

Comité Scientifique et d'Organisation

Scientific and Organization Committee

Scientific Committee/ Comité Scientifique

Claude Billeaud AEEP/EAPE

Yves Perel AEEP/EAPE

Elie Saliba AEEP/EAPE / SFN

Christophe Elleau AEEP/EAPE

Bernard Maruani AEEP/EAPE

Tamas Szamosi AEEP/EAPE IGPAC

Catherine Salinier AFPA

Christine Bellas-Cabane AFFSIPS

Andrea Vania ECOG

Juan Brines AEEP/EAPE EAP

Pascal Barat SFP

Dr Colette Delmas AFPSSU

Pr Roger Salamon ISPED

Organization Committee /Comité d'Organisation

Claude Billeaud

Yves Perel

Christophe Elleau

Sociétés Scientifiques Associée

Associated Societies

SFP [Société Française de Pédiatrie](#) Pr Yannick Aujard



EAP [Asociación Española de Pediatría](#) Pr Juan Brines



AFPA [Association Française des Pédiatres Ambulatoires](#) Dr Catherine Salinier



Afssu [Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire](#)
Dr Claude Bravard



SFN [Société Française de Néonatalogie](#) Pr Umberto Simeoni



ISPED [Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement](#) Pr Roger Salamon



ASSIPS [Association Internationale de Pédiatrie Sociale](#) Dr Christine Bellas-Cabane



ESPE Aquitaine [Institut Universitaire de Formation des Maitres](#)

ECOG [European Childhood Obesity Group](#) Pr Andrea Vania



IGPAC [International Group for the Prevention of Atherosclerosis in Childhood](#)

Pr Tamas Szamosi

Avec le soutien du Conseil Régional d'Aquitaine



Et L'aimable sponsoring de la société Bledina



Teaching the primary school teachers on prevention of adult's diseases in childhood

Sous la présidence du Pr Yannick Aujard (Paris)

Avec le soutien de la Société Française de Pédiatrie

Conseil Régional Aquitaine - Hôtel de région 14, rue François de Sourdis - 33077 BORDEAUX CEDEX

N° Formation : 11 75 48 029 75

MORNING 08h30-13h>

Is prevention of adult's diseases possible in childhood?

Chairman of the meeting : Pr Yannick Aujard (SFP)

Introductory Lecture

Prevention on : Pr Didier Jourdan Directeur ESPE Auvergne

A/ Obesity

1/ ECOG Dr Marie-Laure Frelut

Obesity prevention in childhood (8h50-9h10)

2/ SFP Pr Pascal Barat (9h10- 9h25) Evaluation of obesity in childhood

REPOP FRANCHE-COMTE Dr Veronique Negre

Discussion 9h30- 9h40

B/ Atherosclerosis Pr Tamas Szamosi IGPAC

Prevention of adult's atherosclerosis in childhood ? (9h40-10h)

Discussion 10h-10h10

C/ SFN Pr Umberto Simeoni (10h10-10h50h)

Consequences of neonatal nutrition on adult's diseases .

Discussion 10h50 - 11h

Coffee Break 11h -11h15

Chairpersons : Dr Catherine Salinier (AFPA) - Dr Claude Billeaud (AEEP)

D/ Association Internationale de Pédiatrie Sociale (ASSIPS)

Dr Bellas-Cabanne (Pediatrician, Conseillère Régionale Santé de l'Océan Indien)

Point of view of ASSIPS on the prevention of psychosocial risk in childhood (11h15-12h)

Discussion 12h-12h15

Opening Ceremony : Mme Solange Menival Vice-Présidente du Conseil Régional Aquitaine and the Presidents of associated societies (12h15-12h40)

Film « Valencia Protectrice de l'Enfance » in the memory of the carriere of Pr Gomez Ferrer.

Lunch : 13h - 14h

AFTERNOON 14h-19h>

Teaching the primary school teachers in paediatrics

A/ AEPP/EAPE, EAP (Association Espagnole de Pédiatrie). Round-Table 1 (14h-15h30)
Chairpersonss : Pr Juan Brines (EAPE/AEPP- AEP) – Mme Olga Gil Medrano (Vice-Recteur de Valence)

Four years teaching of teachers experience in Valencia (SPAIN)

- 1) Pr Juan Brines.** Professor of Paediatrics, Head of the Chair of Paediatrics of the Valencia University: Promoting adult health since childhood- Pedagogic reflexion.
- 2) M. Monfort** Dean of the School of the “Magisterio. »
Content and distribution of materials in the teaching Child Licence in the Faculty of the “magisterio” Valencia University
- 3) Martinez-Costa** , Prof. Paediatrics, Valencia. University
Theoretical contents of teaching : Childhood, Health and Nutrition
- 4) F. Núñez** , Associate Professor of paediatrics., Valencia. University
Practical issues of the teaching : Childhood, Health and Nutrition.
- 5) J. Belda** , Manager of the School of the “Magisterio. ». Point of view of the administration.

Olga Gil Medrano Vice-Recteur of Valencia

Conclusion and Discussion 15h15- 15h30

Coffee Break : 15h30-15 h45

B/ AFPSSU and Bordeaux Academy. Round Table 2

Chairperson : Dr Colette Delmas (rectorat)

- 1) Dr Claude Bravard**, présidente de l'association AFPSSU, médecin conseiller honoraire.
Rôle and place of AFPSSU in the training of the healthcare and education's professionals. .
- 2) Dr Colette Delmas**, médecin conseiller auprès du Recteur de l'académie de Bordeaux
Promotion of the health of the pupils in the academy of Bordeaux : current working axes..
- 3) Dr Caroline Genet**, médecin de l'Education Nationale en Gironde
The pupils carriers of chronic diseases : which adaptation of schooling .
- 4) Mme Claudine Souidi**, professeure des écoles, Directrice de l'école Jean Monnet, St Jean d'illac (Gironde)
How to appreciate the health of the pupils, through the current problems of public health.
- 5) Scholar Integration of children with chronic hospitalization :**

Paediatric point of view : Pr Yves Perel AEPP/EAPE, Professeur de Pédiatrie, Université de Bordeaux.

Educational point of view : Pr Eric Dugas , ESPE Aquitaine.

Discussion 17h15-18h

Closure Pr Roger Salamon (HCSP-ISPED) Pr Yannick Aujard & Pr Juan Brines & Dr Claude Billeaud (EAPE/AEPP) Mrs Olga Gil Medrano Vice-Recteur of Valence et Dr Colette Delmas (Rectorat de Bordeaux) 18-19h

Comment enseigner la prévention des maladies de l'adulte aux professeurs des écoles ?

Sous la présidence du **Pr Yannick Aujard (Paris)**

Avec le soutien de la Société Française de Pédiatrie

Conseil Régional Aquitaine - Hôtel de région 14, rue François de Sourdis - 33077 BORDEAUX CEDEX

N° Formation : 11 75 48 029 75

MATIN 08h30-13h00 > Peut-on prévenir les maladies de l'Adulte dans l'enfance ?

Discutant : **Pr Yannick Aujard (SFP)**

Exposé Introductif

Prévention et Education à la Santé : **Pr Didier Jourdan** Directeur ESPE Auvergne

A/ Obésité

1/ ECOG **Dr Marie-Laure Frelut**

Prévention de l'obésité dans l'enfance (8h50-9h10)

2/ SFP **Pr Pascal Barat** (9h10- 9h25)

Evaluation de l'obésité chez l'enfant

REPOP FRANCHE-COMTE **Dr Veronique Negre**

Discussion 9h30- 9h40

B/ Athérosclérose Pr Tamas Szamosi IGPAC

L'athérosclérose peut-elle être prévenue dès l'enfance ? (9h40-10h)

Discussion 10h-10h10

C/ SFN Pr Umberto Simeoni (10h10-10h50h)

Conséquences de la nutrition néonatale sur les maladies de l'adulte

Discussion 10h50 -11h

Pause Café 11h -11h15

Discutants : Dr Catherine Salinier (AFPA) - Dr Claude Billeaud (AEEP)

D/ Association Internationale de Pédiatrie Sociale (ASSIPS)

Dr Bellas-Cabanne (Pédiatre , Conseillère Régionale Santé de l'Océan Indien)

Point de vue de l'ASSIPS sur la prévention du risque psycho-social à l'école (11h15-12h)

Discussion 12h-12h15

Cérémonie d'ouverture : Mme Solange Menival Vice-Présidente du Conseil Régional Aquitaine et les Présidents des Sociétés Médicales Associées (12h15-12h40)

Projection d'un film « Valencia Protectrice de l'Enfance » en l'Honneur de l'œuvre du Pr Gomez Ferrer (12h40-13h)

Lunch : 13h - 14h

APRÈS-MIDI 14h-19h > Enseigner la pédiatrie de base aux professeurs des écoles

A/ AEEP/EAPE, EAP (Association Espagnole de Pédiatrie). Table Ronde 1

Discutants : Pr Juan Brines (EAPE/AEEP- AEP) – Mme Olga Gil Medrano (Vice-Recteur de Valence)

Expérience de 4 ans d'enseignement de la pédiatrie aux professeurs des écoles à Valence (Espagne)

1) Pr Juan Brines. Professeur de Pédiatrie, chef de la Chaire de l'Université de Valence.

La promotion de la santé de l'adulte dès l'enfance: réflexion pédagogique.

2) M. Monfort Doyen de la Faculté des Maîtres.

Contenus et distribution des programmes de la licence d'enseignement de la Pédiatrie à la Faculté des Maîtres de l'Université de Valencia

3) Martínez-Costa , Prof. de Pédiatrie. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universidad de Valencia.

Contenus théoriques des enseignements : Enfance, Santé et Alimentation.

4) F. Núñez , Prof. Associé de Pédiatrie. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universidad de Valencia.

Contenus pratiques des enseignements : Enfance, Santé et Alimentation.

5) J. Belda , Administration de la Faculté des Maîtres.

Le point de vue de l'Administration

Olga Gil Medrano Vice-Recteur de Valencia

Conclusion et Discussion 15h15- 15h30

Pause Café 15h30-15 h45

B/ AFPSSU et Académie de Bordeaux. Table Ronde 2

Discutants : Dr Colette Delmas (rectorat)

1) Dr Claude Bravard, présidente de l'association AFPSSU, médecin conseiller honoraire.

Rôle et place de l'association dans la formation des professionnels de santé et de l'éducation.

2) Dr Colette Delmas, médecin conseiller auprès du Recteur de l'académie de Bordeaux Promotion de la santé des élèves dans l'académie de Bordeaux, axes de travail actuels.

3) Dr Caroline Genet, médecin de l'Education Nationale en Gironde

Les élèves porteurs de maladies chroniques, quelles adaptations de scolarité.

4) Mme Claudine Souidi, professeure des écoles, Directrice de l'école Jean Monnet, St Jean d'Ilac (Gironde)

Comment appréhender la santé des élèves, à travers les problèmes actuels de santé publique.

5) Pr Yves Perel AEEP/EAPE, Professeur de Pédiatrie, Université de Bordeaux.

Concilier le processus de scolarisation, les hospitalisations des maladies chroniques de l'enfant.

6) Pr Eric Dugas , ESPE Aquitaine

La question des formations initiale et continue des enseignants au profit des élèves en situation de handicap.

Discussion 17h15-18h

Clôture Pr Yannick Aujard (SFP)- Pr Roger Salamon (HCSP-ISPED)- Pr Juan Brines & Dr Claude Billeaud (conclusions de l'AEEP) Mme le Vice-Recteur de Valence & Dr C. Delmas.

Colloque AEEP
*Comment enseigner la prévention des maladies de l'adulte aux professeurs
des écoles ?*

La prévention et l'éducation dans la formation des enseignants

Didier Jourdan
Professeur des Universités
Administrateur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education Clermont-Auvergne
Chercheur au laboratoire ACTé EA 4281
Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand II
Membre du Haut Conseil de la Santé Publique
Vice-Président de la Commission Prévention, éducation et promotion de la santé

Dans notre pays, il n'y a rien d'évident à ce que l'école, dont la mission se cantonne à la sphère publique, prenne en charge le domaine de la santé qui relève d'abord du privé, de l'intime. Il n'existe pas non plus de consensus sur la façon d'aborder les questions de santé. A minima deux lectures émergent pour peu que l'on creuse l'argumentaire développé dans les différents discours. Il s'agit de la référence à la sécurité, d'une part, et de la référence à la promotion du bien-être individuel et social, d'autre part. La première se réfère à l'idée d'urgence préventive (si nous n'agissons pas maintenant les conséquences seront terribles dans le futur et risquent de mettre en cause l'équilibre même de notre société), la seconde renvoie à des fins plus larges (promouvoir le bien-être social, prendre du pouvoir sur sa santé et celle de la communauté). Si la première a été longtemps dominante, le double phénomène de l'émergence d'une éthique du bien-être individuel et d'une augmentation du degré d'exigence des individus vis-à-vis des états providence a conduit à donner plus de place à la seconde. Ces deux sources de légitimité coexistent dans le système éducatif et conduisent nécessairement à des façons différentes de percevoir le rôle de l'école et des enseignants.

C'est dans ce contexte, au cœur de tensions multiples, que le système éducatif, les professionnels qui le font vivre comme ses partenaires, sont appelés à contribuer à la prévention des maladies et à l'éducation à la santé. La spécificité de l'action de l'école tient au fait qu'elle est nécessairement ordonnée au projet démocratique de notre pays. Comme le rappelle l'article premier de la loi d'orientation sur l'éducation, « Outre la transmission des connaissances, la Nation fixe comme mission première à l'école de faire partager aux élèves les valeurs de la République ». Le fondement de la démocratie est la confiance en la capacité du citoyen à agir de façon libre et responsable. Pour autant, cette capacité à décider soi-même, à prendre du pouvoir sur son existence n'est pas innée. C'est l'éducation qui permet de la construire. En matière de santé, le rôle de l'école et des autres acteurs de l'éducation

au premier rang desquels la famille, est ainsi d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la liberté et de la responsabilité. En d'autres termes, il s'agit de donner aux citoyens les moyens de décider par eux-mêmes et ainsi de ne pas laisser aux médias, aux marchands, aux gourous ou aux experts le soin de le faire à leur place.

Cette référence au « projet de l'école » a pour conséquence essentielle le fait que la santé ne saurait être considérée comme une fin en soi, comme le but ultime de l'existence. La santé, en régime démocratique, ne peut se substituer aux valeurs d'émancipation de chacun. Elle est une condition de possibilité de l'exercice plein et entier de la citoyenneté, non un objectif.

Disons le clairement, il nous semble illusoire de tenter d'avancer sur la question de la formation des enseignants dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé en faisant comme si tout relevait de l'évidence et que le seul obstacle était l'ignorance (ils ne savent pas que l'affaire est grave, il suffit de le leur dire pour qu'ils en soient convaincus), la bonne volonté des acteurs (s'ils ne le font pas alors c'est qu'ils résistent pour de mauvaises raisons, comprenons la nature des différents verrous pour être en mesure de les faire sauter) et le manque de temps (il y a d'autres priorités c'est vrai, mais il faut agir pour que la santé remonte dans la liste). La première étape d'un travail de formation est sans doute constituée par l'élucidation de ce qui est en jeu.

Le décret relatif à la formation des enseignants mentionne les questions liées à la santé. Au sein des maquettes de master, c'est la dimension éducative de l'exercice professionnel des enseignants et les capacités à inscrire sa pratique professionnelle dans l'action collective de l'école ou de l'établissement ainsi qu'à communiquer avec les élèves et leurs parents qui est mise en avant. Aussi, ne s'agit-il pas de l'émergence d'un nouveau domaine de formation. Cette démarche n'aurait fait encore qu'ajouter au morcellement de la formation des enseignants. A l'opposé d'une logique de superposition, la formation en prévention et en éducation à la santé est en fait appelée à constituer un ciment dans la formation. Tous les enseignants sont confrontés aux questions posées par les conduites à risque et s'interrogent sur la nature de la mission de l'école (doit-elle contribuer à la chasse aux fumeurs ou à la stigmatisation des gros ? Doit-elle contribuer à ce mouvement vers l'idéalisation du corps telle que nos sociétés individualistes tendent de le promouvoir ? Doit-elle au contraire renoncer à tout discours sur la sexualité, la violence ou la drogue ?) et sur la leur (en quoi puis-je, dois-je contribuer à l'éducation des élèves sur ces objets qui, bien que fondamentaux, se situent à la frontière de la sphère publique et de la sphère privée ? Que dois-je dire à un élève qui consomme du cannabis ou présente des signes de mal-être ?

Comment agir sur l'aliénation générée par les stéréotypes en ce qui concerne la "ligne", l'alcool, la sexualité ?). La réalité de la vie quotidienne des établissements est telle que l'enjeu premier est toujours la gestion de crise mais la question de la prévention et de l'éducation dans ce domaine se pose rapidement par la suite. Traiter, avec les étudiants et stagiaires, de telles "questions vives" de citoyenneté est un moyen de leur permettre de faire le lien entre divers apports tant académiques (scientifiques, historiques, juridiques, déontologiques ...) qu'issus de leur expérience et ainsi de se situer comme enseignant. L'éducation à la santé est l'un des éléments de la "culture commune" à tous les enseignants du primaire comme du secondaire.

Dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé comme dans tous les autres, l'activité des enseignants ne consiste pas en la simple mise en œuvre de circulaires ou de programmes. Ce qui la conditionne est beaucoup plus complexe. Elle est dépendante, certes de paramètres institutionnels (prescriptions liées aux programmes, circulaires, projets d'établissement) mais aussi personnels (nature des représentations de l'enseignant quant à sa mission dans le champ de l'éducation à la santé, histoire personnelle) et liés au public (les élèves, leurs besoins, leurs attentes). La formation se doit de laisser une place à ces trois aspects complémentaires. Cela ne signifie pas que chaque module ou chaque séance doive conduire à les travailler tous mais qu'il faut veiller à ce qu'ils soient pris en compte. En effet, mettre en œuvre une formation ne peut ainsi se limiter à prôner des bonnes pratiques. Il s'agit d'accéder à la compréhension des contradictions inhérentes au métier d'enseignant entre les exigences des apprentissages des élèves et celles de l'exercice réel du métier pour offrir une formation réellement adaptée¹. L'enseignant, comme tout professionnel, n'est pas un robot agissant sous l'action de prescriptions mais un sujet pris dans un ensemble de contraintes de l'articulation desquelles va émerger son mode d'exercice de l'activité professionnelle. De la maternelle au lycée, « les enseignants prennent quotidiennement de multiples décisions dans bien d'autres buts que de favoriser les apprentissages des élèves : par exemple pour préserver l'affection que ceux-ci leur portent, pour ne pas « les mettre en échec », pour maintenir la paix sociale dans la classe, pour entretenir leur propre motivation ou pour économiser leurs forces. Tous s'efforcent de trouver en classe un bien-être suffisant pour « tenir » chaque jour ou « durer » toute une carrière ».

Le fait de se situer dans un champ marginal de l'activité enseignante rend nécessaire la prise en compte des différents déterminants de l'activité en éducation à la santé mais aussi de travailler sur l'articulation de l'éducation à la santé aux autres dimensions du métier. Elle

¹ Goigoux R. (2007). « Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants ». Éducation et didactique n°3.

n'est, en effet, pas au cœur de l'identité professionnelle des enseignants, il ne sert à rien de faire comme si c'était le cas. Quand bien même les enseignants soient-ils très majoritairement conscients de leur rôle dans ce domaine, l'extraordinaire masse de prescriptions dans tous les domaines la fait apparaître comme un élément de plus, une nouvelle charge qui vient s'ajouter à un fardeau déjà bien lourd à porter. Avancer, c'est prendre les 840 000 enseignants là où ils sont et cheminer avec eux.

Ainsi, la formation des enseignants en prévention et en éducation à la santé ne se limite-t-elle pas à organiser des séances d'information sur les différents thèmes liés à la santé. C'est en articulation étroite avec les autres dimensions du métier d'enseignant aujourd'hui et en se situant au cœur de la dynamique de redéfinition du métier que cette question peut avancer. Nous faisons le pari qu'il est possible de se frayer un chemin entre les divers obstacles au service de la mission émancipatrice de l'école, en référence à ce qu'elle est appelée à transmettre : « ce qui unit et ce qui libère² ».

Sur cette base, la communication présentera le cadre de la formation des enseignants dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé au sein des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education. Seront ensuite proposées des pistes pour permettre au système éducatif de contribuer plus efficacement aux politiques de santé publique via le développement d'un dispositif national de formation, d'accompagnement et de recherche-action. Il s'agit de développer une culture commune aux personnels enseignants, d'éducation comme de santé fondée notamment sur un dispositif de formation initiale et continue mis en place à l'échelon régional au sein des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education.

² O. Reboul (2001) La philosophie de l'éducation - 9e éd. - Paris : PUF - coll. Que sais-je ? n°2441. Par « ce qui unit », O Reboul fait référence à ce qui va permettre l'intégration sociale de l'individu à une communauté qui soit la plus large possible, par « ce qui libère », il désigne ce qui va permettre à chacun d'être en mesure de s'exprimer et de penser par lui-même.

Colloque AEEP
*Comment enseigner la prévention des maladies de l'adulte aux professeurs
des écoles ?*

Prevention, Health Education and Teacher Training

Didier Jourdan

The aim of health education is to help all young people gradually to acquire the resources that they need in order to make choices and exhibit responsible behaviour concerning both their own health and that of others. It therefore enables young people to be effective citizens. The role of the school system is, therefore, to help students to develop this capacity to decide for themselves and to take responsibility for their own health. In view of this fact, health education is not a matter for specialists; rather, it is part of the daily work of adults who are responsible for the education of children and adolescents.

For primary and secondary teachers, health education is one of many tasks. Their training in this area cannot therefore be limited to a series of information sessions about health-related themes. A truly appropriate training system must be carefully integrated with the other aspects of the modern teaching profession, and must be placed at the heart of any plan to redefine teaching. Addressing such "live issues" of citizenship with students is a way of enabling them to draw connections between what they learn academically and their own experience, and thus to create their own identities as teachers.

The purpose of this communication is to make explicit the various pitfalls that can arise in health education training, and to offer the attendants some tools to deal with them. It is aimed at all those involved in training, at professionals from various disciplines and working in various institutions, and has been designed to help produce a culture that is common to the various stakeholders, working in the context of a partnership.

Colloque AEEP
*Comment enseigner la prévention des maladies de l'adulte aux professeurs
des écoles ?*

La prévention et l'éducation dans la formation des enseignants

Didier Jourdan

L'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables en matière de santé, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté. L'action de l'École est alors de contribuer à développer cette capacité à décider par soi-même, à prendre en main sa propre santé. Dans cette perspective, la prévention et l'éducation à la santé ne sont pas l'affaire de spécialistes, mais relèvent de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation des enfants et des adolescents. Pour les enseignants, l'éducation à la santé prend place au sein d'une multitude de missions. Leur formation dans ce domaine, au sein des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation, ne peut donc se limiter à organiser des séances d'information sur les différents thèmes liés à la santé. C'est en articulation étroite avec les autres dimensions du métier d'enseignant aujourd'hui et en se situant au cœur de la dynamique de redéfinition du métier d'enseignant que peut être proposée une formation réellement adaptée. Traiter, avec les étudiants et les stagiaires, de telles « questions vives » de citoyenneté est un moyen de leur permettre de faire le lien entre les apports académiques et leur expérience, et ainsi de se construire comme enseignant.

La finalité de cette communication est de rendre explicites les différents écueils générés par la pratique de la formation en éducation à la santé et d'offrir aux auditeurs quelques-unes des clés disponibles pour les prendre en charge.

PREVENTION OF OBESITY AT SCHOOL

Marie-Laure Frelut, MD

Service d'Endocrinologie de l'Enfant
Hôpital Bicêtre, Université Paris Sud

European Childhood Obesity Group (www.ecog-obesity.eu)

Child and adolescent obesity (CO) prevention are required. In Europe, one child out of three in Southern Europe vs one out of four in Northern Europe is overweight or obese. The risk of being overweight or obese at the age of 15 yrs when this is already the case at the age of 6 to 6 yrs is 80 %. The less the mother is educated the worse is the situation. Because children and adolescents spend more than half of their awoken time at school and because this is the place where to be taught what healthy lifestyle means, school participation is important. Although it cannot substitute the family, it can act as a complement and ideally as an example.

An analysis published in 2013 looked at the expectations and contradictions between stakeholders at school regarding health promotion¹. Parents, teachers, directors of schools and school nurses were taken into account. In most cases there was an agreement about the need to implement healthy food, give the opportunity of an healthy lifestyle by using play grounds and leaving enough free time to children and young adolescents to move. Oppositions were found: some parents considered as their freedom to let their children whichever food they decided whether healthy or not from home; other as well as teachers thought that the academic curriculum was the priority and that no time should be distracted from intellectual activities.

The EU commission has recently launched a survey in order to examine where and how in Europe schools provide healthy foods. Among the 30 countries surveyed, 34 food policies were identified. Fifteen have mandatory food standards, the other ones rely on voluntary basis. Over 80 % have fixed the objective of teaching healthy habits and around 70 % to reduce or prevent obesity. Most food based recommendation tackle soft drinks and fatty snacking.

Prevention programs or projects have been developed in school settings in different countries. Their number and results are difficult to identify since most of them remain local. Reviews and meta-analysis based on a majority of North American studies that may not reflect European situation tend to conclude that the mild or null effect supports the conclusion that school intervention alone are not sufficient.

We will give the example of four programs developed at school either at European levels (Periscope), or in a given countries Spain, Germany and France for children attending kindergarten to college.

PERISCOPE program (Pilot European Regional Interventions for Smart Childhood Obesity Prevention in Early Age) www was launched) in Italy, Poland and Denmark in order to determine whether and

how food habits could be improved in kindergarten, i.e. between the age of 2 and 6 yrs². The preliminary assessment of fruit and vegetable (F&V) consumption by the children of these 3 countries showed amazing results: Italy has got one of the lowest consumption of fruits and vegetables with more than 70 % of the children eating cooked or raw vegetables less than 3 times per week vs 70 % of them eating them daily in Denmark. Poland was in an intermediary situation. This showed that food eatings habits could overcome low availability (since Denmark is not especially known for its F&V production). The study implemented at school aimed at helping children discovering and accepting fruit and vegetables through different types of entertainments, including smelling, testing and preparing a variety of F&V. The percentage of children eating F&V at least once a day could be enhanced in both Poland and Italy after one year.

Another school based intervention was performed in Germany, the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Physical activity and nutrition intervention were used., Blood pressure, lifestyle and weight at 8 years were the main outcomes. The effect was assessed at 1, 4 and eight years. At 1 year a better result was observed in the intervention group on percentage of fat mass. At 4 and 8 years parental social economic status(SES) had an impact on the overall result, slightly better in the intervention group. At 15 years the impact of SES was clearer and authors reached the conclusion that a part of the population could not be reached through this approach^{3, 4}.

In Spain, the PERSEO study (Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad) lead by the National Association for Obesity Study (NAOS) included 8 regions of Spain and more than 13 000 pupils (www.perseo.aesan.mspsi.es). This program enhanced healthy behavior and allowed a leveling of obesity.

In France, a program implemented in Aquitaine where this meeting takes place has focused on identification of children at risk of obesity or being already overweight. Prevention through information at school, teaching of an healthy lifestyle to the children, information to parents allowed the leveling off of CO in children of low socio economical level and its decrease in the wealthiest population^{5, 6}.

This brief overview allows concluding that school is a key place where to implement prevention programs of childhood obesity through the teaching of the components of an healthy lifestyle but that it may not be sufficient especially in low SES population. Early interventions are needed. Strategies should vary according to age and include families support.

1. Clarke J, Fletcher B, Lancashire E, Pallan M, Adab P. The views of stakeholders on the role of the primary school in preventing childhood obesity: a qualitative systematic review. *Obes Rev*.
2. Caroli M, Malecka-Tendera E, Mikkelsen BE, Longo A. PERISCOPE Project: Workshop on physical activity and indoor/outdoor environment in kindergartens. Preface. *Int J Pediatr Obes*;6 Suppl 2:1.
3. Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Lange D, Langnase K, Muller MJ. [15 years of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Results and its importance for obesity prevention in children and adolescents]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*;54:304-12.
4. Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Lange D, Seiberl J, Muller MJ. Eight-year follow-up of school-based intervention on childhood overweight--the Kiel Obesity Prevention Study. *Obes Facts*;4:35-43.

5. Thibault H, Carriere C, Baine M, et al. [Prevention of childhood overweight and obesity program of Aquitaine region, France]. *Arch Pediatr* 2009;16:570-2.
6. Thibault H, Carriere C, Langevin C, Barberger-Gateau P, Maurice S. Evolution of overweight prevalence among 5-6-year-old children according to socio-economic status. *Acta Paediatr*;102:273-7.

Enseigner la prévention des maladies de l'Adulte aux professeurs des écoles

Congrès AEEP Bordeaux 2013

Obésité de l'enfant : évaluation diagnostique

Pr P Barat

Endocrinologie et Diabétologie pédiatrique

CHU Bordeaux

Résumé en Français

Dans le contexte d'épidémie mondiale d'obésité de l'enfant, il est important de connaître les critères et les outils permettant le diagnostic de surpoids et d'obésité chez l'enfant. Notre présentation reprendra les principales recommandations dans ce domaine, publiées en 2011 sur le site de l'HAS (www.has-sante.fr).

Summary

In the context of global epidemic of childhood obesity, it is important to know the criteria and tools for the diagnosis of overweight and obesity in children. Our presentation will include the key recommendations in this area, published in 2011 on the site of the HAS (www.has-sante.fr).

