

*'La Pédiatrie
en 1 jour...'
pour les
Elèves
Professeurs
des Ecoles*

**Association Européenne
pour l'Enseignement de
la Pédiatrie**

Responsable de la publication : Dr Claude BILLEAUD
Président de l'Association Européenne pour l'Enseignement de
la Pédiatrie AEEP

Auteurs :

Dr Clémence PFIRRMANN - Pr Thierry LAMIREAU -
Dr Hélène THIBAUT -Pr Juan BRINES - Dr Franck DUGRAVIER -
Pr Michael FAYON- Marie DESSEIX -Dr Marianne LENOIR -
Pr Alain TAEIB - Dr Clara PESTEIL - Pr Olivier BRISSAUD -
Dr Pascal PILLET - Pr Olivier BRISSAUD - Dr Caroline GENET -
Éric DUGAS -Sophie LOPPINET-LEFEUVRE - Marie-Cécile BURRI

Conception / éditorial : Valérie GARCIA
avec Canva

Mars 2018

sommaire

- 04 Les troubles de la statique vertébrale
- 05 Les troubles digestifs
- 07 Comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?
- 16 Les caries dentaires
- 19 L'enfant porteur de handicap confronté au groupe de classe
- 22 Asthme et allergie : Prévention et PAI
- 25 De la parole à l'image dans la structuration de la pensée
- 29 Pourquoi s'occuper du bien-être à l'école ?
- 30 Quizz de dermatologie
- 31 Malaise, convulsion, épilepsie
- 35 Les gestes qui sauvent
- 37 Repérage et dépistage de l'autisme
- 38 La maltraitance
- 40 Le médecin scolaire : pour qui ? pourquoi ? comment ?
- 42 L'enseignement en Centre Hospitalier
- 43 Jeux & activités physiques : vers le bien-être individuel et collectif



56 Troubles de la statique vertébrale chez l'enfant

Dr Clémence Pfirrmann

*Chirurgien Orthopédie Pédiatrique
Service de Chirurgie infantile –
Hôpital des Enfants – Pellegrin*



Les signes cliniques de dépistage concernant la statique vertébrale de l'enfant sont :

- l'**asymétrie du pli de taille**,
- l'**asymétrie des épaules**,
- la présence d'une **gibbosité**,
- une **attitude cyphotique**.

Ils doivent amener à **consulter** un médecin généraliste, un pédiatre, ou un chirurgien orthopédiste pédiatre.

Toute **douleur dorsale persistante ou récurrente** doit également mener à une consultation.

L'examen clinique orthopédique permettra de différencier une **attitude scoliotique** d'une véritable scoliose, une cyphose posturale d'une cyphose structurale. Il sera accompagné d'un examen général, à la recherche d'une étiologie sous-jacente. Si besoin, une radiographie du rachis sera prescrite.

La scoliose idiopathique est une pathologie touchant **2 à 4 %** de la population, environ **7 fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons**.

Elle est définie par une courbure vertébrale supérieure à 10°, associée à une rotation vertébrale.

Une scoliose est réputée **indolore** jusqu'à preuve du contraire.

Le traitement peut faire appel, selon la gravité de la scoliose et le potentiel de croissance restant de l'enfant : à une **simple surveillance**, à la mise en place d'un **corset**, ou à une **chirurgie** (arthrodèse vertébrale).

Le **dépistage** doit être effectué vers l'âge de **10-12 ans**, c'est à dire à l'entrée en 6e. L'examen clinique du rachis doit cependant être répété jusqu'à la fin de la croissance.

56 Les troubles digestifs ... pour les professeurs des écoles

Pr Thierry Lamireau

Service de Pédiatrie, CHU Bordeaux



Les principaux troubles digestifs que peuvent présenter les enfants à l'école sont les **douleurs abdominales, la diarrhée et la constipation**. Ces symptômes sont souvent **très gênants**, retentissant sur **l'état général de l'enfant**, sa **capacité à se concentrer**, ses **relations** avec ses camarades, et perturbant parfois la classe. De nombreuses maladies peuvent être responsables de ces symptômes méconnus, volontiers cachés car honteux. Le rôle du professeur des écoles est de s'assurer que les parents sont au courant des troubles de leur enfant ou les en informer et leur suggérer de prendre un avis médical, et d'adapter la vie de l'enfant à l'école selon les consignes du plan d'accueil individualisé (PAI) établi par le médecin.

Les **douleurs abdominales récidivantes** sont très fréquentes, touchant environ 10% des enfants d'âge scolaire. Elles se manifestent par des douleurs d'intensité variable, inconstantes mais se répétant sur des mois, parfois accompagnées d'autres manifestations (fièvre, diarrhée, vomissements, toux...). Elles sont volontiers responsables d'un **absentéisme scolaire** qui peut être prolongé dans certains cas. De nombreuses maladies peuvent être révélées par des douleurs abdominales trainantes, leur diagnostic nécessitant un avis médical et souvent des examens complémentaires. Un traitement au long cours pourra être justifié. Néanmoins la plupart de ces enfants ne présentent pas de pathologie organique, les douleurs pouvant être **l'expression de difficultés psychologiques** plus ou moins sévères, liées à des événements traumatisants touchant la vie de l'enfant à la maison, dans sa famille ou parmi ses proches, mais aussi à l'école. Le **repérage** par le professeur des écoles est essentiel pour en avertir les parents, et pour rechercher une explication éventuelle à l'école.

De nombreuses causes, plus ou moins graves, de **diarrhée chronique** peuvent perturber la vie de l'enfant à la maison mais également en milieu scolaire et péri-scolaire. La diarrhée se manifeste par l'émission de nombreuses selles, pouvant aller jusqu'à **10-15 par jour**, y compris la nuit. S'y associent fréquemment des **douleurs**, une **fatigue**, parfois un **amaigrissement**, ainsi qu'une **gêne importante** dans la vie de tous les jours en particulier à l'école. Un avis médical est nécessaire pour établir un diagnostic précis, ce qui nécessite parfois une hospitalisation pour réaliser des explorations complémentaires. Certaines causes comme les **maladies inflammatoires chroniques** de l'intestin peuvent être très invalidantes et retentir notablement sur la qualité de vie. Le médecin proposera un traitement visant la maladie en cause, mais aussi pour limiter la gêne occasionnée par les symptômes. Il sera également nécessaire de prévoir pour l'enfant une sortie de la classe pour aller aux toilettes.

.../...

56 Les troubles digestifs ... pour les professeurs des écoles

Pr Thierry Lamireau



La **constipation chronique** est extrêmement **fréquente**, souvent négligée ou banalisée par les parents et parfois même les médecins... Au début peu bruyante, elle se manifeste par des selles rares (tous les 2 – 3 jours, voire une semaine) mais volumineuses et douloureuses à émettre. Ces douleurs vont entraîner une **rétenion** de la part de l'enfant, qui se retiendra également s'il ne peut pas sortir facilement de classe ou bien si les toilettes de l'école sont dans un état peu ... engageant. En l'absence de traitement, la constipation va s'aggraver progressivement, entraînant une dégradation du fonctionnement recto-sphinctérien. Les matières vont s'accumuler dans le rectum réalisant un fécalome. Au bout d'un certain temps, la sensation d'envie disparaît de même que le réflexe qui permet au sphincter de commencer à s'ouvrir lorsque les selles sont prêtes à être évacuées. Des **fuites** de matières malodorantes dans les sous-vêtements surviennent, devenant extrêmement gênantes pour l'enfant qui est alors l'objet de **moqueries**, de **mise à l'écart** par ses camarades. Le premier temps pour le médecin est d'expliquer le fonctionnement normal de la défécation, pourquoi l'enfant ne sent plus l'envie, le sphincter ne peut plus s'ouvrir et les fuites surviennent. C'est souvent l'occasion pour les **parents de comprendre que la situation** n'est pas la faute de l'enfant, et que c'est plutôt la négligence de la constipation pendant plusieurs années qui a abouti à cette **situation handicapante**.

Le traitement consistera à **boire suffisamment**, remplacer les féculents (volontiers constipants) par des **légumes verts et des fruits**, ramollir les selles par des médicaments pour permettre leur évacuation plus facile. Il est essentiel d'y associer une sorte de **rééducation** consistant pour l'enfant à s'astreindre à aller aux toilettes tous les jours, même en l'absence d'envie. Progressivement, la sensation d'envie réapparaîtra et les fuites disparaîtront, au prix d'un traitement prolongé plusieurs mois. Bien entendu, il est important que l'enfant puisse **sortir de classe** pour aller aux toilettes dès qu'il en a besoin.

Les troubles digestifs sont très fréquents et parfois invalidants chez l'enfant qui cache volontiers les symptômes. Le rôle du professeur des écoles est de **dépister** ces troubles, d'**avertir les parents** de la situation et leur conseiller au besoin un avis médical. Il est aussi important de **prévoir des aménagements à l'école** en fonction du **PAI** établi par le médecin : régime diététique à la cantine, médicaments à donner, permission de sortir de classe pour aller dans des toilettes propres.

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault

Pédiatre référent - Volet pédiatrique du Centre Spécialisé Obésité - CHU de Bordeaux- Hôpital des enfants - Coordinatrice du Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique Aquitaine (RéPPOP Aquitaine) –



Le surpoids et l'obésité de l'enfant : repérage et prise en charge par les professionnels de santé

Le surpoids et l'obésité pédiatriques sont aujourd'hui reconnus comme des enjeux de santé publique majeurs, du fait de l'évolution rapide de leur prévalence, de leur retentissement sur la santé et du coût global qui en résulte pour la société. En France, après avoir fortement progressé au cours des années 90, une **stabilisation** de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant est observée depuis les années 2000, avec actuellement, en France, **16 à 18 %** des enfants en surpoids dont 3 à 4 % d'obèses.

Le surpoids et l'obésité sont des déterminants importants de la santé qui exposent les enfants concernés à un risque élevé de développer, à court, moyen ou long termes, des **complications** (troubles respiratoires et/ou du sommeil, dyslipidémies, stéatose hépatique, hypertension artérielle, insulino-résistance), voire des maladies cardio-vasculaires, métaboliques et articulaires. Des **conséquences sociales et psychologiques** peuvent également apparaître du fait, des moqueries, de la stigmatisation, voire de la discrimination que peuvent subir les enfants en surpoids ou obèses, pouvant contribuer alors à une diminution de l'estime et de la confiance en soi, voire des troubles psychopathologiques.

Ainsi, il est recommandé de dépister tôt et de proposer une prise en charge précoce des enfants qui présentent un surpoids afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques.

LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ D L'ENFANT : DÉPISTER ET EN PARLER PRÉCOCEMENT

Chez l'enfant jusqu'à 18ans, la corpulence varie naturellement au cours de la croissance, l'interprétation du caractère normal ou non de la corpulence - indice de masse corporelle (IMC = poids [kg]/taille²[m]) - se fait en tenant compte de l'âge et du sexe à l'aide des courbes de référence présentes dans le carnet de santé. En effet, la **diminution** physiologique de l'IMC entre **1 an et 6 ans** traduit la diminution physiologique de l'adiposité et donc de la corpulence survenant à cette période de la vie où l'impression clinique peut être parfois trompeuse.

.../...

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault



Ainsi, tracer la courbe de corpulence de manière régulière lors du suivi de chaque enfant, comme recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS), permet de déterminer le niveau de corpulence ainsi que l'âge du rebond d'adiposité et, lorsque celui-ci est précoce, de repérer les enfants à risque de développer un surpoids ou une obésité, en étant particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque précoces de surpoids et d'obésité (antécédents familiaux par exemple) et aux enfants de familles en situation de vulnérabilité, le surpoids et l'obésité étant liés à la précarité.

RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE

La HAS recommande que la prise en charge (PEC) de l'obésité de l'enfant repose sur une évaluation médicale puis sur un suivi multidisciplinaire régulier pour une durée d'au moins 2 ans. Les indications des approches et moyens thérapeutiques sont modulés en fonction de la gravité de la situation de chaque enfant ou adolescent selon l'existence de critères de gravité : comorbidité et/ou contexte familial et/ou social et/ou psychologique défavorable.

Dans tous les cas, et quel que soit le niveau de recours, les objectifs de la PEC reposent sur l'obtention de changements des comportements de l'enfant et de sa famille sur le mode de vie à savoir : rétablir une alimentation normale et équilibrée selon les recommandations nationales du programme national nutrition santé (PNNS), augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité. Sur le plan pondéral, l'objectif est de ralentir la progression de la courbe de corpulence, ce qui correspond le plus souvent à stabiliser le poids ou à ralentir la prise de poids pendant que la croissance se poursuit. Ainsi, les régimes à visée amaigrissante, inefficaces voire nocifs à long terme, ne sont pas recommandés.

La PEC de l'obésité de l'enfant est basée sur une démarche d'éducation thérapeutique nécessitant l'**adhésion de l'enfant** et de la famille associée à la construction d'un projet de soins concerté. La souffrance psychologique est parfois secondaire au surpoids et diminue le plus souvent lors de la mise en place de la PEC régulière. Une prise en charge multidisciplinaire comprenant un accompagnement diététique, psychologique et en activité physique peut être utile.

Lien internet : <http://www.reppop-aquitaine.org/>

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault



Recommandations concernant l'offre alimentaire à l'école primaire (hors restauration scolaire)

"Les principes régissant l'organisation générale des activités à l'école primaire font l'objet d'un développement important dans le cadre des programmes d'enseignement de l'école primaire. Ainsi "l'accueil, les récréations, les temps de repos et de sieste, de goûter ou de restauration scolaire sont des **temps d'éducation**. Ils sont organisés et exploités dans cette perspective par ceux qui en ont la responsabilité". Les recommandations développées ci-dessous s'inscrivent dans une **approche éducative globale** contribuant à un enjeu majeur de santé publique. C'est pourquoi, il est important que chacun dispose d'une information scientifiquement valide, compréhensible de tous et indépendante afin que les élèves puissent bénéficier d'actions concrètes et visibles visant à améliorer leur état nutritionnel et à les préparer à une meilleure qualité de vie à l'âge adulte."

FONDEMENTS DES RECOMMANDATIONS : Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)

L'**enfance et l'adolescence** sont des étapes déterminantes pour l'acquisition de comportements alimentaires favorables à la santé et au développement de l'activité physique. Ainsi, les habitudes alimentaires acquises dans l'enfance ont une influence majeure sur les comportements ultérieurs. Ces habitudes se construisent au niveau familial, **l'école venant en complément**. Le PNNS a été initié le 31 janvier 2001 par le Ministère de la Santé. Ce programme a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. L'un des objectifs du PNNS concerne l'interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant. Augmenter la consommation de **fruits et légumes**, augmenter l'apport en **calcium**, réduire la consommation des **graisses et produits sucrés** tout en augmentant la consommation de **fibres** font également partie des objectifs prioritaires du PNNS. Dans le cadre du PNNS, une réflexion a été menée sur le problème des **prises alimentaires hors repas à l'école** et en particulier sur la collation matinale.

.../...

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault



COLLATION EN MATERNELLE

Historique de la collation du matin à l'école

Le principe de la collation de 10H avait été instauré à l'école maternelle, au lendemain de la seconde guerre mondiale (en 1954 par Pierre MENDES FRANCE), avec l'idée de pallier l'absence de petit déjeuner pour certains élèves et d'augmenter la consommation de calcium par la distribution de lait et de certains produits laitiers aux élèves. Ainsi, la circulaire de 2001 (MEN N°2001-118 du 25-6-2001) relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments préconisait que lorsque "...des élèves se présentent en classe sans avoir pris de petit déjeuner, il soit souhaitable qu'ils aient à leur disposition du **lait, du pain, des fruits ou des yaourts** qui doivent être proposés au plus tard deux heures avant le déjeuner". La circulaire précise que son objectif "...est de **pallier des apports insuffisants** (absence de petit déjeuner à domicile, par exemple) et non pas d'augmenter l'ingestion calorique au-delà des apports nutritionnels recommandés".

Nature et horaire de la collation

En pratique, on avait pu assister à une **dérive** avec des collations proposées aux enfants comportent plus souvent des viennoiseries ou biscuits que des produits laitiers et des fruits. Les collations sont composées principalement d'aliments riches en sucres et en graisses (biscuits, viennoiseries, chips ou biscuits salés, boissons sucrées...). D'autre part, lorsque ces collations sont **prises tardivement**, elles pénalisent fortement la consommation, lors du déjeuner, des aliments qu'il est recommandé de consommer tels que les légumes, les féculents, les produits laitiers et les fruits.

Des conséquences négatives sur l'équilibre alimentaire des enfants

Sur un plan nutritionnel, cette collation matinale soulève un certain nombre de réserves quant à ses conséquences sur l'équilibre alimentaire de tous les enfants à qui elle est proposée, et plus encore quant aux risques propres qu'elle pourrait comporter pour la population d'enfants présentant des problèmes de surpoids ou prédisposés à en avoir.

.../...

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault



De plus, sur un plan pédagogique, proposer une collation, pour pallier un éventuel petit déjeuner insuffisant, va à l'encontre des efforts faits pour inciter à une meilleure prise du petit déjeuner et encourage ainsi l'installation de cette habitude de grignotage pour l'élémentaire, le collège et le lycée.

Recommandations pour la collation du matin

Dans l'idéal, il est préférable de **supprimer la collation systématique du matin** à l'école, tout en encourageant auprès des parents et des enfants la prise d'un petit déjeuner pour tous les enfants, en cherchant des solutions* pour les cas particuliers et en s'appuyant sur les enseignants et si besoin, sur les infirmières et médecins de l'Éducation Nationale. Pour aider à la mise en place de cette recommandation, il sera utile d'informer les familles de ses conséquences favorables pour leurs enfants : _ en mettant en place, dès la maternelle, de bonnes habitudes en termes de petit déjeuner et en limitant le risque de grignotage, _ en favorisant une alimentation se rapprochant des recommandations nutritionnelles du PNNS** : - une meilleure prise, lors du repas de midi, des aliments recommandés par le PNNS : légumes, fruits, produits céréaliers (pain, féculents) et produits laitiers, - une diminution des apports en lipides et sucres simples dont le PNNS recommande de limiter la consommation.

Recommandations pour la collation de l'après-midi ou "collation de 15h"

Les "petits goûters", proposés pour "couper l'après-midi", sont tout aussi injustifiés que la collation du matin et doivent donc être également supprimés. Après le déjeuner, il n'y a pas de justification nutritionnelle à proposer une autre prise alimentaire avant le "vrai" goûter, pris habituellement par les enfants entre 16H30 et 17H, soit chez eux, soit dans le cadre de structures d'accueil (garderie, étude, centre de loisirs...).

Propositions de solutions pour les situations particulières

- **Enfants n'ayant pas pris de petit déjeuner** (moins de 10% des enfants de primaire) : Proposer un **vrai petit déjeuner** aux seuls enfants qui ne l'auraient pas pris avant le début de la classe, en s'appuyant par exemple, sur le **système d'accueil périscolaire** (garderie du matin). Les aliments proposés seraient alors les aliments recommandés pour le petit déjeuner, autrement dit : des produits laitiers naturels, demi-écrémés, non sucrés et du pain ou des biscottes ainsi que des fruits (crus ou cuits).

.../...

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault



- **Souhait de la municipalité de garder le principe de la distribution de lait**
Dans ce cas, il est préférable d'opter pour du lait demi-écrémé nature, non sucré, plutôt que pour du lait entier et d'intégrer cette distribution de lait à des repas structurés pris avec le système périscolaire (garderie du matin ou goûter de 16H30 pour les enfants restant à la garderie ou à l'étude), tout en prévoyant alors de prévenir les parents de cette offre. "Il est nécessaire de mener une concertation avec les collectivités locales qui sont très impliquées dans la fourniture de denrées (lait, etc...) pour la collation à l'école primaire. Il faut rappeler que les familles ont un rôle primordial en ce qui concerne les **rythmes alimentaires de l'enfant**, en particulier pour le petit déjeuner, et qu'il convient d'établir un lien étroit avec elles pour harmoniser les différentes prises alimentaires organisées à la maison et à l'école. Une information sur la collation et, plus généralement sur les actions d'éducation à la nutrition, fera l'objet d'une **communication en conseil d'école**. Cette information pourra associer les personnels de santé de l'éducation nationale et des partenaires extérieurs compétents dans ce domaine."

EN-CAS DANS LES CARTABLES

Il est courant que les parents glissent des aliments dans le cartable de leur enfant (à l'école primaire) "au cas où". Le plus souvent, ils craignent que, si le menu de la cantine ne convient pas à leur enfant, celui-ci ne mange rien jusqu'au goûter.

Recommandations pour les en-cas dans les cartables

Rien ne justifie cette pratique. Selon le même principe que celui qui a amené à proposer de supprimer la collation du matin, il est préférable d'encourager les enfants à prendre un petit déjeuner consistant**, et de ne pas les inciter à avoir de **prises alimentaires supplémentaires** dans la journée, en dehors des repas, qui auraient pour conséquences de pénaliser leur consommation des aliments recommandés au déjeuner. Ainsi, à l'école élémentaire, il est souhaitable d'être vigilant aux prises alimentaires lors des récréations. Dans tous les cas, il est fortement recommandé que les viennoiseries, confiseries, boissons sucrées et biscuits soient supprimés dans l'enceinte scolaire. Il est préférable aussi de favoriser la consommation de fruits et produits céréaliers.

