



VISITE MÉDICALE

ÇA FAIT PAS MAL!



adultes (médecins, infirmières, enseignants) mais aussi aux enfants, pour savoir comment ils se représentent la visite médicale, quelle expérience ils en ont. L'objectif étant de rassurer – car beaucoup, parmi les plus jeunes, sont inquiets face à un lieu, des personnes, un matériel, des examens qu'ils ne connaissent pas et dont le but ne leur apparaît pas toujours clairement – et aussi de les inciter à poser des questions s'ils le souhaitent.



Dans notre précédent numéro, un encart faisait appel aux lectrices et lecteurs qui accepteraient de participer à la création d'un outil rassemblant diverses réalisations autour de la visite médicale¹. En attendant, présentons déjà ici une de ces réalisations : une production vidéo récente, « Ça fait pas mal ! », qui s'adresse principalement aux élèves de l'enseignement fondamental. Le titre est éloquent : il s'agit de dédramatiser la visite médicale – mais aussi d'encourager les enfants à poser des questions au médecin. En effet, les questions soulevées par les premiers sont souvent pertinentes et constituent un tremplin vers une relation constructive avec le second.



C'est Chantal Hoyois qui a réalisé le film : « J'ai filmé seulement des enfants qui n'avaient pas peur de la caméra, qui avaient envie de s'exprimer : des élèves de 1^{re} maternelle, 2^e et 6^e primaires. Mais, en fait, les plus jeunes ont exprimé très peu de choses : en 1^{re} maternelle, ils sont apparus moins à l'aise face à la caméra et, en 2^e primaire, ils ne se posaient pas vraiment de questions, ils ne montraient pas beaucoup d'appréhension par rapport à la visite médicale. J'avais des réponses du genre

oui/non ! C'est pourquoi, si on voit dans le film des enfants de différents âges, ceux qui sont interviewés sont surtout des élèves de 6^e. »

Au départ de ce projet, on trouve une demande du Service PSE du Clos Chapelle-aux-Champs, à Woluwe Saint-Lambert : il s'agit initialement de réaliser un petit film à l'intention des élèves depuis la 1^{re} maternelle jusqu'à la 6^e primaire (et éventuellement, ensuite, après évaluation, un second film destiné aux adolescents). Un budget modeste est disponible. Le Dr Karin Levie prend alors contact avec le Service communautaire chargé de la communication, l'ASBL Question Santé. Un accord se fait rapidement sur l'idée de donner la parole non seulement aux

Une deuxième difficulté tenait au contexte : il fallait filmer les enfants en situation, dans le cadre et l'horaire de la visite médicale. « Il était hors de question de faire plusieurs prises, ce qui d'ailleurs aurait fait perdre la spontanéité du premier témoignage. Avec l'appui des enseignants, j'ai pris préalablement contact avec les enfants et je leur ai expliqué le but du film, afin qu'ils m'identifient et soient plus à l'aise lors des prises. Il y avait aussi une limite d'ordre technique : nous n'avions pas de gros moyens et le matériel de prise de son était assez rudimentaire. Or les enfants les plus jeunes parlaient souvent assez bas ou n'articulaient pas très bien, sans doute par timidité. » Résultat : certains témoignages par ailleurs intéressants étaient à peine audibles ! Le travail de sélection et de montage des prises a donc été long et difficile.



¹ Appel qui a d'ailleurs rencontré un succès certain. La réunion prévue a néanmoins été repoussée au mois de mars. Il est donc toujours temps de se manifester auprès de Christophe Ruaux (christophe@questionsante.org)...

Au final : un film de 13'30, générique compris. Il fallait rester dans la tranche des 10'-15' pour que les enfants puissent voir le film avec leur instituteur/trice avant de passer la visite médicale. S'ajoutant au fait que ce sont surtout les enfants les plus âgés qui s'expriment, cette durée réserve le film aux élèves de primaire : en maternelle, leur attention se relâche au bout de 5'. En outre, le langage leur est sans doute moins accessible, sans parler de leur lecture différente de l'image. Mais cela n'empêche pas l'institutrice de maternelle de sélectionner une ou deux séquences qui lui paraissent convenir à son petit monde...