Dans le contexte d'épidémie mondiale d'obésité de l'enfant, il est important de connaître les critères et les outils permettant le diagnostic de surpoids et d'obésité chez l'enfant. Les principaux éléments exposés dans ce texte sont issus des recommandations et argumentaires publiés par l'HAS en 2011 et consultables sur le site de l'HAS (www.has-sante.fr). **Les parties de texte en italique sont issues de ces recommandations.**

Définition de l'obésité

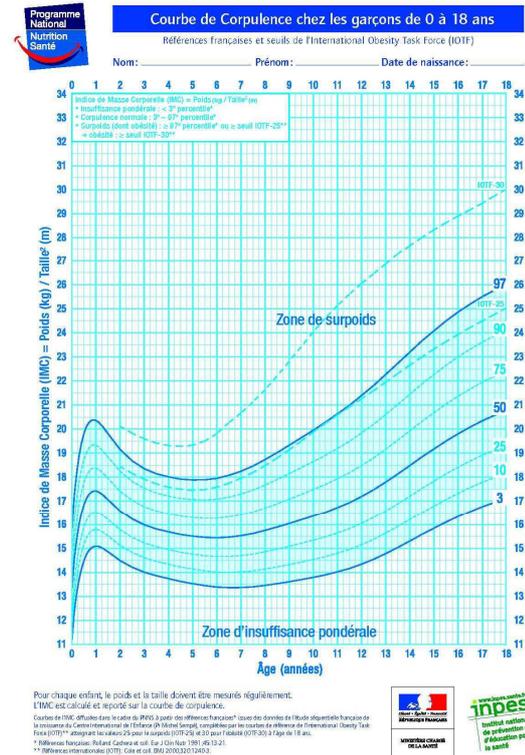
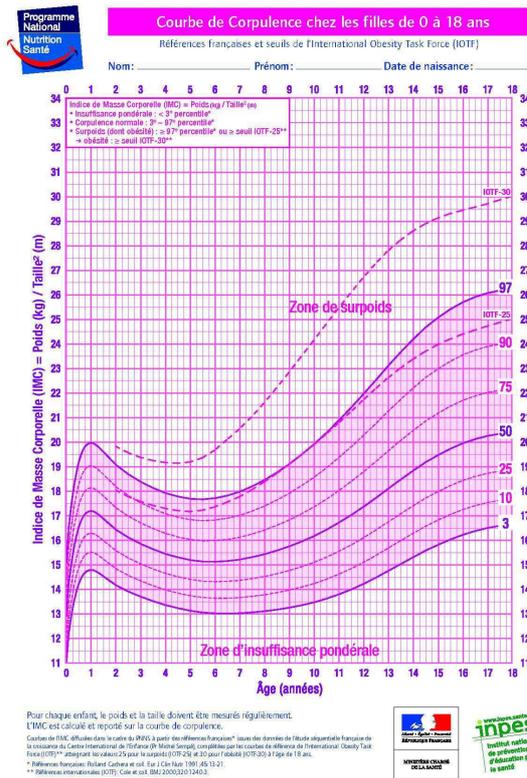
Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme «une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé». L'indice de masse corporelle (IMC), reflet de la corpulence, est couramment utilisé pour estimer l'adiposité. L'IMC est égal au poids (kg) divisé par la taille (m) au carré ($IMC = Poids / (Taille)^2$). La valeur de l'IMC permet d'estimer le niveau de tissu adipeux et plus particulièrement le tissu adipeux sous cutané.

Evolutivité de la corpulence chez l'enfant

La corpulence variant naturellement au cours de la croissance, l'interprétation du caractère normal ou non de la corpulence se fait en tenant compte de l'âge et du sexe de l'enfant. Les courbes de corpulence sont indispensables à cette évaluation. Elles reflètent l'évolution de l'adiposité au cours de la croissance. La corpulence augmente de la naissance à 1 an. Elle diminue ensuite pour atteindre un minimum à l'âge de 6 ans. L'augmentation physiologique de la corpulence à partir de cet âge correspond à ce que l'on appelle « le rebond d'adiposité », qui se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence.

Diagnostic du surpoids et de l'obésité

Le statut des enfants vis-à-vis des seuils de surpoids et d'obésité se détermine en reportant la valeur de l'IMC sur la courbe de corpulence de référence selon le sexe. Les seuils recommandés en France en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux définis dans les courbes de corpulence du PNNS 2010 (Programme national nutrition santé). Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'IOTF (International Obesity Task Force), permettant la comparaison des données françaises avec les données internationales.



Courbes de corpulence du PNNS 2010

Un IMC inférieur au 3e percentile correspond à l'insuffisance pondérale. La corpulence est normale si l'IMC est compris entre le 3e et le 97e percentile. Un IMC supérieur au 97e percentile correspond au surpoids (incluant l'obésité). L'obésité, qui débute à partir du seuil IOTF-30 est une forme sévère de surpoids.

Dépistage de l'obésité

Le dépistage de l'obésité chez l'enfant passe par le calcul de l'IMC et son report sur la courbe de corpulence pour le sexe concerné. Cependant, une fois le diagnostic d'obésité établi, il est indispensable de reconstituer la courbe d'IMC depuis la naissance de l'enfant. Cette courbe permet de repérer l'âge auquel le rebond d'adiposité est survenu et d'éventuelles interventions sur l'obésité. Les courbes de poids de taille et d'IMC sont complémentaires et permettent un éclairage sur le passé de l'enfant.

Dépistage du surpoids

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.

Dépistage d'un rebond d'adiposité précoce et dynamique de la courbe d'IMC

La courbe de corpulence est plus sensible que la courbe de poids pour dépister un changement de couloir et dépister précocement une évolution anormale de la corpulence. La précocité du rebond d'adiposité est associée au risque de devenir obèse. En situation de dépistage, il est donc important de repérer l'existence d'un rebond d'adiposité précoce que seule la courbe d'IMC permet. De même, il est important de repérer l'absence de diminution physiologique de l'IMC après l'âge de 1 an.

Il est recommandé d'être particulièrement attentif à la dynamique de la courbe d'IMC.

Il est recommandé d'être vigilant aux signes d'alerte suivants : ascension continue de la courbe depuis la naissance ; rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé) ; changement rapide de couloir vers le haut.

Ces signes sont associés à un risque plus élevé de développer un surpoids et une obésité.

En cas de rebond d'adiposité précoce, il est recommandé d'expliquer à la famille l'importance du suivi de la courbe de corpulence en programmant un rendez-vous ultérieur.

Une obésité très précoce, en particulier avec ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, doit évoquer et faire rechercher une obésité génétique (monogénique ou syndromique)

Intérêt de la mesure du tour de taille

L'excès de graisse abdominale est associé à un risque cardio-vasculaire et métabolique accru. Il est recommandé de mesurer le tour de taille (périmètre abdominal) et le rapporter à la taille pour évaluer la répartition de la masse grasse. Le tour de taille est mesuré sur un enfant debout, à mi-distance entre la dernière côte et la crête iliaque ou au niveau du périmètre abdominal le plus petit. Si le rapport tour de taille / taille (TT/T) est supérieur à 0,5, l'enfant présente un excès de graisse abdominale.

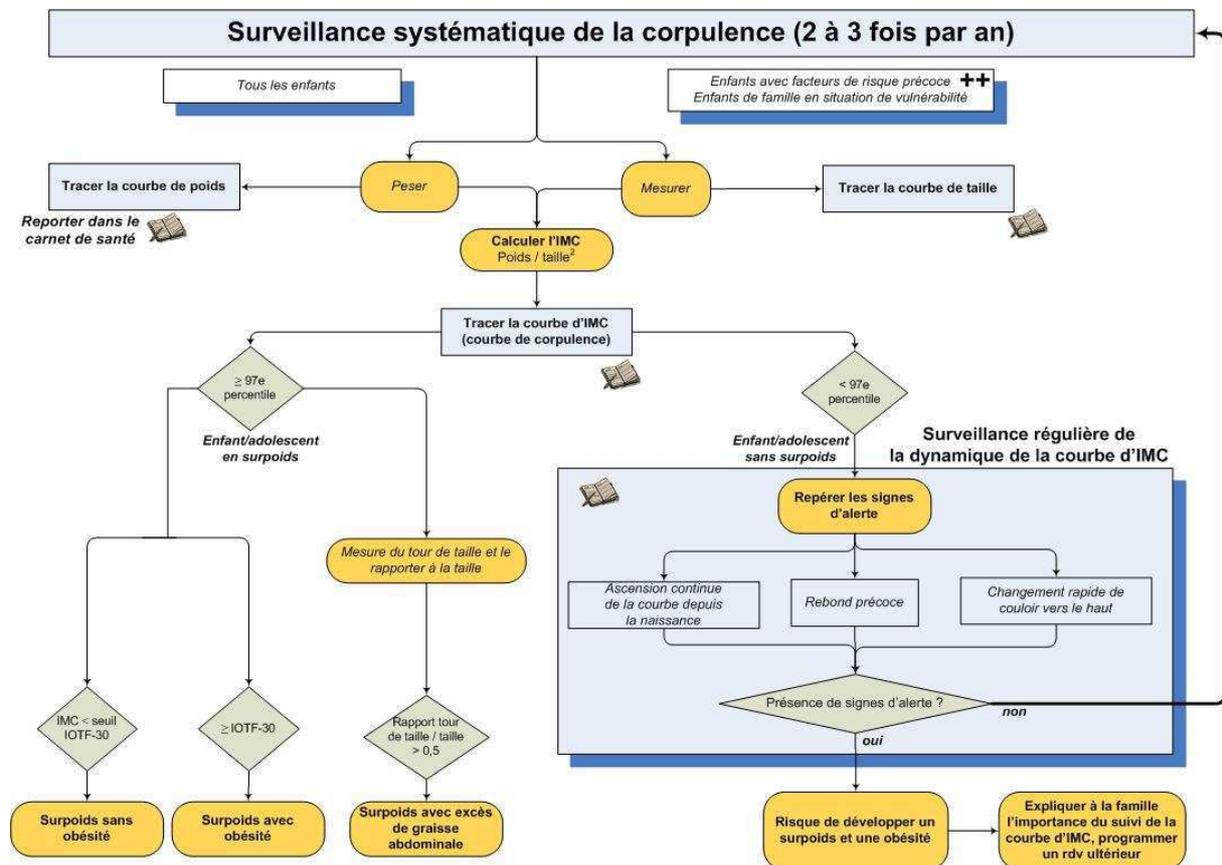
Que fait-on de l'information ?

La prise en compte du contexte familial, social, environnemental et culturel est nécessaire pour appréhender l'accès au soin et la motivation. Il est recommandé d'explorer la représentation qu'a l'enfant ou l'adolescent de son corps et de son poids et celle qu'en ont ses parents. Les termes utilisés pour annoncer le surpoids ou l'obésité devront être choisis de manière adaptée à l'enfant/adolescent et à sa famille pour éviter de blesser, de vexer, de fâcher, et de dramatiser, afin de leur permettre de s'engager dans un processus de prise en charge. Il est recommandé d'utiliser la courbe d'IMC comme outil pédagogique. Le professionnel devra s'attacher à ne pas culpabiliser l'enfant/adolescent et ses parents, par exemple en expliquant que « ta courbe montre que » ou « la courbe de votre enfant » (selon l'âge)... et non « tu es trop gros/obèse/etc. ». Il est recommandé d'expliquer de façon simple et rassurante les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble.

En cas de rebond d'adiposité précoce, il est recommandé d'expliquer à la famille l'importance du suivi de la courbe de corpulence en programmant un rendez-vous ultérieur.

Une obésité très précoce, en particulier avec ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, doit évoquer et faire rechercher une obésité génétique (monogénique ou syndromique).

Il peut être contre-productif d'aborder le problème de l'obésité avec des familles venant consulter pour autre chose. Dans ce cas, le mieux est souvent de proposer aux familles de discuter de ce diagnostic en leur laissant l'initiative de prendre ce rendez-vous.



Algorithme du dépistage du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent (HAS 2011)

L'obésité des jeunes, faut qu'on en parle !

Un ouvrage collectif sous la direction du CRDP de l'académie de Besançon et de Véronique Nègre (RéPPOP de Franche-Comté)

Le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique de Franche-Comté et le Centre Régional de Documentation Pédagogique de Besançon se sont associés pour éditer un DVD et un site Internet (www.obesitesdesjeunes.org), à destination des professionnels de santé en lien avec l'obésité pédiatrique. Cette banque de témoignages, regroupant environ 200 interviews de 1 à 3 minutes de professionnels (médecins pédiatres et généraliste, infirmière, diététiciennes, psychologues, enseignants en sport adapté, etc.) et de témoignages de jeunes en surpoids et de leurs familles, se révèle un outil précieux pour la formation des professionnels, et lors de séances d'éducation thérapeutique.

Constatant la richesse des vidéos et l'absence quasi totale du sujet dans la littérature pédagogique, il a été décidé de décliner ce projet dans un livre-DVD à destination de la communauté enseignante.

Ce recueil de textes émanant à la fois du monde médical et de l'école, s'adresse à tous ceux qui sont confrontés à ce problème (enseignants de SVT, d'EPS, personnels de vie scolaire, infirmières scolaires, etc.). Il se compose de trois parties :

- état des lieux de l'obésité infantile : causes, conséquences, prise en charge ;
- textes réflexifs et retours d'expérience menés dans des établissements scolaires ;
- approfondissement de 20 notions essentielles (déterminants du surpoids, rôle des parents, grignotage, motivation...), s'appuyant sur les témoignages et interviews du DVD.

En proposant des clés pour comprendre et pour agir, cet ouvrage est un outil idéal pour faire travailler ensemble plus efficacement monde médical et monde scolaire.

Childhood obesity, let's talk about it!

Collective work under the joint supervision of Besançon Regional Educational Documentation Centre and Véronique Nègre (Network for the Prevention and Treatment of Childhood Obesity of Franche-Comté)

The Network for the Prevention and Treatment of Childhood Obesity of Franche-Comté and the Besançon Regional Educational Documentation Centre have come together to publish a DVD and a website (www.obesitesdesjeunes.org), designed for health professionals working in the area of childhood obesity. This database of first-hand accounts, bringing together around 200 interviews lasting 1 to 3 minutes with professionals (paediatricians and general practitioners, nurses, dieticians, psychologists, adaptive sports teachers, etc.) and first-hand accounts from overweight young people and their families, has proven to be a valuable tool for training professionals and during therapeutic education sessions.

In light of the great value of the videos and almost total absence of this subject matter in the educational literature, a decision was made to develop this project in a book-DVD designed for the teaching community.

This collection of texts drawn from both the medical world and schools is intended for all those who are faced with this problem (life science teachers, physical education and sports teachers, school life personnel, school nurses, etc.) It is formed by three parts:

- overview of childhood obesity : causes, consequences, treatment;
- reflective texts and feedback from school establishments;
- in-depth development of 20 essential ideas (determining factors for obesity, parents' role, snacking, motivation, etc.) based on the first-hand accounts and interviews on the DVD.

By proposing keys for understanding and how to act, this work is the perfect tool for helping the medical world and the world of education work together more effectively.

PREVENTION OF ADULT'S ATHEROSCLEROSIS IN CHILDHOOD

Tamas Szamosi MD., PhD., MACN

Professor of Pediatrics, 2nd Dpt of Pediatrics, Med. Fac., Semmelweis University,

Budapest, Hungary(President of International Group for the Prevention of

Atherosclerosis in Childhood - IGPAC, former president of European Chapter of

American College of Nutrition-ACN) E-mail: szamosi.tamas@med.semmelweis-univ.hu

Abstract

Early adult atherosclerosis starts in childhood and adolescent ages. Risk factors together with first symptoms of this chronic inflammatory illness were found in childhood, too. Because of the significant mortality rate and the expansive therapy prevention is suggested. The screening of high risk pediatric population (offsprings of patients with coronary heart disease, children and adolescents with hypertension and/or obesity, pediatric patients with signs of insulin resistance syndrome, and with different lipid and/or carbohydrate metabolic illnesses, etc.) is the first step of the prevention. Different serum lipids, blood sugar, plasma insulin and thiobarbituric reactive system are determined, blood pressure is measured, body mass index is calculated followed by ophthalmologic, hormonal and cardiologic investigation. In the case of the evidence of the high risk the screening is followed by preventive care during two years. This care presents life modification treatment (including a special diet, everyday physical exercise and the cessation of every form of smoking) as a first step and much more rarely in special cases pharmacologic therapy. In the last 30 years 3872 children and adolescents took part in the 2 years long well controlled care in Budapest, Hungary because of their risk factors and/or high atherosclerotic family background. At the end of the care period 2768 of them significantly improved. A dramatically drop of CHD mortality of men younger than 50 years of age was observed during this period in Budapest.

Résumé

L'athérosclérose chez les jeunes adultes commence dans l'enfance et l'adolescence. Les facteurs de risque ainsi que les premiers symptômes de cette maladie inflammatoire chronique ont été trouvés dans l'enfance, aussi. En raison du taux de mortalité importante et la prévention de la thérapie expansive est suggéré. Le dépistage de la population pédiatrique à haut risque (descendants des patients atteints de maladie coronarienne, les enfants et les adolescents souffrant d'hypertension et / ou d'obésité, les patients pédiatriques présentant des signes de syndrome de résistance à l'insuline, et avec différents désordres des lipides et / ou des maladies métaboliques glucidiques, etc) est la première étape de la prévention. Différents lipides sériques, glycémie, insulïnémie et le système réactif thiobarbituric sont déterminées, la pression artérielle est mesurée, l'indice de masse corporelle est calculé ainsi que le suivi ophtalmologique, enquête hormonal et cardiologique. Dans le cas d'une preuve de risque élevé de la projection est suivie par des soins préventifs pendant deux ans. Ce soin présente un traitement de modification du mode de vie (y compris un régime alimentaire, l'exercice physique quotidien et 'arrêt de toute forme de tabagisme) dans un premier temps et beaucoup plus rarement dans des cas particuliers on propose une thérapie médicamenteuse. Au cours des 30 dernières années, 3872 enfants et adolescents ont participé à 2 ans de soins bien contrôlés à Budapest, en Hongrie en raison de leurs facteurs de risque et / ou de fond familial élevé d'athérosclérose. A la fin de la période de soins 2768 d'entre eux ont été nettement améliorés. Une baisse spectaculaire de la mortalité coronarienne des hommes de moins de 50 ans a été observée au cours de cette période, à Budapest.

Atherosclerosis is one of the main mortality causes in Europe a chronic inflammatory illness **starts in childhood and adolescent ages**. First reversible signs the so called **fatty streaks** were described in children before their 5 years old ages and the first practically irreversible signs the so called **plaques** were described at the end of puberty. Consequences (coronary heart disease, stroke, peripheral vessel illnesses, etc.) are usually detected after 30 years of ages or later. Causes of atherosclerosis are discussed at the present times. Different **risk factors** were found. These risk factors (high serum total and LDL-cholesterol level, triglyceride level, low serum HDL-cholesterol level, hypertension, diabetes mellitus, smoking, especially the passive smoking etc.) were found in pediatric ages, too, but their frequency is other and other in different European countries. Because of the high mortality and the very expensive therapy the prevention is suggested.

The first step of the pediatric prevention of atherosclerosis is the elimination of risk factors which is a common work of medical doctors, nurses, teachers (especially physical exercise teachers), psychologists, families and different governments together. This preventive work needs well organization and cooperation.

Organization of the prevention

Every bigger part of a country (county, region, capital, etc.) needs a group driven by specially educated pediatricians (metabolism and nutrition expert, endocrinologist, cardiologist, etc.). Their helpers are special nurses, psychologists, physical exercise teachers, nutritionists. Their patients are usually sent by family doctors, school doctors, sport doctors because of their atherosclerotic family background and/or overweight, obesity, hypertension, disturbances of carbohydrate and/or lipid metabolism, or improved impaired glucose tolerance. Other source of patients a questionnaire divided by special nurses working at junior high schools to 13-14 years old schoolchildren contained questions about the family background of students. Not obligatory to fulfill these questionnaires. Parents and schoolchildren who fulfill the questionnaires ask for screening, too. The 13-14 years old age seems to be quite good because plaques are usually detected after this age, but children maturity seems to be enough to understand the significance of the prevention which is important for the cooperation.

Screening methods

Patients arrived after a 12 hours fasting and drinking only water. After the physical investigation and conversation about the family story and the personal story of the patient

blood pressure is measured occasionally and body mass index (BMI) is calculated by the usual formula. Blood is collected from the cubital vein. Serum total, HDL cholesterol, total triglyceride, apoB and apoAI, blood sugar, plasma insulin, tiobarbiturate reactive system (TBARS), homocystein, active vitamin D, renal and liver function, serum amylase enzyme activity, inflammatory parameters are determined. Serum LDL cholesterol and HOMA index are calculated. In the case of hypertension screening is followed by ophthalmologic investigation and 24 hour long ambulatory blood pressure monitoring. In the case of hyperinsulinemia the screening is followed by oral glucose tolerance test. If it seems to be necessary the screening is followed by cardiologic and/or hormonal investigation. Abdominal ultrasound investigation is performed in cases with overweight, obesity and/or lipid and carbohydrate metabolic disorders.

Care and treatment

The treatment is due to symptoms observed during the first investigation. First choice of the treatment is the life modification by a special diet and everyday physical exercise. Low cholesterol diet in the case of hypercholesterolemia, low salt diet in the case of hypertension, low fat and low sugar diet in the case of insulin resistance. High cholesterol content was found in animal fat, liver and eggs. Garlic and onion give the taste of meals instead of salt in the low salt diet. The lack of refined sugar, special equipments for the cooking and greens w/o dressing are the base of the low sugar, low fat diet. Sometimes patients need temporary or very rarely long time pharmacologic treatment. The following examples show these possibilities.

Well described genetic illness the **familial hypercholesterolemia**. Pediatric patients are usually thin. Children and adolescents with the very rare (in the total population 1:1000000) homozygote form needs diet, statin therapy and LDL-apheresis together. The heterozygote form (heFH) does not rare (in the total population 1:500). Children with this later illness may react to the diet alone, or may be statin therapy is necessary. The start of statin therapy in the case of heFH is suggested after 6 year old ages with more than 5 mmol/L serum LDL cholesterol level after a 2 month long dietary period. Patients with lower than 5 mmol/L serum LDL cholesterol level needs only diet (2-300 mg cholesterol intake daily). The medical staff has to carefully offer statin, because of side effects (the serious checking of liver function and muscle enzyme activities is suggested). The effect of the almost cholesterol free

diet on the pediatric development is discussed, too. Unfortunately the earlier offered resins cause a loss not only of the cholesterol but folate, too, why they are not offered nowadays because of the hyperhomocysteinemia as a possible consequence. No any experience with other cholesterol binding materials in pediatric ages.

Risk factor of atherosclerosis the **hypertension** alone caused essentially which was detected in childhood, too. Rarely, there are some signs of this illness (headache, etc.), but the improvement of the diagnosis usually succeeded during the screening, only. High blood pressure is observed in obese and thin children and adolescents. The treatment is the life modification: diet and physical exercise together especially if the hypertension is observed together with overweight. About 5-10 percent loss of the weight may cause dramatic improvement in these cases. **Thin patients** may need low salt diet and/or temporary enzyme inhibitor treatment. The first choice the enzyme inhibitor because beta blockers may cause very high serum triglyceride level as a side effect in these ages and diuretics may cause exsiccation.

Overweight, hypertension may symptoms of the well known **insulin resistance syndrome (IRS)** which is almost analog with the so called metabolic syndrome. Symptoms of the syndrome the high serum triglyceride level, the low serum HDL cholesterol level, the fatty liver and the high fasting plasma insulin level. All these symptoms were observed in childhood and adolescent ages, too. Children with this syndrome are usually obese but not in every cases. The main therapy is the life modification applied low fat, low sugar and low salt diet and everyday physical exercise controlled by family doctors, nutritionists and special nurses at the local outpatient services and bimonthly at the outpatient service described by the Organization chapter. There conversation was performed between the staff, the patient and the family about results and further modifications if it seemed to be necessary. In every country other and other methods are necessary according to local customs regarding to the diet. The best sign of the successful everyday physical exercises is the wet T shirt. Monotonic running is not offered for obese children or adolescents. Pharmacologic therapy was used very rarely, only for patients with polycystic ovarian syndrome (POS) as a consequence of IRS.

Results of the treatment

Our work in Hungary has started in 1983. During the last 30 years 3872 children and adolescents were treated such a way only in Budapest (Hungary). The whole family had advises. Serum lipid, carbohydrate and oxidative parameters (serum total, HDL, and LDL cholesterol levels, serum triglyceride levels, apoB and apoAI levels, plasma fasting insulin and TBARS levels), blood pressure, BMI, non alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and the picture on the fundus of the eye were improved after a well controlled 2 years long period in 2768 cases (the age of patients were: 4- 17 years at the start). Some follow up investigations were performed against the well known difficulties (immigration, moving from the original living places, change of names because Hungarian girls use frequently her husband's name after the wedding, etc.) according to which the improvement has a good tracking during the later ages.

Dramatic drop of the coronary heart disease mortality of younger than 50 years old men was observed in Budapest between 1983 and 2011 according to the statistic data. These 28 years were the time of the political change, the time of the wider immigration, the time of the change of the people's mentality and the time of the extremely high development of cardiology and intensive therapy, why I personally don't believe that the change of the mortality rate is only a consequence of our work. Who was 4-17 years old in 1983 presently is 34-47 years old why I hope that our work may contribute to the mortality rate change.

Conséquences de la nutrition néonatale sur les maladies de l'adulte

Umberto Simeoni,

Pôle de médecine et réanimation néonatale, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

INSERM UMR608 et Chaire Enfance, environnement, santé de la Fondation Santé, sport et développement durable, Aix-Marseille Université, Marseille, France.

Introduction

Les avancées de la médecine et de la biologie des deux dernières décennies nous ont appris que les principales causes de morbidité et de mortalité à l'âge adulte dans les pays industrialisés, notamment les maladies cardio-vasculaires ou le diabète, prennent paradoxalement leur origine au cours des phases précoces du développement et de la croissance. Le faible poids de naissance (PN), ou les facteurs qui le déterminent, sont ainsi reconnus comme des facteurs de risque précoces de maladies cardiovasculaires, à côté de l'hypercholestérolémie, du diabète sucré, de l'obésité, du tabagisme et de l'insuffisance d'activité physique à l'âge adulte¹. Ce concept a alors été dénommé «**programmation foetale**» des **maladies chroniques de l'adulte**. On sait désormais également que l'environnement, la nutrition et le style de vie parental péri-conceptionnel peuvent **créer des empreintes qui persisteront la vie durant**. La nutrition péri-conceptionnelle, durant la gestation, et infantile, et en particulier la nutrition néonatale, peuvent ainsi être considérées comme porteuses de conséquences majeures sur la santé de l'adulte.

L'impact de ces constatations est considérable en termes de santé publique, à un moment où nombre de pays émergents connaissent sur le plan économique une croissance rapide et où un nombre important d'individus sont soumis à un changement brutal de l'environnement nutritionnel. Le risque majeur de maladies cardio-vasculaires et métaboliques chroniques à l'âge adulte semble en effet produit par un déficit nutritionnel périnatal précoce associé à un rattrapage de croissance excessif durant l'enfance et l'adolescence. Dans ce nouveau concept le **génotype d'épargne (« thrifty genotype ») est connu pour conférer un avantage sélectif pour l'évolution des espèces dans un milieu adverse**. Son association avec un phénotype précoce d'épargne, adapté à un tel environnement au cours des phases du développement, est porteuse d'un risque pour l'âge adulte en cas de modification substantielle de l'environnement prédit.

Les caractéristiques physiologiques et pathologiques de l'âge adulte prennent leur origine au cours du développement

Le phénomène de programmation précoce affecte l'ensemble de la population. Ceci est aisément perceptible par l'effet des variations à l'intérieur de la normale. L'étude de cohortes d'adultes nés au début du 20^{ème} siècle et dont les caractéristiques anthropométriques néonatales étaient connues, a montré que le taux de mortalité par maladie coronaire, mais aussi l'incidence de l'hypertension artérielle (HTA) et du diabète de type 2 augmentaient lorsque le PN était plus faible¹.

Plus récemment, chez des adultes nés prématurément, une corrélation inverse a été mise en évidence entre la pression artérielle à l'âge adulte et l'âge gestationnel. Ceci suggère que le faible PN, lié à un retard de croissance intra-utérin (RCIU) mais également à

un faible âge gestationnel, peut être responsable de conséquences cardiovasculaires à long terme². D'autres conditions périnatales, comme l'exposition intra-utérine à un diabète maternel, à un état d'hyperoxie temporaire (en particulier au cours de manœuvres de réanimation), au tabagisme maternel sont également des facteurs de tels risques³. L'acquisition continue des connaissances dans ce domaine amène à constater que des fonctions physiologiques aussi diverses que les comportements à l'âge adulte, le risque de certains cancers, ou la sénescence sont concernés. Même en l'absence de véritable pathologie précoce, des variations biologiques de la norme occasionnent un déterminisme fonctionnel, éventuellement accentué en cas de variations extrêmes, d'ordre pathologique. **L'effet de dys-programmation connu de différents polluants, notamment les perturbateurs endocriniens**, en cas d'exposition précoce, induisant des troubles de la fertilité et un risque de cancer à l'âge adulte, relève vraisemblablement de mécanismes proches.

La plasticité du développement et une réponse adaptative prédictive, qui se révèle inappropriée à long terme, ont longtemps constitué les piliers de la compréhension de ce phénomène biologique généralisé. Par ce concept, la réponse du fœtus au stress le conduirait à mettre en place des réponses adaptatives visant à préserver sa survie et la protection cérébrale à court terme, mais inadaptées à long terme. Le concept de **plasticité du développement, c'est-à-dire la possibilité pour un même génotype, de se développer sous la forme de différents phénotypes**, couvre en fait à la fois le normal (du moins tel que défini par un critère normé, comme une courbe de croissance de référence) et le pathologique. Il existe un continuum représentant l'ensemble des phénomènes d'adaptation intervenus dans une population, entre les génotypes et les conditions d'environnement qui ont affecté la période couvrant leur développement précoce. **Cette fenêtre précoce de vulnérabilité** couvre la période péri-conceptionnelle, la grossesse et la période périnatale jusqu'à l'âge de deux ans environ chez l'humain. Elle est caractérisée par le fait qu'une perturbation environnementale, notamment nutritionnelle induit des conséquences durables, tout au long de la vie, alors que cette même perturbation n'induirait pas ces changements si elle était intervenue plus tard. Cette particularité est retrouvée chez l'humain comme dans de nombreuses espèces animales, ainsi que le montrent différents modèles expérimentaux chez des mammifères^{4,5}.

Ce paradigme n'est cependant plus suffisant pour expliquer ce déterminisme dans les situations qui n'impliquent pas un stress fœtal chronique (diabète maternel, prématurité, hyperoxie, exposition précoce à des toxiques). Le rôle de **l'empreinte moléculaire**, à une période de la vie particulièrement sensible aux facteurs environnementaux et nutritionnels, **du fait des bouleversements épigénétiques** qui interviennent normalement autour de la fécondation et du développement précoce, est vraisemblablement majeur. Il est possible que ces altérations physiologiques et biologiques, programmées précocement s'inscrivent, dans le cadre de la théorie de la vie, dans un objectif de maintien de l'espèce, favorisant la survie des individus à court ou moyen terme, c'est-à-dire une survie centrée jusqu'à l'âge de la reproduction. Cet âge est relativement avancé dans l'espèce humaine par rapport à l'âge moyen actuel de fin de vie, ce qui laisse le temps aux maladies chroniques de se développer. Le fait que les périodes pré- et périnatales soient les périodes sensibles pour cette programmation à long terme peut s'expliquer par l'anticipation, parfois erronée de l'environnement dans lequel évoluera l'individu jusqu'à l'âge de la reproduction, **sous la forme de réponses prédictives adaptatives qui dépassent leur but lorsque la durée de vie de l'individu se prolonge**.