.../...

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault



En-cas, collation et goûter de 16H30-17H des enfants restant à la garderie du soir ou à l'étude

Le "vrai" goûter pris habituellement par les enfants, après l'école, généralement entre **16H30 et 17H**, soit chez eux, soit dans le cadre de structures d'accueil (garderie, étude, centre de loisirs...), est un repas important qui permet d'éviter le grignotage jusqu'au dîner.

*Pour les enfants restant à la garderie du soir et ayant pour cela des aliments prévus pour leur "vrai" goûter de 16H30 - 17H dans leur cartable depuis le matin, il faudra envisager de trouver des solutions afin d'éviter que les aliments prévus pour ce "goûter de 16H30" ne soient consommés à d'autres moments de la journée (en particulier lors des récréations du matin et de l'après-midi). **

Il pourrait, par exemple, être proposé que les structures périscolaires prennent en charge la fourniture du goûter de 16H30 de ces enfants (en veillant à ce que celui-ci respecte les recommandations) plutôt que de demander aux familles de fournir un goûter individuel pour chaque enfant. Les familles seraient alors informées qu'il n'est pas nécessaire de fournir de goûter, ni d'en prévoir un autre au retour de l'enfant à la maison.

En-cas et activités physiques et sportives

Pour les enfants ayant des activités physiques et sportives prévues durant le temps scolaire ou périscolaire (hors compétitions), il est recommandé de rappeler aux parents et encadrants

- **d'encourager les enfants :**

- à **prendre un repas consistant** (comportant notamment des aliments du groupe des produits céréaliers ou autres féculents) avant l'activité physique (petit déjeuner, déjeuner ou goûter selon l'horaire de l'activité),

- à **bien s'hydrater**, durant et après l'activité physique ou sportive, en prévoyant un accès à de l'eau qui est la seule boisson recommandée.

- **qu'il n'existe pas, pendant ou juste après l'activité, de justifications à une prise supplémentaire**

- de boissons sucrées (sirops, sodas, boissons énergétiques), - alimentaire autre que celle prévue lors du repas suivant qui pourra être, selon l'horaire de l'activité, le déjeuner, le goûter ou le repas du soir.

.../...

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault



AUTRES SITUATIONS

Anniversaires et évènements festifs

Les événements festifs (anniversaires, fête de fin d'année, Noël...), régulièrement organisés par l'école ou le milieu périscolaire, sont fréquemment accompagnés d'une prise alimentaire qui privilégie souvent des aliments à densité énergétique élevée (gâteaux, bonbons, boissons sucrées...). Ces évènements festifs qui intègrent un apport alimentaire offrent, lorsqu'ils gardent leur **caractère exceptionnel**, un moment de **convivialité**, de **partage** et de **diversité des plaisirs gustatifs**, en même temps qu'ils **créent des liens avec les familles** le plus souvent associées à leur préparation. Il est cependant souhaitable de ne pas les multiplier et de **les regrouper**, par exemple **mensuellement**, afin d'éviter des apports énergétiques excessifs. Ceci n'empêche pas de fêter de temps en temps également d'autres événements (sortie, accueil d'une autre classe, etc...). Pour ces fêtes, il peut être envisagé des alternatives aux aliments riches en lipides et/ou glucides, plus proches des recommandations du PNNS (penser aux fruits, salades de fruits sans ajout de sucre, jus de fruits "sans sucre ajouté" et aux produits laitiers demi-écrémés).

En ce qui concerne les anniversaires des enfants, s'ils sont fêtés sur le temps scolaire, il est préférable :

- 1. de les regrouper mensuellement, par exemple,
- 2. d'en améliorer la composition (cf ci-dessus) ainsi que l'horaire (à consommer plutôt entre 16H et 16H30), afin qu'ils tiennent lieu de goûter (les parents pourraient être informés de ce goûter afin qu'ils puissent en tenir compte dans la gestion du goûter de leurs enfants à la sortie de l'école),
- 3. d'inviter les parents à limiter les quantités de bonbons et de sodas.

Activités pédagogiques à caractère ponctuel

Du fait de leur caractère ponctuel, les activités pédagogiques de type "ateliers du goût, matinée petit déjeuner, dégustations de fruits...", où sera autant que possible privilégiée la consommation des aliments recommandés (fruits et légumes, produits céréaliers...), ne sont pas assimilées à une collation ou à un en-cas.

.../...

56 Pourquoi et comment contribuer à la prévention de l'obésité à l'école ?

Dr Hélène Thibault



Consommation des productions des "ateliers cuisine"

Ces productions devront, de préférence, être consommées lors des repas structurés (dessert du déjeuner ou au goûter) afin de ne pas être source de grignotage.

Bonbons récompenses

*Les bonbons récompenses, offerts lorsqu'un enfant a bien travaillé, a été sage, ou après une activité sportive, **n'ont pas leur place dans le cadre scolaire et périscolaire.***

En effet, les stratégies éducatives basées sur le **système de "punition-récompense alimentaire"** peuvent avoir des répercussions défavorables sur l'apprentissage des bases d'une bonne éducation alimentaire. Les aliments interdits deviennent encore plus désirables et "l'aliment récompense" est encore plus valorisé. La consommation de confiseries restera d'autant plus un moment de plaisir qu'elle restera occasionnelle, sans être prise en récompense ou en consolation

Accès à l'eau de boisson

Seule l'eau est indispensable. Penser à faire boire régulièrement les enfants, à volonté au cours et en dehors des repas et surtout en cas de forte chaleur, ainsi qu'avant, pendant et après un effort physique. Il est important, dans les écoles, de favoriser l'accès à l'eau sous la forme la plus adaptée à la structure (idéalement fontaine à eau, mais aussi, petites bouteilles ou gobelet individuel personnalisé...) Les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons à base de jus de fruits, nectars...) sont à consommer de façon occasionnelle, car elles contiennent beaucoup de sucre, apportent des calories et ne calment pas la soif.

Liens internet :

<http://www.nutritionenfantaitaine.fr>

<http://www.mangerbouger.fr>

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/>

56 *Prévention des caries dentaires par les enseignants*

Par. J. Brines

Prof. Honoraire de l'Université de Valencia



La carie est considérée comme la maladie chronique la plus fréquente du nombre des affections de l'humanité. Cela mine la **qualité de vie** causant douleur et des infections. Sa létalité faible, mais non nulle, est contrebalancée par son coût social et économique très élevé qui se traduit par des heures perdues de travail ou d'étude, un gaspillage exorbitant du traitement réparateur, en plus de la **détérioration esthétique, masticatoire et phonétique** qu'elle entraîne. Il ne devrait donc pas être surprenant que la carie dentaire soit devenue l'une des priorités de la santé publique. C'est un problème majeur de santé de l'enfance et la principale pathologie buccale, dont l'importance augmente à mesure que les autres préoccupations pédiatriques sont réduites.

Plusieurs **facteurs environnementaux** tels que la **faible teneur en fluor** dans l'eau potable, la **consommation abusive de saccharose** dans les présentations diététiques et bonbons, ou une **mauvaise hygiène buccale**, ainsi qu'une attitude généralisée de désintérêt pour la santé dentaire ont expliqué l'augmentation de la fréquence des caries parmi les enfants de la Communauté Valencienne dans la décennie des 70. Il y avait peu d'informations institutionnelles sur le sujet mais l'expérience elle-même et celle des pédiatres et des médecins généralistes offraient une image sombre où plus de **la moitié des enfants d'âge scolaire** avaient des caries.

Au niveau du pédiatre professionnel, le sujet était bien connu. On savait qu'à l'origine quatre facteurs étaient combinés: le régime riche en glucides, spécialement saccharose, les facteurs microbiens (Str. mutans, Str. sanguis, Str. Salivarius parmi d'autres), le manque d'hygiène dentaire et le manque de fluor dans l'eau de boisson. Parmi les facteurs indiqués dans l'origine des caries, le moins étudié dans la Communauté Valencienne (CV) était l'apport de fluor à partir de l'eau potable, car il n'y avait aucun enregistrement de l'analyse de la quantité de cet halogène dans l'eau de différentes municipalités de la Communauté.

Pour sauver cette déficience le pédiatre Dr. I. Vitoria, a fait une étude qui a servi de thèse de doctorat, consistant en l'analyse de la concentration en fluor de l'eau potable dans les municipalités de la C.V., une étude qui a inclus 98% de la population totale d'environ 4 millions d'habitants.

Les résultats de cette étude ont montré que toutes les populations de C.V. étaient pauvres en concentration de fluorure de l'eau potable à l'exception de deux petites municipalités de la province d'Alicante. Notre recommandation était de fluorer l'eau potable de la majorité des populations où la concentration de F- était inférieure à 3 ppm.

.../...

56 *Prévention des caries dentaires par les enseignants*

Par. J. Brines



La réponse des institutions de santé à cette et d'autres études a été la préparation d'une mémoire dans laquelle aucun collaborateur de la recherche n'a participé et un **plan d'action pour la prévention des caries infantiles** dans le CV, laissant la direction et l'exécution de ce plan aux dentistes.

Au contraire, notre idée était que dans la prévention de la carie dentaire était essentiel, en plus de l'intervention, outre les parents, les pédiatres et les médecins généralistes, en particulier celui des enseignants.

Nous avons essayé d'impliquer l'École d'Enseignement, en offrant un cours de promotion de la santé, le diplôme qui a été rejeté parce qu'on craignait que les enfants puissent être médicamentés et parce que la capacité des enseignants à appliquer des mesures sanitaires telles que la prévention des caries était mise en doute. Les deux idées nous semblaient absurdes et, à notre avis, les enseignants étaient si bien formés pour enseigner la prévention des caries dentaires que l'histoire, les mathématiques ou la géographie.

Pour soutenir notre idée, le pédiatre Dr. A.M. Abella et moi avons conçu un essai sur l'effet anticaries du collutoire de fluorure de sodium 0,20 % une fois par semaine dont l'exécution était entièrement réalisée par les enseignants des écoles.

Caractéristiques de l'étude

1. Population :

Enfants: 724 (♂ = 61% ; ♀ = 39%)

Âge: 4-8 ans (Préscolaire 1 et 2: Formation générale de base 1, 2 et 3)

Ville de Valence et villes limitrophes

1.1. Groupe expérimental:

278 enfants

1. École de San Roque. Privée subventionnée. Classe sociale moyenne et faible (Graffard III et IV)

2. École Los Olivos. Coopérative privée. Classe sociale haute (Graffard I et II)

1.2. Groupe témoin:

437 enfants

École Salvador Tuset. Public Classe sociale moyenne et faible (Graffard III et IV)

.../...