FICHE TECHNIQUE

Coproduction PSE Chapelle-aux-Champs / SCPS Question Santé © 2008
Avec le soutien de la Communauté française

Scénario : Chantal Hoyois et Karin Levie
Réalisation, image, montage, conformation : Chantal Hoyois
Image et prise de son : Patrick Meeus
Musique originale : Nicole Hoyois

Avec la participation de :
L'institutrice et les enfants de 1^{re} maternelle de l'école Chapelle-aux-Champs
L'institutrice et les enfants de 2^e primaire de l'école du Parc Malou
L'instituteur et les enfants de 6^e primaire de l'Institut de la Providence
Les médecins et infirmières du Service PSE Chapelle-aux-Champs

CANTINE SCOLAIRE

PETITS CHANGEMENTS, GRANDS EFFETS

Nul ne l'ignore plus: l'alimentation des enfants et des adolescents est préoccupante. La partie immergée de l'iceberg est l'obésité, mais d'autres problèmes, notamment comportementaux (hyperactivité), peuvent être reliés au déséquilibre nutritionnel. Or, chez la plupart des jeunes enfants, le mode de vie qui prévaut à l'école représente une norme voire un modèle: l'hygiène et les habitudes alimentaires qui y sont appliquées ou mises en exergue sont rapportées à la maison, non sans effet positif sur le mode alimentaire pratiqué en famille. Mais les mesures prises en milieu scolaire ont-elles un impact sur la santé des enfants? C'est à cette question que tente de répondre une étude menée au printemps 2006.

Tout commence cependant quelques mois plus tôt : à l'initiative de l'Echevine de l'Enseignement de Woluwe Saint-Lambert, Mme Louis-Halkin, une quinzaine de la santé est organisée dans les écoles communales en novembre 2005. A cette occasion, Marie-Josée Mozin, diététicienne, est invitée à sensibiliser le personnel enseignant ainsi que celui des cantines aux erreurs alimentaires les plus fréquentes, aux conséquences possibles du non respect des recommandations nutritionnelles et aux comportements alimentaires à promouvoir. Par la suite, un goûter à base de pain est proposé aux enfants qui fréquentent la garderie ; l'initiative rencontre un vif succès et ce repas est dès lors définitivement instauré.

Dans la foulée, il est décidé de mener une étude sur base de trois constats fréquents : une collation de 10 heures trop riche en énergie, graisses et sucres ; un repas de midi trop pauvre en légumes et en fruits ; un apport protéique excessif. Car, contrairement à une idée très répandue, la collation est superflue pour la majorité des jeunes enfants : ce sont surtout les ados qui « sautent » le petit déjeuner. Une enquête alimentaire pratiquée dans différentes écoles de la Communauté française en 2004-2005 a ainsi montré que 89,9% des enfants du fondamental déjeunaient le matin... Or la presque totalité d'entre eux

reçoivent un « dix heures » qui, de plus, est souvent trop riche : dans beaucoup de cas, il représente jusqu'à 25% des apports nutritionnels quotidiens pour un enfant de 6 ans ! Résultat : les enfants de faible poids sont rassasiés et grignotent à midi, tandis que ceux de poids élevé mangent de plus belle au dîner. On perd donc sur les deux tableaux.

Quant au repas de midi, sa composition tente de prendre en compte tant les goûts des enfants que leurs besoins nutritionnels – ce qui n'est pas chose aisée. Car les enfants plébiscitent habituellement les fritures, les pâtes et autres plats pauvres en légumes. Par conséquent, le dîner qui leur est proposé est souvent déséquilibré, comprenant trop de protéines, de lipides, de sel et parfois de sucres simples, tandis qu'il est généralement insuffisant en légumes et en fruits. Et le repas-tartines est rarement mieux équilibré.

