc mais voilà, forcément, il y a plus de 200 élèves en 2ème et en 4ème donc forcément voilà, ils ne sont pas tous au même niveau de ce côté-là mais là, donc, cette année, on a dit qu'on ne le faisait pas. On se doutait bien de toute façon que les élèves… ce qu'il y a comme avantage aussi chez nous, c'est que les élèves de sciences sociales en 5ème font tout un travail, ils doivent faire un travail d'animation et ils passent en 2ème faire une animation aussi et donc du coup ça complète EVRAS. Et donc là parfois, il y a des choses qui ressortent aussi parce qu'ils se parlent entre élèves, voilà. Le questionnaire il avait été mis là comme ça en disant, en expliquant qu'on voulait un peu avoir leur écho et de voir s'il y avait des choses à améliorer. Parce qu'avant, ce qu'on faisait et moi je me souviens qu'on faisait ça quand j'étais ado, on devait mettre deux questions sur un bout de papier et puis, bon, c'était donné et ils tiraient le papier. Donc au tout début quand ils ont fait ça, nous on avait demandé que, enfin il y a un prof qui a été d'accord de le faire, c'était le prof qui recueillait les questions et qui retapait les questions et qui envoyait. Comme ça on ne savait pas qui avait posé la question. Mais pour finir, il y en a qui ne prépare pas les questions et puis c'est vrai que c'est dans l'animation qu'il y a des questions qui sortent comme ça et donc il y en a qui disaient « nous on n'a pas envie de se baser juste sur les questions » parce que, quand on discute, il y a des choses qui arrivent et dont on a envie de parler à ce moment-là et donc voilà. Donc on ne fait plus ces deux questions préalables. En tant que parents, on reçoit un courrier qui dit comme quoi, il y a l'EVRAS. Mais c'est vrai que nous, au collège, c'est la cellule santé qui s'occupe de tout ça donc ca ne passe pas par les directions, c'est vraiment la cellule santé qui prévient les parents.

Ah oui d'accord. Donc c'est pas aux directions de s'en charger.

Non, bon on a dans la cellule santé le directeur, les profs, éducateurs, AP (association de parents) et des élèves. Et le Dr Vermeeren. Ce sont les mêmes acteurs que dans un conseil de participation. Du coup, on réfléchit à chaque fois en ayant le regard de tout le monde. C'est vrai que parfois, ce sont les élèves qui nous amènent certaines choses et donc c'est vrai qu'il y avait des profs qui étaient extrêmement choqués, qui n'ont pas d'enfants. Et je leur ai dit « c'est sûr qu'en tant que parents, on se dit, on espère que notre enfant ne sera pas dans ce cas là et ne fait pas ce genre de choses mais on ne peut pas nier non plus que ca se fait » donc voilà.

Oui et c'est aussi les mettre en danger que de se mettre des œillères.

Oui, d'où le préventif, ça il y a encore beaucoup de choses à faire.

Oui donc je pense que ce serait vraiment intéressant que j'aborde ça je pense.

Oui en deuxième en tout cas ! Je pense que tu peux soumettre… et quoi c'est Mme Vermeeren ton promoteur ?

Oui et un assistant de l'UCL, Mr Robert.