56 *Prévention des caries dentaires par les enseignants*

Par. J. Brines



2. Méthode :

La fluoruration topique a été effectuée **une fois par semaine par les enseignants** de chaque école qui avaient été préalablement formés.

Une solution de 0,2% FNa a été utilisée, préparée dans les écoles mêmes à partir de **papiers pré-pesés prêts** à se dissoudre dans l'eau. Sa distribution a été réalisée au moyen de **valves doseuses** qui fournissent 15 ml de la solution à chaque enfant.

Chaque dose contient environ 14 mg d'ion fluorure.

Chaque session comprend 25 à 80 enfants. Les enfants ont reçu environ 90 séances.

Le programme de fluoruration topique a débuté en février 1983 et l'évaluation a été faite en mars 1986 par des pédiatres utilisant des sondes dentaires et des spéculums dentaires plats pour le diagnostic clinique des caries. Il a été évalué la fréquence globale des caries et les indices «co» (dents du lait) et «CAO» (dents définitifs). Les données ont été analysées statistiquement pour objectiver la signification des résultats

3. Résultats à la fin de l'expérience

Fréquence globale des caries : groupe témoin, 60,6 % ; groupe expérimental, 40,1 %

Index « co »: groupe témoin, 2,10 ; groupe expérimental, 1,21 %.

(t' Cochran 3.895, $p < 0,01$. Diminution: 42,4%).

Index « CAO »: groupe témoin, 0,82 ; groupe expérimental, 0,37.

(t' Cochran 4.175, $p < 0,01$. Diminution: 54,9 %).

4. Conclusion

La conclusion claire de ce travail a été la démonstration, sans aucun doute, de la capacité et de **l'efficacité des enseignants dans la prévention des caries**

Les autorités sanitaires ont finalement publié un guide de prévention des caries visant spécifiquement les enseignants.

Références bibliographiques

Brines, J., Vitoria I., Codoñer P., Martinez Costa C., García Vila A., Análisis de los preparados fluorados de uso general para la profilaxis de la caries dental, Bol Soc Val Ped 1985 (Suppl. 6): 33.

Vitoria I., Llopis A., Brines J., Importancia nutricional del agua en la alimentación del lactante. Estudio de las aguas de consumo público de la Provincia de Valencia, Premios Nestlé de Nutrición Infantil, Barcelona, 1986. Pp: 87-233.

Abella A.M., Estudio Experimental del Efecto Anticaries del Colutorio de Fluoruro Sódico en Escolares de Valencia, Tesis de Licenciatura, Director: Prof. J. Brines, Valencia, 1987.

Vitoria Miñana, I., Importancia nutricional del agua en la alimentación del lactante. Estudio de las aguas de consumo público de la Comunidad Valenciana. Tesis doctoral. Director: Prof. J. Brines. Valencia, 1988.

Abella AM., Brines J., El problema de la caries dental en los niños: Profilaxis mediante colutorio semanal de fluoruro sódico, An Esp Pediatr 1989; 31: 256-60.

Brines J, Abella AM. Evaluación de un programa de fluoración tópica de siete años de duración en escolares de Valencia (España). 20th International Congress of Pediatrics. Rio de Janeiro. September 6-10, 1992. Book of Abstracts, pp.234-5.

56 L'enfant porteur de handicap confronté au groupe de classe

Franck Dugravier

Pédiatre à Pessac

« JAMAIS JE NE T'AI PROMIS
UN JARDIN DE ROSES »



- Une chance pour les enfants affligés d'un handicap, ou d'une maladie chronique, c'est à dire de longue durée, interférant avec le rythme ou/et la qualité des apprentissages.
- Une chance d'ouverture à l'autre, pour les autres enfants, ceux qui sont en bonne santé, libres de leurs mouvements, de leur pensée, de leurs projets.

La loi du 11 février 2005 a posé le principe du « **droit à la scolarité pour tout jeune en situation de handicap, et ce dans l'établissement scolaire le plus proche de son domicile** », leur permettant de bénéficier d'un projet éducatif, socio-éducatif, voire médico-éducatif jusque là impossible, ou lié à la disponibilité et à la bonne volonté spontanées de quelques enseignants sensibles, ou sensibilisés.

- Leur nombre : X par 2 en 10 ans.
- La moitié : scolarisés en milieu ordinaire,
- ¼ : classe spécialisée dans une école ordinaire
- 20% en établissement médico-social ou hôpital.

Handicap ? Le mot vient du jeu, la main dans le chapeau, « hand in cap », lorsqu'on est à l'évidence supérieur à son adversaire. On retrouve le mot en pratique sportive.

Pour les enseignants :

- un engagement nouveau, un peu inattendu
- un certain désarroi (bien compréhensible)
- une crainte(ne pas savoir faire, gérer le groupe et en même temps l'enfant ou les enfants nécessitant une attention spécifique
- pauvreté des aides (attribution, nomination des AVS)
- un refus (recevable) pour quelques-uns
- mais aussi l'occasion « d'inventer » une pédagogie nouvelle (tutorat, entre-aide, petits groupes...),

Pour les élèves :

- prise de conscience : non pas « différences » mais diversité, inégalité des chances,
- prise de conscience des dangers de toutes les formes de discrimination
- Le respect de l'autre : pivot de toute vie sociale et condition de l'apprentissage parce qu'intégré à la vie sociale(qui ne se résume pas à la comparaison des vêtements ou des téléphones...) C'est là le sens de « l'instruction civique »...

.../...

L'enfant porteur de handicap confronté au groupe de classe

Franck Dugravier



Différents désordres ou pathologies :

- handicap moteur (dont les difficultés résultent du degré de mobilité)
- handicap sensoriel : vision, audition (appareillée, ou non appareillée)
- maladie chronique (neurologique, malformative, épilepsie, cardiopathie +/- risque de malaises brutaux, prise régulière obligatoire de médicaments, port d'appareillage, etc.)
- trouble cognitif (et des acquisitions)
- trouble psychologique (autisme, trouble envahissant du développement, etc)
- problème ambigu des précocités, hyperactifs, surdoués...

Les craintes (justifiées) des enseignants :

- insuffisance de formation
- Ne pas savoir comment « faire », comment concilier les exigences, parfois contradictoires, auxquelles ils sont confrontés
- Risquer d'échouer dans la responsabilité qui leur est confiée, alors que ceci prend parfois l'aspect d'une sorte de défi

Il est donc important que soient clairement définis les rôles et responsabilités de chacun, sachant que le pivot, celui qui participe à former les enseignants, qui centralise et peut donner des axes de travail doit être le médecin scolaire. Il doit servir de relai entre l'enfant, les parents ou tuteurs, l'équipe enseignante, l'enseignant référent, les infirmières, les psychologues scolaires, le pédiatre ou médecin, l'équipe soignante, les parents délégués .

IL EST PRIMORDIAL QUE L'ENFANT et SES PARENTS AIENT CONFIANCE EN L'ENSEIGNANT.

MAIS IL FAUT AUSSI QUE L'ENSEIGNANT PUISSE AVOIR CONFIANCE EN LA FAMILLE ET EN SES DIVERS INTERLOCUTEURS

.../...

L'enfant porteur de handicap confronté au groupe de classe

Franck Dugravier



Quelques idées ?

- Synthèses régulières ; éviter la solitude
- Expliquer aux élèves, avec l'accord de l'enfant et sa famille) pourquoi cette année ne sera peut-être pas tout à fait comme les autres
- Expliquer la différence, les problèmes que cela soulève, répondre aux interrogations, à l'appréhension (notamment devant les syndromes malformatifs ou les comportements « surprenants »)
- Et surtout, quand c'est possible, amener l'enfant, l'adolescent à prendre la parole, seul ou soutenu, pour expliquer ses difficultés, en quoi cela le rend différent, peut-être la souffrance qu'il ressent

Savoir «repérer » tout dérapage,

- dans le sein du groupe
- mais surtout chez l'enfant lui-même : les moments de tristesse, son sentiment d'incompétence, la prise de conscience de ses limites, différentes de celles des autres, les différences physiques, la conscience de la « laideur », et en tout cela, tout ce qui pourrait évoquer une dépression ou une aggravation de cette situation déjà difficile.

Quelques « situations »

- pré-adolescente, classe de 6è : demande spontanée de prise de parole.
- Le droit d'être trisomique et, parfois, de se retirer des « défis » que se fixent les adultes et qui ne sont pas les siens. Parfois, il est bon de régresser.
- Des difficultés d'apprentissage, un lien social difficile, et des traits physiques inhabituels
- Une anxiété qui traduit celle de sa mère. De qui faudrait-il prendre soin
- Un enfant autiste dans la classe

56 Asthme et allergie : Prévention et PAI

Mme Marie Desseix (enseignante
spécialisée),

Prof Michael FAYON (pneumo-pédiatre)
École du souffle, Hôpital des Enfants,
CHU de Bordeaux

marie.desseix@chu-bordeaux.fr; michael.fayon@chu-bordeaux.fr



Objectifs

Signes principaux de crise d'asthme, signes d'allergie

Moments de l'année plus propices aux crises d'asthme

Utilisation des différents dispositifs de bronchodilatateurs, et des traitements de l'allergie

L'asthme

- maladie respiratoire chronique, affecte les **bronches**

- **inflammation** des bronches (qui entraîne une hypersécrétion de mucus > **spasme** possible des muscles bronchiques > **rétrécissement du diamètre** intérieur des bronches > crises : gêne respiratoire, souvent accompagnée de sifflements dans la poitrine.

- maladie de l'enfant la plus **fréquente**, environ 10% des enfants scolarisés sont concernés.

- dépend de l'interaction entre des facteurs génétiques d'un individu, et des **facteurs de l'environnement** :

- allergènes (pollens, phanères d'animaux, acariens, moisissures, venins d'hyménoptères, certains aliments, etc.),
- irritants (air sec et froid, temps humide, fumée de tabac, etc.),
- infections des voies respiratoires (rhume, grippe, bronchites, etc.),
- exercice physique.

Modes d'expression de l'asthme de l'enfant

75-86% des enfants asthmatiques présentent des sifflements.

92-96% des enfants asthmatiques présentent de la toux.

D'autres signes cliniques sont aussi fréquemment retrouvés : respiration difficile (25-79%), trouble du sommeil (20-62%), gêne à l'effort (39-98%), encombrement bronchique, fatigue.

Quand faire attention ?

Exposition à un risque allergique (perruches, hamsters, pollens, poussière, etc.).

Pratique sportive (voir document asthme et sport), les sorties et activités parascolaires (sport équestre, animaux de ferme, etc.).