Enfin, plusieurs publications récentes suggèrent que la correction des erreurs alimentaires peut intervenir dans l'amélioration du comportement des enfants. Une alimentation équilibrée et correctement répartie sur la journée favorise en effet un sommeil de bonne qualité et diminue ainsi les risques de fatigue chronique, laquelle peut être source d'agitation voire d'agressivité et de mal-être.

Les objectifs et la méthode

Menée de mars à juin 2006 auprès d'élèves de 3^e maternelle (5 à 6 ans) des écoles Princesse Paola/Princes Paola, l'étude visait à répondre aux questions suivantes :

- La correction, durant la journée scolaire, des trois erreurs alimentaires citées plus haut joue-t-elle un rôle sur l'évolution de l'indice de masse corporelle des enfants ?
- Influence-t-elle leur comportement en classe ?

Pour cela, on a classiquement procédé en comparant les résultats obtenus dans une classe « étude », dont le schéma alimentaire a été modifié, aux résultats obtenus dans une classe « contrôle » au schéma alimentaire inchangé. (Le tout, bien entendu, avec l'accord des instances communales, des pouvoirs organisateurs, des enseignants et des parents.)

Les paramètres anthropométriques ont été mesurés par une même infirmière au début de l'étude et après deux mois. Ces données ont été interprétées en terme d'indice de masse corporelle (IMC) et exprimées en pourcentage du percentile 50 (P50) pour l'âge, sur base des courbes IMC françaises de M.-F. Rolland-Cachera, également employées à l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF).

Le comportement des enfants en classe a été évalué par les institutrices à l'aide d'un test adapté à l'âge, l'échelle de Conners, qui porte sur des paramètres psychologiques et comportementaux. Les points attribués par les institutrices ont ensuite été interprétés par une psychologue de l'HUDERF, Mme M. Sottiaux.

En quoi consistaient les modifications apportées aux habitudes alimentaires de la classe « étude » ? La collation habituellement prise en milieu de matinée a été remplacée par un potage, et la composition du repas de midi a été adaptée pour mieux répondre aux recommandations nutritionnelles : diminution de la quantité de viande (60 g), apport de légumes cuits ou crus (150 g), remplacement de la friture hebdomadaire par un féculent cuit à l'eau. Ces modifications ont pu être assurées grâce à la collaboration de la société qui fournit les cantines scolaires.

Les résultats

Il ressort de l'analyse que, à l'échelle individuelle, le poids des enfants de la classe « étude » tend à se rapprocher du poids souhaitable : les enfants d'IMC inférieur au P50

ont eu tendance à prendre du poids tandis que ceux dont l'IMC était supérieur au P50 tendaient à se rapprocher de la norme (particulièrement deux enfants en excès pondéral). Et il faut souligner que, dans la classe « témoin », la tendance générale est à une augmentation de l'IMC, les enfants en excès pondéral ayant encore pris du poids. Ces résultats peuvent surprendre sur une aussi courte période (deux mois), mais on constate fréquemment, chez des enfants obèses vus en consultation, qu'une rectification des apports alimentaires entraîne une diminution rapide de l'IMC, ou à tout le moins un statu quo, tandis qu'une reprise des anciennes habitudes est suivie d'une augmentation immédiate de leur IMC.

On constate également un effet positif sur le comportement. L'échelle de Conners vise à situer l'aptitude d'un enfant à bien s'intégrer dans une classe et à profiter de l'enseignement dispensé. Elle comprend un questionnaire de 28 items auxquels on peut répondre par A, B, C ou D. Les questions sont posées de telle sorte que l'on souhaite obtenir comme réponses un maximum de A. Or, dans la classe « étude », le nombre de A aug-

mente tandis que les B, C et D diminuent, alors que la tendance est exactement inverse dans la classe « contrôle ». Une rectification même partielle des habitudes alimentaires semble donc bien induire une amélioration du comportement en classe.