Le rôle d'éventuels facteurs génétiques (notamment dans la programmation précoce du diabète), pouvant introduire un biais dans ces constatations, apparaît limité. Le rôle de modifications durables de l'expression des gènes par des mécanismes épigénétiques⁶ est par contre à présent reconnu. **Les modifications épigénétiques, souvent d'origine nutritionnelle ou métabolique, modifient durablement**, pour des décennies, l'expression

de certains gènes sans en altérer la séquence nucléotidique. Ces modifications sont durables, mais réversibles, transmissibles lors de la division cellulaire, mais aussi **de façon trans-générationnelle entre individus**. Or différents travaux récents ont démontré le caractère trans-générationnel de la programmation du diabète ou de l'HTA liés aux conditions périnatales, dans différents modèles animaux. Les modifications épigénétiques sont d'ailleurs susceptibles de contribuer à expliquer la diversité biologique des espèces et de sous-tendre les éléments manquants à la théorie de l'évolution, fondée essentiellement sur la sélection génétique liée à un avantage sélectif. Il est probable que la pandémie mondiale actuelle de diabète de type 2 soit liée à ce phénomène. Ceci est accentué par le fait que, par exemple, un nouveau-né exposé in utero à une hyperglycémie maternelle, a un risque accru de développer un diabète de type 2 à son tour à l'âge adulte.

Le rôle de la croissance et de la nutrition postnatales

Si les facteurs pré- et périnataux sont dominants dans ce modèle déterministe, différentes constatations suggèrent que **la croissance et donc vraisemblablement la nutrition postnatales jouent le rôle de 'second hit', dans la détermination précoce de la santé à l'âge adulte**. La cohorte suivie à Helsinki montre que ce sont les sujets qui ont, au cours de l'enfance, présenté un rattrapage de l'indice de masse corporelle, après une naissance caractérisée par un poids plus faible, qui présentent le risque le plus élevé de mortalité par maladie coronarienne⁷. Des courbes de croissance postnatale spécifiquement évocatrices d'un risque ultérieur d'HTA ou d'accident vasculaire cérébral ont pu être dégagées. Il semble d'après ces données que la période s'étendant de la période fœtale à la première enfance (jusqu'à l'âge de deux ans) constitue la **fenêtre de vulnérabilité**, sur laquelle viennent s'ajouter éventuellement les effets d'une accélération excessive de la croissance postnatale après cet âge. Le développement d'un rebond d'adiposité précoce avec surpoids ou obésité, renforce ce risque.

Une hypernutrition postnatale précoce des enfants ayant présenté un faible PN accentue les effets vasculaires à long terme, en particulier la vasodilatation dépendante de l'endothélium⁸. Nous avons constaté que, chez des adultes jeunes nés prématurément, l'élévation de pression artérielle est corrélée à la vitesse de croissance qui fait suite au retard de croissance extra-utérin observé habituellement chez ces enfants jusqu'à l'âge de 4 mois.

Par ailleurs, des travaux réalisés dans notre laboratoire⁴ comme dans d'autres groupes⁵ à partir d'un modèle expérimental de RCIU et d'HTA chez le rat viennent compléter ces constatations. Ajoutées à une dénutrition protidique maternelle gravidique, une hyperalimentation postnatale globale (liée à une restriction de la portée durant la phase de lactation) ou spécifiquement hyperprotidique (gastrostomie postnatale) accentuent l'élévation de pression artérielle et sont responsables d'une altération fonctionnelle et structurelle rénale à l'âge adulte. L'hyperalimentation postnatale, en particulier protidique, est susceptible d'aggraver la glomérulosclérose par l'hyperfiltration supplémentaire qu'elle induit.

L'optimisation de la nutrition postnatale des enfants de faible poids de naissance et des prématurés hospitalisés dans les unités de néonatalogie est au cœur de la recherche clinique actuelle. Ceci a pour but d'éviter à la fois les effets délétères d'une nutrition précoce insuffisante ou inadaptée sur la croissance et le développement neuro-cognitif, et les effets péjoratifs d'une nutrition et d'une croissance de rattrapage excessives sur le risque de maladies chroniques à l'âge adulte.

Mécanismes moléculaires

Le transcriptome s'est révélé largement altéré dans les modèles expérimentaux de RCIU avec programmation d'une HTA à l'âge adulte, dans notre expérience^{9, 10} C'est dans le rein également que des modifications épigénétiques ont pu être mises en évidence. Les phénomènes épigénétiques affectent durablement l'expression des gènes par des mécanismes de méthylation–déméthylation de l'ADN ou d'acétylation ou de méthylation des histones, rendant la chromatine accessible ou non accessible aux facteurs de transcription. Il est manifeste d'autre part que les ARN régulateurs, un ensemble de RNA de chaîne courte, non codants, (miRNA) jouent également un rôle important dans les modifications épigénétiques. La déméthylation du gène p53, et son activation dans l'accélération de l'apoptose a par exemple été démontrée au niveau du rein au cours d'une restriction de croissance intra-utérine par ligature de l'artère utérine chez le rat¹¹. La disponibilité de groupements méthyles est en effet liée à l'état nutritionnel et les processus de méthylation–déméthylation sont aussi influencés par la libération de radicaux libres générés par les états d'hypoxie et d'ischémie. Il est cependant probable que des mécanismes épigénétiques interviennent dans d'autres systèmes physiologiques concernés par la programmation précoce.

Conclusion

La sensibilité des toutes premières périodes de la vie aux stimuli de l'environnement, et de ses conséquences durables, voire transmissibles d'une génération à l'autre, bouleverse ainsi notre compréhension de l'épidémiologie, de la pathogénie de nombreuses affections de l'âge adulte (affections du système cardio-vasculaire, certaines formes de cancer, ou de troubles psychiques). Elle ouvre à la médecine de la reproduction, à l'obstétrique et à la pédiatrie **un nouveau champ d'action : l'enfant voit son devenir clairement et durablement influencé par l'environnement dans lequel se produit son développement initial.**

Les efforts de recherche actuels, croissants, multidisciplinaires, ouvrent **l'espoir d'une prévention précoce de la plupart des maladies non-transmissibles** qui affectent l'âge adulte et sont les principales causes de mortalité dans les pays riches et dans les pays émergents, Le travail sur la nutrition et le style de vie, mais aussi sur la protection de l'environnement durant les phases péri-conceptionnelle, **durant** la grossesse et la première enfance se révèle porteur de nouveaux espoirs de prévention, trans-générationnelle, pour la santé future des enfants comme celle des adultes. .

Références

1. Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 1989; 2:577-80.
2. Irving RJ, Belton NR, Elton RA, Walker BR. Adult cardiovascular risk factors in premature babies. *Lancet* 2000;355:2135-6.
3. Simeoni U, Barker DJ. Offspring of diabetic pregnancy: Long-term outcomes. *Semin Fetal Neonatal Med* 2009; 14:119-124.
4. Simeoni U, Ligi I, Buffat C, Boubred F. Adverse consequences of accelerated neonatal growth: cardiovascular and renal issues. *Pediatr Nephrol* 2011; 26:493-508.
5. Boubred F, Daniel L, Buffat C, et al. Early Postnatal Overfeeding Induces Early Chronic Renal Dysfunction in Adult Male Rats. *Am J Physiol Renal Physiol* 2009; 297:F943-F951.

6. Waterland RA, Jirtle RL. Early nutrition, epigenetic changes at transposons and imprinted genes, and enhanced susceptibility to adult chronic diseases. *Nutrition* 2004; 20:63-8.
7. Barker DJ, Osmond C, Forsen TJ, Kajantie E, Eriksson JG. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. *N Engl J Med* 2005; 353:1802-9.
8. Ligi I, Grandvuillemin I, Andres V, Dignat-George F, Simeoni U. Low birth weight infants and the developmental programming of hypertension: a focus on vascular factors. *Semin Perinatol* 2010; 34:188-92.
9. Buffat C, Mondon F, Rigourd V, et al. A hierarchical analysis of transcriptome alterations in intrauterine growth restriction (IUGR) reveals common pathophysiological pathways in mammals. *J Pathol* 2007; 213:337-46.
10. Buffat C, Boubred F, Mondon F, et al. Kidney gene expression analysis in a rat model of intrauterine growth restriction reveals massive alterations of coagulation genes. *Endocrinology* 2007; 148:5549-57.
11. Pham TD, MacLennan NK, Chiu CT, Laksana GS, Hsu JL, Lane RH. Uteroplacental insufficiency increases apoptosis and alters p53 gene methylation in the full-term IUGR rat kidney. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2003; 285:R962-70.

Les risques psychosociaux à l'école

Point de vue de l' AssIPS

Dr Christine Bellas-Cabane

Pédiatre- Conseillère Régionale Santé de l'Océan Indien

Résumé

Lors du colloque de Namur de l'AssIPS en mai 2012, le dépistage des troubles « psychosociaux » de l'enfant a fait l'objet de nombreuses interventions. A l'issue de ces journées, l'association s'est prononcée pour une démarche de « prévention prévenante » non prédictive, prenant en compte la globalité de l'enfant. Bien qu'il soit utile de rechercher les facteurs favorisant l'émergence de troubles, il est important de se garder de tout déterminisme et de considérer l'évolution de chaque enfant dans son imprévisible singularité. Aux campagnes de dépistage très précoces et aux questionnaires simplificateurs, plus délétères qu'efficaces, doivent être préférées l'attention portée à l'enfant et à son contexte, l'appréciation de son évolution, la prise en charge pluridisciplinaires et le soutien aux enseignants. Cette position est nourrie d'approches multidisciplinaires montrant que la tentation prédictive n'a pas de fondements scientifiques suffisants pour de nombreux troubles, dont le trouble précoce des conduites et le syndrome d'hyperactivité. Les données des neurosciences et de la génétique ne permettent pas d'imputer ces « troubles » à un gène précis ou à des anomalies clairement identifiées. Il ne peut être retenue de cause univoque ni d'évolution linéaire dans l'apparition de certains symptômes évoquant des troubles psychosociaux, mais une hétérogénéité de facteurs qui s'assemblent et évoluent selon l'histoire singulière de chacun. Pour les pédopsychiatres, Il est dangereux de réduire un enfant à un ensemble de symptômes, sans tenir compte de ses capacités d'évolution. Il risque de se conformer au regard négatif porté sur lui et de s'y figer.

Summary

During the AssIPS colloquium in Namur in May 2012, screening for children psychosocial disorders was at the core of many discussions. At the end of the colloquium, the association spoke in favor of a non-predictive “thoughtful prevention” approach taking into consideration the global nature of the child. Although it is useful to look for the factors leading to the emergence of disorders, it is important to avoid determinism and to take into account the development of each child in its unpredictable singularity. Instead of premature screening campaigns as well as simplifying questionnaires – more harmful than efficient - it would be better to focus on the child and its surroundings, the evaluation of its development, the multidisciplinary medical care as well as additional support to the teachers.

This theory is a multidisciplinary evidence-based-approach showing that the inclination for the predictive approach does not have sufficient scientific grounds for many troubles including early behavioral disorders and hyperactivity.

Neuroscience and genetic data do not enable us to identify the gene or the anomalies responsible for these troubles.

One cannot look for a single cause or a linear evolution explaining the apparition of such symptoms linked to psychosocial disorders. The evolution of a unique combination of factors is more likely to explain those disorders by acknowledging the singularity of each individual.

I. Quelques définitions :

1. Troubles et risques psychosociaux.

La définition de risques psychosociaux est une notion relativement floue. Il semble résulter du fruit de nos recherches à ce sujet, un glissement sémantique entre la notion de risque et celle de trouble, selon que le sujet concerné soit un adulte ou un enfant.

- Pour l'adulte, les risques psychosociaux sont corrélés à des pressions qui s'exercent essentiellement dans le monde du travail. Ils peuvent évoluer vers des troubles.
- Risque psychosocial au travail: Facteurs pathogènes mettant en danger la santé de la personne et retentissant sur ses rapports sociaux: Stress, harcèlement, écart entre les possibilités et le travail demandé, rythme, écart entre les valeurs etc...
- Troubles psychosociaux:
Dépression, baisse de l'attention, de la qualité du travail, prise de risque dans les conduites, troubles relationnels.
- Pour l'enfant, il semble exister une confusion entre le risque et le trouble, entre la cause et les conséquences.
- Paradoxalement les pressions s'exerçant sur l'enfant sont très peu citées comme des risques psychosociaux. Sont souvent considérés comme risques, soit des éléments attribués « à la nature » de l'enfant, (déjà considérés comme des troubles) risquant d'évoluer vers des pathologies ou des déviances graves, soit des éléments attribués à son entourage social et familial qui le prédisposent à des difficultés sociales..
- Les troubles psychosociaux à l'école De quoi s'agit t-il exactement : troubles du comportement, des conduites, de l'attention, des apprentissages?

2. Les notions de prévention et de prévenance:

- La prévention est l'ensemble des mesures prises :
 - pour préserver une situation donnée (sanitaire, sociale, économique, environnementale...) d'une dégradation, d'un accident ou d'une catastrophe. (définition « statique »)
 - pour éviter un événement dont on pense qu'il entraînerait un dommage pour l'individu ou la collectivité.
 - Fait de porter sur quelqu'un ou quelque chose un jugement hâtif où interviennent souvent des critères affectifs, et en tout cas préalable à tout examen; opinion qui en résulte. Situation de prévenu. (présumé innocent ou coupable)

- La prévenance: Prévoir et anticiper les besoins, les risques et les dangers; porter attention à la personne

L'enjeu de la prévention des troubles psychosociaux à l'école est, pour nous, d'agir sur les risques, de prendre en charge les troubles et de développer des actions de prévention prévenantes qui prennent en compte l'enfant dans sa globalité sans préjuger de son devenir.

II. Comment développer une prévention prévenante ?

1. En agissant sur les facteurs de risques : Stress, conflit, rythmes trop soutenus, abus de télévision, de jeux devant les écrans.
2. En répondant aux besoins de l'enfant : Activités motrices, temps de rêve, de sommeil,
3. En prenant en compte les difficultés éventuelles grâce à l'attention portée à l'enfant: problèmes de santé, difficultés sensorielles, troubles du développement, du langage, les difficultés relationnelles, les troubles « patents » du comportement.
4. En prenant en charge les difficultés en orientant les enfants vers des professionnels (pédiatres, PMI, médecine scolaire, CMP, CMPP, CAMPS, pédopsychiatres, psychologues) pour une prise en charge adaptée, singulière à chaque sujet.
5. En prenant en compte ces difficultés à l'école avec l'aide d'équipes spécialisées à l'école. Soutien psychologique, soutien aux enseignants

Elle repose en fait sur deux concepts:

- Une attention à l'enfant permettant le repérage des risques qui peuvent entraîner des souffrances et troubles de développement de l'enfant et le dépistage de signes comme des prémisses potentiels d'une évolution défavorable.
- Une prise en charge globale de la souffrance et des difficultés de l'enfant utilisant toute la palette des possibles.

III. Un danger, le passage de la prévention à la prédiction ou comment résister aux sirènes du déterminisme ?

Au cours de ces dernières années, au nom de la recherche d'une plus grande efficacité dans le dépistage des troubles de l'enfant, des méthodes de « dépistage de masse » ont remplacé les actions de prévention prévenante¹. Des batteries de tests se sont multipliées. Les enseignants doivent cocher des questionnaires binaires rendant peu compte de la réalité des situations et des difficultés de l'enfant et surtout de la singularité de chaque histoire. Outre le rôle de « dépisteur » qui est ici attribué aux enseignants, ces tests ne peuvent être considérés comme plus fiables que « l'attention prévenante » citée ce dessus.

¹ Pierre Suesser "Petite enfance, penser la prévention en grand" ; Ed ERES Mai 2013

De plus, ces pratiques risquent de changer le regard des enseignants sur l'enfant et par la même celui de son entourage social et familial.

L'enfant risque de se conformer à l'image que son entourage a de lui. C'est l'effet « pygmalion »

Ces méthodes se sont développées à la suite de rapports et d'études reposant sur des thèses déterministes qui tentent de « naturaliser » un problème social² :

- Déterminisme génétique: Pas de preuve pour les troubles des comportements isolés (ou troubles non associés à des pathologies préexistantes), méconnaissance de l'épigénétique. Il y a peu d'évolutions prédictibles.
- Déterminisme neurobiologique³: La encore, il n'y a pas de troubles isolés corrélés à des anomalies de l'imagerie cérébrale. Rien ne peut être inexorablement prédit. Il faut tenir compte de la plasticité cérébrale, de la mobilisation synaptique.
- Déterminisme social: Pas plus que le biologique, le déterminisme social ne peut être acceptable. Il y a trop de simplification « tout ne se joue pas avant... » Le phénomène de résilience existe.
- Déterminisme psychologique: Il y a peu de comportements de l'enfant qui évoluent de façon inéluctable. Chaque histoire, chaque évolution est singulière. Un trouble n'est jamais la résultante d'une cause univoque.

Le collectif « pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans » qui s'est opposé aux conclusions du rapport de l'INSERM a permis à un ensemble de « spécialistes de l'enfant », pédiatres, neuropédiatres, généticiens, psychiatres, psychologues, pédagogues, enseignants, de réfléchir avec des associations de parents, à la prévention des troubles de l'enfant. La définition de ces troubles et notamment deux des plus cités, le trouble des conduites et le syndrome d'hyperactivité ou « TDAH » a fait l'objet de beaucoup de débats, nourris de multiples travaux.

IV. Le trouble des conduites et le TDAH : Deux troubles psychosociaux en question ?

1. La classification :

- Les troubles des conduites. Le trouble des conduites défini dans la classification DCEM4 avec ses symptômes hétérogènes (de la fugue au rapport sexuel forcé) n'est pas reconnu comme une entité nosologique par un grand nombre de cliniciens français qui se réfèrent à la classification CIM10 sur les troubles psychiques de l'enfant. Il ya là, opposition entre une conception des troubles athéorique, descriptive et une conception fondée sur la psychopathologie.

² Rapport de l'INSERM sur les troubles des conduites ; ed INSERM ; Septembre 2005

³ Sylviane Giampino et Catherine Vidal : « Nos enfants sous haute surveillance » ed Albin Michel ; Septembre 2009

- Le syndrome de l'hyperactivité: Entité controversée par certains thérapeutes en France. Très certainement surestimée dans certaines sociétés.

2. Les troubles précoces des conduites :

- Les symptômes ? Connotation moraliste, plus que scientifique.
Colère, agressivité, froideur affective, tendance à la manipulation (3ans), Vols (enfant de moins de 3ans, voire 9mois?), mensonges, curiosité, intrépidité.
- L'âge d'apparition : 3ans ou moins.
- Le dépistage : Des tests très culturellement « normés », des dépistages précocissimes (au cours de la grossesse)
- Risques d'évolution : Délinquance ou postes de pouvoirs ? (selon le milieu... Evolution vers l'hyperactivité.
- Traitement : Essentiellement fondé sur la « rééducation » et la psychologie cognitiviste.

3. Le TDAH :

- Les symptômes : Hyperactivité, troubles de l'attention, impulsivité.
- Age d'apparition. Supérieur à 6 ans.
- Causes : Génétique (peu de preuves) ou souffrances, hyperstimulation (écrans)
- Traitement. Ritaline. Rééducations « comportementales »
- Dépistage : Tests, questionnaires (souvent « faux positifs »)

V. **En conclusion, le point de vue de l'Association de Pédiatrie Sociale (ASSIPS)**

- Pour une prévention raisonnée respectueuse du développement de l'enfant et de son milieu.
 - Raisonnée: Le risque 0 n'existe pas et l'illusion de la maîtrise est dangereuse.
 - Dépistage:
 - Il est important de chercher pour trouver (un trouble, un handicap) mais attention de ne pas limiter l'exploration aux seuls symptômes cherchés au risque de passer à côtés de troubles graves. « les scotomes du dépistage »
 - Alliance entre appréhension globale de l'enfant et de son développement et des dépistages ciblés.
 - Contextualisation nécessaire de tous les signes de troubles trouvés.
- Pour une prise en charge utilisant toute la palette des possibles.
 - Palette la plus variée : psychothérapies, rééducations, accompagnement dans la socialisation: crèches, écoles, accompagnement et soutien des parent, médicaments si et seulement si l'état de l'enfant le nécessite.

RAMÓN GÓMEZ FERRER

(1862-1924)

1862.- Naissance à Valencia

1886.- Médecin du Hospital Provincial de Valencia par concours.

1888.- Numéro un dans le concours national d'agrégation à Chef de la Chaire de Maladies de l'Enfance. Destination Faculté de Médecine de Valencia.

1889.- Secrétaire de la Faculté de Médecine de Valencia.

1892.- Admission à la Real Academia de Medicina de Valencia.

1895.- Président d'Honneur du Congrès d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie de Bordeaux.

1898.- Président d'Honneur du Congrès d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie de Marseille.

1905-1906.- Secrétaire de la Real Academia de Medicina.

1917.- Président de la Real Academia de Medicina de Valencia.

1919.- Doyen de la Faculté de Médecine de Valencia jusqu'à sa mort.

1920.- Valencia lui rend hommage et le nomme Fils Préféré. On dévoile une statue en marbre dans le jardin La Glorieta, au centre de la ville, supportée par souscription populaire.

1923.- Légion d'Honneur du Gouvernement de la France en reconnaissance des services rendus à la Pédiatrie et Puériculture.

1924.- Mort à Valencia aux 61ans.

LA PROMOTION DE LA SANTE DES ADULTES DÈS L'ENFANCE. L'ENSEIGNEMENT D'HABITUDES SAINES A L'ECOLE.

Juan Brines Solanes. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universidad de Valencia. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

RESUMÉ

Les principaux problèmes de la médecine actuelle dans nos pays développés c'est ce qu'on connaît comme maladies de la civilisation. Ces maladies prennent aussi une place de plus en plus importante dans les pays du Sud et doivent être prises en considération aussi bien en termes de prévention et de dépistage que de traitement. Parmi elles, l'artériosclérose, les maladies cardiovasculaires, le diabète type 2 et les maladies neuro-dégénératives se posent comme des authentiques pandémies dans les pays occidentaux.

Les facteurs de causalité de ces affections sont multiples et leurs racines peuvent être repérée dès l'enfance elle-même. Il y a eu de nombreux essais de la médecine des adultes pour prévenir ces affections à l'âge adulte mais avec des points de vue segmentaires, spécialisés; expériences dignes de louanges mais d'une efficacité pauvre ou nulle. Si on veut promouvoir la santé des adultes et retarder l'apparition de ces maladies les interventions préventives devraient commencer dès l'enfance.

Les médecins en général et les pédiatres en particulier n'ont pas assez du temps pour inculquer à l'enfant des habitudes salutaires; ils ne maîtrisent pas non plus les techniques pédagogiques appropriées pour enseigner aux enfants. Ces activités doivent être apprises par des enseignants comme nous avons constaté par notre expérience à la Faculté de Magisterio de Valencia. Ainsi, le maître d'école, (qui connaît l'enfant et sait comment apprendre), entraîné par des professeurs de pédiatrie devient un élément clef de la réalisation de cet objectif, de la même manière que ce soit pour l'enfant d'apprendre l'histoire, la géographie, les mathématiques ou la littérature, ce qui sera utile en tant qu'enfant et en tant qu'adulte.

ABSTRACT

The main problems of modern medicine in developed countries are the so-called diseases of civilization. These diseases are also increasingly important in developing countries and should be considered both in terms of prevention and screening as of treatment.

Among them, arteriosclerosis, cardiovascular disease, type 2 diabetes and neurodegenerative diseases arise as genuine pandemic in Western countries. The causal factors of these diseases are many and their roots can be traced to infancy and childhood. There have been many trials in adult medicine to prevent these diseases in adulthood but since specialized views, worthy of praise, but with poor or no effectiveness. If we want to promote the health of adults and delay the onset of these diseases preventive interventions should begin in infancy and childhood.

Physicians in general and pediatricians in particular do not have enough time to teach and to train child healthy habits; they do not know either appropriate pedagogical technique for children. According our experience in the Facultad de Magisterio de Valencia these activities must be taught by teachers. Thus, the schoolmaster, led by professors of pediatrics (who know the child and know how to learn) becomes a key element in achieving this goal, in the same way for the child to learn about the history, geography, mathematics or literature, which will be useful as a child and as an adult.

INTRODUCTION

Les principaux problèmes de la médecine actuelle dans nos pays développés sont ce qu'on reconnaît comme "maladies de la civilisation". Ces maladies prennent aussi une place de plus en plus importante dans les pays du Sud et doivent être prises en considération aussi bien en termes de prévention et de dépistage que de traitement.

Parmi elles, l'artériosclérose, les maladies cardiovasculaires, le diabète type 2 et les maladies neurodégénératives se posent comme d'authentiques pandémies dans les pays occidentaux. En descendance directe ces trois premières pathologies proviennent de la surcharge pondérale, l'obésité et l'hypertension. Ces maladies de civilisation aboutissent à une dégénérescence globale de l'organisme qui pourra atteindre un organe ou un groupe d'organes. En plus, autres affections importantes de la médecine, et d'une certaine manière apparentées par leurs origines éloignées, sont les néoplasies de divers organes comme le poumon, les cancers du col de l'utérus, le cancer de l'estomac, du colon et de la prostate, l'ostéoporose, les maladies auto-immunes et les rhumatismes inflammatoires et dégénératifs. Ces groupes représentent plus de 80 % des maladies de civilisation.

Ces affections nombreuses et diverses appartiennent à presque toutes les spécialités médicales. L'approche scientifique classique semble désarmée pour trouver un dénominateur commun à tous ces maux: habituée à une recherche sectorielle et spécialisée, elle a de la peine à définir ce qui les rapproche. On sent pourtant confusément les préoccupations angoissées des médecins et des autorités sanitaires de presque tous les pays concernés par ce phénomène. On comprendra alors fort bien pourquoi il n'existe pas ou peu de réponses officielles.

Les enquêtes épidémiologiques permettent depuis une vingtaine d'années de formuler des hypothèses, ces dernières se validant de plus en plus grâce aux modèles biologiques. Ces modèles nous ont permis de reconnaître que les facteurs de causalité de ces affections sont multiples et que leurs racines peuvent être situées dans l'enfance. S'appuyant sur la principale cause de décès dans les pays développés, que sont les maladies cardiovasculaires, et de sa relation avec l'athérosclérose se sont accumulés de nombreuses données au fil de plusieurs études parmi lesquels il faut rappeler celles menées par l'épidémiologie clinique qui ont commencé en 1948 avec l'étude de Framingham dans une cohorte du nord-est américain. Au fil des années cette étude a permis de vérifier que les principaux facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires étaient l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, l'obésité, le diabète et le manque d'activité physique. Cette information a été enrichie dans les réévaluations subséquentes de l'étude qui comprenait des données biochimiques et les conditions psychologiques des participants. Par la suite, l'étude longitudinale Bogalusa, lancé en 1973, qui comprenait 1.457 enfants entre 5 et 14 ans, suivis pendant 15 ans. Cette recherche a démontré que les principaux facteurs de risque cardiovasculaire sont l'hypertension artérielle, l'indice de masse corporelle élevé et l'hypercholestérolémie.

Nous n'avons pas le temps de détailler la pathogénie qui induit tout d'abord la formation de la *strie lipidique*, simple dépôt de graisse, linéaire et sans conséquence pour le flux sanguin, située entre endothélium et média, antécédent de la *plaque fibreuse* et finalement de l'*athérome*. Il suffit de se rappeler maintenant que les premières modifications artérielles sont détectées déjà dans l'aorte de certains nourrissons et dans la grande majorité des adolescents. Ces changements morphologiques sont associés à des altérations fonctionnelles perceptibles à l'échographie carotidienne que notre groupe a démontré et publié dans diverses revues scientifiques.

Des arguments similaires s'appliquent à toutes les autres conditions incluses dans l'ensemble des maladies de civilisation, ce qui rend nécessaire et sans conteste, que si l'on veut promouvoir la santé des adultes et retarder l'apparition de ces maladies les interventions préventives devraient commencer dès l'enfance. Les interventions préventives, lorsque la maladie s'est déjà développée, qu'on appelle prophylaxie secondaire, sont en général complexes et peu satisfaisantes. De plus, les tentatives de les prévenir à l'âge adulte ont conduit habituellement à l'échec étant donné que le processus se développe silencieusement tout au long des décennies et par la résistance des adultes à acquérir un nouveau style de vie. On connaît bien les difficultés d'éliminer une habitude toxique comme le tabagisme ou l'alcoolisme, ou de changer certaines préférences diététiques. On sait qu'il est plus facile de changer de religion que d'habitudes alimentaires.

Par exemple, la lutte antitabac atteint l'objectif de cesser l'habitude de fumer chez ceux qui fumaient beaucoup et depuis longtemps et, de plus, les adolescents se mettent à fumer de plus en plus tôt. Ne pas commencer à fumer met totalement à l'abri des dangers du tabac, cesser de fumer trop tardivement est d'intérêt bien moindre. Au contraire des adultes gros fumeurs qui perdent leur souffle, qui souffrent de vagues douleurs de poitrine, qui toussent et crachent, ont des palpitations, les adolescents n'imagineront jamais qu'ils atteindront l'âge où ces maux les menaceront, et pour eux la maladie sont de pures abstractions.

Par ailleurs, l'homme moderne a une vie professionnelle compliquée par le stress professionnel: compétition, sourde crainte de ne pouvoir suivre le train et de perdre la sécurité de l'emploi. En dehors du travail, les problèmes dans le foyer même créent un état permanent de tension anxieuse qu'il essaie de combattre avec excitants ou sédatifs selon les cas. *Notre société de consommation* -comme le dit Philippe Kourilsky- *est essentiellement une société de tentation, de travail, de stress et d'anxiété.*

TENTATIVES DE PROMOUVOIR LA SANTÉ DES ADULTES DEPUIS L'ENFANCE

Le fait qu'un mode de vie sain commencé dès l'enfance est la meilleure garantie pour la bonne santé de l'adulte n'est pas une notion récente. Dès l'Antiquité Grecque, cette idée a été repérée par Galien dans son ouvrage *De sanitate tuenda*. Elle est reprise au Moyen-âge et à la Renaissance dans les nombreux *Regimina sanitatis* pour être très explicite dans l'œuvre de Jan Baptist van Helmont dans son opuscule *Infantis Nutritio ad Vitam Longam*. Par la suite, beaucoup d'autres auteurs l'ont défendue.