Périodes critiques de l'année scolaire (rentrée scolaire en septembre, printemps, période d'examens...

.../...

56 Asthme et allergie : Prévention et PAI

Mme Marie Desseix
Prof Michael FAYON



Encadrement de l'asthme à l'école

PAI : Projet d'accueil Individualisé

Permet aux adultes de l'école d'agir efficacement en cas de crise d'asthme (temps scolaires et périscolaires)

Est signé entre école, famille, mairie et médecin scolaire

Est établi à partir du certificat médical du médecin qui suit l'enfant

Protocole d'urgence formalisé (DSDEN-CHU)

Asthme et sport : conseils pratiques

Échauffement avant effort

Effort progressif et modéré

Prévention médicamenteuse : PAI

Asthme et absentéisme

Asthme = une des causes les plus fréquentes d'absentéisme scolaire

Organiser les absences (récupération des cours)

Noter les absences justifiées et non justifiées comme pour tout élève

Échauffement avant effort

Effort progressif et modéré

Prévention médicamenteuse : PAI

Asthme et absentéisme

Asthme = une des causes les plus fréquentes d'absentéisme scolaire

Organiser les absences (récupération des cours)

Noter les absences justifiées et non justifiées comme pour tout élève

L'Allergie

déf : réaction anormale, inadaptée et excessive de l'organisme lors d'un contact avec une substance étrangère (allergène).

- substances étrangères habituellement bien tolérées, mais considérées à tort par l'organisme allergique comme des ennemies.

- allergie alimentaire : après la consommation d'un aliment (parfois après un contact sur la peau ou simplement en respirant son odeur) > mécanisme immunologique particulier (production d'anticorps spécifiques, les IgE).

- 25 à 30% de la population concernée par une maladie allergique : a doublé en 5 ans !

- allergie alimentaire touche 3,4% de la population (adultes et enfants) en France, soit 2 108 000 personnes : enfants 3 fois plus touchés que les adultes > 5 à 7% des enfants âgés de moins de 15 ans.

.../....

56 Asthme et allergie : Prévention et PAI

Mme Marie Desseix
Prof Michael FAYON



Les principaux aliments responsables chez l'enfant :

- N°1: le blanc d'œuf
- N°2: l'arachide
- N°3: le lait de vache

Les signes cliniques

L'apparition **très rapide** des signes : quelques minutes à 4 heures après l'absorption de l'aliment.

- Sauf quand eczéma et signes digestifs : signes sont permanents ou apparaissant plus tardivement (quelques jours).
- Signes suivent le plus souvent la consommation, parfois à l'odeur (inhalation de vapeur d'aliment), ou par contact sur la peau avec l'aliment ou des cosmétiques contenant des protéines alimentaires.
- Reconnaissance délicate des signes d'une allergie : divers et peuvent toucher toutes les parties du corps.
- Signes les plus fréquents chez l'enfant : associés et cutanés.

Le choc anaphylactique

- **manifestation la plus grave** de l'allergie alimentaire qui nécessite un **traitement immédiat** :

- * souvent sensation de malaise, avec démangeaisons > urticaire, gêne respiratoire
- > parfois perte de connaissance + chute de tension
- > Il s'agit d'une **véritable urgence médicale** nécessitant une prise en charge immédiate : <http://sfa.lesallergies.fr/sites/default/files/anapen.pdf> (appel du SAMU).

Prise en charge

Régime d'éviction

Le PAI : <https://asthme-allergies.org/pdf/allergie/pai-modeletypeallergie.pdf>

Liens utiles :

- Asthme généralités : <https://asthme-allergies.org/allergies/>
- Asthme, signes cliniques : <https://www.allergienet.com/signes-asthme-enfant/>
- Asthme et sport : http://www.tousalecole.fr/sites/default/files/medias/integrascal/documents/asthme%20et%20sport_1.pdf
- Asthme : <http://www.tousalecole.fr/content/asthme>
- Asthme, BEP (besoins éducatifs particuliers) : <http://www.tousalecole.fr/content/asthme-bep>

56 De la parole à l'image dans la structuration de la pensée

Par. J. Brines

Prof. Honoraire de l'Université de Valencia



Introduction

Au cours du dernier quart du vingtième siècle, il a été possible de constater l'augmentation alarmante de certains **problèmes psychologiques** partout dans le monde mais surtout dans les sociétés occidentales. Il s'agit des problèmes communs, divers, fréquents, apparemment déconnectés, Ces désordres affectent surtout les sociétés plus riches et plus développées technologiquement. Bien que ces troubles soient connus depuis longtemps, leur fréquence a augmenté depuis les années 1980 et ils ont eu une croissance exponentielle et ininterrompue depuis les années 1990 jusqu'à nos jours. Cette croissance a suivi la diffusion générale, et surtout dans la sphère domestique, des **technologies de l'image**.

Ces troubles ont été abordés, selon le cas, à partir de la perspective des psychologues, psychiatres, pédiatres, médecins généralistes, enseignants et assistants sociales et leur approche a été adressée de l'optique spécialisée qui empêche la vue d'ensemble et qui n'a pas fourni que des remèdes particuliers, partiels et incomplets, insuffisants pour les résoudre définitivement et réduire sa prévalence. Ils supposent une **surcharge médicale et sociale** gigantesque, avec un énorme impact destructeur sur la famille et la société.

L'idée qui est proposée est que l'origine de ces problèmes dérive dans une large mesure du **remplacement progressif de la culture de la parole par la culture de l'image**. C'est une idée originale car bien que la substitution de la culture de la parole par la culture de l'image soit un phénomène dénoncé depuis les dernières décennies du 20ème siècle, la possibilité qu'elle constitue un facteur causal général de plusieurs troubles, comme le peu que nous mettons en exemple, qu'impliquent directement ou indirectement la pratique médicale, n'avaient pas été proposés auparavant, au moins à la connaissance de l'auteur.

Le rôle de l'image dans la culture

Comme on le sait, tout au long de l'histoire, **l'image** a joué un rôle fondamental en tant que ressource de communication puisqu'elle peut être liée à tous les aspects de la réalité humaine naturelle ou culturelle. Les images, représentatives de la réalité ou des croyances, ont accompagné en permanence l'évolution culturelle, mais la situation actuelle d'une **culture basée sur l'image** manque d'antécédents en raison de l'ampleur de la création de **récits artificiels déconnectés** du monde physique par des moyens techniques très complexes.

.../...

56 De la parole à l'image dans la structuration de la pensée

Par. J. Brines



La présence de l'image dans le domaine de la culture s'est accrue tout au long du XXe siècle grâce à l'innovation qui constituait le cinéma et, au milieu du XXe siècle, la télévision, qui s'est propagée par de nombreux pays qui la considèrent comme un avant-poste technologique créant leurs propres systèmes publics et privés.

Fait intéressant, une culture basée sur l'image a été rapidement mis en œuvre dans les dernières décennies du siècle XX, remplaçant, à bien des égards, la **culture basée sur la parole**. Cette culture de l'image a été accéléré exponentiellement par les **technologies de l'information et de la communication** (TICs) qui comprennent, entre autres, les appareils téléphones portables, lecteurs audio numériques (MP3), cartes mémoire, disque numérique polyvalent (DVD), le système de positionnement global (GPS) les systèmes de distribution de fichiers multimédia (podcast), les ordinateurs et surtout **Internet**, le réseau mondial de communication. Cette croissance a été un élément clé de la mondialisation. Rôle saillant dans la culture de l'image est représenté par le répertoire varié de **jeux vidéo**. Entre les films et les jeux vidéo d'habileté et d'action on souligne ceux de combat et ceux de guerre qu'ils consistent, par le commun, dans des **représentations violentes de conflits** dans lesquels le joueur doit vaincre l'ennemi généralement moyennant l'usage d'armes. Les jeux d'aventures dans lesquels la présence d'agression et de cruauté sont souvent la norme sont également populaires parmi les enfants.

Quelques problèmes psychologiques et médicaux de notre société

Résumant la liste de ces problèmes au maximum, on peut constater **dans l'enfance** la fréquence croissante des troubles psychologiques (plus de 20% dans les pays occidentaux), de l'échec scolaire et de la violence scolaire (bullying) et domestique; **à l'adolescence**, on observe la violence de toutes sortes (gangs de rue), la consommation de drogues, les comportements à risque et les conséquences des relations sexuelles précoces comme les grossesses non désirées et l'augmentation des maladies sexuellement transmissibles; **à la vieillesse**, il y a une croissance exponentielle des démences séniles y compris la maladie d'Alzheimer.

Mécanismes d'action de la culture de l'image

Le mécanisme par lequel la culture de l'image potentialise la croissance des troubles psychologiques chez les enfants je les explique parce que l'abus des technologies de communication (TV, jeux vidéo, films, iPhones, émoticônes, publicité, etc.) crée dans la psyché immature de l'enfant une **représentation virtuelle de la réalité** qui constitue un substrat irréel et trompeur qui favorise les **erreurs** et les **solutions illusoires ou fantastiques**, des solutions qui peuvent être rapides mais grossières pour les problèmes qui sont lui posés dans son environnement physique et social.

.../...

56 De la parole à l'image dans la structuration de la pensée

Par. J. Brines



Parce que les images ont l'apparence d'objets physiques que nous pouvons **voir et toucher**, l'enfant est tenté de penser qu'il voit une réalité mais c'est une tromperie séduisante. Si la seule idée que l'enfant a du feu est celle reçue en regardant la télévision ou les jeux vidéo, ce qui ne permet pas la perception de la chaleur, il est très facile pour l'enfant de se brûler la première fois qu'il fait face à un vrai feu.

Pour la violence, la culture de l'image provoque une modification de la réalité la biaisant vers des territoires où des solutions agressives, faciles et grossières sont promues. Les images de comportements violents induisent des émotions liées à **l'instinct de survie** ainsi que la procédure de fuite, de défense ou d'attaque. Cependant, cette imagerie, liée à la fin à l'objectif d'obtenir **le pouvoir** (social, politique, économique, religieux, etc.) ne révèle pas, en général, la vraie réalité de la violence avec ses aspects très négatifs à la fois chez celui qui l'exerce et chez celui qui la souffre avec différents degrés de douleur, de fatigue, d'épuisement, de privation, etc., habituellement plus ou moins déguisés ou compensés par la joie et le bonheur que le sentiment de supériorité implique. Mais en plus, dans certaines circonstances la violence dépasse d'être un moyen pour résoudre les problèmes à constituer en soi le but lui-même. Nous ne devrions pas oublier l'attrait du macabre et effrayant pour beaucoup des humains.

