

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNEE 2017

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par Mr Salim BEN MANSOUR, né le 16 juillet 1986

Présentée et soutenue publiquement le 26 janvier 2017

Projet d'Accueil Individualisé : Le projet d'accueil individualisé chez les enfants atteints de pathologie chronique.

Définition de critères de qualité utiles au personnel médical, paramédical et non médical pour un enfant atteint de pathologie chronique et susceptible de décompensation en milieu scolaire.

DES DE MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Professeur Bruno LEPOUTRE

Président de jury : Professeur Isabelle AUGER AUBIN

REMERCIEMENTS ET DEDICACES

A Madame le Professeur Isabelle Aubin Auger, vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bruno Lepoutre, je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans mon travail et de m'avoir donné vos conseils. Vous m'avez enseigné la médecine générale durant mon stage de niveau 1 et je vous en suis profondément reconnaissant.

A Monsieur le Professeur Max Budowski et Madame le Docteur Véronique Houdouin, vous avez la bienveillance d'accepter de participer au jury de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A mes maitres de stage Madame le Docteur Valérie Zéline et Monsieur le Docteur Sylvain Hirsch, merci pour tout ce que vous m'avez transmis et pour m'avoir montré l'exemple tout ça dans une super ambiance.

Au Professeur Olivier Fain, merci pour m'avoir transmis un échantillon de votre immense science et sagesse, ça a été un honneur pour moi d'avoir été votre interne et pour cela veuillez accepter mes plus sincères salutations.

Au médecin que je remplace le Docteur Youssef Mazouz, merci pour la confiance que tu m'accordes à exercer dans ton cabinet. C'est un vrai plaisir pour moi de travailler avec toi, trouves ici ma sincère reconnaissance.

Aux secrétaires Sylvie et Françoise, merci pour votre bonne humeur et votre aide sans faille au sein du cabinet. Le travail n'aurait pas la même saveur sans vous, un grand merci à vous deux.

A la secrétaire du bureau des thèses Madame Mireille Lecoy, merci pour m'avoir aidé dans mes démarches. Vous avez été un maillon essentiel dans cette chaîne, je me souviendrai de vous.

Merci aux médecins généralistes, médecins scolaire, infirmières scolaire et enseignants qui ont participé aux entretiens et qui ont pris de leur temps personnel et professionnel pour ma thèse.

A mes parents, des milliers de mots et de pages ne suffiraient pas pour vous témoigner mon amour, ma reconnaissance et mon respect. Vous êtes le premier et le dernier maillon de cette chaîne. Vous avez été, vous êtes et vous serez toujours là et pour cela, trouvez ici la marque de ma plus profonde reconnaissance. Je tenais à vous dire que je ne serai jamais arrivé jusque-là sans vous. Vous êtes un vrai exemple et une immense fierté pour moi. Ce travail c'est vous qui l'avez réalisé à travers toutes ces années, je tenais donc à vous féliciter. Je vous aime.

A ma belle-mère, merci pour ton aide, ton écoute et ta confiance inébranlable envers moi. Je te suis reconnaissant pour le cadeau que tu m'as fait (ta fille) et je le serai toute ma vie. Je suis fier de t'avoir dans ma famille et je te témoigne toute ma gratitude ici.

A mon beau-père, d'où tu es j'espère que tu as bien aimé ma prestation et que tu es fier de moi. Je t'envoierai une copie de mon travail tonton mais pour l'instant saches que je te remercie pour ces moments qu'on a passé ensemble, ton humour et ta répartie... C'est vrai que je n'ai jamais eu l'occasion de te le dire mais... je t'aime bien tonton...

A mes frères, Marouane et Yassine, merci pour tout. Vous avez été une véritable source d'inspiration pour moi chacun à votre manière. On a fait les 3 mousquetaires pendant toutes ces années et maintenant on s'est envolé mais ce n'est toujours que pour mieux se retrouver.

A ma belle-sœur, Nadia merci pour ta présence en toute circonstance. Je suis très content de t'avoir comme belle-sœur et je te remercie pour tout ce que tu fais au quotidien. Pour cela je te dédicace ce travail.

A mes neveux et nièces, Imrane, Maryam, Shayna et aux futurs... Les rayons de soleil de ma famille...

A mes copilotes, Wabou mon plus fidèle acolyte, celui avec qui j'ai commencé et celui avec qui je termine, Jean Louis le plus classe des tyrans, Jimmy mon plus grand espoir politique, Samy le chirurgien à la gâchette (Bang Bang), Kadiba le roi doté d'une noblesse de caractère sans égal et Fehd le beau gosse de NewYork... Très sincèrement un grand merci à vous pour toutes ces années passées à vos côtés, ça a été un vrai honneur et je suis très heureux de vous compter parmi mes plus proches amis à présent.

A mon équipe GMAL, mille merci pour votre bonne humeur. Vous êtes de vrais frères à mes yeux, sachez-le....

A Kimbo et Laeti, ma tennis team je vous remercie pour votre soutien et votre présence sans faille. Vous êtes vraiment des amis en or. Ne changez rien.

A l'équipe F2D, les plus gros délires c'est à vous que je les dois et franchement merci parce que sans vous les études n'auraient pas été pareilles. Vous m'avez permis de reprendre mon souffle quand j'en avais besoin et vous avez été présents. J'espère continuer avec vous et surtout restez comme vous êtes je vous kiffe.

A mes amis d'enfance, ceux qui m'ont vu grandir et étudier toutes ces années, merci à vous...

Et enfin.... A Lamia, ma femme, mon amie, ma confidente, mon amoureuse, ma partenaire, mon coéquipier et la mère de mes enfants. Les mots ne suffiront pas pour exprimer tout l'amour et la reconnaissance que j'ai pour toi. Tu as fait ce que je suis aujourd'hui et rien n'aurait été possible sans toi. Tu as fait preuve de patience et de dignité pendant les moments difficiles et pour cela tu as ma plus grande admiration. Tu es un vrai modèle pour moi. Ta noblesse me rend fier. Vivre à tes côtés est tous les jours ce qui fait ma raison de vivre. Tu es ma force et sans toi je n'aurai jamais pu arriver au bout du chemin. Merci pour ce que tu es... et ce que tu me donnes... Je t'aime de tout mon cœur...

A Mayssa, ma princesse... et aux futurs...

LISTE DES ABREVIATIONS

PAI :	Projet d'Accueil Individualisé
MG :	Médecin Généraliste
MS :	Médecin Scolaire
E :	Enseignant
IS :	Infirmière Scolaire
DCI :	Dénomination Commune Internationale
FMC :	Formation Médicale Continue
EBM :	Evidence Based Medecine
VS :	Versus
PPS :	Projet Personnalisé de Scolarisation
AESH :	Accompagnant aux Elèves en Situation de Handicap
CCF :	Contrôle en Cours de Formation
AVS :	Auxiliaire de Vie Scolaire
PPRE :	Programme Programmé de Réussite Educative
PAP :	Plan d'Accompagnement Personnalisé
ATSEM :	Agent Territorial Spécialisé dans les Ecoles Maternelles
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
AFPS :	Attestation de Formation aux Premiers Secours
SST :	Sauvetage, Secourisme du Travail
DREES :	Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques
ANSM :	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CGSP :	Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective
PAIP :	Projet d'Accueil Individualisé Périscolaire
SNMSU :	Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires
SAMU :	Service d'Aide Médicale d'Urgence

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS ET DEDICACES.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	8
RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	11
A. QU'EST-CE QUE LE PAI ?.....	11
<i>a. Initiative.....</i>	<i>12</i>
<i>b. Concertation médecin/famille.....</i>	<i>12</i>
<i>c. Elaboration.....</i>	<i>12</i>
<i>d. Signature du protocole.....</i>	<i>13</i>
<i>e. Diffusion.....</i>	<i>13</i>
<i>f. Durée de validité.....</i>	<i>14</i>
B. LEGISLATION AUTOUR DU PAI.....	15
<i>a. Législation relative à la formation et au parcours scolaire de l'enfant atteint de pathologie chronique.....</i>	<i>16</i>
<i>b. Aménagement scolaire.....</i>	<i>17</i>
<i>c. Législation relative au protocole d'urgence.....</i>	<i>18</i>
<i>d. Le secret professionnel.....</i>	<i>19</i>
<i>e. L'information et la formation.....</i>	<i>20</i>
C. CONTENU DU PAI.....	21
<i>a. L'aménagement de la vie quotidienne.....</i>	<i>21</i>
<i>b. Le traitement médical.....</i>	<i>23</i>
<i>c. Le protocole d'urgence.....</i>	<i>24</i>
D. PERTINENCE DU PAI.....	26
MATERIELS ET METHODE.....	28
A. POSITION DU PROBLEME.....	28
B. OBJECTIFS.....	28
C. CHOIX DE LA METHODE.....	29
D. DESCRIPTION DE LA METHODE.....	30