Mais le sujet a plutôt inquiété la médecine de l'adulte que la pédiatrie, qui est, après tout, directement concernée par les conséquences d'une prévention inappropriée. Les problèmes médicaux de l'âge adulte et sa prévention ont été d'une manière invétérée, hors de la doctrine et de la pratique pédiatrique pour les raisons que nous avons exposées. Et cette situation est intelligible parce que depuis l'origine et la formation de la pédiatrie actuel, le pédiatre a été plus préoccupé par les maladies qui causent la mort de l'enfant ou qui entraînent des séquelles importantes (oligophrénie, PCI, cécité, surdité, épilepsie, etc.), et de promouvoir la santé de l'enfant.

Il suffit de rappeler les données sur la mortalité des enfants de la fin de siècle XIX résumées à les premières lignes de l'*Introduction* de Marfan au livre *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge* (1899) pour comprendre l'attitude des pédiatres tout au long du XXe siècle:

Sur 1,000 enfants qui naissent, il en meurt environ 200 dans la première année, 80 dans la deuxième, 40 dans la troisième, 25 dans la quatrième. La mortalité des adultes de 40 ans est de 11 pour 1,000, et la mortalité générale de 25 pour 1,000.

Suivant la remarque de Bertillon, la mortalité des enfants dans la première année égale celle des vieillards qui ont atteint ou dépassé quatre-vingts ans.

Cela a été une attitude cohérente et en conformité avec les directives générales qui régissent toute gestion clinique efficace car les besoins sanitaires existants doivent être adressés, en accord avec les ressources humaines et matérielles disponibles, selon l'ordre des priorités. Et dans notre cas, la première priorité était, est et sera, d'empêcher la mort de l'enfant, la seconde, de combattre leurs maladies et la troisième, de promouvoir la santé des enfants et d'adapter leur environnement afin d'éviter qu'elles n'apparaissent.

Tels étaient les trois grands objectifs qui ont dominé la doctrine et la pratique pédiatrique au long du XXe siècle. Mais la réduction progressive du fort taux de mortalité infantile qu'ont obtenus les pédiatres dès la naissance et pour toute la discipline pédiatrique jusqu'aux chiffres minimaux actuels, autour de 3 pour mille par an, l'impact limité des maladies infantiles, et la promotion largement généralisée de la santé des enfants et les mesures de contrôle des facteurs nocifs de l'environnement auxquels se sont ajoutés, les dernières années de siècle XX et les premiers du présent, une innovation pédiatrique remarquable en pleine expansion, qui est que la promotion de santé de l'enfant. Elle a dépassé les limites de l'enfance pour se projeter comme fondement irremplaçable de la santé des futures adultes comme nous le annonçons dans notre Historia de la Pediatría.

Il y a eu de nombreux essais venant des diverses spécialités de la médecine des adultes pour prévenir ces affections à l'âge adulte mais trop segmentaires et trop spécialisés; ces expériences sont dignes de louanges mais d'une efficacité pauvre ou nulle. Je fais allusion à la myriade d'actions dont les cardiologues, neurologues, cancérologues ... ont tenté de sensibiliser les adultes, les parents, les soignants et les enfants eux-mêmes sur l'importance de prendre en compte une meilleure alimentation, avoir une activité physique, éviter l'exposition aux effets nocifs des rayonnements solaires, etc., etc.

Mais ces tentatives n'ont pas généralement abouti parce que le cours de ces maladies reste silencieux tout au long des décennies et de la résistance de l'organisme adulte à acquérir de nouvelles habitudes de vie.

Par ses origines ces affections sont le résultat d'un processus multifactoriel et l'efficacité des interventions préventives -tel une prophylaxie secondaire- sont, en général, complexes et, souvent, peu satisfaisantes. Les modifications du style de vie sont difficiles à présenter, et introduire des modes de vie plus sains chez l'adulte n'est pas moins ardu. Chercher à les améliorer, devient ennuyeux pour la personne et, en général, décourageant pour le professionnel en raison de leur faible efficacité.

Ces commentaires ne doivent pas être interprétés comme une critique absolue aux bienveillantes tentatives essayées mais comme une constatation de la réalité elle-même. Il est, d'autre part, tout aussi vrai qu'on publie régulièrement des bons résultats lors de la mise en œuvre de tel ou tel procédures de soins ou de traitements, mais lorsqu'on l'applique à la pratique quotidienne, on a l'impression que les améliorations annoncées semblent plutôt dues à l'enthousiasme du professionnel qui les a créées, qu'à la satisfaction des patients et de ses médecins. La capacité de s'illusionner est de toute évidence très caractéristique des êtres humains et offre un soulagement pour les difficultés de notre existence éphémère.

Traditionnellement la médecine scolaire s'est occupée de manière institutionnelle des enfants scolarisés. Son objectif prioritaire était la promotion de leur santé et l'assistance aux enfants handicapés et malades chroniques. La prévention des maladies des adultes était hors de ses préoccupations.

Une contribution majeure de ce thème a été mise en œuvre par l’APEE dans le Congrès de Rome de 1993 consacré à *La prévention chez l’enfant des maladies dégénératives de l’adulte: Aspects éducatifs pédiatriques*. Le Congrès, organisé de manière exemplaire par le Prof. Andrea Vania, incluait une série de séances plénières relatives à la mise à jour du problème en Europe. Les principales questions ont été, examinées entre autres, les aspects éducatifs de la prévention de ces affections et de leurs complications, particulièrement pour l’artériosclérose, le diabète, l’obésité, ‘hypertension artérielle. Par ailleurs on a mis en avant la promotion de la prévention pour la santé chez les enfants scolarisés ainsi que des conseils d’amélioration des comportements en matière de la consommation alimentaire. Les contenus du Congrès se sont achevés par nombreuses communications libres et posters.

Cet antécédent donnera peut-être l’impression que ce Congrès n’est ce qu’une mise à jour du Congrès de Rome. Mais ce n’est pas le cas parce que la mise en œuvre des fonctions et des tâches éducatives était à Rome distribuées parmi un grand nombre de professionnels de toute sorte alors que nous limitons cette mission aux professeurs des écoles. La reproduction d’un paragraphe d’une séance plénière du Congrès de Rome sur les agents responsables des activités éducatives sur la prévention de l’obésité facilitera la compréhension des différences: *Every pediatrician, every familiar practitioner, every nurse having confidence of the family should provide them (preventive activities) currently and automatically. Further are kindergarten governesses and school teachers, people working in education and culture, psychologists, physical education specialists, volunteers founding Weight Watching Clubs, people working in mass media, editors working in children and youth journals, TV program preparing people, sponsors and so on.*

COMMENTAIRES AUX INTERVENTIONS PRÉALABLES

Ces quelques lignes affichent peut-être un projet irréalisable auquel nous ne souscrivons pas. Il convient de rappeler que, basée sur l’efficacité, la division du travail est le principe fondamental d’articulation des sociétés complexes et une si grande dispersion de responsabilités rendrait inefficace toute initiative pédagogique.

À notre avis les médecins en général et les pédiatres en particulier n’ont pas assez du temps pour inculquer à l’enfant des habitudes salutaires; ils ne maîtrisent pas non plus les techniques pédagogiques appropriées et croire que le domaine d’une discipline garantit au professionnel son aptitude pour apprendre des habitudes de vie saine aux enfants est ne pas connaître profondément leur structure et dynamique psychosociale. Certains illustres médecins croient que leurs connaissances encombrantes et leur expérience garantissent qu’ils ont toutes les compétences pour enseigner aux enfants; elles peuvent, tout au plus, assurer de leur bonnes intentions, mais n’augmente pas d’un iota l’efficacité de leurs tentatives. Dans un monde où la vaste accumulation d’information médicale double tous les dix à quinze ans, la transmission d’un ensemble réduit de principes stables est beaucoup plus importante, qu’un tsunami informatif rapidement touché par l’obsolescence. Nous, les pédiatres, ne sommes pas exempts de ces défauts parce que nous connaissons de manière acceptable les aspects biologiques de l’enfant, (un peu moins les aspects psychologiques et sociaux), et nous concluons que nous sommes également entraînés à les enseigner.

Pour terminer cette description serrée du problème, remarquons qu’on assiste à la situation actuelle où aucun plan cohérent de l’Union Européenne n’a été formulé pour promouvoir sur le plan institutionnel la promotion de la santé chez les adultes dès l’enfance. Les principales approches effectuées sur le sujet ont été orientés vers la prévention des troubles de l’enfant et la promotion de leur santé sous l’angle de diverses

spécialités pédiatriques, tels que la nutrition, l'allergie, la pneumologie, etc., qui ont essayé d'apprendre, dans un ensemble, les principes de prévention de leurs spécialités respectives, les premiers secours d'urgences et l'assistance des enfants porteurs de maladies chroniques qui sont à l'école.

LE POINT DE VUE PÉDIATRIQUE

À ce point on peut se demander qui peut promouvoir que les enfants acquièrent des connaissances et habitudes pour des styles de vie saine. La réponse immédiate semble facile: le pédiatre, les parents et les enseignants.

Mais la solution des pédiatres, devient aussi trouble lorsque nous la portons à la scène de la pratique pédiatrique courante. Entre autres, il y a deux raisons qui rendent moins linéaires l'attribution de cette fonction aux pédiatres: D'abord il serait prétentieux, dans les circonstances actuelles, où le pédiatre peut difficilement couvrir les soins des enfants malades et les contrôles de santé, comment pourrait-il consacrer assez du temps pour apprendre à l'enfant les bonnes habitudes pour une bonne santé à l'âge adulte; et l'avenir immédiat ne semble pas plus souriant. Après, et peut être plus encore, la formation du pédiatre actuel, est prévue dans l'Union Européenne, pour répondre aux les principaux problèmes médicaux de l'enfance déjà cités: la mort de l'enfant, leurs maladies et la promotion de leur santé; la promotion de la santé des adultes dès l'enfance est, pour la plupart de nous, une question qui ne se pose pas et pour les rares qui y ont réfléchi, paraît être un objectif trop lointain.

Poursuivant la réflexion et s'enfonçant dans l'environnement indispensable, il existe deux principales enceintes pour l'éducation de l'enfant: le foyer et l'école. Le foyer, nous l'avons avancé, se trouve en dehors des possibilités d'intervention du professionnel de santé ; il est effectivement en dehors de l'influence institutionnelle directe. C'est un endroit protégé de l'extérieur, une sphère privée, blindée et inaccessible à la formation institutionnalisée. En ce qui concerne l'activité éducative des parents, la réalité ne supporte pas la comparaison; un bon exemple de cela est l'épidémie inexorable du surpoids et d'obésité que nous observons. L'école reste seule comme l'espace approprié et disponible pour l'éducation des enfants afin de changer leur comportements automatiques et d'induire des attitudes salutaires.

Cela a été depuis les années quatre-vingt la pensée du soussigné qui a insisté que l'acquisition de connaissances, compétences et attitudes pratiques pour atteindre une vie saine doit commencer dès la petite enfance, car c'est le moment où le cerveau offre une plus grande plasticité et est plus sensible à l'acquisition de nouveautés et aussi, c'est précisément à cette époque où les acquisitions réalisées dureront plus longtemps. Et ces activités doivent être apprises par des enseignants. Ainsi, le maître d'école, entraîné par des professeurs de pédiatrie (qui connaissent l'enfant et savent comment apprendre), devient un élément clef de la réalisation de cet objectif. De la même manière que ce soit pour apprendre l'histoire, la géographie, les mathématiques ou la littérature, l'enfant devrait savoir ce qui sera utile pour sa santé en tant qu'enfant et en tant que futur adulte.

LE MAITRE D'ECOLE COMME AGENT DE PROMOTION DE LA SANTE

Ces raisonnements avaient depuis le début de sa formulation, tous les ingrédients pour être convaincant. Mais comme a déclaré Émile Michel Cioran, le philosophe du pessimisme, nous vivons une triste époque où chaque jour nous sommes tenus de prouver ce qui est évident. Donc pour démontrer la capacité des enseignants à enseigner des habitudes saines nous avons dirigé, dans la décennie 1980, sur cinq ans un essai sur

la prévention des caries dentaires dans trois écoles de différents niveaux socio-économiques. Le test effectué par les enseignants à l'école primaire a démontré que la pratique de l'hygiène dentaire et l'application hebdomadaire du collutoire de NaF à 0,2% a conduit à l'annulation des grandes différences initiales dans le taux de carie dentaire.

Après des échecs répétés d'inclure la matière de la promotion de la santé des enfants et des futures adultes dans le programme de l'Ecole Normale d' Instituteurs, la constitution de l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur (EEES) (Plan Bologne) nous a permis d'introduire, le sujet comme matière central dénommée «Enfance, santé et nutrition» dans le premier degré de l'École Normal de l'Education, l'actuelle Facultat de Magisteri. Nous avons déjà une expérience de cinq ans. Les coordinateurs sont les professeurs Cecilia Martinez et Francisco Nunez qui fourniront, après mon intervention, les aspects théoriques et pratiques du sujet et les résultats dans les cinq années d'expérience. À notre avis les résultats obtenus lors de ces cours semblent excellents sur la base des évaluations des élèves eux-mêmes, des enseignants, du doyen de la faculté et même des autorités administratives.

BIBLIOGRAPHIE:

Abella Bazataqui 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.

A.P.E.E./A.E.P.E., Prevention in childhood of degenerative adult diseases: Pediatric educational aspects/ La prevention chez l'enfant des maladies dégénératives de l'adulte: Aspects éducatifs pédiatriques, 24th Annual Meeting, *Abstract Book/Livre des Résumés*, Rome; 1993.

Berenson GS, Wattigney WA, Trency RE, et al., Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries and cardiovascular risk factors in persons aged 6 to 30 years and studied at necropsy (The Bogalusa Heart Study) *Am J Cardiol* 1992; 70: 851-858.

De Onis M, Martinez-Costa C, Nunez F, Nguetack-Tsague G, Montal A, Brines, J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardiometabolic risk. *Public Health Nutr* 2013;16:625-30.

Galenus, *De sanitate tuenda. Liber primus*, En: *Operum Hippocratis coi, et Galeni pergameni*. Tomus VI. R. Charterius (ed.), Lutetia Parisiorum, A. Pralard, 1638.

Kim JY, Farmer P. Aspectos mundiales de la Medicina. En: Anthony S. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, and Joseph Loscalzo, (Eds.), *Harrison, Principios de Medicina Interna*, México: McGraw Hill, 2009. Pp: 6-15.

Kremp O., Roussey M., Cochat P., *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*, 2 tomes, Paris, Doin, 2010.

López Piñero JM, Brines Solanes J. *Historia de la Pediatría*. Valencia, Albatros. 2009.

Mande R., Masse N. and Manciaux M., *Pédiatrie Sociale*, Paris, Flammarion, 1972,

Marfan, A.B., *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*, Paris, G. Steinheil, 1899.

Martínez-Costa C, Núñez F, A. Montal, & J. Brines. (2013). Relationship between childhood obesity cut-offs and metabolic and vascular comorbidities: comparative analysis of three growth standards. *J Hum Nutr Diet*, doi:10.1111/jhn.12140

Sánchez-Zahonero J, et al. Carotid artery stiffness as an early marker of vascular lesions in children and adolescents with cardiovascular risk factors. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63:1253-60.

Van Helmont JB. *Infantis Nutritio ad Vitam Longam*. En: *Opera Omnia*, Francoforti, H. C. Paulli, 1707. Pp: 735-37.

Health Education and the Spanish Curriculum for Teacher Training

Dr. Manuel Monfort-Pañego

Dean of Faculty of Teacher Training

University of Valencia.

The Universal Declaration of Human Rights of 10th December, 1948 states in articles 25 and 26 that “Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family” and “Everyone has the right to education”. All regulations and development of these norms and laws on education and health were approved before this Declaration in most European countries.

In Spain, Higher Education and the training of teachers of Infant and Primary Education are regulated by the State, so its contents depend basically on the political power.

Unlike other countries where education is and has been a matter of state policy, in Spain this issue has been always highly politicized, becoming just an instrument of social change.

The first regulation on teacher training can be found in Madrid after the creation of the first “Escuela Normal” (École Normale-Training College) in 1843, after the so called “Ley de Instrucción Pública” (Law for Public Instruction) or Law Moyano in 1857.

Initially, the contents for teacher training included Science, Arts, Pedagogy and Religion. Throughout its history, these studies have been changing until the most ambitious configuration in 1931 with the Second Spanish Republic. But, after the “National Uprising or Alzamiento Nacional” in 1936, the Civil War and Franco’s dictatorship, the studies of Teacher Training suffered major and important setbacks until 1975 when the dictatorship finished.

During these years, Health Education was not specifically included in any of the curricula for training teachers. But, it is true that some contents related with health could be found in areas such as Experimental Sciences and Physical Education.

With the advent of the Bologna Plan and the reformation of the last curricula, a new Ministerial Order included, as basic in the curricula, the subject “Childhood, Health and Diet” of the degree of Teacher of Infant Education.

It is important to highlight, though, the fact that this subject, compulsory all over Spain, has a major difference if the Faculty of Teacher Training of the University of Valencia and the rest of the Spanish Faculties are compared: this fact is related to the professionals who teach it.

For us, as members of the Board devoted to the organization of the studies and curricula of the Faculty of Teacher Training in Valencia, it was clear, and without any doubt, that the most adequate professionals who should be in charge of this subject were those specializing in healthcare, such as lecturers and professors of paediatrics of the Faculty of Medicine.

The reasons for this decision were the knowledge they have of the biological, psychological and social characteristics of children and, of course, their capacity and experience to teach trainees.

Among the responsibilities of Infant Education Teachers, diagnosing diseases is not included, but having the necessary competences to educate is a real must. And health is one of the fundamental areas when educating future citizens of a developed society.

Now, we know that the development of knowledge, skills and health habits are a real guarantee in order to prevent future children's diseases and future adults' diseases.

Finally, it is important to underline the fact that Infant Education teachers are the professionals who spend the longest amount of time with 0-3 and 3-6 year old children. This fact is a very particular benefit for our students, if compared with other professionals, to inform families and/or authorities when detecting unexpected or unusual facts.

There is no doubt that, in order to be able to fulfil all these tasks, teachers should be familiar with aspects that, although do not require greater specialization, need a very specific treatment.

This is the main reason why the educators specializing in paediatrics are the most adequate professionals to be in charge of this area when training prospective teachers of Infant Education.

THEORETICAL CONTENTS OF THE SUBJECT: "CHILDHOOD, HEALTH AND NUTRITION"

Cecilia Martínez-Costa

Professor of Pediatrics. Department of Pediatrics, Obstetrics, and Gynecology. University of Valencia, Spain.

Introduction

Institutionalized education at school age is probably one of the most effective strategies to prevent a wide range of chronic diseases. During the last five years our University has incorporated a subject called "Childhood, Health and Nutrition" into its official Education program. The aim of this matter is to promote disease prevention in children, thereby improving their current health status and safeguarding their future adult life.

Objectives

1. To offer basic knowledge about the biology, psychology and sociology of child health at different pediatric ages: infant, pre-scholar, scholar and adolescent.
2. To provide future teachers and educators with the knowledge and practical skills to encourage healthy lifestyle habits and positive attitudes in children, with a special emphasis on the importance of nutrition and physical exercise in order to prevent chronic diseases in childhood and adult life.
3. To instruct future teachers and educators in first-aid management of pediatric emergencies.
4. To implicate teachers and educators to contribute in the management of the main childhood diseases at school.

Overview

This matter constitutes a core subject of the first academic year of the Degree in Educational Studies at the University of Valencia. Teaching is delivered by a combination of lectures, seminars, workshops, and tutorials.

The subject's syllabus (4.5 ECTS credits) is distributed as follows:

- 45 teaching hours including theoretical and practical lessons (20 units of 2 hours 1.5/0.5, respectively), and tutorials for team work preparation.
- 67 non-presential hours for team work and individual studying.
- Other additional educational sources include workshops as complementary activities and updated information available on a community virtual platform (<http://aulavirtual.uv.es/>).

Theoretical contents

The topics covered by this subject include the following:

- Lessons 1 and 2 describe the biological characteristics of childhood. They include the criteria to define pediatric ages and to describe the main features of somatic growth and development. The second part explains the major milestones of sensory and psychomotor development of children and the approach to the early detection at school of sensory disturbances and behavioral patterns at school.
- Lessons 3 to 6 explain the role of nutrition in childhood, comparing it to that in adulthood. They specify the components of energy expenditure and daily caloric requirements, provide the skills for establishment of healthy dietary

recommendations at different ages, and explain relevant aspects for the elaboration of a school menu, establishment of adequate environmental conditions, hygiene, composition, food security etc. Specific calculations are performed.

-Lessons 7 and 8 explain the benefits of sport in child health, the mechanisms of adaptation to exercise, and the nutritional needs and nutritional recommendations.

-Lesson 9 covers the main toxic habits (alcohol, tobacco and other drugs) during school and adolescence, together with the clinical and social consequences and prevention strategies at school.

-Lessons 10 and 11 are dedicated to the main pediatric infections. The principal clinical manifestations, signs of severity and activity in schools, and hygienic and immunological prevention strategies for infectious diseases are reviewed.

-Lessons 12 to 15 cover the most common childhood diseases divided according to the following groups: 1) Accidents: Signs of serious illness and first-aid management at school. Security tasks; 2) Poison, bites and stings: Signs of serious illness and first-aid management at school; 3) Diabetes; Asthma and other lung diseases; Celiac disease; Heart disease; Intestinal parasites; Epilepsy; Hematological and oncological diseases; Metabolic diseases.

-Lessons 16 to 18 include the nutritional disorders in childhood: 1) Obesity and comorbidities (hypertension, hypercholesterolemia, and liver disorders, orthopaedic and psychological; 2) Eating disorders; 3) Malnutrition and specific nutritional deficiencies. Particular attention is given to the prevention of these diseases, together with the prevention of tooth decay and other disorders such as osteoporosis.

-Lesson 19 focuses on cerebral palsy, that is, the main encephalopathy in childhood, and its related nutritional risk.

-Finally, lesson 20 is exclusively practical classroom about basic cardiopulmonary resuscitation guidelines.

Limitations

The teaching of this subject faces several difficulties. In particular, the fact that this subject is taught during the first academic year, when students' educational level is still rather limited, restrains students from thoroughly understanding the crucial importance of improving health during childhood and the eventual consequences in adulthood

References

-European Association for International Education (eaie.nl). www.eaie.org.

-European Commission. The European Higher Education Area in 2012: Bologna Process. Implementation report. Brussels: EACEA P9 Eurydice, 2012.

-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Programa Perseo. www.perseo.aesan.msssi.gob.es/.

-The Bologna Declaration on The European Higher Education Area. Joint declaration of the European Ministers of Education, 19 June 1999.

-Universidad de Valencia. Grado en Maestro/a en Educación Infantil. www.uv.es/uvweb/universidad/es/estudios-grado/grau-1285846094474/Titulacio.html.id=1285847460706.

THE PROMOTION OF ADULT'S HEALTH FROM CHILDHOOD.

PRACTICAL TRAINING. Francisco Nunez Gomez. Associate Professor of Pediatrics. Department of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology. University of Valencia. Pediatric Service. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

The practical training to the students of school teacher is designed to serve to reinforce the contents of the theoretical lessons emphasizing the importance of respecting the timing of child's general and language interests.

We consider necessary this clarification as our intervention in the training future teachers is limited to those who are going to teach children before six years old (infant school). The primary and secondary schooling remains outside, for the moment, in our scope.

Its content is focused mainly for the child to acquire practical skills and strengthen their interests and attitudes in the problems of health and its prevention in the own childhood and adulthood. Some important aspects for the prevention of the diseases of civilization that have been included in the theoretical talks are beyond practical consideration because its inclusion would be out of context. We refer to such important issues as the toxic habits (smoking, alcohol, consumption of illegal drugs, etc.). We emphasize the content more directly related to healthy nutrition, physical exercise, and the personal hygiene of the child.

The practical aspects of the subject include two kinds of activities according to the permanence of the teacher during its development:

(a) practical classroom teaching. It is composed of three types of activities:

1. Activities upon completion of the theoretical exposition of each lesson. They are intended to strengthen the contents explained by examples of common knowledge as well as the teacher can take advantage of immediate reality. During the last half hour of the class are exposed topics-related activities. For example, students are asked that they value on the issue of school canteens, a school menu for children of a certain age, calculating calories provided by composition tables of foods, caloric distribution, and by using different food according to the Food Pyramid. For the realization of these works, they must attend web resources listed to the students.

2. Practices of basic cardiopulmonary resuscitation (CPR). Its purpose is to train future teachers in the application of first aid in case of accidents and urgent severe episodes. Workshops of CPR last two hours where students must complete basic activities of PCR using puppets. Professor trains students on value pulses, effort and respiratory rate and cardiac massage.

3. Seminars and workshops during the weeks of follow-up. Throughout the four months period of the course there are two free weeks from regular education. These general gaps of the teaching periods facilitates the revision of the whole matter given up to the moment as well as the articulation with other related materials.

Held seminars on nutritional topics. The workshops aim to that future teachers are acquainted with practical issues that later must teach their students. For example, a

workshop reviews the information provided by the food containers and assess whether this is correct. Students will go to supermarkets to examine the exposed foods.

b) Non presential practical teaching

1. Work Groups. They are activities aimed to promoting the personal initiative and work as a team. They are the most controversial issues as didactic tasks could provide many diverse developments.

Students are distributed into groups of ten, and a project of the matter is assigned to each of them. The work may consist of the elaboration of a set of elements that integrate contents and teaching methodology of any child's play or the preparation of explanatory posters on any aspect of the issue. Students materials must hold both drawings and texts.

BIBLIOGRAPHY:

BEARD, R., *Pedagogía y Didáctica de la Enseñanza Universitaria*, Oikos-Tau, S.A., Barcelona, 1974.

HIGUET, G., *El arte de enseñar*, Paidós, Buenos Aires, 1956.

KRATHWOHL, D.R., BLOOM, B.S. y MASIA, B.B., *Taxonomy of Educational Objectives. Handbook II: Affective Domain*, Mc Kay Co. Inc., New York, 1964.

MAGER, R.F., *Comment définir des objectifs pédagogiques*, Gauthier Villars, Paris, 1971.

OMS, *Los accidentes de la infancia: la observación de los hechos como fundamento de las medidas preventivas*, Ser. Inf. Tecn., 118, Ginebra, 1957.

OMS, *Guide Pédagogique*, Genève, 1976.

THOMSEN, O.B., *Formación de los Profesores de Medicina en Pedagogía*, Crónica de la OMS, 27, 8, 1973.

INTRODUCTION DE LA MATIÈRE «ENFANCE, SANTE & ALIMENTATION» DANS LE CURRICULUM DE LA FACULTAD DE MAGISTERIO DE LA UNIVERSITAT DE VALENCIA. LA VISION DES ADMINISTRATEURS.

Nous allons commenter le point de vue des administrateurs sur l'introduction de la matière «Enfance, santé et alimentation», dans une extension de la Facultad de Magisterio de l'Université de Valencia située à la ville d'Ontinyent.

Ontinyent, avec près de 38.000 habitants, est la capitale de la vallée d'Albaida, une région du centre de la Province de Valence avec une population de 92 106 habitants, répartis sur un total de 34 municipalités et qui se situe à une distance de 80 kilomètres du Valence. Il a été nommé Village Royal par le roi Jacques I au 13^{ème} siècle. L'industrie textile a fait d'Ontinyent une ville prospère tout au long du XX^{ème}.siècle

L'Université de Valence, il y a 10 ans y a mis en place une extension de la Facultad de Magisterio, où il enseigne la maîtrise en éducation de la petite enfance à un groupe de 50 élèves par cours.

Le fait que le nombre d'étudiants soit très réduite, environ 800 étudiants de toutes études confondues dans notre Campus est un avantage parce que cela donne la possibilité de connaître chaque étudiant et de leur donner un traitement personnalisé. Grâce à cette aisance on a pu vérifier la bon accueil de la matière « Enfance, santé et alimentation» », qui n'a pas rencontré de rejet par les étudiants, bien au contraire.

L'enseignement est dispensé par les professeurs de Pédiatrie de la Facultad de Medicina de Valencia, et surtout par quatre professeurs associés qui sont, au même temps, pédiatres des hôpitaux de Valencia. Les coordinateurs de la matière sont les Profs. Cecilia Martinez et Francisco Nuñez, collaborateurs du Prof. Juan Brines, Chef de la Chaire de Pédiatrie de l'Université de Valencia. L' enseignement de cette nouvelle matière a été si encourageant qu'il a suscité l'intérêt et l'enthousiasme pour cette nouvelle matière. Cet intérêt des étudiants a dépassé celui des élèves instituteurs et s'est étendu jusqu' aux UNIMAJORS (Université pour les personnes âgées) de la Communauté. Ces étudiants qui ont plus de 50 ans et reviennent ou arrivent pour la première fois à l'Université, pour la plupart grands-pères ont demandé qu'une partie des contenus de la matière soit incluse dans les conférences qu'ils reçoivent.

Parmi les diverses opinions que les étudiants nous ont fait remonter sur la matière on peut ressortir les points suivantes :

Cette matière a été extrêmement important dans leur formation. Ils ont découvert que pour enseigner à un enfant, il faut connaître la biologie, la psychologie et la sociologie de l'enfance et qu'il est nécessaire ne pas se limiter seulement à promouvoir la santé des enfants mais aussi de leur inculquer des bonnes habitudes de prévention pour la santé du futur adulte.

Dans le temps passé par l'enseignant en classe avec ses élèves, il doit avoir une expérience suffisante pour détecter tout défaut ou insuffisance de son développement.

Les enfants peuvent souffrir d'accidents plus ou moins graves, donc une détection immédiate peut être parfois d'une importance vitale.

Les enseignements reçus, à travers ces leçons théoriques et pratiques ont été, selon les étudiants, un vrai luxe.

Je vous remercie de votre attention.