Pour les démences séniles le mécanisme proposé est **l'affaiblissement et l'atrophie** suivante due à la désuétude des circuits qui soutiennent les fonctions mentales. De la même manière que les facultés physiques du corps humain s'affaiblissent et s'atrophient avec la désuétude, cela arrive avec nos capacités mentales. On connaît l'atrophie affaiblissante et musculaire qui suit des périodes d'inactivité prolongée, à tout âge, mais surtout chez les personnes âgées. Tous les professionnels de la santé savent avec quelle rapidité les changements physiques se produisent chez les retraités peu actifs; mais le détrimement mental qui les accompagne est moins connu probablement en raison de la richesse de leur contenu et de leur plus grande capacité à compenser les pertes spécifiques.

Bon nombre de nos aînés, après leur départ à la retraite, se limitent, dans le domaine physique, à une courte promenade matinale et à la lecture des titres des journaux pour finir, en se tombant le plus confortablement possible sur le canapé pour regarder la télévision. Cette **inactivité physique et psychique devant la télévision** avec ses images de la réalité, atrophie à la fois la musculature et l'esprit.

.../...

De la parole à l'image dans la structuration de la pensée

Par. J. Brines



Derniers commentaires

Le remplacement de la culture de la parole par la culture de l'image affecte non seulement la médecine, la psychologie et le système éducatif, mais ses conséquences sont beaucoup plus étendues: vraiment il affecte **l'évolution de toute l'humanité.**

Ce n'est pas un problème sectoriel, mais il est clairement systémique, car toutes les structures sociales souffrent d'une forte interdépendance. Le changement culturel que je viens de décrire n'est pas un processus conjoncturel mais clairement structurel car il affecte la configuration et le fonctionnement ordonné du système socioculturel planétaire et de ses composantes. La médecine générale, la pédiatrie ou le système éducatif lui-même ne font que refléter dans leur propre miroir les déficiences et les déséquilibres généraux.

Il n'est pas raisonnable qu'on essaie de résoudre des problèmes systémiques et structurels par des interventions sectorielles et conjoncturelles telles que celles qui sont actuellement appliquées du point de vue de la spécialisation technique. Des propositions générales sont nécessaires qui impliquent toutes sortes d'**activités médiatisées par la parole**, ce qui équivaut à dire que toute activité culturelle.

La culture de l'image ne semble pas reculer, tout le contraire, on prévoit une croissance encore plus forte, favorisée par les groupes dominants grâce au pouvoir de contrôle culturel, politique et économique qu'elle offre.

Évidemment, comme dans beaucoup d'autres circonstances, le problème ne dérive pas de la puissance même de l'image mais de son utilisation. En fait, l'outil culturel de l'hypertexte offre une série de possibilités de formation jamais vues auparavant permettant la création et la diffusion de connaissances collectivement à travers une culture d'accès libre à faible coût disponible partout dans le monde sans autre exigence que de posséder un vidéo haute définition et connexion Internet. C'est la ligne promue par les soi-disant cours en ligne ouverts de masse (MOOC) comme ceux que Claude Billeaud a mis en œuvre dans le réseau francophone l'AEEP

Références bibliographiques

American Academy of Pediatrics, Committee on Communications: Children, adolescents, and television, *Pediatrics* 1995; 96: 786-7.

Brines J., Panorama de la Pediatría actual, Real Academia de Medicina de la CV. Sesión Inaugural. Valencia, RAMCV, 2018. Pp: 35-176.

Canadian Paediatric Society. Psychosocial Paediatrics Committee: Impact of media use on children and youth, *Paediatrics Child Health* 2003; 8: 301-6.

Ennemoser M., Schneider W., Relations of television viewing and reading: Findings from a 4-year longitudinal study, *J Educ Psychol* 2007; 99: 349-68.

Gazzaniga M. S., Ivry R., Mangun G. R., *Cognitive neuroscience*, 2nd ed., Norton, New York, 2002.

Gentile, D. A., Lynch, P. J., Under, J. R., Walsh, D. A., The effects of violent video game habits on adolescent aggressive attitudes and behaviors, *J Adolesc* 2004; 27: 5-22.

Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Pucho E, Vila V. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 352-7.

Thakkar, R. R., Garrison, M. M, Christakis, D. A., A systematic review for the effects of television viewing by infants and preschoolers, *Pediatrics* 2006; 118: 2025-31.

56 Pourquoi s'occuper du bien-être à l'école ?

Marianne Lenoir

*Médecin de l'éducation nationale Académie de
Dijon,
Docteur en sciences de l'éducation,
Membre du bureau de l'Association Française de
Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire
AFPSSU*



Le bien-être est une **notion subjective** dont il faut trouver des **indicateurs** afin de l'objectiver et de pouvoir mettre en œuvre des mesures à même de l'améliorer.

En effet, de nombreuses études internationales et nationales nous montrent que le bien-être impacte à la fois la **vie personnelle de l'élève** mais également ses **résultats scolaires** et sa **vie future**.

Le bien-être est actuellement intégré au sein du concept de **qualité de vie scolaire**.

La modélisation de ce concept nous permet de cibler les points objectifs à améliorer pour que l'élève se sente bien à l'école.

Des pistes de travail sont données en France par les **GACS (groupes académiques climat scolaire)** pour l'amélioration du climat scolaire, dont fait partie intégrante la qualité de vie et le bien-être de l'élève

56 Quizz de dermatologie en 15 mn

Alain Taïeb

*Service de Dermatologie Adulte et Pédiatrique
CHU de Bordeaux*



12 cas ont été sélectionnés pour représenter des affections à présentation dermatologique communes susceptibles d'être rencontrées par les professeurs des écoles chez des enfants de 3 à 11 ans.

Les grands principes de prise en charge seront évoqués ainsi que la répercussion de ces affections en milieu scolaire.

1. Pédiculose
2. Scabiose (gale)
3. Dermatophytie (épidermomycose)
4. Varicelle
5. Dermatite atopique
6. Urticaire
7. Psoriasis
8. Hémangiome
9. Neurofibromatose
10. Vitiligo
11. Naevus pigmentaire congénital
12. Pelade (alopécie en aires)

56 Malaises, convulsions, épilepsie

Dr Clara Pesteil

*Pédiatre Urgences Pédiatriques
CHU de Bordeaux*



I. Définitions et épidémiologie

Un Malaise est une brusque **défaillance des forces physiques** pouvant aller jusqu'à l'évanouissement.

Les principales causes de malaise sont :

- les **causes neurologiques**, dont les crises d'épilepsie par exemple
- les **causes cardiovasculaires**, parmi lesquelles les troubles du rythme cardiaque,
- les **malaises vagues**, très fréquents et pouvant survenir à tout âge
- les **causes métaboliques** : hypoglycémie, perturbations ioniques...

Les crises d'épilepsie sont **relativement fréquentes** :

- 2 à 5 % des enfants de 1 à 5 ans présenteront au moins une convulsion fébrile dans leur vie
- 1% des enfants sont épileptiques et nécessitent un suivi médical spécialisé régulier.

Une **Crise d'épilepsie** est une **manifestation aiguë** due à des décharges excessives de neurones cérébraux.

Une **Convulsion** est une **contraction violente et involontaire** de la musculature striée. En pratique, c'est un terme utilisé pour désigner une crise d'épilepsie avec des manifestations motrices

Les convulsions fébriles sont un cas particulier ; ce sont des crises d'épilepsie, survenant uniquement en contexte fébrile entre 6 mois et 5 ans liées à une vulnérabilité cérébrale particulière aux augmentations de température, à un stade de maturation cérébrale donnée.

L'Épilepsie est une **maladie chronique** caractérisée par la répétition de crises d'épilepsie.

.../...

56 Malaises, convulsions, épilepsie

Dr Clara Pesteil



II. Symptômes / Manifestations cliniques

Tout malaise se manifeste par une modification d'installation **brutale ou progressive** du comportement de l'enfant. Une crise épileptique est comme une histoire : elle comporte un début souvent brutal et une fin plus progressive.

La description des différentes phases d'une crise est essentielle pour orienter le diagnostic et la prise en charge, d'où le rôle capital du témoin dans la description de la scène à laquelle il assiste.

Les différentes manifestations rencontrées sont :

- motrices** : mouvements rythmiques, saccadés d'un membre, d'un hémicorps ou des 4 membres ; modification du tonus : hypertonie (corps « tout raide », « comme un planche de bois ») ou hypotonie voire atonie (corps « tout mou », « comme une poupée de chiffon ») ; secousses du visage, des paupières ; modification du regard ;

- sensorielles et sensitives** : hallucinations auditives, visuelles ; sensation de mauvais goût ou de mauvaise odeur perçue par l'enfant ; fourmillements

- **troubles de la parole**

- on observe aussi des **manifestations plus « bizarres »** : rires inappropriés, agitation, vomissements...

Toutes ces manifestations peuvent s'accompagner ou non d'une modification de l'**état de conscience**. Les crises peuvent aussi entraîner des modifications de **coloration** notamment du **visage**, une salivation excessive, une respiration bruyante ainsi qu'une perte d'urines.

Enfin la **durée de la crise** est capitale. Souvent spontanément surestimée, il est nécessaire d'essayer au maximum de l'objectiver (réflexe de regarder l'heure dès le début des symptômes).

.../...

56 Malaises, convulsions, épilepsie

Dr Clara Pesteil



III. Conduite à tenir devant un malaise

On ne peut pas « mal faire » dès l'instant où l'enfant est **mis en sécurité** et les **secours rapidement alertés** (ou les parents en cas de protocoles particuliers).

La rédaction préalable d'un PAI permet de définir les **premiers gestes à faire** avant l'arrivée des secours. Les différents gestes à effectuer relèvent du simple bon sens.

1) Mettre l'enfant en sécurité

- allonger l'enfant au sol, au mieux l'installer en position latérale de sécurité ou à défaut sur le dos avec la tête sur le côté
- retirer autour de lui tout ce qui pourrait le blesser

2) Garder son calme / Rassurer l'enfant en lui parlant

3) Demander de l'aide

La prise en charge par **deux adultes** (un qui appelle les secours et s'occupe du reste de la classe, l'autre qui reste auprès de l'enfant) est préférable.

L'appel des secours doit comporter les mots « **malaise ou convulsion ou crise d'épilepsie** ».

4) Administrer un *traitement dit d'urgence* dépend de ce qui est noté dans le PAI et de votre volonté ou non de le mettre en oeuvre.

Les traitements d'urgence sont généralement le Valium® ou le Buccolam® et s'administrent par voie rectale ou buccale.

5) Rester près de l'enfant jusqu'à l'arrivée des secours

.../...

56 Malaises, convulsions, épilepsie

Dr Clara Pesteil



IV Cas particulier de l'enfant épileptique

L'épilepsie est une **maladie chronique**, qui nécessite la plupart du temps un traitement quotidien et un **suivi médical régulier** et spécifique.