RESULTATS.....	32
A. LES CRITERES SUR LA FORME.....	32
B. LES CRITERES SUR LE CONTENU.....	34
C. LES CRITERES SUR LES MESURES MISES EN ŒUVRE EN PRATIQUE.....	38
DISCUSSION.....	49
A. CRITIQUES DE L'ETUDE.....	49
<i>a. Pertinence de la question posée.....</i>	<i>49</i>
<i>b. Choix de la méthodologie.....</i>	<i>49</i>
<i>c. Inconvénients de la méthode.....</i>	<i>51</i>
<i>d. Les biais de l'étude.....</i>	<i>52</i>
B. INTERPRETATION ET CONFRONTATION DES RESULTATS PAR RAPPORTS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	53
<i>a. Sur la forme du PAI.....</i>	<i>53</i>
<i>b. Sur le contenu du PAI.....</i>	<i>54</i>
<i>c. Sur la mise en œuvre en pratique.....</i>	<i>56</i>
C. CRITERES DE QUALITE RESSORTIS APRES ANALYSE DES RESULTATS.....	58
<i>a. La présentation du document.....</i>	<i>58</i>
<i>b. Le contenu du document.....</i>	<i>59</i>
<i>c. La mise en place du PAI.....</i>	<i>59</i>
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXES.....	65

INTRODUCTION

La prise en charge des enfants atteints de maladies chroniques implique un accompagnement dans leur vie quotidienne afin de tout mettre en œuvre pour éviter l'exclusion et l'isolement dans lesquels la maladie peut placer l'enfant. Cette prise en charge concerne à la fois les parents, le milieu médical et le milieu scolaire. Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI), créé en 1993 (1) (2), a pour objectif de poser par écrit les modalités d'accueil de l'enfant atteint de maladie chronique dans le milieu scolaire et les conditions d'un travail coordonné entre les différents intervenants.

Le PAI est rédigé à la demande des parents par le médecin traitant avec le concours du médecin scolaire de l'enfant. Selon la circulaire de 2003, relative à l'accueil en collectivité des enfants atteints de trouble de la santé (3), le rôle du médecin traitant de l'enfant est de communiquer au médecin de l'Education nationale les ordonnances de traitement et le protocole d'urgence, établissant la conduite à tenir en cas d'épisode pathologique aigu survenant dans le cadre scolaire. Le rôle du médecin scolaire, médecin de prévention qui n'a pas la mission de prescrire, est de coordonner la rédaction des PAI(4) et leur mise en place dans l'établissement.

En 2010-2011, plus de 95 000 élèves ont bénéficié d'un PAI, l'asthme et l'allergie sont à l'origine de 63% des PAI demandés. La plus grande partie des PAI est rédigée pour des élèves de premier degré, école maternelle et primaire (5).

Dans notre étude, nous nous intéressons au PAI en tant que document mais aussi à la mise en place de celui-ci dans l'école à travers les différents intervenants. Nous analysons les protocoles reçus par les médecins scolaires au sein d'établissements du Val-d'Oise et des Hauts-de-Seine. Nous nous concentrons sur les protocoles les plus fréquents, à savoir ceux des enfants atteints d'asthme, d'allergie alimentaire, de diabète et d'épilepsie mais aussi des pathologies plus rares.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité des PAI rédigés par les médecins traitants mais aussi la qualité de sa mise en œuvre à travers les médecins scolaires, les infirmières scolaires et les enseignants.

Nous proposons de réaliser une étude qualitative via des entretiens individuels avec les différents intervenants dans le protocole (médecin traitant, médecin scolaire, infirmière scolaire, enseignants...) pour évaluer la compréhension et les difficultés de chacun par rapport au protocole mis en place.

L'asthme est une maladie de plus en plus fréquente chez l'enfant. Actuellement, en France, 9% des enfants sont asthmatiques et 37,9% de ces asthmatiques présentent un asthme mal contrôlé susceptible de décompenser pendant le temps scolaire (6). La fréquence des allergies a considérablement augmenté ces 20 dernières années. La prévalence de l'allergie alimentaire est estimée à 3.24% en France. Une enquête multicentrique française indique une augmentation par un facteur 5 des chocs anaphylactiques par allergie alimentaire entre 1982 et 1995 (7). En France, on estime à plus de 20 000 le nombre d'enfants ayant un diabète de type 1, et l'on assiste à un « rajeunissement » de la déclaration du diabète dans la petite enfance. En 10 ans, le diagnostic chez les enfants de – de 4 ans a augmenté de +78%. Depuis 15 ans, le nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints du diabète a pratiquement triplé (8). Près de 90.000 enfants et adolescents français souffrent d'épilepsie et leur formation est injustement limitée par des difficultés d'acceptation de leur handicap en milieu scolaire, mais aussi par la non-reconnaissance de difficultés cognitives spécifiques qui seraient amendables, aboutissant à une perte de chance de leur insertion professionnelle future, au coût sociétal majeur (9).

Ces données mettent en évidence l'utilité de ces protocoles et l'importance d'une bonne compréhension pour une bonne prise en charge de l'enfant tant sur le plan médical que sur le plan scolaire.

Notre hypothèse de recherche est la possibilité d'améliorer la présentation, le contenu et la mise en œuvre d'un projet d'accueil individualisé pour le rendre plus compréhensible et améliorer la prise en charge d'un enfant atteint de pathologie chronique à risque de décompensation en milieu scolaire.

Nous souhaitons donner un aperçu du travail entre médecins traitants et médecins scolaires. Quels sont les critères utiles et pertinents dans la rédaction et le remplissage par le médecin traitant d'un projet d'accueil individualisé d'enfants atteints de maladies chroniques, destinés au personnel soignant et enseignant en milieu scolaire ? Nous souhaitons apprécier les difficultés engendrées par la rédaction des PAI et ouvrir des pistes de réflexions pour une meilleure utilisation des PAI dans le cadre d'une amélioration de la prise en charge multidisciplinaire autour de l'enfant atteint de maladie chronique.

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

A. QU'EST-CE QUE LE PAI ?

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place lorsque la scolarité d'un élève, notamment en raison d'un trouble de santé invalidant, nécessite un aménagement. Hormis les aménagements prévus dans le cadre du PAI, la scolarité de l'élève se déroule dans les conditions ordinaires. Le PAI est un document qui organise la vie quotidienne de l'enfant ou de l'adolescent en établissement. Il précise ses besoins thérapeutiques (traitement, régime alimentaire...) pour permettre d'assurer sa sécurité et compenser les inconvénients liés à son état de santé. C'est un document écrit qui permet de préciser les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité (crèche, école, collège, lycée, centre de loisirs).

Il peut concerner le temps scolaire mais aussi périscolaire, et se nomme ainsi parfois PAIP (projet d'accueil individualisé périscolaire).

Le PAI concerne les enfants et adolescents atteints de troubles de la santé tels que :

- pathologie chronique (asthme, par exemple),
- allergies,
- intolérance alimentaire.

a. Initiative

Le PAI est élaboré à la demande de la famille, ou avec son accord et sa participation, par le chef d'établissement à partir des besoins thérapeutiques de l'enfant ou l'adolescent.

Ces éléments sont précisés dans l'ordonnance signée du médecin qui suit l'enfant ou l'adolescent dans le cadre de sa pathologie.

Le PAI doit notamment contenir des informations sur :

- les régimes alimentaires à appliquer,
- les aménagements d'horaires,
- les dispenses de certaines activités incompatibles avec la santé de l'enfant ou de l'adolescent,
- les activités de substitution proposées.

b. Concertation médecin/famille

Le médecin scolaire rencontre l'élève et/ou sa famille afin de cerner les difficultés de l'élève. À partir des informations recueillies auprès de la famille et du médecin, il déterminera les aménagements susceptibles d'être mis en place.

c. Élaboration

Ce document organise, dans le respect des compétences de chacun et compte tenu des besoins spécifiques de l'élève, les modalités particulières de prise en charge, globalement en tenant

compte des éléments médicaux qui nécessitent une attention et des gestes précis et fixe éventuellement les conditions de cette prise en charge.