Directeur de l'Administration de l'Université de Valence au Campus d'Ontinyent



CONGRES AEEP BORDEAUX

29 novembre 1013

**L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PROMOTION DE LA SANTE
dans l'environnement SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE**

**Rôle et place de l'association dans la formation des professionnels
de santé et de l'éducation**

En 1938 à l'initiative des médecins inspecteurs des écoles de la Seine était fondée l'Association Nationale de Médecine Scolaire et d'Hygiène Pédagogique , C'est en 2003 qu'elle devient l'Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire et réunit à cet effet des représentants de tous les personnels de l'Education Nationale engagés à défendre et à promouvoir la santé et le bien être des élèves et des étudiants une condition essentielle pour la réussite dans le parcours d'études et la qualité de vie des jeunes

Reconnue d'intérêt général et agréée par le Ministère de l'Education Nationale , elle est organisée en réseau sur l'ensemble des régions pour promouvoir la santé de la maternelle à l'université, soutenir les acteurs de terrain dans leurs missions , participer à l'information et à la formation de ces professionnels et accompagner les parents dans leur recherche de solutions

L'AFPSSU a une spécificité, une originalité qui lui confèrent une identité restée en France jusqu'à présent sans pareil. Elle se distingue notamment par :

1-Sa longévité plus de 70 ans d'existence

Sans rupture dans ses activités et toujours en phase avec l'évolution des enjeux de la santé et des nouveaux besoins des jeunes dans leur parcours scolaire Cette longue période continue d'activités a été marquée par de nombreuses publications, de conception d'outils pédagogiques et de rencontres scientifiques évaluées très favorablement par les participants ce qui justifie sa notoriété actuelle.

Le récit de cette longue histoire est retracé dans un ouvrage accessible sur le site de l'association

2 -Son objectif:

C'est **de créer un réseau de professionnels en interdisciplinarité de l'école à l'université** issus de tous les milieux de l'Education nationale (professionnels de santé , de l'action sociale psychologues ,enseignants et chefs d'établissement) du milieu associatif (parents , responsables d'associations en recherche d'assistance à des problèmes particuliers de santé) avec une large représentation des différentes régions de France , des DOM et des TOM en lien avec les structures de soins et les collectivités territoriales

Actuellement ce réseau réunit plus **de 500 adhérents**

3-Sa mission :

Fixée par ce **nouveau concept de la santé à l'école**, elle implique l'ensemble de la communauté scolaire dépassant les missions des seuls personnels de santé. Elle s'inscrit désormais dans le soutien et la valorisation de la pluralité et la diversité de ses sociétaires , leur engagement commun pour des projets et des actions conduits de la maternelle à l'université en faveur de la santé des jeunes prise dans sa globalité et du bien-être scolaire, une des clefs de réussite tout au long de la vie.

Pour réaliser ses objectifs notamment dans le choix des formations l'AFPSSU fait appel à un conseil scientifique composé d'experts du monde de la santé, des sciences humaines et de

l'éducation tous reconnus pour leurs connaissances scientifiques et/ou cliniques et pour leurs compétences et leur expertise dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence

L'information et la formation des professionnels de santé et de l'éducation représentent une des activités prioritaires de l'AFPSSU tels

1. la mise en ligne d'un site internet www.afpssu.com

Récemment renouvelé dans sa conception pour faciliter son accessibilité il présente une riche documentation régulièrement actualisée sur tous les sujets se rapportant à la santé des élèves et des étudiants. Cet outil de communication sert de lien avec d'autres associations et des sociétés savantes Il se trouve enrichi par la création d'un espace réservé aux adhérents (en cours de rénovation) et l'envoi d'une newsletter apportant des informations prioritaires sur des thèmes d'actualité.

Cette initiative est depuis la création du site en 2003 reconnue comme un des atouts majeurs de la notoriété actuelle de l'association

2. l'organisation à Paris de journées scientifiques annuelles destinées à l'ensemble des professionnels exerçant en milieu scolaire et universitaire mais aussi très ouvertes à des acteurs représentant les collectivités territoriales et les structures de soins ;

Préparées en large partenariat elles recherchent en priorité à développer l'information, la formation et les échanges en réponse aux attentes des professionnels de terrain et sur des problématiques d'actualité tels les prises de risques chez les adolescents , la souffrance psychique des jeunes , le stress , la sexualité et pour 2014 santé et bien être à l'Ecole

Elles sont aussi un lieu, une rencontre, une démarche participative pour une mobilisation collective et concertée en vue de protéger, préserver la santé des jeunes et œuvrer pour un mieux être à l'école

Site internet consulté par plus de 100.000 visiteurs par an et colloque annuel réunissant plus de 600 professionnels répondent à un engagement de l'association auprès de ses adhérents dans le cadre de leur formation mais aussi dans les échanges de pratiques professionnelles

3. Des publications

La participation à la rédaction de Revues et d'ouvrages et à leur diffusion contribue également à l'information et la formation des professionnels de santé et de l'éducation

Ainsi la **Revue de sante Scolaire et Universitaire** bimestrielle éditée en 2010 par Elsevier a été conçue en partenariat avec l'AFPSSU. Le comité de rédaction constitué par des membres de l'association est chargé de préparer des dossiers thématiques sur les réalités et les perspectives en matière de santé et d'éducation comme le décrochage scolaire , handicap et scolarisation , la parentalité à l'école ; l'école et les enfants de migrants , la promotion de l'équilibre alimentaire

En 2013 l'AFPSSU sous la direction d'Hélène Romano, expert au conseil scientifique a initié un ouvrage collectif édité par Dunod intitulé **« Aide-mémoire de la santé à l'école »** Ce livre réunit des témoignages du monde de la Santé et de l'Education ainsi que des professionnels de terrain, de parents et de représentants d'associations partenaires de l'AFPSSU Il a été conçu pour apporter un regard positif et novateur pour promouvoir la santé et le bien être au sein de l'Ecole

4. La création d'un appel à initiatives et projets

Cette initiative a été conduite pour soutenir et valoriser la réalisation d'actions innovantes initiées en pluridisciplinarité dans le domaine de la santé à l'Ecole et à l'Université. Cette démarche reconduite chaque année depuis 2009 pour faire connaître les projets portés par les acteurs de terrain connaît un succès grandissant Ces productions passant de 30 à 150 ont été appréciées pour la majorité d'entre elles pour la qualité de leur présentation et l'engagement collectif dans leur motivation Les primés sélectionnés par un jury d'experts ont fait l'objet d'une mise en ligne sur le site de l'association et de publication dans la Revue de Santé Scolaire et Universitaire ce qui a suscité émulation et exploitation d'autres expériences

Mais l'AFPSSU tout en demeurant dans la continuité de son engagement entend aussi créer une nouvelle dynamique

AGIR c'est sans cesse pouvoir réinventer sans renoncer

D'où la perspective de chantiers nouveaux pour l'année scolaire 2013- 2014

1. la mise en forme d'un **projet de dynamique régionale** pour s'inscrire au mieux dans le cadre des politiques éducatives et de santé dans les territoires académiques, faire connaître le réseau associatif de l'AFPSSU dans ses missions et sa diversité et pouvoir faciliter l'adaptation aux demandes de formation ou de soutien à des projets éducatifs Cette expérience menée par deux délégués régionaux se déroule actuellement dans l'Académie de Montpellier et devrait faire l'objet d'une évaluation avant son extension dans d'autres académies
2. **Projet de convention avec le ministère de l'Education Nationale** pour établir des liens de coordination et information réciproque tant sur le plan national que régional et favoriser la promotion des interventions de formation AFPSSU dans le cadre des perspectives de refondation de l'Ecole qui impliqueront de nouvelles modalités de fonctionnement partenarial



Une association engagée auprès de tous les acteurs de la communauté éducative

Pour la santé et le bien être scolaire de la maternelle à l'Université

UN ENGAGEMENT

S'INFORMER POUR MIEUX SE FORMER

ECHANGER LES PRATIQUES POUR MIEUX COLLABORER

AGIR ENSEMBLE POUR MIEUX PRÉVENIR

Docteur Claude BRAVARD Présidente AFPSSU

Ancien médecin de Santé Publique

Conseiller technique honoraire de l'Education Nationale

L'ASSOCIATION FRANCAISE DE PROMOTION DE LA SANTE

dans l'environnement SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

A F P S S U

Fondée en 1938 l'Association Nationale de Médecine Scolaire et d'Hygiène Pédagogique, devient en 2006 l'Association Française de Promotion de la Sante Scolaire et Universitaire

Reconnue d'intérêt général et agréée par le Ministère de l'Education Nationale , elle est organisée en réseau sur l'ensemble des régions pour promouvoir la santé des élèves et des étudiants , soutenir les acteurs de terrain dans leurs missions et accompagner les parents dans leur recherche de solutions

Favorisant l'interdisciplinarité de l'Ecole à l'Université, elle regroupe plus de 500 adhérents représentatifs de tous les milieux professionnels de l'Education Nationale et de l'Université Elle s'investit dans quatre principaux pôles d'activités d'information et de formation des professionnels

- Informer par les ressources documentaires régulièrement actualisées du site internet afpssu.com et la circulation de l'information avec l'envoi d'une newsletter

- Former par l'organisation de journées d'études destinées à accompagner les professionnels dans les établissements dans un but de perfectionnement des connaissances et échanges de pratiques sur des thèmes reconnus prioritaire dans le domaine de la sante publique

- Faire émerger et valoriser des travaux innovants réalisés en pluridisciplinarité dans le domaine de la sante en faveur des jeunes scolarisés par un appel à initiatives et projets et les faire bénéficier d'une large diffusion sur le site de l'association

- Participer à la rédaction d'un ouvrage la REVUE DE SANTE SCOLAIRE créée en 2010 et publiée par Elsevier avec pour objet d'informer, de favoriser les échanges et les partages d'expériences dans la pratique quotidienne des professionnels

Une association engagée auprès de tous les acteurs de la communauté éducative

Pour la santé et le bien être scolaire

De la maternelle à l'Université

S'INFORMER POUR MIEUX SE FORMER

ECHANGER LES PRATIQUES POUR MIEUX COLLABORER

AFPSSU- siège social 242 boulevard Voltaire. 75011 PARIS

AGIR ENSEMBLE POUR MIEUX PRÉVENIR

PROMOTION OF THE FRENCH ASSOCIATION OF SCHOOL HEALTH AND UNIVERSITY A F P S S U

Founded in 1938 under the name of National Association of Medicine and School of Hygiene Teaching, it became the French Association of Health Promotion School and University in 2006

Recognized and approved by the Ministry of Education , it is organized as a network across all regions to promote student health and student support field workers in their missions Promoting interdisciplinary School at University , it has more than 500 members representing all professional backgrounds of Education and the University . It invests in four main areas of business and information professional training It has to deliver

- Information resources regularly in the website afpssu.com and all the information are given in a newsletter

- Train the organization of study days for professionals in institutions in order to develop knowledge and exchange best practices on topics identified as priorities in the field of public health

- Develop innovative work carried out in the multidisciplinary field of health education for young people with a call for initiatives and projects consulted on the association website

- Participate in the writing of a book the JOURNAL OF SCHOOL HEALTH founded in 2010 and published by Elsevier with the purpose to inform, promote exchange and share of experiences in the daily practice of professionals

An association engaged with all stakeholders in the education community

Health and well Being an academic

Kindergarten to University

Dr. Claude BRAVARD
Former doctor Public Health
Honorary Technical Advisor of Education
President of AFPSSU

Congrès de l'AEEP Bordeaux 2013- vendredi 29 novembre 2013

Promotion de la santé des élèves : axes de travail actuels dans l'académie de Bordeaux

Dr Colette Delmas, médecin de santé publique, médecin conseiller du Recteur

L'académie de Bordeaux, comprend 5 départements du sud ouest de la France et scolarise plus de 500000 élèves. Le Recteur conduit la politique éducative ainsi que la politique de santé, dans les territoires académiques, en lien avec la politique élaborée par le Ministère de l'éducation nationale. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves, est un service de l'éducation nationale, présent dans tous les départements français.

La santé des élèves, fait l'objet d'un suivi décrit dans le code de la santé publique, le code de l'éducation et le code du travail. Actuellement, dans l'académie de Bordeaux, les médecins sont mobilisés sur des examens de santé ciblés, le conseil technique en matière de santé des directeurs d'école et des chefs d'établissement, l'intervention dans le cadre de la veille sanitaire en lien avec l'Agence régionale de santé, l'intervention dans les écoles, collèges et lycée face aux évènements traumatiques et la formation des personnels de l'académie. Du point de vue clinique, nous ne réalisons pas d'examens de santé systématiques depuis plusieurs années, mais sommes en lien avec les infirmières du service qui constituent le premier recours de l'élève en milieu scolaire, en matière d'accueil, d'écoute et d'orientation et de dépistage de façon plus systématique. En matière d'éducation pour la santé, les médecins sont peu mobilisés, malgré leur formation, car ils sont peu nombreux et également en raison des préconisations qui orientent la mise en œuvre de cette éducation généraliste, de base, en l'incluant dans les programmes pédagogiques et en la confiant à l'ensemble de la communauté éducative. Ainsi chaque établissement scolaire peut construire un programme éducatif, en réponse à un besoin identifié localement, dans le cadre du projet d'école ou du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, en collège ou en lycée.

Les axes de travail actuels des médecins, dans l'académie, concerne :

- le dépistage des troubles des apprentissages dès le plus jeune age, à l'école maternelle et tout au long de la scolarité
- l'aménagement de la scolarité des élèves porteurs de maladies chroniques, et des élèves handicapés, dans le cadre des projets d'accueil individualisés et des projets particuliers de scolarisation
- la scolarisation des élèves mineurs en filières technologiques industrielles, en lycées professionnels, conformément à la législation du travail
- l'évaluation de la situation des élèves manifestant des troubles du comportement, ou des difficultés d'adaptation à la scolarité

Ces activités comportent une approche individuelle de la situation et une approche de concertation avec les familles et les équipes éducatives scolaires ainsi qu'avec les différents professionnels médicaux voire sociaux intervenant auprès de ces élèves.

- Le dépistage des troubles des apprentissages

Ce dépistage est réalisé dans le courant de la sixième année de l'enfant, et fait l'objet d'un ciblage, au vu de différents éléments : le questionnaire renseigné par la famille, les résultats des bilans de langage réalisés antérieurement, en particulier à 3 ans, l'observation du langage, de la motricité, des habiletés graphiques, de l'attention, réalisée par le professeur de l'élève. L'examen de l'enfant est réalisé en présence de ses parents ; il comporte un bilan somatique, sensoriel, psychomoteur ainsi qu'une évaluation des compétences langagières de l'enfant, au moyen de batteries de tests standardisés. Les conclusions sont remises aux parents, elles peuvent conclure à la nécessité d'explorations complémentaires, par exemple d'un bilan orthophonique, de consultations spécialisées, par exemple en ophtalmologie, en fonction des résultats du bilan réalisé. Ces bilans de santé représentent 26% de l'activité médicale. Des élèves scolarisés dans d'autres classes à l'école élémentaire et en collège, font également l'objet de recours au médecin, en raison d'importantes difficultés dans les apprentissages. Il revient au médecin de se prononcer sur la réalité du trouble spécifique d'apprentissage, qui peut constituer un véritable handicap pour la scolarité de l'élève. Les conclusions de ces bilans de santé sont transcrites dans le carnet de santé de l'enfant, expliquées aux parents ; l'enfant est adressé à son médecin traitant, si des pathologies ont été dépistées, pour leur prise en charge et leur suivi. Les élèves, peuvent solliciter des aménagements techniques et pédagogiques, durant la scolarité et lors d'examen, dès lors que le trouble dont ils sont porteurs est sévère et invalidant.

Depuis plusieurs années, les médecins participent au processus de sensibilisation et de formation des professeurs du 1^{er} et du 2nd degré, sur cette thématique. Cette année, une action de sensibilisation des médecins généralistes est organisée, par un binôme médecin scolaire – orthophoniste dans tous les départements d'Aquitaine. Cette action est organisée conjointement par l'ARS, la Mutualité sociale Agricole, l'Union Régionale des professions de santé et le Rectorat.

- L'aménagement de la scolarité des élèves porteurs de maladies chroniques

La scolarité de ces élèves est facilitée par la mise en place du Projet d'Accueil Individualisé (PAI), à la demande des familles. Il permet à l'élève d'avoir une scolarité en classe ordinaire, avec la possibilité de prendre ses traitements à l'école, de faire ses examens s'il y a lieu (contrôle glycémique), d'avoir un environnement satisfaisant et éventuellement de bénéficier de l'aide d'un adulte. Si sa pathologie donne lieu à l'éventualité d'une situation d'urgence (crise d'épilepsie), un protocole d'urgence est inclus dans le PAI, permettant à tout adulte d'intervenir et d'agir de manière adéquate, après appel téléphonique et indication thérapeutique du centre de régulation des urgences médicales. Près de 13 000 PAI ont été réalisés l'an dernier ; les 2/3 de ces enfants sont scolarisés en école maternelle et élémentaire. Les pathologies les plus représentées sont : l'asthme, les allergies alimentaires, l'épilepsie et le diabète ; bien d'autres pathologies sont présentes : les pathologies digestives, cardio-vasculaires...., Certaines pathologies nécessitent des aménagements spécifiques, concernant les sorties scolaires, la restauration

scolaire, le port d'un cartable allégé, la pratique du sport scolaire, voire pédagogiques, qui sont de la responsabilité du professeur. En cas d'hospitalisation à domicile temporaire, l'enfant peut bénéficier de scolarisation à domicile ; ce fut le cas de 560 élèves l'an dernier. La mise en place de ces projets représente 23% de l'activité médicale.

Le projet d'accueil individualisé comporte lors de son élaboration ou de son renouvellement, un temps individuel centré sur l'élève, sa famille, ses médecins ; et également un temps de concertation avec ses professeurs, notamment lorsqu'un protocole d'urgence est décrit dans le PAI. Il revient au médecin de s'assurer de l'information des professeurs, voire des acteurs périscolaires.

- La scolarisation des élèves handicapés

La scolarisation des élèves handicapés relève d'une procédure différente, qui fait intervenir, la maison départementale du handicap (MDPH). Celle ci constitue un guichet unique, auquel s'adressent les parents, pour obtenir les aides nécessaires matérielles, techniques, humaines et financières, pour faciliter la vie de l'enfant y compris sa scolarisation. Les parents construisent le projet de scolarité, avec l'appui de la MDPH. A l'école, chaque enfant handicapé est suivi par un enseignant référent, qui est le garant du projet de scolarité. Le médecin scolaire participe aux équipes de suivi de scolarisation ; organisées au sein de l'école, elles permettent une évaluation régulière de la scolarisation de l'enfant. Les médecins ont participé au suivi de plus de 3000 enfants et adolescents handicapés ; ce qui a représenté 12% de leur temps de travail.

- La scolarisation des élèves mineurs en filières technologiques industrielles

Le code du travail ne permet pas aux élèves mineurs d'être confrontés à certains travaux dangereux ou d'être exposés à des substances nocives; c'est le cas des filières de mécanique industrielle, de menuiserie, de métiers du bâtiment. Par dérogation, sous réserve que certaines conditions soient remplies, en terme de sécurité, l'Inspection du travail, peut néanmoins donner son accord. Il est demandé au médecin un avis médical d'aptitude, fondé sur l'examen clinique de l'élève, qui permet alors d'accorder la dérogation. Cette activité médicale représente en début d'année, une charge de travail importante, puisque près de 10 000 élèves sont concernés. Il y a peu de contre indications médicales au sens strict ; mais les médecins sont plutôt confrontés aux situations de consommations de toxiques qui relèvent de la recommandation à l'élève de cesser sa consommation, notamment en situation professionnelle. Ces examens sont essentiellement règlementaires, c'est toutefois l'occasion d'entamer un dialogue avec l'élève, de l'alerter sur les risques d'une consommation problématique, tant en matière d'alcool que de substances illicites. Cette activité représente plus de 17% des examens médicaux.

- L'évaluation de la situation des élèves manifestant des troubles du comportement, ou des difficultés d'adaptation au système scolaire

Les médecins sont souvent sollicités pour des problèmes de comportement d'élèves qui perturbent fortement la communauté éducative : des faits de violences verbales ou physique plus ou moins graves, de l'absentéisme, des comportements désadaptés, jeux dangereux...un repli sur soi, voire une phobie sociale ou scolaire. Ceci constitue un ensemble mal défini, qui peut révéler une souffrance psychique importante, nécessitant évaluation et prise en charge adaptée ; une consommation de substances toxiques ; une pathologie psychiatrique notamment à l'adolescence ; des faits de maltraitance ; un

dysfonctionnement familial grave. L'approche de ces situations est en général pluridisciplinaire, impliquant la famille, les acteurs sociaux dans et hors l'école. Le rôle du médecin est d'orienter vers une prise en charge adaptée, en lien avec la famille et le médecin traitant ; plus de 3000 élèves ont été rencontrés par les médecins. La scolarisation de l'élève peut nécessiter des mesures particulières, en particulier des périodes de scolarisation à domicile et lors du retour en classe, d'un aménagement de scolarité avec projet d'accueil individualisé.

Conclusion

Promouvoir la santé de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire, c'est prendre en considération ce qu'il exprime de façon parfois explicite ; c'est être suffisamment disponible et à l'écoute des adultes de la communauté éducative qui, au quotidien, sont à leur contact. C'est en effet à partir de l'observation des élèves par leurs professeurs, leurs conseillers d'éducation, leurs parents, que ceux-ci sont orientés vers nos médecins scolaires. L'approche médicale permet un éclairage différent de la situation de l'élève, avec les éléments fournis par le contexte scolaire. Les priorités actuelles vont dans le sens d'une école qui prend mieux en considération les besoins particuliers des élèves, une école inclusive, une école en capacité d'aménager la scolarité, tout en maintenant un égal niveau d'exigence.

En matière de santé publique, le lien de nos services de santé avec l'agence régionale de santé s'est développé progressivement. Il concerne l'éducation pour la santé, la veille sanitaire et plus récemment, la mise en oeuvre de campagne de vaccination.

La formation des adultes est un enjeu important, car dans certains cas les professeurs doivent adapter leur pédagogie ; c'est particulièrement le cas pour les élèves porteurs de troubles spécifiques des apprentissages, dont la prévalence se situe entre 5 à 7% d'une tranche d'âge. Les dispositifs de formation se sont diversifiés, ces dernières années, mais nécessitent encore des améliorations selon le témoignage des intéressés.

L'éducation pour la santé, est très active dans l'académie depuis de nombreuses années ; elle mobilise l'ensemble de la communauté éducative ; elle est dynamisée par nos collègues infirmières, qui en assurent souvent l'organisation, le conseil technique et le suivi au niveau départemental. Les publications de l'INPES, la mobilisation de l'Agence régionale de santé, du Conseil Régional, de l'IREPS d'Aquitaine, contribuent au soutien des programmes conduits dans les établissements scolaires.

Congrès de l'AEEP, Bordeaux 29 novembre 2013- Résumé

Dr Colette Delmas, médecin de santé publique, médecin conseiller du Recteur de l'académie de Bordeaux

En matière de prévention, le suivi de la santé des enfants et adolescents scolarisés, est décrit en France, dans le code de la santé publique, le code de l'éducation ainsi que le code du travail pour les jeunes des filières professionnelles. L'école contribue au suivi de la santé des élèves et a vocation à réduire les inégalités de santé ; c'est la mission dédiée aux services de santé, médical et infirmier, de l'Education Nationale.

Actuellement, dans l'académie de Bordeaux, les examens de santé sont ciblés, au bénéfice des élèves à besoins éducatifs ou de santé spécifiques. Il n'y a pas d'examens médicaux systématiques, depuis plusieurs années. Dans l'objectif de favoriser la réussite éducative, les axes de travail des médecins concernent plus particulièrement :

- le dépistage des troubles des apprentissages, dès l'école maternelle et tout au long de la scolarité élémentaire
- l'aménagement de la scolarité des élèves porteurs de maladies chroniques ou de handicap
- la scolarisation des élèves mineurs des filières technologiques industrielles
- les élèves manifestant des troubles du comportement ou des difficultés d'adaptation à la scolarité dans l'enfance et à l'adolescence

Dans le domaine de l'éducation à la santé, chaque école ou établissement scolaire secondaire, construit son programme d'action en partant des besoins des élèves, recensés ou perçus par les équipes éducatives. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, en collège et lycée est le cadre de référence des projets d'éducation à la santé. Il favorise la participation de tout personnel éducatif volontaire, qu'il soit personnel d'enseignement, éducatif, social ou de santé ; et permet l'élaboration d'un programme d'actions concerté. Le recours à des acteurs institutionnels ou associatifs agréés, permet d'aborder des thèmes plus spécifiques. Les principaux sujets traités sont : la nutrition, les addictions, l'éducation à la sexualité...sont également abordés dans ces comités, des thèmes d'éducation citoyenne : la lutte contre les discriminations, le harcèlement entre élèves, les violences. Ces questions de santé et de citoyenneté, sont progressivement incluses dans les programmes scolaires de façon transdisciplinaire.



CONGRES AEEP BORDEAUX - 29 novembre 2013

Elèves porteurs de maladies chroniques. Un projet d'accueil individualisé (PAI) pour adapter leur scolarité

Historique et législation

Le droit à l'éducation pour tous les enfants, incluant le principe de l'admission à l'École des enfants et adolescents malades, posé dès 1963 est confirmé par la loi d'orientation n° 89-486 sur l'éducation du 10 juillet 1989. Celle-ci prévoit « que l'école remplisse au mieux sa mission d'accueil et d'éducation des élèves en difficulté et, en particulier, des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé ».

Le code de l'éducation dès 2006, reprend les principes de la précédente loi-cadre à travers divers articles législatifs et réglementaires :

[Article L111-1](#) Modifié par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République [loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 - art. 2](#) « permettre de façon générale aux élèves en difficulté, quelle qu'en soit l'origine, *en particulier de santé*, de bénéficier d'actions de soutien individualisé. »

[Article L111-2](#) Modifié par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République [loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 - art.4](#) « Pour favoriser l'égalité des chances, des dispositions appropriées rendent possible l'accès de chacun, en fonction de ses aptitudes et de *ses besoins particuliers*, aux différents types ou niveaux de la formation scolaire »

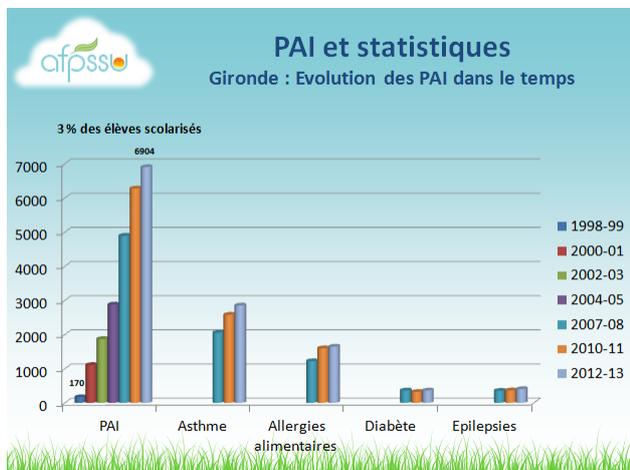
[Article D351-9](#) Lorsque la scolarité d'un élève, notamment en raison d'un trouble de la santé invalidant, nécessite un aménagement sans qu'il soit nécessaire de recourir aux dispositions prévues par les articles [D. 351-5](#) à [D. 351-7](#), un projet d'accueil individualisé (PAI) est élaboré avec le concours du médecin de l'éducation nationale ou du médecin du service de protection maternelle et infantile.

La circulaire n° 92-194 du 29 juin 1992 : prévoit l'accueil des enfants porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements d'enseignement publics et privés

La mise en œuvre du PAI sera déclinée plus précisément en 1999. Elle est actuellement définie par la 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» Celle-ci implique non seulement l'École, mais aussi l'ensemble des structures d'accueil de l'enfant : crèches, haltes-garderies et jardins d'enfants, cantines scolaires, accueil périscolaire, centres de vacances et de loisirs ainsi que les établissements agricoles.

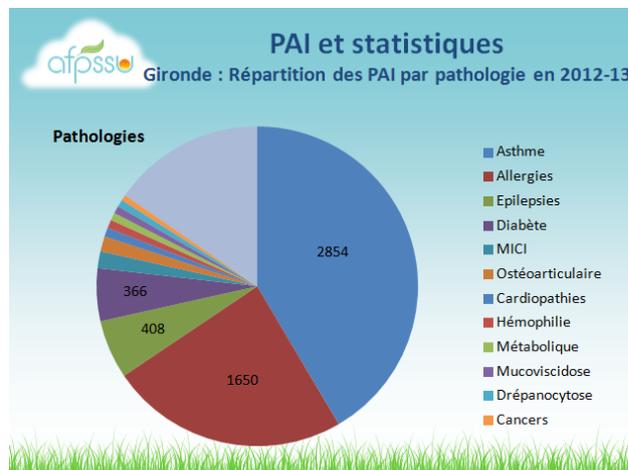
PAI et statistiques en Gironde

Gironde : Evolution des PAI dans le temps entre 1998 et 2013



Les Projets d'accueil individualisés (PAI) ne cessent de progresser depuis 1993. 170 ont été établis en 1998-99. Ils concernent actuellement près de 7 000 élèves en Gironde, soit 3% de la population des élèves scolarisés dont 71 % dans le premier degré.

Gironde : Répartition des PAI par pathologie en 2012-13



Asthme et allergies alimentaires sont les 2 pathologies majoritairement représentées à tous les âges de la pyramide. Médecins de l'éducation nationale sont très sollicités également autour des épilepsies et du diabète insulino-dépendant.

Déroulement du PAI

Organisation

Le PAI est demandé par la famille sur les conseils des médecins qui soignent l'enfant. Les aménagements particuliers de cet accueil prévoient de garantir la continuité thérapeutique, la sécurité de l'élève et de minimiser les inconvénients dont est cause son état de santé. Une réunion est organisée, par le directeur ou chef d'établissement, autour des parents et de l'élève (présent si lui et sa famille le souhaitent), sur le lieu de scolarisation et en présence des différents partenaires concernés : enseignants, personnels de restauration, personnels de surveillances, agents territoriaux employés par les écoles.

Le médecin scolaire : médecin de l'éducation nationale, collaborant dans certains départements avec le médecin de PMI pour les PAI des élèves de maternelle, connaît bien les particularités et ressources de l'établissement où est scolarisé le jeune. A partir des spécificités des partenaires, celles de la maladie, il saura aider la famille à délivrer une information claire et à construire, à partir des demandes des soignants de l'enfant, un projet à la fois rigoureux, précis et compréhensible de tous. Dans les établissements du second degré, l'information sera relayée auprès de l'ensemble des enseignants et des équipes de vie scolaire par l'infirmier scolaire. Partenaire santé de l'établissement, compétent et rassurant, il sera garant d'une bonne diffusion des messages et d'une adhésion renforcée au projet.