De tels résultats montrent que des modifications peu spectaculaires ont un réel effet, même à court terme, ce qui est très encourageant pour tous les acteurs du terrain scolaire. En outre, même si cette étude porte sur une petite population et que ses résultats demanderaient à être confirmés à plus large échelle et sur une plus longue durée, elle peut être utilisée pour convaincre les instances de décision (pouvoirs organisateurs, directions...) que des changements simples et sans impact budgétaire sont susceptibles d'affecter positivement la santé des enfants.

D'après l'article de M.-J. Mozin, H. Delrez et V. Lemye (Club européen des Diététiciens de l'Enfance) : *l'alimentation distribuée à l'école peut-elle influencer l'évolution staturale et le comportement des enfants de 5 à 6 ans ?*

GÉRER ENSEMBLE LES PROBLÈMES DE SANTÉ À L'ÉCOLE

Le D^r Jérôme de Roubaix, chargé des aspects médicaux de la santé scolaire à la Direction Générale de la Santé (DGS), est intervenu lors de la journée consacrée en novembre dernier à la gestion des accidents au sein des établissements. À partir mais au-delà du problème des accidents, il esquissait des pistes de travail pour une gestion commune de la survenue d'un problème de santé à l'école. Nous proposons ici un résumé de son exposé (approuvé par l'auteur).

« Gestion commune », car tant les enseignants que les Services PSE et CPMS de la Communauté française sont confrontés à des problèmes non résolus de compétences autour de la question de l'accident. Au premier abord, les équipes PSE et PMS-CF peuvent penser qu'elles n'ont sur celle-ci que très peu d'emprise, vu que l'accident se passe à peu près toujours en leur absence. Mais il n'en va pas de même si cette question précise et concrète est abordée dans une vision d'ensemble des problèmes de santé, nécessairement gérés conjointement par l'école et les services. Par ailleurs, vu que le temps est compté pour tout le monde, il serait absurde de « saucissonner » les problèmes, que ce soit en séparant rigoureusement l'aigu du chronique, la visite d'établissement de la présentation du projet de service ou la question de l'accident de celle des autres urgences sanitaires.

Pour entamer la réflexion, trois portes d'entrée apparaissent d'emblée.

- Les **visites d'établissements** : ne sont-elles pas des occasions d'opérer certains constats (p. ex. en appliquant la grille de Haddon sur l'avant, le pendant et l'immédiat après accident) et de les discuter avec les responsables scolaires ?
- Le **dispensaire** : existe-t-il dans l'école un local à pharmacie ou un local où sont administrés les premiers soins ? Parmi le personnel enseignant, une personne est-elle qualifiée pour donner ces soins ? En cas d'accident, fait-on appel à un médecin généraliste ou s'adresse-t-on directement aux urgences hospitalières ?
- La **coopération** des enseignants et des professionnels de la santé : comment est assurée la collaboration au traitement et au suivi des maladies chroniques que peu-

vent présenter les élèves (diabète et épilepsie notamment) ? Existe-t-il des recommandations de *modus operandi* valables pour tous ? S'est-il produit des expériences de contacts entre médecins traitants, équipes de santé scolaire et enseignants, se répartissant au mieux les rôles ?

On peut également formuler les cinq suggestions suivantes.

- Faire un **état des lieux** de ce qui se pratique réellement aujourd'hui en cas d'accident dans les équipes et dans les établissements scolaires, même en l'absence de directives claires de la part de la DGS. Ceci afin d'éviter de diffuser des directives sans tenir compte de l'expérience de chacun.
- Envisager d'organiser un module de **formation continuée** portant sur la responsabilité de la personne prodiguant les premiers



Photo © Françoise Jacobs

Accidents à l'école : heureusement, il n'y a pas toujours effusion de sang !

soins aussi bien que de celle qui se garde d'intervenir. Ces matières pourraient être traitées de manière conjointe à l'intention des enseignants et des soignants.