Afin de respecter le code de déontologie, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document.

Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'élève pourront être jointes au projet. Les symptômes visibles, les mesures à prendre pour assurer la sécurité de l'élève, les médecins à joindre doivent y figurer.

d. Signature du protocole

Le projet d'accueil individualisé est signé par les différents partenaires convoqués au préalable par le chef d'établissement.

Le projet peut prévoir une assistance pédagogique à domicile dans certains cas particuliers. Les partenaires sont : la famille, le médecin traitant ou le spécialiste qui suit l'enfant, le chef d'établissement, le médecin de l'éducation nationale, l'infirmier(e) scolaire, éventuellement l'auxiliaire de vie scolaire ou l'accompagnant aux élèves en situation de handicap (AESH).

e. Diffusion

Elle se fait au sein de la communauté éducative et auprès de tous les partenaires concernés.

Le respect du secret professionnel est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins et aux infirmiers. Aussi, si certains aspects médicaux sont évoqués, ce doit être avec l'accord des familles et sous contrôle du personnel médical.

Il importe, dans l'intérêt même de l'élève, de rappeler le devoir de confidentialité auquel tous les membres de la communauté éducative sont soumis.

f. Durée de validité

Le PAI est lié à la pathologie ou au trouble constaté pendant l'année scolaire. Il peut donc être établi pour une période allant de quelques jours à une année scolaire. Il peut également être reconduit d'une année sur l'autre (réactualisation). En cas de voyage scolaire, le PAI doit être revu et adapté.

Remarques

- Des modifications peuvent être apportées en cours d'année selon l'évolution de la santé de l'élève, à la demande de la famille ou de l'équipe éducative ;
- un élève atteint de trouble de la santé doit être considéré de la même manière qu'un élève en bonne santé, c'est l'objectif central du processus d'intégration ;
- un protocole d'urgence peut être constitué et diffusé auprès de la communauté scolaire ;
- en année d'examen, ne pas hésiter à anticiper la demande d'aménagement du temps, notamment dans le cadre du contrôle en cours de formation (CCF) ;
- des aménagements des conditions de passage d'examens peuvent être accordés : utilisation d'un ordinateur, passage seul(e) dans une salle, temps compensé, temps supplémentaire,

utilisation de documents agrandis, exercices aménagés (comme la dictée au DNB), présence d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS) ou d'un accompagnant aux élèves en situation de handicap (AESH), d'un secrétaire, *etc.*

- a été mis en place en 2015 le "plan d'accompagnement personnalisé". Il répond aux besoins des élèves qui connaissent des difficultés scolaires durables ayant pour origine un ou plusieurs troubles des apprentissages pour lesquels ni le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) ni le projet d'accueil individualisé (PAI) ne constituent une réponse adaptée. Le Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) concerne les élèves atteints de troubles des apprentissages évoluant sur une longue période sans reconnaissance du handicap : trouble spécifique du langage (dyslexie, dysphasie, dyspraxie, *etc.*).
- prévoir la prise en charge lorsque l'infirmier est absent de l'établissement : protocole d'urgence.

B. LEGISLATION AUTOUR DU PAI

La circulaire no 99-181 du 10 novembre 1999 du ministère de l'éducation nationale a permis de favoriser l'accueil et l'intégration des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période pendant le temps scolaire, par la mise en place d'un projet d'accueil individualisé. Cependant, certaines difficultés persistent, notamment en ce qui concerne la généralisation de l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé dans les cantines des écoles, la prise de médicaments ou les soins à donner en urgence. Par ailleurs, le décret no 2000-762 du 1er août 2000 réformant les conditions d'autorisation et de fonctionnement des crèches, haltes garderies et jardins d'enfants (articles R 180 à R 180-26 du code de la santé publique) prévoit que les établissements et services d'accueil des enfants de

moins de six ans concourent à l'intégration sociale des enfants ayant un handicap ou atteints de maladie chronique. S'il n'existe pas de droit à l'accueil, a fortiori en collectivité pour les enfants d'âge préscolaire, ni d'obligation à la charge des pouvoirs publics, la nouvelle réglementation vise cependant à favoriser cet accueil, et demande aux établissements et services d'élaborer un projet qui précise les mesures à prendre.

Cette circulaire est applicable dans les écoles, les établissements publics locaux d'enseignement relevant du ministère chargé de l'éducation nationale et du ministère chargé de l'agriculture, les établissements privés sous contrat dans le respect des dispositions de la loi no 59-1557 du 31 décembre 1959 modifiée (intégrée dans le Code de l'éducation).

a. Législation relative à la formation et au parcours scolaire de l'enfant atteint de pathologie chronique

Article D351-4

Le parcours de formation de l'élève s'effectue en priorité en milieu scolaire ordinaire, dans son établissement scolaire de référence ou, le cas échéant, dans une autre école ou un autre des établissements scolaires mentionnés au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code où l'élève est inscrit si son projet personnalisé de scolarisation, mentionné à l'article D. 351-5 du présent code, rend nécessaire le recours à un dispositif adapté.

L'élève reste inscrit dans son établissement scolaire de référence s'il est contraint d'interrompre momentanément sa scolarité en raison de son état de santé et de recevoir un enseignement à domicile, en ayant recours, si besoin, à des modalités aménagées d'enseignement à distance.

Il reste également inscrit dans son établissement scolaire de référence lorsqu'il est accueilli dans l'un des établissements ou des services mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans l'un des établissements mentionnés aux titres IV et VI du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique.

Sa scolarité peut alors s'effectuer, soit dans l'unité d'enseignement, définie à l'article D. 351-17 du présent code, de l'établissement dans lequel il est accueilli, soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans son établissement scolaire de référence, soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans l'une des écoles ou l'un des établissements scolaires avec lesquels l'établissement d'accueil met en oeuvre une coopération dans les conditions prévues par la convention mentionnée à l'article D. 351-18 du présent code. Dans ce dernier cas, l'élève peut être inscrit dans cette école ou cet établissement scolaire.

Dans tous les cas, les modalités de déroulement de sa scolarité sont précisées dans son projet personnalisé de scolarisation ou dans son projet d'accueil individualisé, définis respectivement aux articles D. 351-5 et D. 351-9 du présent code. Ce projet définit, le cas échéant, les modalités du retour de l'élève dans son établissement scolaire de référence.

b. Aménagement 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 est élaboré avec le concours du médecin de l'éducation nationale ou, pour les élèves relevant de l'enseignement agricole, d'un

médecin désigné par l'autorité académique compétente, ou du médecin du service de protection maternelle et infantile, à la demande de la famille, ou en accord et avec la participation de celle-ci, par le directeur d'école ou le chef d'établissement. Si nécessaire, le projet d'accueil individualisé est révisé à la demande de la famille ou de l'équipe éducative de l'école ou de l'établissement scolaire concerné. Hormis les aménagements prévus dans le cadre du projet individualisé, la scolarité de l'élève se déroule dans les conditions ordinaires.

c. Législation relative au protocole d'urgence

Dans le cadre scolaire, pour les établissements du second degré, les mesures s'inscriront dans le cadre du dispositif mis en place par les établissements en application de l'article 57 du décret no 85-924 du 30 août 1985 et de la circulaire no 86-144 du 20 mars 1986, qui précisent que les modalités d'organisation de la médecine de soins dans les établissements relèvent de la compétence et de la responsabilité des chefs d'établissements. Dans les établissements publics d'enseignement agricole, les mesures s'inscriront dans le cadre de la note de service DGER/SET/GEFIC/N90 no 2031 du 19 avril 1990 relative aux modalités d'organisation de la médecine de soins. Il convient également de se reporter au protocole national du 6 janvier 2000 relatif à l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement (EPL) et à la note de service DGER/SDACE/C2001-2016 du 6 décembre 2001 relative à l'organisation du service, missions et obligations de service et congés des infirmier(ère)s exerçant dans les établissements de l'enseignement technique agricole. Dans les établissements et services d'accueil de la petite enfance, les modalités d'intervention médicale en cas d'urgence doivent être prévues par le règlement intérieur de l'établissement conformément aux dispositions de l'article R 180-11 du code de la santé publique. C'est le

médecin attaché à l'établissement qui organise les conditions de recours au SAMU (article 180-19 du code de la santé publique).