Le quotidien de l'enfant et de sa famille sont ainsi fortement perturbés.

C'est pourquoi chacun doit s'efforcer de faire en sorte que la vie de ces enfants soit la plus normale possible.

L'épilepsie ne contre indique pas une **scolarité normale**, ni la fréquentation de la cantine ou des activités périscolaires. Elle n'empêche pas non plus de participer aux sorties scolaires.

Néanmoins, il faudra redoubler de **vigilance** lors de certaines activités telles que :

- la baignade : surveillance particulière d'un éventuel malaise pouvant arriver dans l'eau
- les activités à risque de chute (escalade, équitation, etc...) : l'enfant devra porter des protections ou être correctement harnaché.

Concernant les **voyages scolaires**, il faudra s'assurer que l'enfant soit en mesure de prendre correctement son traitement et dispose de temps de repos suffisants.

V Conclusion

Tout malaise nécessite de la **précision dans sa description** ainsi qu'un minimum du **sang froid** et de **bon sens** dans la prise en charge.

Les risques encourus par un enfant ne doivent en aucun cas le priver de son droit à mener la vie « la plus normale » possible.

C'est en tout état de cause ce que nous devons tous nous efforcer de lui garantir.

56 La Réanimation Cardiopulmonaire de base chez l'enfant (RCP ou BLS)

Pr Olivier Brissaud

CHU de Bordeaux



Il faut reconnaître rapidement et intervenir de façon appropriée chez un enfant qui présente des **signes de défaillance respiratoire et/ou circulatoire** pour prévenir l'arrêt cardiorespiratoire.

Il y aura toujours des enfants chez qui un arrêt respiratoire et/ou circulatoire ne sera pas évité. Pour ces derniers, une réanimation cardiopulmonaire de base [BLS ou RCP de Base], l'activation rapide des services d'aide médicale urgente [AMU], et l'accès rapide à une réanimation médicalisée efficace sont cruciaux pour réduire la mortalité et la morbidité : c'est l'**activation de la Chaine de Survie Pédiatrique**.

Le BLS est indiqué chez tous les enfants qui sont **aréactifs** et qui **ne respirent pas normalement**. Il doit être initié aussi tôt que possible, de préférence par les témoins de l'évènement. L'objectif principal est de réaliser une **oxygénation** suffisante pour protéger le cerveau et les autres organes vitaux.

Chaque citoyen devrait avoir les connaissances théoriques et techniques du BLS. Cette séquence (figure 1) est plus efficace lorsque le sauveteur est compétent mais une RCP qui n'est pas optimale donne de meilleurs résultats que l'absence de RCP

En cas de **malaise brutal** à l'emporte-pièce avec perte de connaissance, l'urgence, en plus de **débuter la RCP**, sera d'utiliser le plus rapidement possible un **défibrillateur semi-automatique**. Il permettra de repérer un rythme cardiaque susceptible d'être traité par une défibrillation.

En plus de cette séquence de réanimation de base, tout citoyen devrait être en capacité de **donner l'alerte** face à un danger avec des victimes en contactant les secours adaptés, de connaître les **manœuvres de protection** des victimes et de soi-même, de savoir la conduite à tenir face à une **hémorragie**, une **attaque terroriste** et agir lors de la constatation de **l'inhalation d'un corps étranger** chez un enfant

La présentation du jour se concentrera sur le BLS ou RCP de base.

.../...

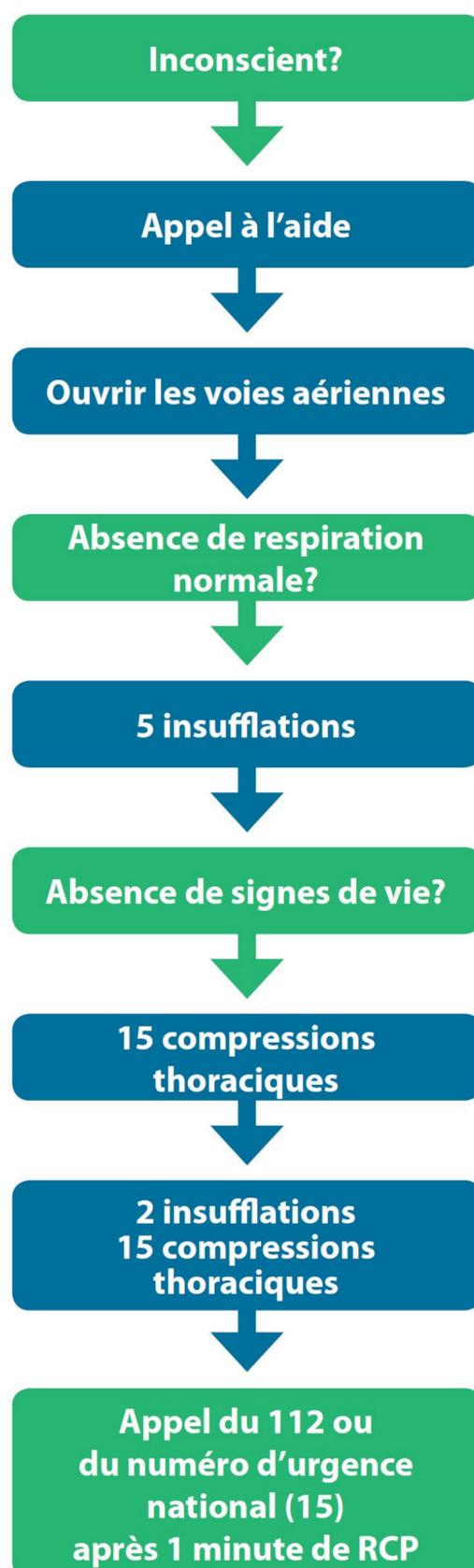
56 La Réanimation Cardiopulmonaire de base chez l'enfant (RCP ou BLS)

Pr Olivier Brissaud



Figure 1 : Séquence de Réanimation Cardiopulmonaire Pédiatrique de base (BLS ou RCP pédiatrique)

Séquence de réanimation cardiopulmonaire pédiatrique de base (BLS pédiatrique)



56 Repérage et dépistage de l'autisme

Marianne Lenoir

*Médecin de l'éducation nationale Académie de
Dijon,
Docteur en sciences de l'éducation,
Membre du bureau de l'Association Française de
Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire
AFPSSU*



Les troubles du spectre autistique sont des **troubles neuro développementaux**.

Leur incidence et leur prévalence nous montrent que ce ne sont pas des troubles rares.

La définition a évolué récemment suite à la mise à jour du DSM5.

Le diagnostic est réalisé par une équipe pluridisciplinaire comportant des médecins et des professionnels paramédicaux.

Le rôle des enseignants dans le **repérage des élèves souffrant de TSA est primordial**.

Lorsque le diagnostic précoce n'a pas été fait, les demandes sociales de l'école dépassent les capacités relationnelles de l'enfant et les enseignants sont sur le devant de la scène pour les repérer et demander un avis au médecin de l'éducation nationale.

Le rôle des enseignants dans la **prise en charge pédagogique et environnementale de l'élève** est également essentiel. Cette prise en charge conditionnera **l'adaptation de l'élève à l'école** et la progression de ses apprentissages scolaires.

Les structures pouvant scolariser ces élèves porteurs de TSA seront évoqués ainsi que quelques méthodes éducatives.

Un cas clinique sera présenté.

56 *Enfance en danger*

Dr Pascal Pillet

*Pédiatre - Hôpital Pellegrin Enfants –
CHU Bordeaux*



La maltraitance constitue un fléau social et médical dont des pays comme la France n'ont pris une claire conscience que depuis peu. Plus de 100 000 enfants en danger sont signalés chaque année dans notre pays, dont environ 20 000 en danger avéré.

Acteur majeur de la prise en charge de l'enfant, l'enseignant est en première ligne et à même d'identifier précocement une situation de danger et de la signaler aux autorités compétentes.

La plupart du temps, la verbalisation par le mineur de ce qu'il subit, ne s'opère pas. C'est une souffrance dont la raison est inavouée, dissimulée ou parfois déniée qui se fait alors entendre.

En dehors des situations de maltraitements physiques graves, les autres situations sont plus complexes à appréhender.

Les signes devant attirer l'attention sont multiples, souvent non spécifiques et variables selon l'âge : lésions physiques diverses, chutes et accidents domestiques répétés, tentative de suicide, échec scolaire, fugues, prise de toxiques, troubles du comportement et troubles psychiatriques multiples, alcoolisation aiguë, troubles psychosomatiques et somatoformes récidivants (troubles digestifs, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, malaises etc. ...).

Le milieu scolaire peut être le lieu d'expression de cette souffrance. Face à une suspicion de maltraitance, et sans qu'on lui demande d'établir l'exactitude des faits ni de confondre les agresseurs, l'enseignant peut effectuer une **information préoccupante** ou un signalement.

L'Information Préoccupante est une information transmise à la **Cellule Départementale de Recueil des Informations préoccupantes (CRIP)** pour alerter le Président du Conseil Général sur la situation d'un mineur, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être.

.../...

56 *Enfance en danger*

Dr Pascal Pillet



La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide, dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier, si les parents l'acceptent.

En cas d'urgence ou d'infraction pénale, un **signalement** est nécessaire. Il consiste en la saisine du **procureur de la République** pour lui faire part de la situation d'un enfant en danger dont l'évaluation fait apparaître la nécessité d'une protection judiciaire, qui peut être imposée aux parents.

Si les enseignants sont certes aux premières loges pour repérer la maltraitance, celle-ci reste difficile à appréhender et doit faire l'objet d'un effort de coopération entre les différents organismes concourant à la protection de l'enfance (hôpital, médecine libérale, scolaire services sociaux, Conseil général, parquet, justice).

Dans les situations particulièrement dramatiques, l'enseignement majeur est que, face à ce type de situation, chacun des acteurs concourant à la protection est détenteur d'une parcelle d'information qu'il ne partage pas. Il est ainsi impératif d'envisager une approche plus collégiale et décloisonnée.

56 *Le médecin scolaire : pour qui ? pourquoi ? comment ?*

Dr Caroline Genet

*Médecin Éducation nationale Gironde
Caroline.Genet@ac-bordeaux.fr*



Pour qui ?

Médecin de santé publique, le médecin de l'Éducation Nationale conserve une vision globale de la santé sur son secteur d'intervention (12 000 élèves en moyenne en Gironde).

Aujourd'hui, éloigné de la prévention collective pourtant prévue dans ses missions, en raison de l'impact majeur de déterminants récents de notre société, il s'est spécialisé dans l'analyse des besoins et l'accompagnement d'élèves à besoins éducatifs particuliers (BEP)

- Loi sur le handicap
- Accueil des enfants porteurs de maladies chroniques
- Elèves porteurs de troubles des apprentissages
- Lutte contre l'illettrisme et le décrochage scolaire
- Prévention des addictions
- Lutte contre le harcèlement
- Enfant en situation de danger
- Prise en charge des troubles psychiques et du comportement etc.