Protocole d'urgence

Tout doit être anticipé dans ce protocole, depuis les coordonnées des secours d'urgence (en l'occurrence le 15), le message clair et synthétique qu'il convient de lui dispenser, le lieu précis du rangement de la trousse d'urgence, le moyen qui sera mis en œuvre pour que tout partenaire nouveau intégrant l'équipe en cours d'année scolaire (remplaçant etc..) reçoive aussitôt l'information concernant les élèves bénéficiant de PAI, le moyen de ne rien oublier en cas de sortie de l'établissement ou d'anticiper tout voyage scolaire.

Autour de l'enfant malade et/ou de sa famille, les partenaires réunis, reçoivent les informations sur la maladie et les conséquences qu'elle engendre sur le quotidien de leur élève. La famille, quant à elle, visualise les interlocuteurs à qui elle confie l'enfant. Le médecin scolaire, présent dans l'école, est là pour répondre aux questions diverses, apaiser les inquiétudes en planifiant le moindre aspect de la prise en charge des situations d'urgence et en rassurant les interlocuteurs sur leurs compétences. Peu de réticences persistent dès lors que l'information est adaptée aux interlocuteurs et au contexte. Les situations d'urgence sont abordées et répétées si nécessaire par l'intermédiaire d'ateliers pratiques de manipulations et mises en situations. (Chambre d'inhalation et spray de bêtabloquant, stylo auto injecteur d'adrénaline, seringue de Glucagen, dispositifs d'administration de Diazepam ou de Buccolam).

Les équipes savent qu'elles peuvent demander à leur médecin scolaire des précisions ultérieures au PAI si certains éléments clés ne leur semblaient plus clairs lors des révisions régulières des protocoles d'urgence qui leur sont conseillées.

Aménagement de l'environnement

Un travail de collaboration peut s'instaurer avec le responsable du service de restauration scolaire afin d'organiser le régime alimentaire d'un jeune diabétique ou de tel autre enfant allergique ou encore atteint de maladie cœliaque. Dans le cas d'allergies sévères ou multiples, l'allergologue peut préférer que son jeune patient ne consomme que des paniers repas préparés par la famille afin de limiter les risques. Ceci est possible d'après la [circulaire n°2001-118 du 25 juin 2001](#). Des paniers repas pourront être indiqués également en cas de régime particulier (sans sel, sans fibre, etc.). Les goûters de l'enfant sont également anticipés.

L'environnement peut être aménagé : les conditions d'hygiène seront renforcées et des toilettes privées, réservées par exemple, pour un enfant atteint de mucoviscidose ; Des produits allergisants seront proscrits et remplacés par d'autres sans danger, dans le cadre des activités manuelles d'enfants allergiques.

Aménagements de la scolarité

En dehors la possibilité de traitement ou de soins effectués sur le temps scolaires, le PAI peut tenir compte du retentissement de la maladie sur l'autonomie et la fatigabilité du jeune malade. Des pauses pourront être ménagées, les évaluations adaptées, les consignes reformulées en cas de mémoire de travail défaillante. Les absences, programmées ou non, seront compensées par la transmission rapide des cours au jeune et un soutien individualisé. Des aménagements de l'EPS, des sorties et voyages scolaires sont également abordés et planifiés.

La famille est informée que les épreuves d'examens peuvent être adaptées : tiers temps permettant par exemple d'effectuer des soins, de se rendre aux toilettes ou de se reposer. Différents types de scolarité et de prises en charge pourront s'articuler dans l'espace et le temps, fonction des étapes de la maladie, des périodes d'instabilité et de la réalité du terrain.

Une inscription à la maison départementale des personnes en situation de handicap (MDPH) pourra s'avérer nécessaire dans l'hypothèse où une aide humaine ou matérielle devienne nécessaire. Un projet personnalisé de scolarisation (PPS) sera élaboré, prévoyant de compenser la lourdeur du retentissement de la maladie et faciliter la scolarisation des jeunes malades

Derrière le PAI

Derrière l'élaboration de ce projet, se profile une action d'information et de formation, s'équilibrant entre respect du secret médical et intérêt de l'enfant, pour les enseignants d'abord mais également pour tous les autres adultes concernés par la journée d'École des élèves malades.

Il est indissociable de communications régulières et confraternelles avec les équipes de soins en charge de la pathologie du jeune.

La démarche qu'il représente doit être rigoureuse, claire et compréhensible par tous.

Il est formalisé dans un document contractualisé, signé par l'ensemble des partenaires et reprend en détail les différents aspects de la prise en charge à l'école

Les médecins scolaires, secondés par les infirmiers scolaires et appuyés sur le plan logistique par les secrétaires médico-scolaires en sont des maîtres d'œuvre indispensables

La scolarisation de l'élève malade en milieu ordinaire ne cesse de progresser, en particulier depuis une quinzaine d'années. Elle est indissociable d'actions d'information et de formation des adultes de la communauté scolaire et périscolaire concernés par la santé de l'élève malade.

Le médecin scolaire, à l'interface du monde soignant et de celui de l'école est garant de cette action. Interlocuteur précieux, bien repéré dans les établissements scolaires, il doit également être connu des soignants des enfants et adolescents porteurs de maladies chroniques.

La gestion du Projet d'Accueil Individualisé doit se dérouler le plus harmonieusement possible afin que le jeune malade ne connaisse pas d'autres désagréments et que sa famille n'ait pas à affronter de complications supplémentaires en plus de toute la gestion des soins

Dr Caroline Genet

Médecin de l'éducation nationale en Gironde

Chargée de communication de l'AFSSU

- **Quand l'école va au domicile** : Patrice Bourdon et Joël Roy. Editions Delagrave
- **Aide-mémoire La Santé à l'école en 24 notions**. AFSSU sous la direction d'Hélène Romano. Editions Dunod
- **Dossier Enfant malade et scolarisation** - Revue de Santé scolaire et universitaire - jan 2014



CONGRES AEEP BORDEAUX

29 novembre 2013

Elèves porteurs de maladies chroniques. Un projet d'accueil individualisé pour adapter leur scolarité

Résumé

Chaque année, la scolarisation de plusieurs dizaines de milliers d'élèves malades, enfants ou adolescents, se déroule en France de façon la plus optimale possible grâce au travail du service de santé scolaire. Médecins de l'éducation nationale, collaborant avec les infirmiers scolaires et appuyés sur le plan logistique par les secrétaires médico-scolaires, sont des partenaires à même de délivrer une information claire et précise sur la santé de ces élèves, permettant d'élaborer pour chacun, un projet d'accueil individualisé (PAI) dans son établissement.

L'organisation de ces PAI, confiée aux directeurs d'écoles et chefs d'établissement est rigoureuse et leur déroulement bien codifié. L'appui technique du médecin scolaire, en lien avec le médecin traitant et les équipes soignant l'élève est essentiel. Les différents partenaires (enseignants, personnels de restauration, personnels de surveillances, agents territoriaux employés par les écoles) voient anticipés et contractualisés dans un écrit spécifique à chaque enfant malade : la conduite à tenir en situation d'urgence, les adaptations du régime et de l'environnement éventuellement nécessaires, les aménagements de la scolarité et des examens ainsi que les soins possiblement effectués sur les lieux de scolarisation.

La souplesse autour des différentes possibilités d'organiser la scolarité de ces jeunes et la collaboration au sein des établissements ne cessent de progresser. Les familles, rassurées sur l'aptitude de l'École à s'occuper de leur enfant et l'École, confortée dans ses capacités à prendre en charge l'élève malade voient leur communication facilitée par le médecin scolaire, situé à l'interface du monde scolaire et de celui des soignants

Abstract

Each year in France, tens of thousands of sick children and adolescents are able to attend school in the most optimal way possible, as a result of the role played by the school health services. School doctors, working hand in hand with school nurses, and supported logistically by the school medical secretaries, are partners capable of delivering clear and accurate messages regarding student health. This facilitates the establishment of an individualized care project (“Projet d’accueil individualisé (PAI)”) for each student within his own institution.

The setup of a “PAI”, entrusted to the school principals and headmasters, follows a rigorous and well-coded sequence. The technical support of the school physician, in collaboration with the general practitioner and the children’s’ nursing teams is essential. For every sick child various partners (teachers, catering staff, supervision personnel, territorial agents employed by schools) collaboratively elaborate a specific written plan in order to anticipate on the following : what to do in case of emergency, which dietary and environmental adjustments are required, schooling and examination arrangements and care to be administered within the school premises.

Flexibility in the different options proposed for the organizing of the curriculum of these youngsters, and collaboration within schools continue to evolve. Families reassured by the school’s ability to care for their child, and schools reinforced by their ability to support sick students both benefit from better communication. The latter is greatly facilitated by the presence of a dedicated school doctor who is at the interface of the academic and care-giving worlds.

Dr Caroline Genet

Médecin de l’éducation nationale en Gironde
Chargée de communication de l’AFPSSU

Comment appréhender la santé des élèves, à travers les problèmes actuels de santé publique ?

1) Quelle place pour les contenus pédagogiques ?

L'école se doit de permettre à tous les élèves de poursuivre une scolarité en milieu ordinaire. Pour ce faire, elle a plusieurs outils, à sa disposition :

- Le PPRE(programme personnalisé de réussite éducative) :

Le PPRE est formalisé dans un document qui en précise les objectifs, les modalités, les échéances et les modes d'évaluation. Il constitue tout autant une modalité de prévention de la grande difficulté scolaire visant à empêcher un redoublement, qu'un accompagnement de celui-ci lorsqu'il n'a pu être évité, afin de lui donner davantage d'efficacité. Il est constitué d'une action spécifique d'aide et, le cas échéant, d'un ensemble d'autres aides coordonnées. Ces aides seront reportées sur le document. Pour en garantir l'efficacité, cette action spécifique est intensive, de courte durée et reconductible. *Ce projet propose à l'élève en difficulté d'apprentissage, des activités qui lui permettront de progresser d'une façon significative en allégeant le contenu pédagogique.*

- les APC (activités pédagogiques complémentaires qui à raison de 36 h par an permettent aux élèves avec PPRE ou pas de bénéficier d'une aide significative en petit groupe)

- le PAI (projet d'accueil individualisé) qui a été présenté par le docteur Caroline Genet pour les élèves atteints de maladies chroniques :

Le Projet d'Accueil Individualisé s'applique aux élèves à besoins spécifiques (maladie signalée, pathologie chronique, dyslexie, ...).

Il a pour objectif de définir la prise en charge dans le cadre scolaire de l'élève au regard de ses spécificités et d'assurer la communication avec la communauté éducative de l'établissement.

- le PPS (projet personnalisé de scolarisation pour les élèves handicapés) :

Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales, paramédicales répondant aux besoins particuliers de l'élève.

Le PPS est un élément du plan de compensation prévu au code de l'action sociale et des familles (se reporter à la rubrique "textes officiels en vigueur").

Il est élaboré, suite à une demande de la famille auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), par une équipe pluridisciplinaire, qui évalue les compétences, les besoins et les mesures mises en œuvre dans le cadre du parcours de formation, en s'appuyant notamment sur les observations réalisées dans ces domaines par l'équipe de suivi de la scolarisation.

L'équipe de suivi de la scolarisation comprend la famille, l'enseignant référent de secteur, et les enseignants qui ont en charge l'élève. Elle facilite la mise en œuvre et assure le suivi du PPS, procède, au moins une fois par an, à l'évaluation de ce projet et de sa mise en œuvre, propose les aménagements nécessaires à la garantie de la continuité du parcours de scolarisation.

Si la scolarisation d'un élève présentant un handicap ou un trouble invalidant de santé ne nécessite pas le recours aux dispositions prévues dans un PPS, un projet d'accueil individualisé (PAI) est élaboré avec le concours du médecin scolaire, à la demande et avec la participation de la famille, par le

chef d'établissement. Hormis les aménagements prévus dans le PAI, la scolarité de l'élève se déroule normalement.

Au sein de l'institution, l'équipe pédagogique s'appuie sur les expertises du RASED (Réseau d'Aides Spécialisées aux élèves en difficulté) composé des maîtres spécialisés : E, G, du psychologue scolaire, et du médecin scolaire pour une efficacité optimale.

Pour les élèves atteints de maladies chroniques, un aménagement du temps scolaire peut être envisagé: certaines disciplines comme l'EPS, pour un enfant diabétique, sont proposées dans des créneaux qui lui sont favorables. L'enseignant prend en compte les soins extérieurs, s'il y en a, pour éviter une rupture dans les apprentissages et ainsi ne pas pénaliser l'élève.

Pour les élèves porteurs de handicap, ils peuvent être scolarisés au sein d'une classe ordinaire ou dans une CLIS (classe pour l'inclusion scolaire qui fait partie à part entière d'une école ordinaire). Les objectifs et les contenus pédagogiques sont définis par rapport aux capacités de l'élève et des dispositifs possibles (AVS : auxiliaire de vie scolaire). Un Projet Personnalisé de Scolarisation (P.P.S.) permet de définir lors d'une réunion pluricatégorielle (enseignant, médecin scolaire, psychologue scolaire, AVS, les structures médicales, le professeur référent et les parents), les objectifs d'apprentissage et ses contenus. Suivant son âge et ses capacités, ces objectifs visent à atteindre l'obtention des paliers 1 ou 2 de la maîtrise du socle commun. Des réunions (au moins une par trimestre) permettent de réguler, de faire le point sur les progrès de l'élève et de réajuster, si besoin, le PPS.

Pour tous les élèves, les programmes de 2008 mettent l'accent sur l'éducation à la santé tant au niveau disciplinaire (compétence 3 culture scientifique et technique) qu'au niveau transversal (compétence 7 sur l'autonomie et l'initiative).

Les contenus d'apprentissage favorisent l'accès à la compréhension du corps humain et à ses fonctions, la connaissance des différentes classes d'aliments pour pouvoir apprécier l'équilibre alimentaire d'un repas. Ils insistent sur le respect des principales règles d'hygiène de vie : manger équilibré, pratiquer une activité sportive, sensibiliser aux conduites à risques, connaître les Gestes De Premiers Secours, proposer une éducation routière (permis piéton, APER).

2) Quelles attentes en matière de formation ?

De plus en plus d'élèves sont accueillis à l'école avec des maladies chroniques de type asthme, diabète, mucoviscidose et allergies alimentaires. La demande au sein de l'équipe éducative en formation est prise en compte par le médecin scolaire qui rappelle les gestes importants, les signes auxquels il faut être vigilants. Lors de la signature du PAI, le médecin scolaire propose un protocole d'urgence avec des mots clés. Tous les enseignants et le personnel municipal ont accès à l'information. En conseil des maîtres, ces consignes font l'objet d'une attention particulière : lieu de stockage des médicaments, protocole d'urgence par rapport à la maladie de l'élève et appel au 15 .

Dans le plan de formation des enseignants, ceux-ci ont demandé aux instances académiques, la mise en place de formations par rapport aux TSA (troubles spécifiques des apprentissages : tous les « dys ») et aux TED (troubles envahissants du développement). Une meilleure connaissance de ces troubles permet à l'enseignant de mieux adapter sa pédagogie et ses contenus aux besoins de l'élève, de travailler d'une façon efficace avec l'AVS (auxiliaire de vie) et ainsi de proposer à celui-ci et à sa famille une cohérence dans les apprentissages. L'ASH (Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés) a mis en place une formation sur les enfants autistes avec des pistes de réflexion sur les gestes et les consignes à donner pour éviter parfois le refus de faire. Au sein des circonscriptions, des animations pédagogiques visent à apporter aux enseignants des aides et outils pour la "scolarisation des élèves à besoins éducatifs spécifiques": par exemple cette

année, une conférence sur les EIP (Élève Intellectuellement Précoce) a eu lieu. Les enseignants ont accès aux sites institutionnels, comme EDUSCOL ou le site de la DSDEN sur la santé des élèves. La psychologue scolaire est une aide précieuse face aux difficultés de l'enseignant ; elle répond aux doutes et rappelle les gestes et les paroles qui peuvent rassurer l'élève. Ces formations permettront aux enseignants d'être plus efficaces dans leur métier et plus à l'aise lors des rencontres avec les parents de l'élève : l'adaptation de l'élève et ses progrès sont au centre des préoccupations de chacun pour une scolarité réussie.

Les équipes enseignantes sont en demande d'une formation dispensée par des spécialistes en maladies chroniques , TED et TSA au regard de leur besoin pour intervenir d'une façon efficace auprès des élèves.

3) Quels acteurs mobilisés ?

Les parents de l'élève sont les partenaires privilégiés de l'école. Il faudra, donc, soigner la qualité de l'accueil et être à l'écoute afin qu'une relation de confiance et de travail puisse s'établir. Ils sont le lien indispensable entre les intervenants médicaux extérieurs et l'équipe pédagogique. Ils apportent un éclairage sur la maladie ou le handicap de leur enfant. Tout au long de la scolarité de l'élève, cette relation particulière et forte est facteur de la réussite de l'élève tant au niveau relationnel qu'au niveau des apprentissages.

Les professionnels de santé qui suivent l'enfant à l'extérieur de l'institution sont des relais qui valident ou invalident la perception que les enseignants ont de ses résultats. Bien souvent, les constats sont identiques.

Le médecin scolaire rencontre la famille, s'entretient avec les équipes médicales ; il obtient des informations confidentielles qu'il ne peut divulguer, en revanche il aide l'équipe enseignante dans ses choix pédagogiques.

La psychologue scolaire assiste à toutes les réunions (équipe éducative, PPS) ; elle peut intervenir ponctuellement auprès de l'élève avec l'accord des parents si celui-ci a besoin d'une écoute particulière ou assister les enseignants à désamorcer une situation difficile en conseillant, par exemple, des gestes permettant d'apaiser l'élève .

Le maître référent dépend de l'ASH et est l'interlocuteur entre l'Éducation nationale et la MDPH. Les parents peuvent le joindre pour des informations sur l'avancée du dossier de leur enfant. Il préside, rédige les conclusions du PPS lors de réunions pluridisciplinaires et suit le dossier de l'élève.

L'AVS (auxiliaire de vie scolaire) apporte un éclairage différent sur les difficultés et les progrès de l'élève. Les relations qu'il entretient avec lui présagent de ses progrès ou pas.

L'enseignant de l'élève présente les progrès de celui-ci en terme d'apprentissage, d'attitude et de comportement. Il réaffirme ou réajuste les objectifs qu'il s'était donnés.

Le directeur collecte toutes les informations et les conclusions des différentes réunions. Il note les propositions et soumet aux participants un planning pour de futures rencontres.

C SOUIDI

Directrice de l'école de Betey Andernos Gironde

How to apprehend pupils' health, throughout the current problems of Public Health?

1. What place for the pedagogical contents?

School owes all pupils to follow their scholarship in the typical, ordinary environment. To this end, teachers have a few tools at their disposal:

- **PPRE (Personal project of Educational Success) :**

The PPRE is defined in a written paper, which states the aims, the means, the terms and valuation methods. As much as a prevention measure against big learning difficulties and repeating a year, the PPRE provides support, when repeating can't be avoided, so as to give it more efficiency.

It suggests a specific kind of help for a pupil, and if needed, a set of different coordinated helps. Those helps will be reported on the document. To guarantee the efficiency, this specific action is intensive, short lasting and renewable.

This project suggests, to the one pupil it's written for, lighter pedagogical activities, which will allow him to progress significantly.

- APC (Complementary Pedagogical Activities) : as a total of 36h in the school year, pupils with PPRE or not, can benefit from a remedial teaching in little work groups of a maximum of 6)

- PAI (Project of Individualized Integration): it was presented by Doctor Caroline Genet, for children suffering from chronic diseases. The Project of Individualized Integration applies for children with special needs: dyslexia, illnesses, chronic pathologies... it's purpose is to fix the coverage in the pupil's school framework as regards one's specificities and to insure communication with the school community.

The PAI is a written protocol, signed by parents, school institution (headmaster, school doctor, nurse, social assistant, educational and vocational guidance counsellor, psychologist, educational team –ie: teacher, chief supervisor...) and outer partners, to permit integration of a handicapped or ill pupil.

- PPS (Personal Schooling Project) for handicapped pupils. The PPS pinpoints school progress and pedagogical, psychological, educational, social, medical or paramedical actions, meeting the special needs of one pupil.

The PPS is part of the plan of compensation, as detailed in the social and family code (please report to the "current official texts").

It is written, after the family asks for it from the MDPH (Departmental of Disabled People), by a multidisciplinary team, who appreciates the needs and the measures implemented throughout the training, using in particular, the observations done by the educational team.

The Educational team is composed with the family, the special needs coordinator and the teachers who work with the pupil. They help to set up the PPS and check it through, proceed, at least once a year, to the evaluation of the project and it's elaboration, give necessary adjustments to guarantee the continuity of the curriculum.

If the pedagogical team in a school, wants to set up a PPS for a pupil, the headmaster lets the family know so that they ask for it. The headmaster suggests to get in touch with the local special need teacher (the list is available on the Office of Education Website). If the family doesn't react within 4 months, the Director of the Office of Education (DASEN) forwards the information to the District Board of Disabled People, who will then try and negotiate with the family.

2. What expectations for education?

Teachers need training about inclusive principles and the basics of disability. They would like more courses on TSA (specific disorders of learning) and on TED (specific disorder of development) because they don't have any pre-service and in-service stages on teaching attitudes and methods for disabled children.

Teachers understand that it is their responsibility to teach all children but they need regular practical support and the help of specialised teachers.

The local education for disabled pupils tries to organize courses to provide teachers with aid and tools for their daily training.

3. Which actors ?

First of all, the student's parents are the best partners of the school.

It's very important to have good relationships with parents during the school meetings.

They are the link between the medical staff and the educational team. They put a light on the illness or disability of their child.

Then, the healthcare professionals who follow the pupil outside school act as a go-between .

At last, the education team who tries to make sure that the pupil can learn properly thanks to positive attitudes, child-centred curriculum, flexible teaching methods and alternative methods of teaching education.

Cancers de l'enfant et l'adolescent.

Quel avenir pour les enfants ? Quel rôle pour l'École ?

S Ducassou¹, K Dugas^{1,2}, S Loppinet^{1,3}, Y Huguenin^{1,2}, F Genolini^{1,4}, Z Rollin^{2,5}, Y Pérel^{1,é}.

1 : Unité d'Oncologie et Hématologie Pédiatriques, Hôpital des Enfants, Groupe Hospitalier Pellegrin, Place Raba-Léon, 33076 Bordeaux-Cedex

2 : Maison Aquitaine Ressource Adolescents et Jeunes Adultes (MARADJA), Groupe Hospitalier Pellegrin, Place Raba-Léon, 33076 Bordeaux-Cedex

3 : Centre Scolaire Hôpital des Enfants de Bordeaux, Groupe Hospitalier Pellegrin, Place Raba-Léon, 33076 Bordeaux-Cedex

4 : Enseignement d'Activité Physique Adaptée, Hôpital des Enfants, Groupe Hospitalier Pellegrin, Place Raba-Léon, 33076 Bordeaux-Cedex

5 : Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux, 190 198 avenue de France, 75013 Paris

Abstract

During recent decades, cancer therapies have improved ; the average life expectancy in children with cancer has greatly increased and cure-rate has reached 80%. Consequently, the physical and psychological long-term problems following the disease and the therapies, and their effects on the child's adjustment, e.g. to school, have become a prominent issue.

Supportive peer relations along with social support from the adults have, indeed, a crucial role in the child's readjustment to his original (premorbid) school environment, especially in teenagers. Survivors often show outstanding willing and ability to be like their age-mates, healthy and totally fit for all activities, but individual tolerance of the adverse effects of cancer and its treatment is variable and any sequelae of cancer treatment affecting their appearance or gait (loss of hair, weight gain, scars, amputations, and other disfigurements) will expose these children to bullying.

While they go back to school, children with cancer may face emotional and adaptational problems such as fatigue, changing moods, depression, poor self-esteem, poor social abilities, somatic complaints, lower levels of athletic competence and physical education attendance, as well as absenteeism.

On one hand, the cancer patients usually need extra tutoring and arrangements for home and hospital teaching are often requested ; on the other hand, school is a place where they look forward to being accepted as normal members of their class, and not as special cases. Innovative strategies emerge, suggesting that more accurate and helpful information to the class-mates could come rather from an intercessor or a go-between health-worker than from the hospital team or from the teacher. Despite many improvements in psychosocial supportive care of the childhood cancer patients, there still are several aspects which need to be individually reconsidered when these children and adolescents return to school or start their school-life as survivors of childhood cancer.

Résumé

Au cours des dernières décennies, le traitement des cancers de l'enfant a permis des progrès considérables dans le taux de survie à long terme qui est d'environ 80%. Les séquelles physiques ou psychologiques à long-terme sont ainsi des points majeurs de nos préoccupations, de même que l'appréciation des capacités à l'intégration scolaire et plus globalement dans la société.

Les interrelations avec les amis et camarades ainsi que les mesures d'accompagnement social ont clairement un rôle majeur dans la réadaptation à une scolarité telle qu'elle était organisée avant interruption ou perturbation par la maladie, ceci tout particulièrement chez l'adolescent. Les enfants convalescents de maladie cancéreuse montrent souvent d'exceptionnelles volonté et aptitude à retrouver une activité scolaire absolument normale ; mais la tolérance individuelle aux impératifs de la maladie et du traitement est hautement variable et toute séquelle de traitement se traduisant par une modification visible (chevelure, poids, cicatrices voire amputation ou déficit neurologique...) expose au risque de stigmatisation. Les enfants en phase de reprise scolaire peuvent déprécier leur niveau de performance scolaire ou sportive, voire présenter des troubles émotionnels, de la fatigue, des troubles de l'humeur ou de l'estime de soi et un absentéisme scolaire.

Les enfants en traitement pour leur maladie cancéreuse ont régulièrement un besoin de soutien scolaire et d'une organisation spécifique de leur scolarité (voire scolarité à domicile) ; l'école est pourtant le milieu où ils revendiquent une normalité plutôt que d'être considérés comme des cas à part. Des propositions innovantes, concernant une information apportée aux camarades de classe par un médiateur ou accompagnateur de santé, sont en cours d'évaluation ; elles pourraient compléter utilement les interventions dans ce domaine des soignants et des équipes éducatives et peut-être s'avérer plus adaptée et opérationnelle. Un grand nombre d'améliorations ont été réalisées dans le domaine du soutien et de l'accompagnement psycho-social des enfants traités pour cancer mais le retour à l'école ou l'insertion de leur projet scolaire dans la trajectoire de guérison restent des points de fragilité nécessitant une approche individuelle.

Des progrès considérables

Aujourd'hui, le taux de survie à 5 ans des enfants et adolescents traités pour cancer dans les pays industrialisés est estimé à 80 %. Ces progrès considérables ont été obtenus grâce :

- à l'utilisation rationnelle, et scientifiquement évaluée par des essais thérapeutiques multicentriques, des moyens thérapeutiques existants (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie)
- au développement des soins de support
- à l'amélioration des méthodes de diagnostic (imagerie, caractérisation moléculaire...).

Ce taux de guérison global (80%) recouvre une extrême hétérogénéité ; pour chaque enfant, le projet thérapeutique et son évolution personnelle s'avèrent uniques.

Si dans un grand nombre de cas la guérison est obtenue sans effet secondaire durable, différents traitements peuvent favoriser des séquelles, particulièrement chez les enfants ayant présenté une tumeur cérébrale, une tumeur osseuse, une pathologie ayant nécessité une chimiothérapie massive avec greffe de moelle ou en cas de rechute nécessitant des lignes successives de traitement. C'est une des raisons d'assurer un suivi à long ou très long terme (plusieurs dizaines d'années). De nombreux protocoles de Recherche Clinique ont permis d'évaluer ces séquelles, d'identifier leurs causes et de proposer une désescalade ou une alternative thérapeutique : les indications d'amputation chirurgicale sont devenues exceptionnelles, les indications de radiothérapie ont été réduites notamment chez les enfants les plus jeunes et ses conditions techniques améliorées (réduction des champs et doses d'irradiation, précision balistique) ; les doses de chimiothérapie sont limitées lorsque cela est possible en dessous de leur « seuil toxique ». Tout projet thérapeutique évalue ainsi le ratio risque/bénéfice et se donne un double objectif : guérir plus (maintenir ou améliorer le taux de guérison) et guérir mieux (préserver la qualité de la guérison et l'absence de séquelles).

Quelles perspectives d'avenir ?

Le taux de guérison des cancers de l'enfant est exceptionnellement élevé. Les progrès ultérieurs proviendront :

- de la qualité des Soins (au sein d'équipes spécialisées organisant des réseaux et pouvant avoir recours à des avis d'expertise)
- de la prise en compte des résultats de protocoles de Recherche Clinique, permettant de définir le meilleur équilibre thérapeutique entre efficacité et toxicité (y compris sur le long terme)

- de la mise au point de thérapeutiques ciblées, issues de la Recherche Biologique, spécifiques de chaque tumeur.

Une alliance thérapeutique autour de l'enfant ou de l'adolescent. Une place centrale pour l'Ecole

La prise en charge des cancers de l'enfant et de l'adolescent propose une expérience emblématique d'alliance thérapeutique enfant/parents/soignants : loyauté de l'information et dans l'annonce des mauvaises nouvelles, prise en compte de la souffrance (physique et morale) chez l'enfant et chez ses parents, empathie de la prise en charge, participation active des parents aux décisions thérapeutiques, confiance réciproque. Cette alliance thérapeutique conditionne l'adhésion au plan de traitement, la maîtrise par l'enfant de son histoire, l'estime de soi et sa capacité à la résilience. De très nombreuses propositions complémentaires faites à l'enfant visent à préserver ou stimuler l'insertion scolaire et sociale, le plaisir dans le jeu, l'activité physique...