d. Le secret professionnel

Circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003

Le respect du secret professionnel est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins, aux infirmières, aux autres professionnels paramédicaux et aux travailleurs sociaux. Il importe, par ailleurs, de rappeler l'obligation de discrétion professionnelle dont tous les personnels de la structure d'accueil doivent faire preuve pour tous les faits ou informations relatifs à la santé de l'enfant ou l'adolescent. Toutefois le secret professionnel ne peut empêcher de déterminer avec l'équipe d'accueil les mesures à prendre pour faciliter la bonne adaptation de l'enfant ou de l'adolescent. Pour cette raison, lorsque la maladie dont souffre l'enfant ou l'adolescent le nécessite, et à la demande expresse des familles, l'ensemble des dispositions et informations contenues dans son projet d'accueil individualisé, à l'exception de celles couvertes par le secret médical, contenues dans un pli cacheté, pourra être porté à la connaissance de la communauté d'accueil, et mis en œuvre par celle-ci. La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical à certains membres de la communauté d'accueil, qui assisteraient les personnels de santé plus particulièrement, ou auraient un rôle prééminent dans la mission d'accueil et d'intégration de l'enfant, appartient à la famille.

e. L'information et la formation

Circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003

L'information et la formation sont des éléments qui peuvent permettre à l'ensemble des personnels de se familiariser avec les conduites adaptées, à se sentir sécurisés, à dédramatiser.

À cette fin, il est souhaitable de mettre en place une formation ou une sensibilisation à l'accueil des enfants atteints de troubles de la santé et aux gestes de premiers secours. Il appartient aux responsables des collectivités concernées de favoriser les actions s'adressant à :

- l'ensemble des personnels intervenant auprès des enfants des écoles maternelles et élémentaires, notamment les enseignants et personnels dits ATSEM (agent territorial spécialisé dans les écoles maternelles), intervenants réguliers. Avec l'accord de la commune, d'autres personnels municipaux pourront être associés à ces actions ;

- l'ensemble des personnels des établissements du second degré, les personnels d'encadrement, d'éducation et de surveillance ;

- l'ensemble des personnels intervenant dans les établissements d'accueil de la petite enfance. Pour ces derniers, le médecin attaché à l'établissement ou, le cas échéant, le service de PMI du département, contribue, dans le cadre de leur mission de promotion et d'éducation à la santé, à l'information et à la formation. Il est conseillé que soient présentes dans l'école ou l'établissement une ou deux personnes ayant suivi une formation aux premiers secours : AFPS (attestation de formation aux premiers secours) ou SST (sauvetage, secourisme du travail) permettant de faire face aux situations les plus courantes et notamment aux crises d'asthme, œdèmes de Quincke et chocs anaphylactiques

C. CONTENU DU PAI

a. L'aménagement de la vie quotidienne

Aménagements pédagogiques

D'une manière générale, dans le domaine pédagogique un élève atteint de troubles de la santé devra être considéré de la même manière que ses camarades en bonne santé. C'est là l'objectif central du processus d'intégration. Cependant, chaque fois que les difficultés de santé spécifiques d'un enfant ou d'un adolescent contraignent l'enseignant à dispenser cet élève de telle ou telle séquence pédagogique, il sera souhaitable de trouver, avec l'aide de l'équipe éducative, le dispositif qui permettra de faire bénéficier ce dernier de toutes les compensations dont il a besoin. Ce sera particulièrement le cas pendant les périodes d'hospitalisation ou de maintien à domicile. Tout devra être mis en œuvre pour assurer à l'élève une réelle continuité de sa scolarité.

Régime spécifique

Il convient que tout enfant ayant, pour des problèmes médicaux, besoin d'un régime alimentaire particulier, défini dans le projet d'accueil individualisé, puisse profiter des services de restauration collective (établissements d'accueil de la petite enfance, écoles maternelles, élémentaires, établissements publics locaux d'enseignement, relevant du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales) selon les modalités suivantes :

- soit les services de restauration fournissent des repas adaptés au régime particulier en application des recommandations du médecin prescripteur ;

- soit l'enfant consomme, dans les lieux prévus pour la restauration collective, le repas fourni par les parents, selon des modalités définies dans le projet d'accueil individualisé respectant les règles d'hygiène et de sécurité.

Dans le cas où l'alimentation en restauration collective serait impossible, sous ces deux formes, il convient d'organiser au niveau local les modalités permettant d'apporter une aide aux familles en s'appuyant éventuellement sur les expériences pilotes mettant en œuvre un régime spécifique.

S'agissant des écoles maternelles et élémentaires, il est recommandé d'associer les services municipaux en charge du service de restauration au moment de la rédaction du projet d'accueil individualisé afin de déterminer avec eux les dispositions à mettre en œuvre à cet effet.

En ce qui concerne la mise en place des régimes alimentaires particuliers prévus dans le projet d'accueil, la responsabilité de l'organisation relève :

- Pour le premier degré de la compétence de la commune organisatrice
- Pour le second degré, de la compétence de l'établissement public local d'enseignement que la préparation et la consommation des repas se fassent sur place (cuisine autonome) ou que les repas soient préparés et livrés par un service de restauration collective.

Dans l'hypothèse où le service de restauration a été affermé ou a fait l'objet d'autres contrats administratifs, toute mesure spécifique pour les élèves ayant besoin d'un régime alimentaire particulier, défini dans leur projet d'accueil individualisé, pourra être stipulée dans le contrat administratif éventuellement par un avenant audit contrat.

Les établissements d'enseignement privés sous contrat ont, quant à eux, la responsabilité de déterminer les modalités de gestion de leur service de restauration.

b. Le traitement médical

Il s'agit d'un acte de la vie courante, lorsque la prise de médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative du malade ou de sa famille et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficulté particulière ni ne nécessite un apprentissage.

L'aide à la prise médicamenteuse concerne les enfants de moins de six ans accueillis en crèches, haltes-garderies ou jardins d'enfants, qui pourront recevoir des médicaments d'auxiliaires de puériculture, d'assistantes maternelles, d'éducateurs de jeunes enfants ou d'autres professionnels, dans le cadre de l'organisation mise en œuvre par le directeur de l'établissement. Ce n'est pas un acte médical. Les auxiliaires de puériculture peuvent en outre, dans un établissement social ou médico-social, sous certaines conditions, et conformément aux dispositions de l'article 4 du décret no 2002-194 du 11 février 2002, collaborer aux actes accomplis et aux soins dispensés par une infirmière relevant de son rôle propre. Il est souhaitable, pour ces enfants ou adolescents confrontés à la maladie, que la structure d'accueil apporte son concours aux parents pour l'exécution des ordonnances médicales prescrivant un régime alimentaire, des soins, ou un traitement médicamenteux oral, inhalé, ou par auto-injection.

C'est dans un climat d'échange et de confiance que les personnels peuvent eux-mêmes donner, lorsque les familles le demandent et sur prescription de leur médecin, des médicaments à ces jeunes en cours de traitement. L'ordonnance précisant le traitement est adressée sous pli confidentiel, selon le cas, au médecin scolaire, ou au médecin de PMI ou au médecin de la collectivité d'accueil. Le protocole de soins d'urgence signé par le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie est adressé, sous pli confidentiel, au médecin de la collectivité

d'accueil ou désigné par celle-ci. En cas d'absence de médecin désigné par la collectivité, les parents ont la possibilité d'adresser l'ordonnance à l'infirmière de l'établissement.

Il appartient au médecin prescripteur, en liaison avec le médecin de la structure d'accueil, de décider si la prise d'un médicament même en cas d'urgence nécessite exclusivement l'intervention d'un auxiliaire médical ou d'un médecin.

c. Le protocole d'urgence

Lorsque la maladie évolue par crises ou par accès, il sera établi, dès la demande d'accueil, un protocole d'intervention décrivant : les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre pour assurer la mise en sécurité de l'enfant ou l'adolescent, les médecins à joindre, les permanences téléphoniques accessibles et les éléments d'information à fournir aux services d'urgence pour une compréhension efficace du problème.