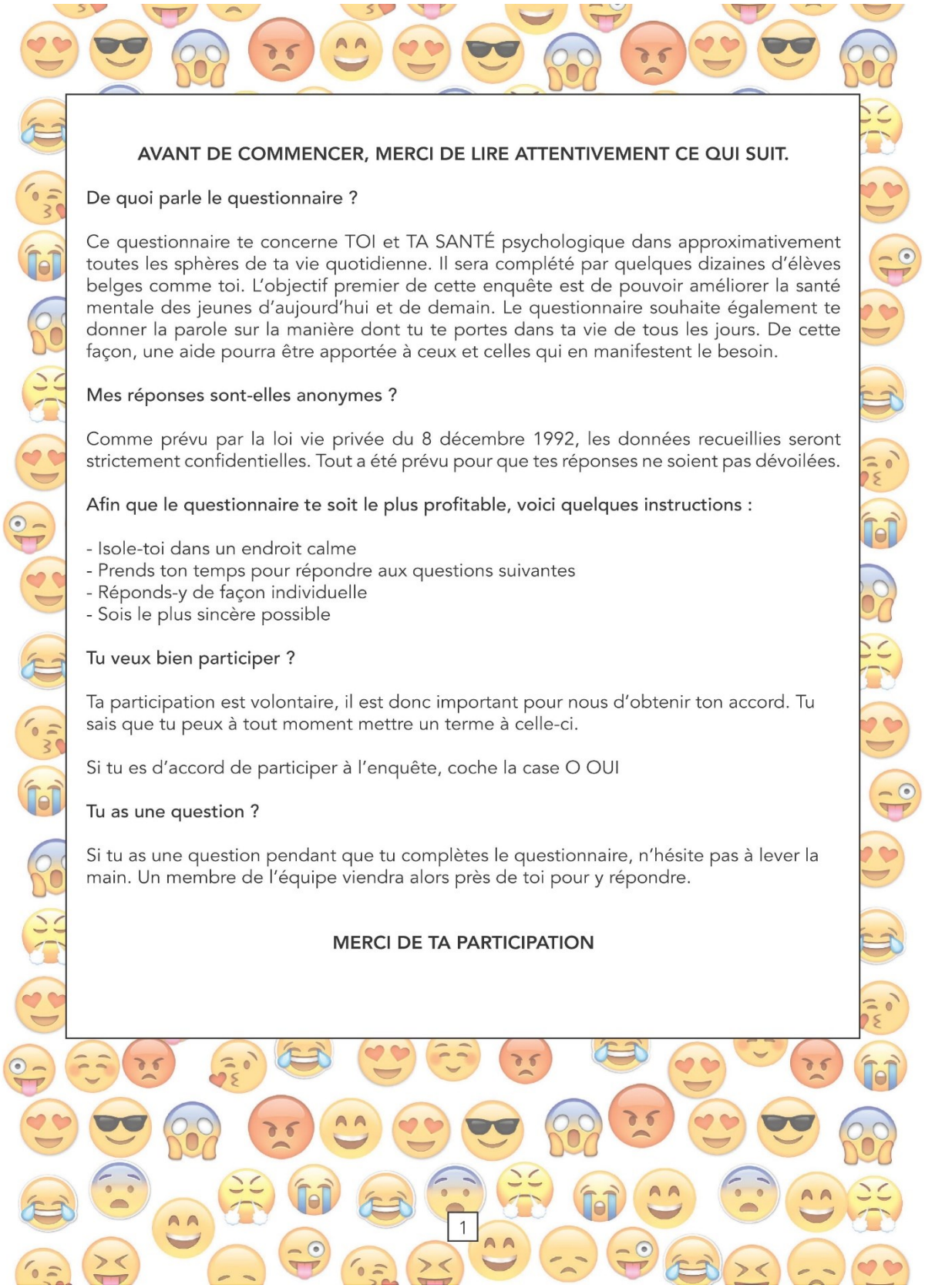
Maintenant, ce que tu dois faire aussi, ce que tu dois réfléchir, c'est mettre quand même un copyright sur ce que tu vas créer. Si ce questionnaire sert tout compte fait, c'est quand même ton travail donc il pourrait être utilisé

mais les gens doivent voilà… tu dois de ce côté-là sécuriser tes trucs, c'est un petit conseil. Que personne n'utilise ou ne trafiquote à sa guise un peu ton travail, ça reste ton travail et tu vends un produit. Penses-y.

Oui c'est vrai. Merci beaucoup de m'avoir consacré de votre temps en tout cas.

Pas de soucis. Si tu as des questions, n'hésite pas par mail.

ANNEXE N°17: QUESTIONNAIRE FINAL



AVANT DE COMMENCER, MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT.