La scolarité est au premier plan de ces propositions. Le rôle des enseignants spécialisés de l'Education Nationale nommés en Service Hospitalier est essentiel. De nombreuses possibilités d'organisation de la scolarité (normale, adaptée, avec tiers-temps, à temps partiel, à domicile, passation d'examen sur plusieurs sessions ...) existent ; leur mise en place nécessite :

- une évaluation des compétences de l'enfant (santé et niveau scolaire)
- des transmissions personnalisées (enseignant hospitalier/enseignant du site scolaire habituel, médecin hospitalier/médecin scolaire, psychologue hospitalier/psychologue scolaire, infirmière hospitalière/infirmière scolaire...)
- un accompagnement spécifique de la réinsertion de l'enfant (le vécu de la reprise scolaire et de l'émotion ou des réactions des autres élèves et leurs parents peut être douloureux s'il n'est pas accompagné) ; des expériences très intéressantes de médiation par un accompagnateur de santé dans l'accompagnement des adolescents souhaitant retourner en classe ont été menées par des membres de notre équipe (KD, ZR)
- une prise en compte du ressenti émotionnel et irrationnel
- une adaptation pédagogique prenant en compte l'épanouissement de l'enfant ou de l'adolescent et sa projection vers un futur, en maintenant cependant un certain degré d'exigence (cadre indispensable à la réussite d'un projet scolaire, même aménagé)

Médecins et Enseignants sont confrontés à une expérience unique : certains enfants ou adolescents s'y montrent d'une maturité déroutante, dans un dialogue partenarial « d'égal à égal » avec l'adulte hors de toute vision hiérarchisée. Le retour en milieu scolaire est un objectif

majeur mais ambigu : la normalité (« comme tout le monde ») est souvent revendiquée pour être rapidement contredite (demande de prise en compte d'une histoire exceptionnelle, de besoins spécifiques, évocation de moqueries voire de maltraitance par le groupe...); toutes les préoccupations ordinaires des parents d'enfants scolarisés (fatigue, organisation, cantine, cartable...) peuvent faire l'objet d'une réinterprétation à l'aune de la maladie ou d'une projection médicale et parfois d'un surinvestissement.

Bien que très peu de données soient disponibles, la période du lycée et de l'enseignement supérieur semble la plus complexe : immense variété d'enseignements, multiplicité des enseignants autour du jeune, problématiques propres à l'adolescent (image corporelle, conquête d'autonomie, dysharmonie d'évolution, séduction/provocation...); passée la période initiale, la plus exigeante, où son comportement est volontiers « héroïque », l'adolescent vit souvent ensuite des moments plus complexes où il peine à retrouver un sens.

Dans les situations où la guérison ne peut être obtenue et où le décès du jeune va survenir, les établissements d'enseignement primaire, secondaire et supérieur sont souvent le lieu privilégié d'une vie sociale conforme à son âge, à son développement personnel, à ses envies ; les équipes scolaires et de la santé, les familles doivent impérativement collaborer pour que ces périodes délicates soient traversées au mieux par l'enfant malade ; la fragilité de chacun (camarades, frères et sœurs, parents, enseignants et soignants) est intensément sollicitée et doit être anticipée.

Dans les évolutions favorables du cancer, de loin les plus nombreuses, la scolarité constitue un élément majeur de la résilience de l'enfant ou l'adolescent soumis à une maladie et aux impératifs thérapeutiques :

- elle conditionne l'acquisition par l'enfant de compétences scolaires et professionnelles, indispensables à son insertion sociale, tout particulièrement s'il devait présenter un handicap séquentaire
- elle permet de rester en contact avec le groupe de pairs de l'enfant et ou de l'adolescent
- elle structure le quotidien, donne à l'enfant une vision de la permanence de son projet et peut faciliter l'estime de soi scolaire
- elle restitue par les différentes approches (intellectuelle, artistique, groupale, physique et sportive...) une vision pluridimensionnelle de ce projet
- elle authentifie et reprogramme *in fine* le désir de vie et d'avenir.

Bibliographie

Y Pérel. Cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent. In : PEDIATRIE, Collection pour le Praticien, A Bourillon, p 419-426, 2011 Masson ed.

Rapport de la défenseure des enfants. Prendre soin des enfants et des adolescents atteints de cancer, de leur famille et des équipes de soignants : constats et recommandations, avril 2011.http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/RAPP_THEM_2011.pdf

Rapport sur l'offre de soins en cancérologie pédiatrique. Etat des lieux des Centres Spécialisés (septembre 2007-mars 2009). Collection Rapports & Synthèses, INCa, Boulogne Billancourt, janvier 2010.

French AE, Tsangaris E, Barrera M et al. School attendance in childhood cancer survivors and their siblings. J Pediatr. 2013;162:160-165.

K.Dugas et Z.Rollin, Nathalie Gaspar, Laurence Brugières, Dominique Valteau-Couanet, Evaluation d'interventions destinées à faciliter le retour en classe d'élèves après un cancer, Soumis (Octobre 2013)

Z.Rollin, K.Dugas, E.Dugas, "A research-action project for teenagers treated for cancer : accompanying school returns and understand their difficulties precisely", Rencontres scientifiques de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Avril 2013, Ministère de la santé, Paris

F Genolini, S Ducassou, Y Pérel. L'activité Physique et le projet de vie en Pédiatrie. Oncologie 2013 ;7:1-5

L Lemaitre, S Haouy, K Lopez-Perrin et al. Quels projets pour l'enfant atteint de cancer. Oncologie 2011;13:137-139.

La question des formations initiale et continue des enseignants au profit des élèves en situation de handicap.

Pr Eric Dugas, Université Bordeaux- ESPE Aquitaine
LACES/équipe ERCEP3– EA 4041
Zoé Rollin, Professeure agrégée, Doctorante, IRIS,
INCa-EHESS, EHESP – ORSECa

La volonté de réduire les discriminations de tous ordres a conduit à la promulgation de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Particulièrement, en cohérence avec la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'Ecole (loi du 23 avril 2005), la question de l'inclusion scolaire, c'est-à-dire la mise en place d'un dispositif situé dans des lieux ordinaires mais qui tiennent compte des besoins de chacun et qui soit structuré en conséquence, se pose pour des élèves handicapés voulant vivre une « réalité (plus) ordinaire ». Mais une loi qui se veut intégrative/inclusive peut masquer une réalité plus exclusive qu'il n'y paraît au premier regard (Stiker, 2005). En ce sens, notre propos consistera à montrer le caractère prioritaire des formations initiale et continue des enseignants au sein des ESPE (Écoles supérieures du professorat et de l'éducation). Elles permettraient aux enseignants l'acquisition de certaines compétences indispensables à l'accompagnement et l'épanouissement de jeunes en situation de handicap. Ainsi, dans ce contexte interactionnel complexe, une formation cohérente et soutenue dans le temps, riche en analyse des pratiques, exercerait ses usagers à mieux proagir (voire préagir), plus que de réagir. Elle sensibiliserait les futurs enseignants et enseignants titulaires, à des attitudes et des mises en œuvre didactiques et pédagogiques plus adaptées, en y associant la communauté éducative (ressources internes et externes). Si bien que les processus de stigmatisation de ces élèves pourraient être freinés, du fait d'une plus grande réflexivité acquise par les professionnels de l'éducation.

The issue of initial and continuous training of teachers for pupils with disabilities.

The commitment to reduce all discriminations has led to the promulgation, on the 11th of February of 2005, of the law for equal rights and equal opportunities, the inclusion and citizenship of persons with disabilities. Especially, in accordance with the blueprint and programming law on the future of schools (enacted on the 23rd of April, 2005) the issue of inclusive education, that is, the establishment of a framework situated in ordinary places but which takes into account everyone's needs and which would be structured accordingly, is raised for pupils with disabilities who want to live a "(more) ordinary reality". But a law that is meant to be integrative and inclusive can mask a reality more exclusive than it appears at first glance (Stiker, 2005). This is why the purpose of this paper will be to show the priority of initial and continuous trainings for teachers in higher education schools. These would help the teachers to acquire new skills, essential to the accompaniment and development of youth with disabilities. In this interactional and complex context, a coherent and consistent training over time, rich in the analysis of practices, would help the users to better act proactively (or even preemptively), rather than to react. It would raise the teachers' and future teachers' awareness, regarding more suitable, didactic and pedagogical attitudes and measures, by involving the educational community (internal and external resources). This way, the stigmatization processes these pupils undergo may be curbed, thanks to a more important reflexivity acquired by the education professionals.

Introduction

Au fil du temps, l'École s'est ouverte au plus grand nombre¹ et non plus qu'à certains privilégiés. Mais en arrière-fond, ce qui est gagné actuellement sur le plan quantitatif (collectif) pourrait se perdre sur celui de la réussite individuelle de bon nombre d'élèves : individualisme rationnel, course scolaire, méritocratie, apprentissages inadaptés... Sans un construit de sens, une « appropriation » (Rochex, 1995), l'ennui, le désintérêt, voire le dégoût de l'école peut s'installer. À l'instar de Meirieu, « croire qu'une démocratisation de l'école consiste à donner à tous l'enseignement qui a jusqu'ici convenu à un petit nombre de privilégiés, c'est condamner des élèves à affronter des contenus et des modes d'enseignement auxquels, pour des raisons personnelles, sociales ou familiales, ils ne sont pas préparés » (Thomazet, 2008, p. 134). De nos jours, la massification orchestrée dans le secondaire reste un bon révélateur des *effets pervers* collectifs (Boudon, 1977), produits par l'agrégation des choix « rationnels » menés jusqu'à lors par les politiques éducatives françaises.

Aujourd'hui, malgré un contexte éducationnel tumultueux (rythmes scolaires balbutiants, ESPE en construction...), l'évolution de l'École républicaine a permis néanmoins d'ouvrir la voie à l'intégration scolaire d'élèves handicapés. Mais cela suffit-il à contribuer au bien-être et au « bien-devenir » de ces apprenants ? Une loi intégratrice (11/02/2005) peut-elle cacher une réalité plus obscure ? La communauté scolaire a-t-elle les ressources nécessaires, en qualité et quantité, à la réussite de ce projet ?

Notre intervention interrogera plus particulièrement la formation des enseignants sur les problématiques du handicap et de son caractère protéiforme. Chemin faisant, notre propos consistera à montrer le caractère prioritaire des formations initiale et continue des enseignants au sein des ESPE (Écoles supérieures du professorat et de l'éducation).

Des lois, des individus en situation de handicap

Au cours du XX^e siècle, les différentes lois françaises qui se sont succédées, depuis celle du 5 août 1949 (dite « Loi Cordonnier ») jusqu'à la loi du 30 juin 1975, ont légitimé la nécessaire prise en compte du handicap pour l'insertion sociale plus entière des personnes handicapées. Cependant, leur application concrète dans le quotidien n'est pas chose aisée, ni véritablement adaptée : moyens alloués en-deçà des vœux émis par les familles, enfermement institutionnel, vision médicale, rééducative, individualiste et spécialisée de la personne handicapée. Dès lors, l'individu n'est pas perçu comme un « tout », le dualisme est encore présent, signe révélateur de la pensée occidentale. Celle-ci a longtemps privilégié une représentation dualiste opposant le corps et l'esprit. Par exemple, le corps a longtemps été associé à une machine, même si cette dernière se définit plus par son fonctionnement que par sa forme. Cette perspective tend à engendrer des discriminations, des préjugés et stigmatise, au sens Goffmanien du terme, plus particulièrement les individus handicapés (Dugas, 2011) : dans cette perspective², un corps déformé, diminué peut être perçu comme une « monstruosité du corps » (Goffman, 1975), et un esprit altéré comme une « tare de caractère » (*id.*) Aujourd'hui, cette représentation dominante est largement remise en cause. Le couplage consubstantiel « homme/environnement » (références anglo-saxonnes, *Disability Studies*) prend le pas sur la logique biologisante passée. La personne handicapée possède un « statut social » et est considérée désormais en « situation de handicap ». Vivre une « réalité (plus) ordinaire » (Gohel, 2010) devient plus vraisemblable.

Ainsi, le début XXI^e siècle voit-il la volonté de réduire les discriminations de tous ordres se concrétiser grâce à la promulgation de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Mais une loi qui se veut

¹ Article 4 de la loi Ferry (29 mars 1882) : « l'instruction primaire est obligatoire pour les enfants des deux sexes âgés de 6 ans révolus à 13 ans révolus ».

² Les processus de stigmatisation peuvent concerner d'autres formes de handicap (sourds et muets, etc.). Ainsi, toute déviance, entendue comme transgression de la norme, a longtemps été synonyme de statut social inférieur et de présomption de débilité.

intégrative/inclusive peut masquer une réalité plus exclusive qu'il n'y paraît au premier abord (Stiker, 2005). Partagé par plusieurs spécialistes du handicap (Calvez, Gardou, Murphy, T. Shakespeare ...), il semble, encore de nos jours, bien difficile de sortir de cette liminalité, de cet entre-deux, d'être intégré à part entière et de lever les barrières entre un handicap, des environnements sociaux et des représentations sociales excluants. En fin de compte, il existe plus d'obstacles que de facilitateurs, plus d'incertitudes que de certitudes pour ces personnes dites handicapées. De fait, afin de travailler sur cet entre-deux, il devient important de dépasser quelques préjugés liés au handicap (Dugas et Moreton, 2011), afin de se pencher plus particulièrement sur la sphère scolaire, lieu privilégié de la socialisation secondaire, qui prône l'égalité des chances et l'aide compensatrice pour des élèves à besoins éducatifs particuliers.

L'École et le handicap : entre intégration et inclusion

À l'école comme dans la société civile, généralement, « deux cas de figures entremêlées renforcent l'individu dans sa situation de handicap (essentiellement visible). D'une part, une altérité corporelle qui requiert, par exemple, l'utilisation d'un fauteuil roulant. Ici, c'est l'inaccessibilité matérielle du quotidien qui rappelle à la personne handicapée son propre handicap. D'autre part, pour tout handicap visible et détectable par autrui, c'est le regard parfois négatif de l'autre posé sur l'individu ayant une déficience ou une/des limitations fonctionnelles qui peut être aussi source de la baisse d'estime de soi et, plus encore, d'une rupture du lien social. Autrement dit, une personne ayant des déficiences ou des limitations d'activité, n'est pas toujours en situation de handicap, mais peut s'y trouver, c'est-à-dire peut se voir restreinte dans sa participation sociale du fait de l'environnement, soit à cause d'obstacles environnementaux, soit par manque de facilitateurs. » (*ib.*, p. 11).

Pour garantir les principes et valeurs de la République, promouvoir la réussite de tous, et singulièrement celle des élèves à besoins spécifiques, tout un chacun s'accorde à penser que la route est encore longue pour réduire les inégalités liées au handicap, renforcées peu ou prou par le type de déficiences (Chauvière et Plaisance, 2007). Cependant, si effectivement, la problématique de l'individu handicapé est consubstantielle du contexte dans lequel il agit, le processus qui conduirait à réduire un tant soit peu le sillon de l'inégalité convoque deux manières d'aborder le handicap : plutôt que de ségréger comme dans le passé, on s'oriente soit vers un processus d'intégration, soit vers un processus d'inclusion. Pour ces deux concepts, les définitions sont floues, opaques et variées selon les sensibilités scientifiques et les pays. Par exemple, en Angleterre, le terme « *intégration* », correspond à la « seule » présence physique dans un milieu ordinaire, alors que le terme d'« *inclusion implique une appartenance pleine* et entière à la communauté » (Plaisance et *al.*, 2007, p. 160). Dit autrement, dans le premier cas, l'effort d'adaptation porte davantage sur l'élève qui doit s'adapter et se plier à la majorité (Zaffran, 2007) alors que pour le second cas de figure, c'est davantage aux instances politiques d'intervenir et aux instances scolaires de s'adapter.

Partant de ces acceptions, on observe qu'Outre-manche, des écoles inclusives ont déjà un réel ancrage. Il s'agit dès lors de s'opposer « à l'exclusion ou à la mise à l'écart de certaines catégories d'enfants, en fonction de leurs caractéristiques. (...) Elle se distingue aussi de l'intégration dans le sens où il ne s'agit pas d'accepter à l'école, ou d'y réintégrer, des enfants considérés au départ comme nécessitant une éducation séparée, en raison de différences ou de particularités. » (Plaisance, *op.cit.*, p. 160, c'est nous qui soulignons).

En France, en cohérence avec la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'École (loi du 23 avril 2005), la question de l'inclusion scolaire³, c'est-à-dire la mise en place d'un dispositif situé dans des lieux ordinaires mais qui tient compte des besoins de chacun et qui soit structuré en conséquence, se pose pour des élèves handicapés voulant vivre une « réalité (plus) ordinaire ». Se pose alors la question de la formation des enseignants et de sa refonte (enjeux, objectifs, programme, modalités, contenus...) pour mieux accompagner le *métier d'élève* (Sirota, 1993) à des jeunes en situation de handicap.

La formation des enseignants à l'ESPE : nécessaire et indispensable

Quel que soit le cheminement éducatif suivi (vers la ressemblance aux autres, la conformité ou bien vers la valorisation de la différence, l'apprentissage de tous les élèves), la formation des enseignants

³ Il va de soi que selon le type de handicap, les établissements spécialisés sont aussi des lieux privilégiés et adaptés pour favoriser la réussite d'un élève handicapé.

est la pierre angulaire de l'école pour tous, celle de la réussite. Dans une approche systémique du handicap, dans laquelle le tout est plus que la somme des parties qui le compose, l'enseignant doit être au fait non seulement des déficiences et de leurs effets, mais surtout être capable de trouver des adaptations pédagogiques et didactiques adéquates, de maîtriser des techniques et technologies au service de l'altérité en question (compensation, autonomie et initiatives), d'analyser les pratiques. Il s'agit aussi de sensibiliser les camarades, enseignants et autres usagers de l'école aux élèves à besoins éducatifs particuliers. De fait, l'enseignant devra – au-delà de la maîtrise des connaissances sur les ressources internes et externes existantes à et autour de l'école (enseignants spécialisés, associations, infirmières, pairs ...) –, tenter de transformer les représentations encore tenaces eu égard au handicap. Si on a perçu au fil du temps une évolution positive des mentalités, des politiques éducatives, certaines représentations schématiques et/ou négatives liées au handicap perdurent. Les processus de stigmatisation ne s'effacent pas aussi facilement et peuvent même être renforcés au cœur de la relation pédagogique si une bonne formation fait défaut. En synthèse, les formations initiale et continue permettraient aux enseignants l'acquisition de certaines compétences indispensables à l'accompagnement et l'épanouissement de jeunes en situation de handicap. La figure 1 ci-dessous synthétise l'impact de la formation des enseignants sur la mise en œuvre de l'accompagnement de ces jeunes, selon son degré d'implication et de pertinence.

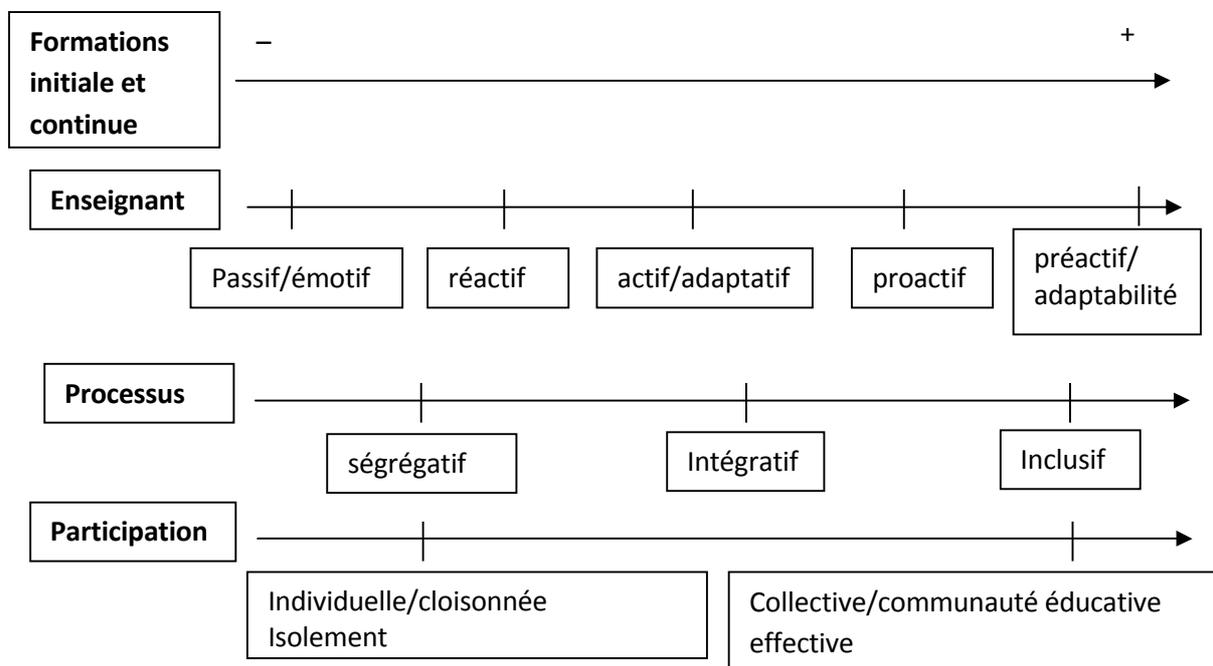


Figure 1. L'impact de formations initiale et continue des enseignants sur l'accompagnement de l'élève en situation de handicap. Les environnements humain, physique et pédagogique d'une classe (et d'une école) sont fortement corrélés à la gestion globale de la diversité des élèves et de l'ouverture à la différence. Les stades du « passif au préactif » sont inspirés des travaux réalisés dans d'autres champs scientifiques et éducatifs (cf. Bordes, Collard & Dugas, 2007).

Pour décrire et interpréter la figure 1 *supra*, nous nous appuyerons sur une recherche-action menée au France qui dévoile le parcours d'un élève handicapé⁴ dans une classe ordinaire (Schneider, 2007). Lorsque la formation fait défaut ou illusion, l'enseignant non expérimenté est démuni face à un élève handicapé. Il reste passif, décontenancé et ses émotions prennent le pas sur ses intentions éducatives parce qu'elles ne sont pas analysées, voire acceptées. Ce qui rend difficile le traitement « pédagogique » de l'élève. L'aide apportée n'est que liée à la déficience (aide médicale), la ségrégation de l'élève est palpable (Sébastien est mis à part dans l'espace de la classe sous couvert de plus de confort en lien avec son handicap) et le professeur est isolé car, bloqué ou sur la défensive, il n'ose pas aller vers ses pairs (ni vers l'élève ou sa famille). Ce qui conforte d'une part une intervention individualisée, portée plus sur une altérité réparatrice que sur les besoins d'une altérité

⁴ « Sébastien est un garçon de huit ans, hémiplégique depuis sa naissance, intégré depuis le début de l'année scolaire dans une classe de CE2-CM1 » d'une école publique (Schneider, 2007, p. 154).

créatrice. D'autre part, cela maintient une politique éducative davantage fondée sur les classes spécialisées avec des intervenants aguerris à ces tâches.

L'enseignant peut aussi *réagir* face à l'inconnu ou au mal connu/maîtrisé. Mais il subit la situation et ses conduites ne sont que des réponses proposées à contretemps. Dominé par ce contexte, ses réponses se succèdent (sans être articulées) souvent selon un mécanisme de défense. Dans le cas de Sébastien, la jeune enseignante non formée au handicap ne perçoit pas le mal-être de son élève (isolé, pas d'amis). Interrogée en début d'année scolaire, elle se dit même satisfaite de l'intégration scolaire de Sébastien.

Autre exemple de réponse peu adaptée : elle lui donne un ordinateur pour compenser la faiblesse des membres supérieurs qui l'empêche d'écrire avec un stylo. L'ordinateur devient le substitut du cahier. Mais l'utilisation non partageante de cet outil va renforcer le stigmate et engendrer une distance sociale avec ses pairs qui le jalouent, l'empêchant alors d'entrer dans son rôle d'élève.

Au fil du temps, des conduites adaptatives verront le jour et répondront mieux aux problèmes posés. Par exemple, suite à un virus informatique qui affecta tous les ordinateurs de l'école, l'enseignante décida de faire partager l'ordinateur de Sébastien. Cet outil stigmatisant devient le catalyseur d'un meilleur bien-être relationnel.

Il est clair qu'une formation initiale installée et cohérente, couplée à une formation continue tout au long de la professionnalité enseignante permettrait de mieux anticiper du fait d'un contexte plus maîtrisé, d'une relation à l'autre plus empathique. Mais si anticiper permet d'avoir des coups d'avance, la prise de risque est toujours présente. Ainsi, dans ce contexte interactionnel complexe, une formation cohérente et soutenue dans le temps, riche en analyse des pratiques, exercerait ses usagers à mieux proagir, voire surtout préagir, plus que de réagir. Car préagir, c'est imposer les conditions les plus favorables aux futurs actes éducatifs liés un processus inclusif du handicap. C'est dès lors dominer le contexte, la « préaction » étant le schéma inversé de la « réaction ».

En guise de conclusion

Une solide formation des enseignants au sein des EPSE, au regard des élèves à besoins éducatifs spécifiques, est un incontournable pour favoriser l'école de la réussite de tous et chacun, tant au niveau des apprentissages qu'à celui de l'intégration sociale de personnes handicapées voulant vivre une réalité plus ordinaire (selon le niveau des déficiences, bien entendu). Elle sensibiliserait ainsi les futurs enseignants et enseignants titulaires à avoir des attitudes et des mises en œuvre didactique et pédagogique plus adaptées, en y associant la communauté éducative (ressources internes et externes). Elle permettrait surtout de ne plus limiter ces savoirs aux seuls enseignants spécialisés, condition *sine qua non* d'une véritable inclusion et d'un véritable travail collaboratif. Si bien que les processus de stigmatisation de ces élèves pourraient être freinés, du fait d'une plus grande réflexivité acquise par les professionnels de l'éducation. D'ailleurs, une récente recherche met en avant que les enseignants formés à ces questions-là sont plus efficaces dans la prise en compte du handicap, mais la formation à l'empathie peut être source d'épuisement professionnel (Curchod et *al.*, 2013).

Bibliographie

- Bordes, P., Collard, L. et Dugas, E. (2007). *Vers une science des activités physiques et sportives. La science de l'action motrice*. Paris, Vuibert.
- Boudon, R. (1977). *Effet pervers et ordre social*. Paris, Puf.
- Chauvière, M., Plaisance, E. (2008). Les conditions d'une culture partagée. *Reliance*, 27, 31-44.
- Curchod, D., Ramel, S., Bonvin, P., Albanese, O., Doudin, P.A. (2013). De l'intégration à l'inclusion scolaire : implication des enseignants et importance du soutien social, *ALTER*, 7, 135-147.
- Dugas, E. (2011). L'esthétisme dans l'action du sportif en situation de handicap. In *Le corps en mouvement*, Paris, Université Paris Descartes (eds), 98-103.
- Dugas, E., Moretton, J.-P. (2012). *What choice of sports and physical activities within a learning perspective for youngsters with cognitive impairments or mental disorders?* *ALTER, European Journal of Disability Research*, 6, 39-56.
- Gohet, P. (2010). Le sport moyen d'autonomie et d'insertion. In *Vers la fin du handicap*, Gaillard J. et Andrieu B. (dir.), Nancy, Presses universitaires de Nancy.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Minuit [1963].

- Plaisance, E., Belmont, B., Vérillon, A. et Schneider, C. (2007). Intégration ou inclusion ? Éléments pour contribuer au débat. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2007, 37, 159-164.
- Rochex, J-Y. (1995). *Le sens de l'expérience scolaire*. Paris, Puf.
- Sirota, R. (1993). Le métier d'élève. *Revue Française de Pédagogie*, 104, 85-108.
- Schneider, C. (2007). Etre intégré, être en marge, être reconnu ? L'enfant en situation de handicap et son statut social dans une classe ordinaire. *Education et sociétés*, 2, 20, 149-166.
- Stiker, H.-J. (2005). Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double. *Champ Psychosomatique*, 45, 7-23.
- Thomazet, S. (2008). L'intégration a des limites, pas l'école inclusive ! *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. 34, 1, 123-139.
- Zaffran, J. (2007). *Quelle école pour les élèves handicapés ?* Paris, La Découverte.

AVIS

relatif à la politique de santé à l'École¹

7 décembre 2011

Dans un contexte d'évolution rapide du système éducatif, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) souhaite rappeler l'importance d'une politique de santé à l'École. L'École a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité². Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par-là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité [1]. En matière de santé, le rôle de l'École est ainsi d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la liberté et de la responsabilité, en leur donnant les moyens de décider par eux-mêmes.

La politique de santé en milieu scolaire est conduite à l'échelon national par la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO); elle est relayée à l'échelon académique et départemental³. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) joue un rôle important en termes de production de ressources et de coordination des réseaux. Le réseau des universités pour la formation en éducation à la santé (Unires) ainsi que des fédérations nationales comme la Fédération nationale de l'éducation pour la santé (FNES), les mutuelles et réseaux associatifs nationaux, sont très impliqués dans le soutien au système éducatif. Un ensemble de conventions nationales structure les relations entre acteurs.

Cet avis général vise à faire le point des connaissances et à proposer des recommandations pour la mise en place d'une véritable politique de santé à l'école. Il a été rédigé sur la base des données de la littérature scientifique internationale et en référence aux spécificités du système éducatif français, il sera suivi de quatre avis spécifiques portant chacun sur l'un des thèmes suivants : médecine scolaire ; établissements scolaires, territoire et santé publique ; formation des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé à l'École.

¹ Dans cet avis, le HCSP se référera à « l'École » au sens générique c'est-à-dire correspondant à l'ensemble des institutions ayant une mission d'éducation scolaire primaire (maternelle et élémentaire) et secondaire, publique ou privée, en filières générales, technologiques ou professionnelles incluant l'enseignement agricole, les centres de formation d'apprentis, les maisons familiales rurales et les établissements spécialisés.

² La mission de l'École en matière de santé publique a été constamment réaffirmée depuis plus de deux siècles. On peut citer par exemple le projet de décret sur l'éducation nationale, présenté le 26 juin 1793 à la Convention par Lakanal au nom du Comité d'instruction publique (article 27) et cité dans le Nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire sous la direction de Ferdinand Buisson (Hachette édition 1911) : « Un officier de santé du district est chargé par le même bureau [d'inspection] de visiter, dans les quatre saisons de l'année, toutes les écoles nationales du district. Il examine et conseille les exercices gymniques les plus convenables. Il examine les enfants, et indique en général et en particulier les règles les plus propres à fortifier leur santé. »

³ Voir notamment le site Internet (<http://eduscol.education.fr/cid47750/education-a-la-sante.html>) qui décrit la politique menée, renvoie aux textes et offre des ressources pédagogiques.

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération :

1- Les données issues des travaux de recherche internationaux en matière d'efficacité des politiques de santé à l'École

Au cours de ces vingt-cinq dernières années, de très nombreux travaux de recherche ont été conduits sur le milieu scolaire. Des travaux de synthèse ont été menés notamment sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé [2] et de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé [3, 4, 5]. Les données sont très convergentes.