Ce protocole signé par le médecin prescripteur est adressé au médecin de la collectivité. S'agissant des urgences médicales, il est rappelé qu'il existe dans chaque département un SAMU joignable 24 heures sur 24 sur la quasi totalité du territoire par le numéro d'appel "15" ou le 112. Cet appel met en relation avec un médecin régulateur qui, sans délai aide à évaluer la gravité de la situation, donne son avis et des conseils pour prendre les mesures d'urgence et, selon le cas dépêche une équipe médicale hospitalière avec véhicule de réanimation ou envoie une ambulance pour le transport vers un centre hospitalier.

Dans tous les cas, il est recommandé de disposer :

- d'une ligne téléphonique permettant de contacter le SAMU (service d'aide médicale urgente).

- d'une trousse d'urgence contenant les médicaments spécifiques aux élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Cette trousse devra rester hors de portée des élèves et il appartiendra au membre de la communauté éducative concerné qui en assurera la garde, de veiller à prendre toute précaution en son pouvoir pour éviter que des élèves puissent y avoir accès. Par ailleurs, ce personnel devra veiller, au cas où il est absent, à ce que la trousse reste accessible en cas d'urgence aux autres membres de la communauté éducative. Dans certaines pathologies, et selon l'âge et l'autonomie de l'enfant, il est conseillé qu'il possède, sur lui, le ou les médicaments dont il peut avoir besoin en urgence.

En situation d'urgence, s'il s'agit d'une pathologie chronique à risque vital immédiat et dans le cas où le protocole de soins d'urgence établi par le médecin prescripteur préconise une auto-injection d'un traitement médicamenteux, il est important d'avoir prévu les dispositions pour qu'elle puisse être pratiquée à tout moment selon les instructions médicales précisées dans le projet d'accueil individualisé. Ces cas exceptionnels et subordonnés à une situation d'urgence, conduisent les adultes de la communauté d'accueil à tout mettre en œuvre pour que le traitement injectable puisse être administré en attendant l'arrivée des secours ; ils doivent être strictement définis par le protocole de soins d'urgence dont l'un des enjeux est de prévoir toute assistance adéquate à l'élève en situation de danger. Le médecin ou l'infirmière de la collectivité fournira une information aux personnels accueillant l'enfant bénéficiaire du PAI sur les modalités de l'injection. L'aide et le conseil du médecin régulateur du SAMU peuvent être sollicités à tout moment.

D. PERTINENCE DU PAI

Il convient de tout mettre en œuvre pour éviter l'exclusion et l'isolement dans lequel la maladie peut placer l'enfant ou l'adolescent et de développer l'adoption de comportements solidaires au sein de la collectivité. La circulaire no 99-181 du 10 novembre 1999 du ministère de l'éducation nationale a permis de favoriser l'accueil et l'intégration des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période pendant le temps scolaire, par la mise en place d'un projet d'accueil individualisé.

Cependant, certaines difficultés persistent, notamment en ce qui concerne la généralisation de l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé dans les cantines des écoles, la prise de médicaments ou les soins à donner en urgence. Par ailleurs, le décret no 2000-762 du 1er août 2000 réformant les conditions d'autorisation et de fonctionnement des crèches, haltes garderies et jardins d'enfants (articles R 180 à R 180-26 du code de la santé publique) prévoit que les établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans concourent à l'intégration sociale des enfants ayant un handicap ou atteints de maladie chronique. S'il n'existe pas de droit à l'accueil, a fortiori en collectivité pour les enfants d'âge préscolaire, ni d'obligation à la charge des pouvoirs publics, la nouvelle réglementation vise cependant à favoriser cet accueil, et demande aux établissements et services d'élaborer un projet qui précise les mesures à prendre.

Les dispositions proposées ont pour but d'harmoniser les conditions d'accueil en collectivité des enfants atteints de maladie chronique, d'allergie et d'intolérance alimentaires en offrant un cadre et des outils susceptibles de répondre à la multiplicité des situations individuelles rencontrées. Elles doivent permettre aux enfants et adolescents concernés de suivre leur scolarité ou d'être accueillis en collectivité tout en bénéficiant de leur traitement, de leur régime alimentaire,

d'assurer leur sécurité et de compenser les inconvénients liés à leur état de santé. La population concernée par le PAI est constituée des enfants ou adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur de longues périodes (à l'exclusion des maladies aiguës), d'allergie ou d'intolérance alimentaires, pour lesquels des mesures particulières doivent être prises dans les collectivités qui les accueillent.

Le PAI est applicable dans les écoles, les établissements publics locaux d'enseignement relevant du ministère chargé de l'éducation nationale et du ministère chargé de l'agriculture, les établissements privés. Il sert de cadre de référence aux établissements d'accueil de la petite enfance (crèches, haltes-garderies, jardins d'enfants) et aux centres de vacances et de loisirs.

MATERIELS ET METHODE

A. POSITION DU PROBLEME

Le PAI est rédigé à la demande des parents par le médecin scolaire avec le concours du médecin traitant de l'enfant. Selon la circulaire de 2003, relative à l'accueil en collectivité des enfants atteints de trouble de la santé, le rôle du médecin traitant de l'enfant est de communiquer au médecin de l'Education nationale les ordonnances de traitement et le protocole d'urgence, établissant la conduite à tenir en cas d'épisode pathologique aigu survenant dans le cadre scolaire. Le rôle du médecin scolaire, médecin de prévention qui n'a pas la mission de prescrire, est de coordonner la rédaction des PAI.

Beaucoup d'acteurs et d'intervenants se retrouvent impliqués dans la mise en place de ce projet. De ce fait, on se retrouve face à des difficultés concernant le document en lui-même ou l'organisation pratique autour du PAI.

B. OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est de cibler les difficultés de chaque intervenant dans la mise en place du PAI afin de définir des critères utiles au personnel médical, paramédical et non médical pour un enfant atteint de pathologie chronique et susceptible de décompensation.

C. CHOIX DE LA METHODE

La méthode la plus adaptée afin de déterminer les obstacles à l'application d'une stratégie de prise en charge est la méthode qualitative. Elle s'impose lorsque l'objectif de l'étude est de répondre à une problématique portant sur un ressenti, des émotions, ou la représentation qu'un sujet se fait d'une situation et d'une façon plus générale lorsque les facteurs analysés ne sont pas mesurables ou modélisables mathématiquement [43].

Il existe plusieurs méthodes de recherche qualitative, dont le choix dépend de la question de recherche. Les plus utilisées dans le cadre de la santé sont de trois types [44] :

La phénoménologie dont le but est de « *comprendre le sens ou la signification d'un phénomène à partir de l'expérience de ceux qui le vivent* », en interrogeant les personnes sur l'expérience qu'on souhaite étudier et tenter d'en comprendre l'essence.

L'ethnographie vise à comprendre « *certaines éléments culturels d'un groupe (conceptions, représentations, croyances) à partir du point de vue des membres faisant partie de ce groupe, de l'observation de leur fonctionnement* ». Elle place le phénomène étudié dans son contexte social et culturel et le chercheur est immergé dans la vie des sujets étudiés.

La théorisation ancrée ou théorie fondée (en anglais : grounded theory) vise à « *produire une théorie non pas à partir de catégories conceptuelles puisées dans la littérature mais à partir de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative permettant la description approfondie du phénomène à l'étude.* »

Il existe plusieurs méthodes de recueil de données afin de réaliser une étude qualitative. Parmi les plus utilisées, nous citerons les méthodes de consensus (groupe nominal et méthode delphi) et les entretiens (individuel ou en groupe).

Les entretiens peuvent être :

- Structurés : les questions restent fixes
- Semi-directifs : les questions sont ouvertes définissant les points à explorer, à l'aide d'un guide d'entretien, tout en pouvant étudier une idée plus en détail.
- En profondeur : les questions sont non structurées, ce type d'entretien ne permet d'étudier qu'un ou deux thèmes mais en profondeur, et demandent à l'interviewer une grande habitude.

Le choix d'une méthode par entretiens, qu'ils soient en groupe ou individuels, impose de construire un guide d'entretien. L'échantillon est raisonné, choisi de façon à obtenir des avis aussi variés que possibles.

D. DESCRIPTION DE LA METHODE

Contrairement à une étude quantitative, le but de notre étude n'est pas d'avoir des résultats significatifs. L'objectif est la compréhension du phénomène étudié. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité. En effet, la sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude. La taille de l'échantillon est donc généralement restreinte.

Pour cette étude, la saturation théorique est intervenue entre 7 à 10 entretiens selon les catégories étudiées, c'est-à-dire que des entretiens supplémentaires n'ont pas permis d'améliorer la compréhension du phénomène étudié.