- Rappeler par circulaire les **rôles respectifs et complémentaires** de l'agent PMS, de l'agent PSE et de l'enseignant. Joint à cette circulaire, un feuillet présentant ces rôles et leurs complémentarités serait destiné aux parents, aux membres du Conseil de participation et aux partenaires actifs au sein des écoles.
- Faire en sorte – mais comment ? – que, lorsqu'un problème ou une activité organisée dans l'école (p. ex. une animation) entre dans les compétences du CPMS ou du PSE, le chef d'établissement **avertisse systématiquement** le centre ou le service. Et rappeler aux acteurs scolaires que tous peuvent consulter l'équipe de santé scolaire pour tout type d'aide dans son champ de compétences.
- Envisager, à propos de ce qui vient d'être évoqué, une **communication globale et simultanée** vers les directeurs PMS-PSE et les directeurs d'établissements scolaires.

À court terme, deux occasions sont à saisir pour favoriser une gestion commune des problèmes de santé. D'abord, la présentation aux établissements scolaires du **projet de Centre ou de Service**, en début d'année scolaire, permet de préciser les offres et les demandes. Ensuite, lors du premier **Conseil de participation** de l'année, les PMS-PSE pourraient se présenter et, par la suite, être invités lorsqu'un point à l'ordre du jour les concerne directement ou rend leur présence utile.

Mais, restons pratique, il faut aussi **des outils**. La DGS se propose de rédiger, si cela correspond à un besoin, un vade-mecum destiné aussi bien aux directions et aux enseignants qu'aux centres et services de santé scolaire. Un autre projet encore à préciser est à l'étude avec la Direction Générale de l'Enseignement Obligatoire (DGEO) : il s'agirait d'un guide clair et concret relatif à la prévention et à la gestion des problèmes que posent les enfants blessés ou malades (aigus ou chroniques) au sein de l'école. Pour ce faire, les brochures « Bosses et bobos » et « Pharmacie scolaire » fournissent une bonne base de travail qui ne demande qu'à être élargie.

Quant aux **rencontres** qui sont régulièrement organisées à l'intention des équipes PSE, on peut imaginer d'y inviter également les Centres PMS, non seulement ceux de la Communauté française mais aussi les autres. Par ailleurs, la possibilité d'une rencontre des services de santé scolaire et des directions d'établissements, co-organisée par la DGS et la DGEO, a été évoquée. Elle porterait sur les modalités à définir pour faire face à certaines situations problématiques liées à la santé, que ce soit l'allergie, les blessures, les élèves qui doivent prendre des médicaments, etc.

Enfin, des tâches peuvent être entreprises :

- Envisager avec la DGEO l'organisation de **formations**, pour le personnel enseignant demandeur, concernant la gestion des accidents, bobos, maladies aiguës et chroniques, le dispensaire et les premiers secours.

- Collationner la **législation** et les textes réglementaires concernant la prise en charge de ces questions à l'école et identifier leurs lacunes (p. ex. la déclaration des maladies contagieuses pourrait être revue).

En conclusion, si des pistes de travail en commun se profilent entre la DGS et la DGEO, on peut espérer qu'elles débouchent sur une collaboration accrue entre équipes PMS-PSE et corps enseignant. Une collaboration que tous jugent aussi souhaitable que trop réduite pour l'instant.

« **Promouvoir la santé à l'école** » est réalisé par le Service communautaire de promotion de la santé / Question Santé asbl, 72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles.
 Tél.: 02 512 41 74 – Fax : 02 512 54 36
Courriel : question.sante@skynet.be
Site : www.questionsante.org
Secrétaire de rédaction : A. Cherbonnier
Conseil de rédaction : D' Ph. Demoulin, D' F. Henry, D' N. Lambion, M. M. Lejeune, D' R. Lonfils, D' R. Moriaux, D' P. Trefois
Maquette : Muriel Logist
 Les articles non signés sont de la rédaction. Les articles signés n'engagent que leur auteur.
Editeur responsable : D' Ph. Demoulin, 44 boulevard Léopold II, 1080 Bruxelles.