Il apparaît que :

- La qualité de l'éducation générale contribue en elle-même au développement des compétences en santé et à l'amélioration de celle-ci [6, 7, 8].
- La mise en œuvre d'actions prenant en compte les différents aspects de la vie de l'établissement et ciblant plusieurs déterminants de santé est plus efficace que des interventions préventives ponctuelles limitées au seul cadre de la classe ou à des interventions uniques [2, 9, 10].
- Les dispositifs qui réussissent le mieux sont ceux qui permettent à des écoles et des établissements de développer et de porter des projets intégrant plusieurs dimensions [4, 9, 10, 11, 12]. Les facteurs sociaux et environnementaux liés au « climat scolaire » tels les interactions élève-enseignants et des professeurs entre eux, la culture de l'école, l'ambiance de la classe, les relations avec le groupe des pairs, les relations école-famille et école-environnement jouent un rôle central [13, 14, 15].
- Les approches développées au sein des écoles « promotrices de santé » s'appuient sur des démarches impliquant de façon partenariale les différents acteurs de la vie à l'École : élèves, parents, enseignants, personnels techniques, personnels médicaux et paramédicaux, acteurs sociaux, collectivités territoriales ..., elles se situent dans une perspective dite « écologique » [16, 17].
- Trois déterminants clés en matière d'efficacité des politiques de santé à l'École sont généralement pris en compte [2, 5] :
 - l'environnement physique et social de l'établissement incluant les différentes ressources notamment les services d'accompagnement pédagogique, sociaux et médicaux ;
 - les liens avec les familles et les acteurs territoriaux ;
 - le développement des compétences individuelles en matière de santé dans le cadre des enseignements.

2- Les données issues des travaux de recherche internationaux en matière d'implication des professionnels

L'engagement des professionnels dans la démarche de prévention, d'éducation à la santé ou de promotion de la santé à l'échelle de l'école ou de l'établissement apparaît comme un déterminant central de l'efficacité.

L'analyse bibliographique fait ressortir les points suivants :

- Le déterminant personnel (convictions et engagement individuel) est le principal facteur expliquant l'implication des personnels éducatifs notamment des enseignants [18].
- La cohérence du dispositif de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé avec la mission de l'École [19].
- La surcharge des programmes, la priorité donnée aux matières fondamentales, l'excessive multiplicité des tâches confiées aux professionnels des établissements scolaires peuvent être des obstacles à l'implication [20, 21].
- La formation des professionnels et leur mobilisation jouent un rôle central [22, 23].

3- La multiplicité des textes institutionnels relatifs à la santé à l'école

L'analyse fine des près de quatre-vingts textes fait apparaître une très large variété d'approches des questions de santé [24]. Certains sont relatifs à l'éducation à la santé, d'autres à une démarche plus vaste de promotion de la santé à l'échelle de l'établissement. La question de la santé est encadrée par les programmes scolaires, des textes généraux relatifs à l'éducation à la santé et à la citoyenneté, des textes régissant les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), ceux concernant les activités des services infirmier, social et médical de l'Education nationale, et des circulaires relatives à des thèmes particuliers (Sida, addictions, violence, restauration scolaire, goûters...). Le nombre très élevé de textes et le fait qu'ils ne s'appuient pas sur une vision d'ensemble cohérente rendent difficile la hiérarchisation des priorités.

4- La situation du système éducatif français en matière de santé, notamment :

- Les insuffisances du dispositif actuel soulignées par le rapport des inspections générales de l'éducation nationale (Igen), de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche (Igaen) et des affaires sociales (Igas) [25] :
 - Un pilotage jugé inefficace d'une politique qui se réfère à « des objectifs multiples, sans cohérence ni coordination et inatteignables avec les moyens mis à disposition par exemple en matière de dépistage systématique ou de participation aux nombreux plans qui concernent le milieu scolaire ».
 - L'absence de dispositif d'évaluation.
 - Le manque de clarté des missions et rôles des acteurs concernés chacun dans la prise en compte des questions de santé et leur manque de culture commune.
 - La rareté d'actions de promotion de la santé à l'école. Bien que « des actions remarquables existent sur le territoire français, elles ne sont pas généralisées, elles restent dépendantes de l'engagement des équipes locales ». L'action d'éducation à la santé se limite souvent à la seule transmission de savoirs disciplinaires.
 - L'insuffisance de liens entre l'école et son environnement. L'insertion des dispositifs scolaires au sein de politiques régionales de santé publique reste limitée même si dans certaines régions Agence régionale de santé (ARS) et rectorat concourent à l'élaboration d'une stratégie ;
- Les insuffisances du dispositif de la médecine scolaire [26].
- L'absence de réseau « École et santé en France », contrairement à la majorité des pays européens⁴. Ces réseaux visent à fournir aux écoles, collèges et lycées la formation, l'accompagnement et les ressources au service de leur politique de santé [27].

⁴ Voir par exemple le site du réseau suisse : <http://www.radix.ch/index.cfm/9030CE38-F4B2-231D-B8B2A9E8C969572B/?lang=fr>

Au vu de ces considérations, le Haut Conseil de la santé publique appelle à la rédaction d'un texte de politique de santé scolaire :

1. Clarifiant les missions de l'École en matière de santé

L'enjeu est de spécifier avec clarté ce qu'est la contribution propre de l'École et de ses acteurs et d'explicitier les modes d'articulation avec les autres institutions ou dispositifs. En référence au modèle de Downie et Tannahil [28], il est proposé de structurer cette politique autour des trois axes de protection de la santé, de prévention et d'éducation à la santé des enfants et adolescents :

- a) l'axe protection correspond aux actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorables, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves notamment ceux à besoins éducatifs particuliers ;
- b) l'axe prévention correspond à un travail spécifique sur les problématiques de santé susceptibles d'affecter la réussite scolaire ;
- c) l'axe éducation vise le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves dans le but de leur permettre de prendre en charge leur propre santé de façon libre et responsable.

2. Incluant la rédaction d'un curriculum⁵

Le positionnement transversal de l'éducation à la santé en référence à l'éducation à la citoyenneté reste pour la France un modèle pertinent. Pour autant, l'absence de définition, à l'échelon de la scolarité des élèves, des compétences à acquérir en matière de santé constitue une difficulté. En effet, si le socle commun de connaissances et de compétences et les programmes scolaires les décrivent, il n'existe aucun document synthétique permettant aux acteurs de positionner leur action dans une démarche d'accompagnement progressive de l'élève vers l'autonomie en matière de santé. Il convient donc de rédiger un curriculum, basé sur le socle commun et les programmes, décrivant les compétences à acquérir, les acquisitions à chacune des étapes de la scolarité en termes de connaissances, de capacités et d'attitudes.

3. Jetant les bases d'une construction conjointe des politiques régionales et locales de santé scolaire

Sur la base de ce cadre général définissant la mission de l'école en matière de santé, il importe de veiller à ce que la santé à l'École constitue l'une des dimensions du projet régional de santé articulant la politique nationale avec celles concernant l'enfance et l'adolescence portées par les services de l'État et les collectivités territoriales.

Les écoles et les établissements scolaires sont enracinés dans des territoires au sein desquels sont mises en place des politiques sanitaires et sociales en direction des enfants et des adolescents. De nombreux acteurs sociaux, qu'il s'agisse notamment des collectivités territoriales, des services sociaux et de santé, de la médecine de ville ou des associations, sont impliqués. Le renforcement des liens entre les établissements et les dynamiques locales est l'une des conditions du succès des politiques de santé en direction des enfants et des adolescents, notamment des plus vulnérables. Le mécanisme de contractualisation avec les acteurs locaux en capacité d'accompagner les écoles et les établissements, tel qu'il existe déjà, se doit d'être renforcé. *Cet aspect fera l'objet d'un avis spécifique du HCSP.*

4. Confiant la mise en œuvre de la politique aux établissements scolaires et définissant les modalités d'accompagnement

La prise en charge opérationnelle des questions de santé à l'échelle des établissements relève de l'engagement collectif des acteurs dans la définition et la mise en œuvre d'une politique intégrée au projet d'école ou d'établissement via notamment le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Pour permettre aux établissements scolaires d'intégrer les problématiques de santé, il faut aussi définir leurs modalités d'accompagnement :

⁵ Document qui, à partir des différents programmes scolaires tels qu'ils sont arrêtés, définit les jalons des acquisitions et les étapes de la construction des compétences des élèves vis-à-vis de leur santé.

- Il importe ainsi de fournir aux équipes des établissements un ensemble d'outils d'aide en matière d'environnement physique de l'école, de relations au sein de la communauté éducative, de développement des compétences individuelles en matière de santé (éducation à la santé), de liens avec les partenaires et d'intervention de la médecine scolaire. L'Inpes est appelé à jouer un rôle stratégique dans la production de ces ressources. Celles-ci se doivent d'être à la fois ancrées sur les données probantes issues de la littérature scientifique et en cohérence avec les pratiques professionnelles réelles. Leur production devra associer les acteurs concernés dans le cadre de dispositifs de recherche-intervention.
- Le HCSP préconise également la création d'un réseau des « écoles, collèges et lycées en santé » à l'échelon national. A l'instar de ce qui existe dans de nombreux pays européens, il s'agit de créer un cahier des charges. Les écoles et les établissements entrant dans ce dispositif se verraient labellisés. Outre la valorisation du travail de l'établissement, la participation à ce réseau permettrait de bénéficier d'un accompagnement spécifique, de la mise à disposition de ressources pédagogiques, d'un dispositif de formation, de partenariats facilités et d'une ouverture à l'international via le réseau européen « School for health in Europe⁶ ».

5. Définissant le rôle des acteurs

A l'École, la santé n'est pas l'apanage des personnels de santé, elle relève de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation. La politique de santé scolaire appelle à l'engagement d'une multiplicité d'acteurs, ceux-ci ayant à intervenir au sein de leur champ de compétence propre.

- La santé des enfants et des adolescents relève essentiellement de la responsabilité familiale. L'implication des parents est l'une des conditions de la réussite de toute politique de promotion de la santé à l'échelle d'un établissement scolaire ou d'une école.
- C'est une équipe pluri-professionnelle associant les directeurs d'école, les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmiers, les conseillers d'orientation, les médecins, les assistant(e)s de service social et les psychologues scolaires, qui est la mieux à même de porter une politique d'école ou d'établissement.
- Les acteurs locaux (municipalités, conseils généraux, associations) sont des partenaires naturels de l'action du système éducatif en matière de santé.

Médecins et infirmiers de l'Éducation nationale sont, en raison de leur formation, de leurs compétences et de leur réseau professionnel, des acteurs importants de la promotion de la santé *via* des actions de portée collective (participation aux dispositifs de prévention et d'éducation à la santé, hygiène et sécurité, veille épidémiologique, protocoles d'urgence ...) mais également à portée individuelle (bilans de santé, dépistages, premiers soins d'urgence, scolarisation des élèves ayant des maladies chroniques ou en situation de handicap, interventions auprès d'enfants ou d'adolescents en danger...). Le rôle de conseiller technique des responsables institutionnels pour l'élaboration et la mise en œuvre du volet santé du projet d'école ou d'établissement se doit d'être renforcé, au titre de leur expertise en santé publique. C'est sur cette base que doit être redéfinie la mission du service de santé scolaire. *Cet aspect fera l'objet d'un avis spécifique du HCSP.*

6. Mettant en place un dispositif de formation à l'échelon national

La mise en œuvre d'une démarche volontariste de formation des acteurs de l'éducation nationale, des collectivités territoriales et du réseau associatif, est cruciale. L'évolution rapide des contextes, le besoin de professionnalisation des acteurs en matière de promotion de la santé rendent indispensable une démarche structurée à l'échelon nationale basée sur un ensemble de formations diplômantes. La mobilisation de l'Esen (École supérieure de l'éducation nationale) en

⁶ <http://www.schoolsforhealth.eu/>

vue de la formation des cadres du système éducatif, celle des universités notamment via le réseau Unires (Réseau des universités pour la formation en éducation à la santé), de l'EHESP (École des hautes études en santé publique) et du CNFPT (Centre national de la fonction publique territoriale), est nécessaire à cet effort massif. Appuyée sur les travaux de recherche, ces formations sont appelées à contribuer à la création d'une culture commune à l'ensemble des acteurs. *Cet aspect fera l'objet d'un avis spécifique du HCSP.*

7. Proposant des indicateurs de suivi

Les travaux conduits en matière d'évaluation des politiques de santé montrent qu'il importe de distinguer différents types de résultats : les bénéfiques pour la santé de la population, les effets sur les déterminants de la santé et les facteurs qui influencent les déterminants de la santé⁷ [29]. Sur cette base, il importe de construire un ensemble d'indicateurs d'évaluation adaptés au milieu scolaire français. Il serait utile de disposer d'un observatoire de la santé en milieu scolaire. Celui-ci, associant les diverses structures en charge de l'évaluation de politiques publiques, aurait la responsabilité de fournir des indicateurs en vue du pilotage de la politique de santé scolaire, notamment en matière de positionnement des acteurs de l'éducation (par des sondages réguliers), de nombre d'établissements dotés de politiques de santé, de modes de contractualisation avec les acteurs locaux.

Conclusion

Cet avis souligne en premier lieu les enjeux d'une clarification réaliste des missions du système éducatif français en matière de santé et, en référence aux finalités premières de l'École, qui sont de former les citoyens de demain et de permettre la réussite de tous les élèves. Il met en avant la nécessité de l'ancrage de la politique de santé scolaire au sein des politiques régionales de santé et d'éducation. Il appelle à une démarche qui fait des écoles primaires et des établissements du second degré, au sein de leur environnement local, l'échelon opérationnel de la définition et de la mise en œuvre des dispositifs.

Cet avis général sera suivi de quatre avis spécifiques, portant chacun sur l'un des thèmes suivants : médecine scolaire ; établissements scolaires, territoire et santé publique ; formation des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé à l'École.

La Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) du Haut Conseil de la santé publique a tenu séance le 7 décembre 2011 : 13 sur 16 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 13 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

⁷ Voir notamment l'outil de catégorisation des résultats de promotion santé suisse http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf

Bibliographie

1. Ministère de l'Éducation nationale (2003) : Circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003. La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation. B.O. n° 46 du 11 décembre 2003.
2. Stewart-Brown, S. (2006). "What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach?" Copenhagen: World Health Organization.
3. St Leger, L., & Young, I. (2009). Promoting health in schools : from evidence to action. *Global health promotion*, 16(4), 69-71.
4. McQueen, D. V. (2007) "Evidence and theory continuing debates on evidence and effectiveness" in McQueen, D. V. & Jones, C. M. (2007) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer Science & Business Media.
5. St Leger, L. Kolbe, L., Lee A., McCall, D. & Young, I. (2007). "School Health Promotion Achievements, Challenges and Priorities" in McQueen D. V. & Jones, C. M. (2007) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer Science & Business Media.
6. Symons, C., B. Cincelli, et al. (1997). "Bridging students health risks and academic achievements through comprehensive school health programs." *Journal of school health* 67(6).
7. Keating, D. P. and C. Hertzman (1999). *Developmental health and the wealth of nations : social, biological and educational dynamimcs*. New York, Guilford Press.
8. Saint Léger, L. and D. Nutbeam (2000). *Health promotion in schools. The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe.* . IUHPE.
9. Moon, A., Mullee, M., Rogers, L., Thompson, R., Speller, V. & Roderick, P. (1999). "Helping schools become health promoting: An evaluation of the Wessex Healthy Schools Award." *Health Promotion International*, 14, 111-122.
10. Vince Whitman, C. and Aldinger, C. (eds) (2009) *Case Studies in Global School Health Promotion* Springer, New York, XVII, 404p., ISBN: 978-0-387-92268-3.
11. Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S. & Sowden, A. (1999). "Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: Two Systematic Reviews." *Health Technology Assessment*, 3, 1-207.
12. Victorian Health Promotion Foundation (2000) "Mental Health Promotion Framework". VicHealth, Melbourne.
13. Greenburg, M., Weissberg, R., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, Hand Elias, M. (2003) "Enhancing school based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning". *American Psychologist* 58: 6-7, pp466-474.
14. Weare, K and Markham, W. (2005) "What do we know about promoting mental health through schools ?" *Promotion and Education* 12; 3-4, pp118-122.
15. West, P., Sweeting, H. & Leyland, L. (2004). "School effects on pupils' health behaviours: evidence in support of the health promoting school." *Research Papers in Education*, 19, 31, 261-291.
16. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design* (pp. 16-22). Cambridge: Harvard University Press.
17. McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
18. Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis, Paris: INPES. Collection : Santé en action.
19. Simar C., Jourdan D. (2011) *Éducation à la santé à l'École : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré* « *Revue des sciences de l'éducation* » (Montréal) XXXVI : 3 : 2010 pp. 739-760.
20. Leurs, M., Bessems, K., Schaalma, H., & De Vries, H. (2007). Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools. *Health education research*, 22, 58-69.
21. Geary, T., & McNamara, P.-M. (2002). *Implementation of Social, Personal and Health Education at Junior Cycle*. Limerick, Ireland: University of Limerick.
22. St Leger, L. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - a review of the claims and evidence. *Health Education Research* 14(1), 51-69.
23. Han, S., & Weiss, B. (2005). Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(N° 6), 665-679.
24. Pizon, F., & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale*, N° 43(Mars), 171 - 189.
25. Mamecier, A., Boutet Waiss, F., Naves, P., Ravary, Y., Salle, J., & Vienne, P. (2004). *Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. Paris : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

26. Gaudron G Pinville (2011) Rapport du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire.
27. Stears D., Howlett K. Report on health education and health promotion in teacher education and health education in the school curriculum within the European network of health promoting school. ENHPS, May 2001.
28. Downie R.S., Tannahill C., Tannahill A. (1996): « Health Promotion. Models and Values ». Oxford: Oxford University Press.
29. Spencer, B.; Broesskamp-Stone, U.; Ruckstuhl, B.; Ackermann, G.; Spoerri, A.; Cloetta, B. 2008. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. Health Promot. Int. 23:86-97, 2008.

Avis produit par la Commission spécialisée prévention, éducation et promotion de la santé
Le 7 décembre 2011

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr

Médecine scolaire et pédiatrie libérale et hospitalière

Pr Y AUJARD

Pôle de Périnatalogie, hôpital Robert Debré (Paris)

Président du Congrès

L'Association Européenne pour l'enseignement de la pédiatrie (AEEP/EAPE), dont la présidence, en France, est tenu par le Dr Claude BILLEAUD, néonatalogiste au CHU de Bordeaux, organise, cette année, un colloque interface entre les responsables de la médecine scolaire et les pédiatres européens.

Le choix du thème « *Comment enseigner la prévention des maladies de l'adulte aux professeurs de écoles* » répond à plusieurs constats :

- les pédiatres et les médecins en charge de enfants ont le souhait de développer un partage de connaissance sur les pathologies de l'enfant et leurs éventuelles conséquences chez l'adulte ;
- la connaissance du retentissement à long terme – en particulier sur le risque d'HTA et de diabète- de certaines pathologies périnatales est récente ;
- la collaboration entre pédiatres et corps enseignant n'a fait que se majorer depuis l'identification de certaines cohortes d'enfants dits « vulnérables » cf grande prématurité, hypotrophie sévère, pathologies néonatales graves, dont les conséquences ont une implication directe sur leur cursus scolaire et sur leur devenir à long terme.
- les déficits de l'assurance maladie suppose une accentuation des programmes de prévention et de dépistage, tant chez l'enfant que chez l'adulte.
- enfin, il existe au niveau européen, des expériences à partager sur l'implication du système éducatif dans l'évaluation du bien être de l'enfant, clé d'une réussite pour son futur.

Une dimension unique apportée par l'AEEP est de pouvoir comparer des systèmes éducatifs européens, en particulier espagnol et français, sur la santé de l'enfant, en particulier sur la formation des enseignants au dépistage mais aussi à la prise en charge d'enfants présentant des difficultés spécifiques. Ces enfants sont ceux présentant des pathologies chroniques, digestives, rénales, pulmonaires mais aussi neurologiques et dont il convient d'assurer, le mieux possible compte tenu de leur suivi médical rapproché, une scolarisation normale dans le monde, chanceux, des enfants sans problème de santé.

La nécessaire collaboration entre médecins de l'enfant et enseignants est conceptuellement une évidence mais, en pratique, pas toujours facile à mettre en place. Les difficultés de communication en sont souvent la cause.

Prenons l'exemple de l'ancien grand prématuré dont on sait que, passés les premiers mois de vie, le principal problème va être de lui assurer la meilleure des scolarisations possibles, associée à un dépistage précoce de ses difficultés mais sans le stigmatiser, ni lui ni ses parents. On sait que les conséquences de la grande prématurité sont dominées par les difficultés scolaires qui sont peu ou pas appréhendables avant leur entrée dans le système éducatif. Les troubles de l'attention, avec ou sans hyperactivité, en représentent avec les « dys » (dyslexies, dyspraxies, dyscalculie), un des aspects les plus fréquents. Ils sont repérés assez tôt dans le système scolaire et impliquent, grâce à une collaboration étroite ente médecins et maitres, la mise en place d'une prise en charge précoce, paramédicale et scolaire.

L'école des enfants peut elle être l'école des parents ? La pratique de la médecine de l'enfant permet le constat fréquent de l'absence de formation et de responsabilisation de certains parents qui, au mieux, reproduisent de mémoire le système éducatif auquel ils ont été soumis, quoique moins sous l'emprise de la télévision et surtout d'internet. Leurs connaissances nutritionnelles sont, beaucoup trop souvent, élémentaires et soumises aux lois du marché ; elles peuvent être associées à une banalisation de conduites déviantes, en particulier sur l'obésité dont peu d'entre eux mesurent les conséquences à moyen/long terme.

Cette brève introduction ne peut balayer tous les aspects de ce colloque. Il nous faut, tous, remercier le Dr Claude BILLEAUD de l'énergie qu'il a dû déployer pour le mettre en place, au prix d'un investissement et mêmes de risques personnels que tous devraient appréhender. Qu'il en soit remercié.

POINT DE VUE DE L'AEEP/EAPE SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA PREVENTION DES MALADIES DE L'ADULTE AUX PROFESSEURS DES ECOLES.

Pr J. BRINES, Pr Y. AUJARD, Pr Y. PEREL, Dr C. BILLEAUD

Le document du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) est un très bon document dans les objectifs, contenus et structure mais il a plusieurs limites :

1. La santé scolaire est très importante à la fois pour l'enfant et l'adolescent, mais c'est un problème secondaire si on la compare à un problème de santé plus grave et plus importante qui est ce que l'on connaît sous le terme « maladies de civilisation (MDC) » ou de maladies chroniques non transmissibles. D'après les données sur le sujet de l'OMS qui n'ont pas été inclus dans le texte de mon exposé sont qu'à l'heure actuelle 60 millions de personnes meurent de MDC chaque année et plus du 60% sont représentées par quatre pathologies :

Nombre total de décès / an : 60 millions :

- 36 millions (> 60%) Maladies de la civilisation
- ~ 10 millions, morts prématurées (<60 ans)

Distribution des morts :

- Maladies cardiovasculaires, ~ 30%
- Cancer, ~ 13%
- Maladies respiratoires chroniques, ~ 7%
- Diabète, ~ 2%

2. Dans la plupart des cas, ces conditions ont leurs origines dans l'enfance et l'adolescence, période dans laquelle l'être humain reçoit l'école primaire ou secondaire. Les quatre principaux déterminants de ces maladies selon l'OMS, soit par une mauvaise alimentation, un manque d'exercice, un tabagisme et l'alcoolisme.

3. Bien qu'il y ait le risque d'être considéré comme une palissade il faut rappeler que la promotion de la santé scolaire comporte deux volets, l'école et la santé. Programmes de santé scolaire, comme on peut le voir dans le document de HCSP lui-même, sont axés sur la santé de l'enfant et de l'adolescent et ne prêtent pas attention à la santé du futur adulte. Par conséquent, ils ne parviennent pas à ce qui est connu comme la prévention primaire des maladies de la civilisation, c'est à dire celle qui empêche que la maladie puisse se produire chez l'individu sain.

4. De plus, les activités de prévention de la médecine moderne pour ces MDC se concentrent sur la prévention secondaire, c'est-à-dire, celle qui essaie de détecter la maladie à un stade précoce, dans la phase préclinique, dans laquelle, la mise en œuvre de mesures appropriées ou de traitements précoces peuvent retarder ou prévenir la progression de la maladie.

Il va sans dire que la prévention secondaire est une condition nécessaire mais avec des résultats plus douteux que la prévention primaire.

5. Il est donc évident que l'absence de projection chez l'adulte dans les objectifs de la santé scolaire en cours, alors que c'est à l'âge adulte que se produisent les plus grands problèmes de la médecine. Tout aussi frappante est l'incapacité de la médecine adulte (avec ce terme j'inclus la médecine générale et les différentes spécialités des adultes afin de les différencier de la pédiatrie) à appliquer une prophylaxie primaire pour ces graves maladies.

Que peut apporter l'AEPE pour réduire ce problème ?

1. L'AEPE est la seule société scientifique et professionnelle des enseignants de la pédiatrie en Europe. Elle a comme objectifs lutter contre les maladies et promouvoir la santé des enfants européens à travers différents modes d'enseignement.

2. L'AEPE comme une institution et ses membres et groupes associés ont été directement impliqués dans la promotion de la santé des Européens au long de leur cycle de vie grâce à des méthodes de l'enseignement des pédiatres. Les principaux thèmes de ses Congrès le témoignent :

CONGRES ANNUELS DE L'AEPE

- 1971. Vienna: The future of paediatrics
- 1972. Hellebaek: The training of future paediatricians*
- 1973. Prague: Multiple choice questions: the responsibilities of paediatricians in training health personnel
- 1974. Geneva: Teaching health problems of developing countries to European medical students
- 1975. Paris: The use of medical records in teaching obstetrics and paediatrics*
- 1976. London: Teaching developmental and psycho-social paediatrics*
- 1977. Uppsala: Teaching communication with children*
- 1978. Cracow: Teaching communication with children*
- 1979. Leiden: Teaching of paediatric ethics; teacher's training*
- 1980. Athens: Research and paediatric education*
- 1981. Lisbon: Training of undergraduate medical students to their future role in the field of children's handicap
- 1982. Zagreb: Primary health care for pre-school children; educational implications*
- 1983. Paris: Teaching methodology*
- 1984. Dundee: Assessment of clinical competence in paediatrics*
- 1985. Barcelona: Teaching Adolescent Medicine
- 1986. Rennes: Teaching community child health (with special references to the collection of data and identification of children at risk)
- 1987. The Hague: Health and disease. Educating children and parents
- 1988. London: New technologies in paediatric education*
- 1989. Istanbul: Teaching nutrition in paediatrics
- 1990. Prague: Deprivation in childhood; paediatric teaching implications
- 1991. Paris: Decision making process and its implication on paediatric teaching*
- 1992. Thessaloniki: Chronic medical conditions in childhood: teaching aspects*
- 1993. Roma: Prevention in childhood of adult degenerative diseases; paediatric educational aspects*
- 1994. Lisbon: Health care of the migrant child in Europe
- 1995. St Andrews: Developing the core curriculum in child health for undergraduates in the 21st Century
- 1996. Barcelona: Bioethics in paediatrics: Educational aspects*
- 1997. Budapest: Continuing Medical Education in Europe from East to West
- 1998. Bordeaux: Training in child public health; Social and Community Paediatrics in Europe*
- 1999. Valencia: Child care and paediatric education in Europe*
- 2000. London: Teaching neonatology*
- 2001. Aix-en-Provence: Pedagogical networks in paediatrics*

2013. Bordeaux. Comment enseigner la prévention des maladies de l'adulte aux professeurs des écoles ?

3. En ce qui concerne la promotion de la santé des adultes depuis son enfance l'AEPE a consacré, il y a 20 ans, le thème de son Congrès à Rome *Prevention in childhood of adult degenerative diseases; paediatric educational aspects*. C'est une question que cette société a été une des pionnières dans le monde.

4. En ce qui concerne la possibilité de centrer la promotion de la santé de l'adulte à l'école, l'un des membres de l'Association, le professeur Juan Brines a démontré, il y a 24 ans dans un essai de prévention des caries dentaires, que les enseignants étaient entièrement compétentes de transmettre aux enfants les connaissances de base de la santé et de la maladie et de promouvoir des habitudes saines. ("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").

5. Profitant l'amendement des études universitaires promues par le « Plan Bologne » pour l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur (EEES) il a été introduit à la Faculté de l'Éducation un cours pour les futurs enseignants de primaire intitulé "Les enfants, la santé et l'alimentation" développé par des professeurs de pédiatrie l'Université de Valence.

Ce cours comprend les éléments suivants

- a. Connaissances sur les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de l'enfant dans les principaux âges de développement.
- b. Connaissances, compétences et attitudes pratiques pour promouvoir la santé des enfants, des adolescents et des futurs adultes.
- c. Soins de base à l'école des handicapés et des enfants avec une maladie chronique.
- d. Premiers secours en cas d'urgence.

Nous apportons déjà cinq ans d'expérience et des résultats, que nous allons présenter à la conférence, nous semblent positifs.

Par conséquent l'AEEP/EAPE a, à notre avis, assez d'expérience et de capacités pour aider à l'élaboration de programmes spécifiques visant à promouvoir la santé des enfants, adolescents et adultes depuis l'âge scolaire.

L'AEEP/EAPE estime que la formation des enseignants sur ces questions devrait être promue et atteint lors de son apprentissage à l'École de l'Éducation et renforcée au cours de sa carrière professionnelle dans l'enseignement initial ou continu .

Les domaines dans lesquels l'AEPE pourraient offrir leur expérience sur le sujet seraient, entre autres, ce qui a été souligné ci-dessus.

Conclusion

Si on veut résumer nos propositions :

Le professeur des écoles qui fréquente les petits enfants pratiquement plus longtemps que les parents , doit être la sentinelle avancée d'un réseau de santé de l'enfant et du futur adulte.

Pour cela notre association avec l'aide du Haut Conseil de Santé Publique, le Réseau des ESPE Français , des IUFM espagnol , de l'ISPED, peut contribuer à définir un curriculum Européen de l'éducation de la santé à l'école.

Ceci peut et doit passer par des cours régionaux de la pédiatrie primaire dans tous les Instituts de Formation des maitres qui reprennent le core curriculum défini à l'échelle Européenne.

Ceci peut passer par des cours par E-learning Européen de cette enseignement de la santé des enfants et des futurs adultes en Français, Anglais, Espagnol permettant de diffuser même au delà de l'Europe dans le monde Francophone , Anglophone et Hispanique, avec l'aide précieuse du savoir faire en E-Learning de l'ISPED sous l'égide de l'AEEP/EAPE et des réseaux des ESPE français et des IUFM Espagnol .