Les entretiens se sont déroulés dans des écoles et des cabinets médicaux des départements des Hauts-de-Seine (92) et du Val d'Oise (95).

Tous les intervenants sollicités ont répondu oui à la proposition d'entretien.

9 médecins généralistes, 8 médecins scolaires, 4 infirmières scolaires et 8 enseignants ont été interrogés et ont répondu aux questions.

Les entretiens se sont déroulés entre janvier et juillet 2016.

Chaque entretien s'est déroulé dans le lieu d'exercice des médecins généralistes et dans les écoles pour les autres intervenants, au calme, en tête à tête, sans impératif horaire pour la fin de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés au dictaphone, après accord des médecins, des infirmières et des enseignants. Il s'agit d'entretiens semi dirigés c'est-à-dire sans grille préétablie.

La transcription des données a été réalisée par une personne n'ayant pas assisté à l'entretien pour limiter le risque interprétatif. Les entretiens ont été retranscrits mot par mot sur support informatique. La durée de retranscription oscille entre 1 et 2 heures pour chaque entretien.

Concernant l'analyse du contenu, il s'agit d'une analyse inductive de contenu thématique. En pratique, après retranscription intégrale des entretiens, ceux-ci ont été lus à plusieurs reprises pour déterminer les thèmes généraux. Ces derniers ne sont pas préétablis avant l'entretien, c'est le principe même d'une étude qualitative.

Le contenu de chaque entretien est ensuite découpé en unité sémantique ou unité de signification classée selon les différents thèmes.

Enfin les citations importantes sont reprises entre guillemets.

RESULTATS

Nous avons réalisé 29 entretiens avec 9 médecins généralistes, 8 médecins scolaires, 4 infirmières scolaires et 8 enseignants. Les différentes données recueillies ont pu être classées en 3 catégories :

- a. Les critères sur la forme
- b. Les critères sur le contenu
- c. Les critères sur les mesures mises en œuvre en pratique

Les enregistrements audio sont écrits en italiques et suivis entre parenthèses des numéros des entretiens correspondant.

A. LES CRITERES SUR LA FORME

1. **La lisibilité et notamment l'écriture a été un point très largement soulevé par chaque intervenant.** En effet, quand le PAI est sous forme « texte libre » **l'écriture non lisible du rédacteur constitue un frein à la bonne mise en place du PAI et une perte de temps.** Il faut rappeler le médecin rédacteur etc...

« ... c'est plus propre parce qu'on écrit mal... » (MG6) « Le problème quand je les reçois c'est la lecture, l'écriture de certains... » (MS4) «... Que ça soit lisible quand c'est écrit à la main... » (MS5) « Le PAI écrit par le médecin généraliste est en général mal écrit » (MS6) « Parfois, ce n'est pas très lisible au niveau de l'écriture du médecin » (E1) « Dans la forme ce qui est insupportable c'est l'écriture des médecins » (E4) « Parfois la lecture est difficile »

(E7) « Parfois des problèmes de lisibilités... » (IS1) « Il faut que les médecins écrivent de façon plus lisible » (IS4)

2. **Le mode de remplissage.** Il existe plusieurs formes : testes libres, textes à trou, cases à cocher... . **Les formes les plus appréciées dépendaient de la méthode et de la personnalité de chacun. Il n’y avait pas de forme idéale.** Les avis étaient partagés entre les différents intervenants. Certains suggéraient la forme informatisée.

« Celui du 95 n’est pas très compliqué à faire puisque c’est sous forme de cases à cocher... »
.... « Informatisé, ça serait plus simple pour tout le monde je pense » (MG4) « Parfois il y a 2 cases, on ne peut rien remplir. Je trouve que les parties textes libres ne sont pas assez grandes, pas la place de mettre grand-chose. Et les cases à cocher, souvent elles ne sont pas adaptées, mal formulées » (MG5) « J’aime bien les cases à cocher car je les trouve assez claires » (MG6)
« J’ai surtout eu des textes libres. Au début, c’est un peu embêtant à remplir car on ne sait pas quoi mettre. » (MG7) « Cocher c’est plus simple et plus rapide » (MG9) « La présentation est lisible si c’est bien rempli » (IS1) « Ça faisait beaucoup de cases cochées et pas de lisibilité claire du document et ça faisait un document en 4 pages parfois » ... « C’est plus simple d’avoir quelque chose de pré rempli » (IS3)

3. **L’harmonisation ou la standardisation.** **Certains médecins reprochaient le fait que les documents PAI n’étaient pas les mêmes dans tous les départements** et que cette différence de forme créait une difficulté supplémentaire quant à sa rédaction.

« Je trouve que les PAI sont mal fait. Ils ne sont pas harmonisés : ça dépend de la structure (collège, lycée), ça dépend du département... » (MG5) « Ce serait bien que ça soit un formulaire standardisé qui soit identique car j'ai vu plusieurs formes de PAI » (MG7)

B. LES CRITERES SUR LE CONTENU

- 1. La littérature. La plupart des PAI ne sont pas rédigés en tenant compte des nouvelles recommandations pour la plupart des rédacteurs.** Les médecins interrogés se basaient uniquement sur leur expérience et leurs acquis.

« non je ne me réfère à aucune référence bibliographique » (MG1) « j'en ai fait peu donc je n'ai pas regardé d'éventuelles recommandations » (MG5) « et puis tout dépend comment on est inspiré » (MG6) « .. mais sinon je ne me réfère pas aux recommandations » (MG7) « non, je ne me réfère pas à des recommandations car c'est le médecin traitant qui décide » (MS1)

- 2. La méthodologie. Le protocole est soit trop peu détaillé, soit au contraire trop détaillé. Il y a une différence selon que ce soit le médecin traitant ou l'hôpital qui délivre le PAI.** Le protocole n'est pas toujours adapté.

« des fois les prescriptions sont différentes pour une même pathologie selon si c'est l'hôpital ou le médecin traitant qui rédige » (MS1) « Alors, on sent bien qu'il y a des médecins généralistes pour qui la rédaction leur casse les pieds parce qu'ils en ont sûrement 2 ou 3 par jour donc c'est pénible. » (MS2) « Ce qui est compliqué aussi c'est pour les allergies alimentaires de cocher pour les médecins généralistes parce que souvent ils remplissent tout parce qu'eux ne comprennent pas dans quelle case ils doivent se mettre » ... « C'est plus les

hospitaliers, des fois qui ont des protocoles tout fait et où ça colle un peu moins parce que c'est tout-fait, imprimé et ça colle pas toujours à ce qu'on s'attend. » (MS3) « Il faut être honnête les PAI diabète sont excessivement bien remplis par les hôpitaux. Ils sont détaillés, peut-être même trop parce que généralement ils nous envoient au moins une dizaine de feuilles ; c'est peut-être un peu trop. A l'inverse, le médecin généraliste aura tendance à mettre « hypoglycémie ». » « Parfois il y a eu des PAI contradictoires entre le médecin traitant et par exemple le pneumologue » (MS4) « Le PAI écrit par le médecin généraliste est en général mal écrit c'est pas forcément détaillé » « par exemple, des médicaments sont prescrits et ce sont des génériques qui sont délivrés du coup le personnel ne comprend pas » (MS6) « Le seul bémol pour lequel je trouve que parfois c'est fait un peu à la va-vite c'est le PAI asthme. C'est rempli d'une façon « ventoline, 2 bouffées et puis basta » (MS7) « Non, pas du tout parce que par exemple c'était pas écrit que dès qu'il a un coup de fatigue il faut lui donner du sucre. C'est la mère qui me l'a dit. Il faut toujours avoir du sucre dans la classe. Ca c'est pas écrit. On vous explique que l'enfant a une pompe à insuline et qu'il faut le surveiller mais c'est pas écrit. » (E2) « il faut que certains médecins fassent des efforts sur le remplissage » (E4) « Des fois ce n'est pas assez détaillé de la part du médecin traitant » (E7) « Ça faisait beaucoup de cases cochées et pas de lisibilité claire du document et ça faisait un document en 4 pages parfois » « je pense à des protocoles d'asthme cette feuille là on la remplace par le protocole du service hospitalier » (IS3)

- 3. La cohérence. Des discordances entre le protocole, les ordonnances prescrites et les médicaments délivrés ont été notées et constituent un frein à la mise en place du PAI.**

« il peut y avoir de petites discordances entre ce qui est écrit sur l'ordonnance et ce qui est écrit sur notre protocole » (MS2) « Après le problème c'est que certains médecins quand ils voient les patients, ils font sûrement une prescription médicale mais avec autre chose ou même quelques fois d'autres ordonnances. » (MS4)

- 4. Le langage. Le langage à utiliser dans les PAI est un obstacle nécessaire à sa rédaction.** En effet, il s'agit d'un document qui se retrouve, entre autres, entre les mains d'un personnel non soignant, il est donc difficile pour eux de comprendre le langage médical parfois employé. D'un autre côté, il y a aussi une difficulté pour les médecins d'utiliser un langage simple.