Pourquoi ?

- A l'interface de l'École et de la Santé, il connaît aussi bien les rouages de l'une que de l'autre et peut conseiller parents et enseignants avec pertinence.
- Informant les établissements et accompagnant les personnels, il aide les élèves en situation de handicap ou porteurs de maladies à être scolarisés près de chez eux.
- Accessible aux familles quels que soient leurs revenus, présent dans le rural, il participe à la réduction des inégalités sociales et géographiques.
- Sachant alterner les points de vue, sans oublier celui de l'élève, connaissant les particularités d'une classe, ce médiateur peut comprendre pourquoi telle ou telle rencontre élève-École se passe mal et participer à dépassionner un débat École-famille parfois mal engagé.
- Son exercice varié et enrichi des collaborations intra et extra institutionnelles renforce le sentiment de cohérence dans l'accompagnement des élèves BEP tout au long de leur scolarité.

.../...

.

56 *Le médecin scolaire : pour qui ? pourquoi ? comment ?*

Dr Caroline Genet



Comment ?

- Fréquemment sollicité par les familles et/ou les enseignants pour analyser la difficulté d'un élève :
 - il peut éviter la médicalisation à outrance de certaines situations
 - tout autant que favoriser les prises en charge adaptées et la mise en place d'accompagnements pédagogiques quand ils le nécessitent.
- En collaboration avec le psychologue scolaire, il peut aider certains enseignants à comprendre les manifestations bruyantes d'un enfant ou d'un adolescent et à les différencier de réels troubles psychiques, évitant à des parents d'allonger la liste d'attente des pédopsychiatres, déjà sursaturée.
- Non contraint à la même échelle de temps que les équipes enseignantes, il peut accompagner certaines familles, en respectant leur rythme propre, dans le cheminement vers l'acceptation des troubles de leur enfant.
- Il peut montrer à l'élève ses qualités sur lesquelles s'appuyer quand enseignants et familles angoissés par ses défaillances finissent souvent par les oublier.
- Il a également la possibilité de conseiller, rassurer et accompagner un enseignant face à une situation d'élève douloureuse ou compliquée.
- Il participe à la formation des membres de la communauté éducative mais également à celle d'internes en médecine en stage.

• Missions des médecins de l'Éducation Nationale (http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91583)

• Enfants à besoins éducatifs particuliers : (<http://eduscol.education.fr/pid26463/besoins-educatifs-particuliers.html>)

• Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées consolidée au 12-06-2010 (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>)

• Circulaire interministérielle n° 2003-135 du 8 septembre 2003, Accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. (<http://www.education.gouv.fr/bo/2003/34/default.htm>)

• Le plan d'accompagnement personnalisé (http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=85550)

L'enseignement Éducation Nationale en centre hospitalier

Mmes Burri et Loppinet

Enseignantes spécialisées (Éducation Nationale)
Hôpital Pellegrin-Enfants de Bordeaux
pel-centre-scolaire.pediatrique@chu-bordeaux.fr



Un service d'enseignement public et gratuit au sein de l'hôpital

QUI ?

- Une équipe composée de 4 professeures des écoles et 2 professeurs du second degré

POUR QUI ?

- Les élèves hospitalisés de la maternelle à la terminale.

POURQUOI ?

5 objectifs institutionnels * :

- Assurer la scolarisation pendant l'hospitalisation.
- Maintenir le lien avec l'établissement scolaire d'origine.
- Favoriser la réinsertion scolaire après l'hospitalisation.
- Informer sur l'assistance pédagogique à domicile si nécessaire.
- Établir un projet scolaire adapté.

COMMENT ?

- Prise en charge scolaire non systématique (en fonction de plusieurs critères comme les conséquences de la pathologie sur la scolarité, la chronicité de la pathologie, une situation scolaire complexe signalée).
- Lien établi entre le professeur à l'hôpital et celui de l'élève pendant l'hospitalisation et à la sortie de l'hospitalisation.
- Priorité donnée aux mathématiques et au français. Séance de 20 min à 1h.

QUELS DISPOSITIFS POUR LE RETOUR A L'ÉCOLE ?

- *PAI : Projet d'Accueil Individualisé
- *PAP : Plan d'Accompagnement personnalisé
- *PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
- *SAPAD : Service d'Assistance Pédagogique à Domicile.

*Circulaire n° 91-303 du 18/11/1991t

NOS COORDONNÉES

Sophie Loppinet coordinatrice de l'Unité d'Enseignement du CHU de Bordeaux
05 57 82 08 39 pel-centre-scolaire.pediatrique@chu-bordeaux.fr

56 Jeux & activités physiques : vers le bien-être individuel et collectif

Pr **Éric DUGAS**

Université Bordeaux – ESPE Aquitaine
Laboratoire Culture, Éducation et Sociétés (LACES)
- EA 7437
eric.dugas@u-bordeaux.fr



I. Sport et jeu à l'école : quelles activités physiques et sportives pour la santé, donc pour le bien-être ?

Le sport moderne véhicule des valeurs de bien-être et de « bien devenir » ou, tout du moins, celles-ci sont fortement mobilisées car correspondant aux valeurs dominantes d'une société fondée, certes sur la méritocratie, sur l'individualisme contemporain, mais aussi sur l'hédonisme, le soin et l'entretien de soi. Les images d'un corps performatif/compétitif et d'un corps sain pourraient être opposées, mais tout aussi bien s'apposer pour définir les contours d'un **équilibre entre le corps et l'esprit**, entre les tensions de la vie sociale et d'un espace pour se retrouver soi-même et/ou avec les autres. En somme, selon le type de sports » pratiqués, l'activité ludomotrice permet de **se centrer sur soi** (concentration) et de se **décentrer** en sollicitant l'**ouverture sur les autres**. L'ensemble favoriserait le bien-être physique, mental et social de pratiquants, c'est-à-dire garantirait une meilleure santé (Dugas, 2014).

Toutefois, ne confondons pas une activité sportive (compétitive, codifiée et institutionnalisée) avec une activité physique réalisée à des fins d'entretien de soi, des formes et de la forme... En ce sens, nous distinguerons l'**activité/pratique physique de loisir** (de l'activité sportive/sport, pour éviter in fine toute confusion, amalgame, comme trop souvent).

Ce souci définitoire demandera effectivement quelques éclaircissements, dès lors que l'on s'intéresse, qui plus est, aux élèves de l'école maternelle et primaire. Les multiples recherches scientifiques en sciences humaines, sociales et de la santé, convergent et postulent que la pratique physique régulière contribue à la santé sous toutes ses formes (sur les plans cardiovasculaire, de l'ostéoporose, du stress, de l'anxiété, de la dépression, voire de la sociabilité, etc.). Cette pratique a des effets bénéfiques sur la **qualité de vie** (Décamps, 2011) au sein duquel sont énumérés les « effets favorables sur le bien-être et l'état physique et l'évolution de la pathologie de très nombreux groupes de patients » (Bruchon-Schweitzer, 2011). Par exemple, les bienfaits de l'activité physique dans le cadre de la prévention contre les cancers sont effectivement recensés dans de nombreux articles scientifiques.

.../...

56 Jeux & activités physiques : vers le bien-être individuel et collectif

Pr **Éric DUGAS**



II. Le jeu sportif pour le bien-être à l'école

L'association de la santé et de la pratique physique ne se réduit pas à des bénéfices corporels centrés exclusivement sur soi ; l'être humain dépasse ce schéma dualiste et égocentré. Elle permet aussi **l'éducation à une vie, ouverte sur l'Autre, à la citoyenneté, aux émotions, aux différences** et ce, dès l'école (Jourdan, 2010).

D'ailleurs, en reprenant la définition de l'OMS (1946) – « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » –, le bien-être est irréductible à la santé physique. Ainsi, le sport pratiqué avec modération, bien encadré, sécurisé et contrôlé, ciment d'une socialisation secondaire, peut aussi contribuer au bien-être global des citoyens. Cependant, il n'est qu'un maillon de la grande chaîne des activités ludomotrices et physiques. Il est à souligner que pour lutter contre la sédentarité (Carré, 2013) – qui, selon l'auteur, « tue sans bruit » –, il s'agit prioritairement de pratiquer une activité régulière, quelle que soit sa configuration (sport ou pas). Pour enfoncer le clou, un sport tel que le billard favorise-t-il davantage la santé physique qu'une marche active informelle ? Le bénéfice d'une telle pratique sportive est ailleurs...

Enfin, à l'école, en augmentant « l'ombre projetée par l'avenir sur le présent » (Axelrod, 2006), c'est à ce prix que l'on convaincra plus aisément les élèves et leur famille ainsi que les enseignants d'associer la santé à toute pratique sociale sans excès, ni danger pour le bien-être et le bien-devenir de tous. Dès lors, l'éducation à la santé devra passer par le filtre du « risque subjectif » (Collard, 1998 ; Dugas & Collard, 2013 ; Dugas, 2014 ; Dugas & Mikulovic, 2016), si l'on veut qu'il change les mauvaises habitudes, voire ses habitus de vie, en ressentant un tant soit peu la crainte de l'effet d'une mauvaise santé, au sens large du terme. Car sans cela, difficile pour un jeune de décider de pratiquer une activité physique essentiellement pour des bienfaits (trop lointains) associés à la santé ! L'« incohérence temporelle » guette dans les choix et décisions.

La communication présentée ici permettra de visiter des **jeux sportifs originaux** car le jeu est une microsociété en effervescence dans un jeu subtil d'interactions interindividuelles et de communication. L'activité physique ludique contribue **au mieux « vivre-ensemble »** car elle permet, par la mise en jeu corporelle, de nouer des interactions comme peu d'autres pratiques sociales les créent et les façonnent (Dugas, 2011 ; Dugas et Loyer, 2018). Car on s'éprouve avec la totalité agissante de l'individu qui s'exprime dans toutes ses dimensions (motrice, cognitive, relationnelle, affective, expressive, décisionnelle) : dans les jeux sportifs, on communique, on s'affronte, on prend des risques comme nulle part ailleurs...

Pour autant, il peut être parfois plus gratifiant de « faire avec » plutôt que systématiser de « faire contre » autrui (équipe « adverse »). S'opposer oui, mais il existe d'autres formes de jeux qui permettent l'épanouissement individuel et collectif, le bien-être et le vivre-ensemble, surtout à l'école... C'est ce que nous tenterons d'esquisser au cours de notre communication.

Mars 2018

guide

collectif

Pédiatrie

en 1 jour