De quoi parle le questionnaire ?

Ce questionnaire te concerne TOI et TA SANTÉ psychologique dans approximativement toutes les sphères de ta vie quotidienne. Il sera complété par quelques dizaines d'élèves belges comme toi. L'objectif premier de cette enquête est de pouvoir améliorer la santé mentale des jeunes d'aujourd'hui et de demain. Le questionnaire souhaite également te donner la parole sur la manière dont tu te portes dans ta vie de tous les jours. De cette façon, une aide pourra être apportée à ceux et celles qui en manifestent le besoin.

Mes réponses sont-elles anonymes ?

Comme prévu par la loi vie privée du 8 décembre 1992, les données recueillies seront strictement confidentielles. Tout a été prévu pour que tes réponses ne soient pas dévoilées.

Afin que le questionnaire te soit le plus profitable, voici quelques instructions :

- Isole-toi dans un endroit calme
- Prends ton temps pour répondre aux questions suivantes
- Réponds-y de façon individuelle
- Sois le plus sincère possible

Tu veux bien participer ?

Ta participation est volontaire, il est donc important pour nous d'obtenir ton accord. Tu sais que tu peux à tout moment mettre un terme à celle-ci.

Si tu es d'accord de participer à l'enquête, coche la case O OUI

Tu as une question ?

Si tu as une question pendant que tu complètes le questionnaire, n'hésite pas à lever la main. Un membre de l'équipe viendra alors près de toi pour y répondre.

MERCI DE TA PARTICIPATION

1

A PROPOS DE TOI

NOM : PRÉNOM :

NOM DE TON ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

CLASSE :

1. Quel âge as-tu aujourd'hui ? Coche une des réponses suivantes.

O 10 ans O 11 ans O 12 ans O 13 ans O 14 ans O 15 ans

2. Es-tu de sexe… ? Coche une des réponses suivantes.

O Féminin O Masculin

TON ÉCOLE ET TOI

3. Parmi les choix suivants, quel est celui qui décrit le mieux tes notes de l'année scolaire passée ?

O généralement des TB (Très bien) / plus de 85 %
O généralement des B (Bien)/ de 70 à 84 %
O généralement des S (Satisfaisant)/ de 60 à 69 %
O généralement des F (Faible)/ de 50 à 59 %
O généralement des I (Insatisfaisant)/ moins de 50 %

4. Coche la case qui décrit le mieux ta situation

	OUI	NON
J'ai peur de me rendre à l'école.		
Je suis satisfait(e) de mes résultats scolaires.		
Je me sens stressé(e) du fait du travail scolaire.		
Je suis souvent absent(e) de l'école.		

RELATIONS AUX AUTRES

5. A l'école ou/et en ligne (c'est-à-dire via les appels téléphoniques, les SMS ou encore les réseaux sociaux), un ou plusieurs élèves…

	OUI	NON
m'ont, volontairement, poussé(e) ou donné un coup, un coup de poing, un coup de pied.		
me disent des choses méchantes ou blessantes.		
m'excluent d'un groupe ou d'une activité.		
répandent des mensonges et des rumeurs à mon propos.		

6. On dit qu'un élève est harcelé(e) lorsqu'un(e) autre élève ou un groupe d'élèves lui disent ou lui font des choses méchantes ou qui ne lui plaisent pas. On parle aussi de harcèlement quand on se moque de manière répétée d'un(e) élève d'une façon qui ne lui plaît pas, ou quand on le (la) met délibérément de côté. Combien de fois as-tu participé à harceler un(e) ou des élèves ces deux derniers mois?

O je n'ai pas participé à harceler un(e) ou des élèves à l'école ces deux derniers mois
O ce n'est arrivé qu'une ou deux fois
O 2 ou 3 fois par mois
O environ une fois par semaine
O plusieurs fois par semaine

TON CORPS ET TOI

7. Pour chaque ligne, coche la situation qui te décrit le mieux.

	OUI	NON
Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros/grosse.		
Le désir d'être plus mince me préoccupe.		
Je me sens très coupable après avoir mangé.		
Je m'oblige à me mettre à la diète (au régime).		