« en cas d'urgence c'est lu par des non médecins donc on essaie d'utiliser un langage simple mais c'est difficile » (MG2) « j'essaie d'expliquer de la manière la plus facile » (MG4) « je sais qu'il ne faut pas mettre des termes médicaux car c'est destiné à des personnes qui sont non soignant pour qu'ils sachent comment réagir dans l'urgence, donc je mets des termes simples. » (MG5) « Le langage utilisé est des fois difficile à comprendre, mais la plupart du temps (a va. Mais on a souvent des PAI simples type asthme ou allergies donc on est familiarisé. » (E4) « de toute façon le PAI n'est pas fait pour le médecin ou l'infirmière parce que les médecins ont l'air de penser que c'est fait pour nous » (MS 4)

- 5. Le secret médical. Difficulté du respect du secret médical. Bien qu'il s'agisse d'un document concernant la santé de l'enfant il est important de respecter le secret médical mais ce n'est pas évident vu qu'il y a beaucoup d'informations médicales.** Parfois on devine de quoi souffre l'enfant, parfois le diagnostic est écrit en gros ou divulgué.

« on essaie d'aller seulement aux signes d'appel et on essaie de freiner les parents à donner le diagnostic » (MS8) « il n'y a pas le diagnostic en évidence » (IS1)

6. Le temps. Le remplissage du document et sa mise en place prennent beaucoup de

temps. Il a été souvent rapporté que c'était chronophage. Il y a quand même une différence entre s'il s'agit d'un renouvellement ou d'un nouveau PAI.

« ... le PAI étant le même, c'est une perte de temps inutile de faire un PAI pour le centre et un PAI pour l'école » (MG3) « ça prend plus de temps que de remplir une demande d'ALD par exemple » (MG4) « ... Ca dépend si le patient a fini la consultation et qu'à la fin il me demande de remplir le PAI là c'est pénible. » (MG6) « c'est chronophage » (MG9) « le premier trimestre on ne fait que ça des remplissages de PAI et ce , 'est que la partie papier » (MS1) « c'est long » (MS2) « ça me prend environ tout le premier trimestre » (MS5) « ... C'est difficile à dire parce que ça dépend de s'il s'agit d'un renouvellement ou d'un nouveau. Pour les renouvellements c'est plus simple et ça prend moins de temps. » « on va dire le premier trimestre pour la plupart » (MS6) « c'est du temps à consacrer en plus » « on court tout le premier trimestre » (E4) « si on explique pas par une explication orale ça prend du temps » (E8) « ... ça prend énormément de temps... » (IS2)

7. La connaissance de l'enfant. La méconnaissance de l'enfant ou de sa pathologie

peut aboutir à des PAI mal faits. De plus, il s'agit d'une barrière supplémentaire pour le médecin prescripteur qui risque de mal remplir le PAI.

« il faut chercher dans le dossier quand on ne connaît pas le patient » (MG7) « on a peu de temps pour le remplir et surtout quand tu ne connais pas le patient il est souvent baclé » (MG9)

C. LES CRITERES SUR LES MESURES MISES EN ŒUVRE EN

PRATIQUE

1. **Le personnel. L'éducation nationale souffre d'un manque de personnel** notamment de médecins scolaires mais aussi d'enseignants avec des fois des instituteurs qui se retrouvent avec des classes surpeuplées et plusieurs PAI à gérer dans la même classe ce qui génère de l'angoisse. **Le manque de médecins généralistes est également un facteur favorisant la mauvaise mise en route d'un PAI** car salle d'attente comble, manque de temps, pression, etc...

« ... qu'il y ait plus de médecins scolaires et qu'on ne les fasse plus... » « vu qu'il y a trop peu de médecin scolaire ça devient une tâche de médecin généraliste, eux se contentent de le valider » (MG4) « quand il n'y a pas d'infirmières c'est plus compliqué... » (MS1) « on peut suggérer des modifications car on n'est plus très nombreux maintenant » (MS6) « ... c'est vrai à la fois on n'est pas assez nombreux en tant que médecin scolaire pour aller. C'est pour ça que l'idée d'avoir des stagiaires de MG était tout à fait intéressant justement pour améliorer ces protocoles qui sont mis en place. » (MS8) « ... et puis le médecin scolaire n'est pas toujours là... » (E4) « ... et puis le médecin scolaire est très pris, il a des tonnes d'écoles à gérer et ça pour nous c'est vraiment difficile. » (E5) « ... je leur explique que des fois je ne suis pas là en plus que ça complique les choses pour les surveillants... » (IS1) « moi je ne suis pas toujours là... » (IS4)

2. La formation. Le personnel non médical se plaignait des fois d'un manque de formation sur la pathologie et les gestes éventuels d'urgence par les professionnels de santé. Ceci n'était pas systématique et certains membres du personnel médical et paramédical de l'école prenaient le temps de former leur équipe.

« Peut être que les gens ne sont pas assez formés. C'est peut être pour ça aussi que les PAI sont parfois mal remplis. » (MG5) « Mon expérience à la crèche : par exemple si je fais un PAI épilepsie, crise convulsive et qu'il y a du VALIUM à injecter ; si je fais un PAI dans une crèche, je forme tous les dames de la crèche à l'injection du VALIUM. C'est vrai que ça pourrait être intéressant que l'enseignant qui ait l'enfant avec le PAI ait une petite formation par le médecin scolaire. » (MG6) « Ce qu'on a fait c'est organiser une formation avec les médecins généralistes pour faire un point sur les PAI. Par exemple les enseignants n'ont pas le droit de faire une intra musculaire etc.... ensuite on a eu un soucis surtout quand c'était des épilepsies c'était noté valium intra rectale donc ça c'était interdit du coup maintenant il y a le buccolam donc du coup on leur explique que effectivement il y a d'autres choses à mettre en place, après il y a le protocole d'urgence, l'environnement etc... » (MS1) « Ce sont des équipes qui tournent très peu à GENNEVILLIERS, c'est-à-dire que ce sont des gens que je connais depuis quasiment 20 ans. Ils sont formés, ils savent très bien réagir. » (MS4) « Pour les diabètes je réunis les enseignants, pour les épilepsies également. » (MS5) « C'est vrai que quand il y a des diabètes chez les petits des fois on m'a demandé de faire des topo sur le diabète parce que c'est des petits. » (MS6) « Après, au niveau de l'insuline, il a fallu que le docteur H. qui est le docteur de l'éducation nationale vienne pour me former, pour qu'il m'explique bien » ... « c'est indispensable. Il faut être formé au DEXTRO. Moi, je ne suis pas diabétique. » « Donc il faut être formé. Je pense que la formation n'est pas automatique il faut vraiment aller la chercher. C'est-à-dire que c'est moi qui ai appelé le docteur H., qui l'ai rencontré et qui lui ai dit « si je dois faire la piqure, comment ça se passe ? je ne suis pas infirmière » » (E2) « Et il

y a 2/3 ans, il y a le médecin scolaire qui était dans l'école et nous a remontré comment ça fonctionne sauf que quand on l'a pas manipulé soi-même... donc il y a quand même des médicaments où je trouve qu'il y a un minimum de pratique pour qu'on puisse le manipuler et savoir comment ça marche. Pour les cas graves comme ça, ça manque. » (E3) « je pense qu'il faut une formation. On en a déjà eu mais faut la refaire parce qu'on oublie. » (E4) « ... par contre on a aucune formation... » (E5) « ça dépend des parents mais on n'a jamais eu de formations » (E7) « ... il n'y a plus un accompagnement du médecin scolaire qui va nous aider à décoder les protocoles. » (E8) « Donc dès que j'ai le PAI, je leur donne une photocopie et je leur montre avec le l'ANAPEN TRAINER » (IS1) « ... Mais avec les enseignants oui, souvent quand il y a des injections à faire. Ce qui revient souvent c'est qu'ils n'ont pas de formation pour ça... » (IS2) « ça fait partie de notre mission en tant qu'infirmière de s'assurer que l'équipe non soignante comprenne le PAI. LA réalisation du geste s'il y en a un je leur montre régulièrement, je refais un petit point de temps en temps avec un stylo démonstrateur ANAPEN » (IS3) « C'est dans le cadre justement, quand on signe le PAI c'est dans ce cadre-là qu'on explique aux enseignants ce qu'il faut faire. Quand il y a un ANAPEN, je leur montre. Je garde les anciens comme ça je leur montre pour qu'ils voient un petit peu. » (IS4)

3. La communication. Il s'agit d'un des critères le plus important pour la bonne mise en œuvre du PAI. Il concerne tous les intervenants du PAI que ça soit la relation médecins traitants/médecins scolaires ou médecins scolaires/parents ou médecins traitants/parents ou même médecins scolaires/enseignants. Il y a un manque manifeste de communication entre les médecins rédacteurs et les médecins scolaires et tous les deux s'en plaignent.