8. L'adolescence est une période de grands bouleversements psychologiques, sociaux mais aussi physiques. Lorsque l'on fait référence aux changements physiques que subit ton corps pendant cette période, on parle de puberté. Ce processus se produit de manière différente chez chaque adolescent. Comment vis-tu ces changements physiques ? Pour chaque ligne, décris la situation qui te correspond le mieux.

	OUI	NON
J'ai la sensation que mon corps prend plus de temps à évoluer que celui de mes amis.		
Mon corps se transforme plus rapidement que celui de mes amis		
Je me pose des questions sur les transformations que subit mon corps.		
J'aime mon apparence physique.		

TA SANTE

9. À quel âge as-tu fait les choses suivantes pour la première fois ? S'il y a quelque chose que tu n'as pas fait, choisis la catégorie « jamais ».

9.a Boire de l'alcool (plus qu'un petit peu : de la bière, du vin, de l'alcool (rhum, whisky,etc) ou mélange de plusieurs alcools (cocktails))
O Jamais
O J'avais …….. ans (écris l'âge que tu avais)

9.b Fumer une cigarette (plus qu'une bouffée)
O Jamais
O J'avais …….. ans (écris l'âge que tu avais)

9.c Fumer du cannabis (marijuana, joint, daube, herbe, haschich,...)
O Jamais
O J'avais …….. ans (écris l'âge que tu avais)

10. Pendant une semaine normale ou typique, combien de jours pratiques-tu une activité physique pour un total de 60 minutes au moins par jour ?
Quelques exemples d'activité physique : courir, marcher vite, faire du roller, faire du vélo, danser, faire du skate, nager, faire du foot, du rugby, du basket, etc.
O 0 jour/semaine O 1 jour/semaine O 2 jours/semaine O 3 jours/semaine
O 4 jours/semaine O 5 jours/semaine O 6 jours/semaine O 7 jours/semaine

COMMENT TE SENS-TU?

11. Indique, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que tu as ressenti au cours des deux dernières semaines.

	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais
Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur.					
Je me suis senti(e) calme et tranquille.					
Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se).					
Je me suis réveillé(e) en me sentant frais/fraiche et reposé(e).					
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes.					

COMMENT TE SENS-TU?

12. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indique à quel point chacune est vraie pour toi en cochant la case appropriée.

	OUI	NON
Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.		
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		
Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.		
Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.		

TA FAMILLE ET TOI

13. Pour chaque phrase, coche la case qui s'applique le mieux à ta famille et toi. Par famille, on entend les personnes avec lesquelles tu vis (ex : parents, frères et sœurs, beaux-parents, parents d'adoption, parents d'accueil, tuteurs, éducateurs du centre d'accueil, etc)

	OUI	NON
Ma famille est disponible pour m'écouter et me donner des conseils.		
J'ai l'impression que ma famille comprend mes soucis, problèmes.		
Je me sens protégé(e) par ma famille.		

TES AMIS ET TOI

14. Pour chaque phrase, coche la case qui s'applique le mieux à tes amis et toi. Au cours des quatre dernières semaines, …

	OUI	NON
Je suis sorti(e) avec des copains/copines (en ville, au cinéma, faire la fête, faire du sport, …)		
Je suis allé(e) chez des copains/copines.		
J'ai parlé de mes problèmes avec mes copains/copines.		
J'ai été entouré(e) et aidé(e) par mes copains/copines.		

EXPRESSION DE SOI

Ce cadre t'est consacré afin que tu puisses tout simplement extérioriser ton humeur, tes émotions (par des mots, par un dessi n). Tu es libre de t'exprimer sur ce que tu souhaites, pour autant que cela ait un lien avec toi.

NOUS TE REMERCIONS ENCORE DE TA PARTICIPATION !

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**