« nos protocoles évoluent, tout mon travail évolue en crèche car on a le retour des équipes, on essaye de s'améliorer. » (MG6) « les médecins scolaires on ne les voit jamais » (MG7) « je

ne suis jamais en contact avec le médecin scolaire » (MG8) (MG9) « Les médecins généralistes remplissent nous on fait et on s'assure de la communication. Voir si l'information est bien passée auprès de la personne qui s'occupe de l'enfant. Mais des fois il y a des loupés au niveau de la chaîne d'information. » (MS1) « on explique aux équipes » ... « Parfois, il y a des familles qui demandent un PAI, elles n'ont même pas par exemple un appel à la maison, ou elles ne savent même pas s'en servir. Donc on essaye de revoir un peu s'ils connaissent bien la pathologie de leur enfant, de les inciter à aller faire peut-être l'école de l'asthme en disant « bah tiens, votre enfant a un asthme pas très bien équilibré, est-ce que vous connaissez bien la maladie », on s'aperçoit que certaines familles n'ont pas bien intégré que la toux c'est une crise d'asthme. » ... « Je me déplace. Souvent la famille est là, on fait une réunion autour du PAI (quels sont les symptômes, quels sont les risques, pourquoi c'est important) pour que tout le monde ait bien compris pourquoi on est si vigilant pour un enfant. » (MS2) « Les maladies plus rares, ou les diabètes très déséquilibrés, moi j'appelle l'hôpital ou les parents. Et si je pense que c'est nécessaire pour l'équipe, on fait une petite réunion. J'appelle assez facilement. » (MS3) « pour les diabètes je réunis les enseignants, pour les épilepsies également » (MS5) « de toute façon si je trouve qu'il n'est pas bien rempli, j'appelle » « Ce que je déplore simplement c'est (j'ai eu une interne qui a fait une thèse sur « communication entre le médecin généraliste et le médecin éducation nationale ») que c'est toujours à nous qui sommes à l'initiative d'aller à la pêche aux informations. C'est-à-dire que c'est très rarement le médecin hospitalier qui va dire « renseignez-vous vous devez avoir un médecin scolaire, donnez-nous ses coordonnées, on va l'appeler » » (MS7) « Moi j'ai le temps de réunir les enseignants, les parents. Dans le cas des maladies rares, il est intéressant de connaître davantage si cette maladie va avoir des retentissements sur la scolarité de l'enfant et est-ce qu'on peut aider à la scolarisation. Donc ceux-là on va dire que les parents quand ils ont ce genre de diagnostic ils vont plus facilement le dire soit à l'enseignant soit au directeur

soit à l'infirmière, cette communication là elle se fait. » (MS8) « Le PAI actuel pour des choses comme l'asthme etc... je trouve que ça suffit à partir du moment où on a une relation avec les parents qui est assez proche » (E2) « Oui après c'est bien quand on a des réunions. J'ai pas toujours eu de réunion de début d'année pour redétailler le PAI c'est rare. Ça a lieu quand on élabore le PAI la première fois mais pour les renouvellements c'est passé d'un collègue à l'autre et il n'y a pas de remise à plat avec les parents et l'équipe enseignante. » (E7) « je repasse par les familles quand les médecins remplissent mal » (IS1) « je prends le temps de voir avec les équipes est ce qu'ils arrivent à lire et est ce qu'ils ont compris ce qui est écrit.. » (IS3)

4. La demande. On assiste des fois à des demandes abusives de la part des familles.

Les parents sont parfois un peu angoissés par rapport à la santé de leur enfant et les médecins, qui des fois ne connaissent pas très bien l'enfant, cèdent à des demandes parfois abusives voire absurdes. **On peut également avoir des difficultés avec les familles notamment sur le renouvellement avec des parents qui trainent à donner le renouvellement ou qui parfois délaissent un PAI car trop contraignant et exposent l'enfant à un risque.**

« ... et puis dans les allergies alimentaires il ne faut pas exagérer non plus parce que du c'est contraignant pour l'enfant » (MG2) « J'ai eu des cas aussi de suspicion d'allergie alimentaire mais non confirmée par les tests mais la maman ne voulait pas qu'on lui donne donc on te file un PAI, mais ce n'est pas une allergie. Donc c'est un PAI abusif. » (MG3) «... il y a eu des PAI « mon enfant ne mange pas de viande » D'un côté, on a envie d'aider car on comprend la problématique et d'un autre côté, c'est un certificat médical donc comment mettre ça, comment peut-on le renseigner... Alors les parents amènent ça comme de l'allergie. Donc il y a eu des

demandes abusives ... » (MG7) « ... parfois les parents demandent des PAI pour que leur enfant ne mange pas de viande à la cantine en expliquant qu'ils « suspectent une allergie à la viande, à chaque fois que l'enfant mange de la viande, il a mal au ventre ». Certaines municipalités à ce sujet font attention, et mènent leur enquête concernant ce type particulier de PAI.... » (MG9) « Donc on n'a pas l'impression qu'il y a tant de besoin que ça mais c'est toujours l'enfant qui n'aura pas sa Ventoline qui va faire une crise d'asthme grave et on va dire « bah tiens s'il y avait eu un PAI ça aurait été pas mal » » «Donc il y a beaucoup de familles qui râlent, beaucoup de famille qui ont tendance au bout d'un moment ne plus dire que l'enfant continue à être allergique. Donc on a des PAI qui disparaissent. Sur le plan sécurité ça pose de vrais soucis car on est persuadé que l'enfant est toujours allergique mais il n'est pas annoncé. Alors ça pose problème » «Vraiment le problème majeur c'est la maternelle et la primaire, avec des enfants qui sont petits où il faut vraiment être très vigilant au niveau de la surveillance surtout avec les allergies à l'arachide. Là il peut y avoir des situations très tendues avec des familles très agressives. Ce n'est pas toujours serein avec les PAI » (MS2) « Ca va être un bilan médical pour quelque chose qui est plus culturel, au niveau alimentaire ou religieux. Les plus gros problèmes qu'on rencontre c'est quand ça ne va pas être médical. Par exemple, il y a des modes : l'allergie au lactose, l'allergie au gluten. » (MS3) « ... Puis il y a des gens qui demandent des PAI épilepsie pour un risque hypothétique et seulement hypothétique » « ... on est en difficulté pour récupérer les parents qui ont déjà fait un protocole périscolaire parce qu'ils ont l'impression qu'une fois qu'ils l'ont dit à quelqu'un tout le monde le sait.... » «Si vous apostrophiez les infirmières, elles reçoivent en début d'année un questionnaire de santé où on demande aux parents « est ce que votre enfant a eu des problèmes de santé ? » donc le parent répond asthme si l'enfant a fait un épisode sifflant mais quand on réapostrophe les parents on se rend compte que c'est flou. » (MS8) « Il faut se battre pour l'avoir. Là par exemple, pour la rentrée prochaine, je vais avoir un PAI et comme les

parents avaient le dossier avec eux, j'en ai fait une photocopie avant que ça ne parte en mairie. Comme ça j'ai déjà une copie pour démarrer à la rentrée car je ne sais pas quand est ce qu'on l'aura. » (E1) « la mise en place c'est simple parce qu'ils sont motivés, mais pour les renouvellements c'est un peu plus difficile, il faut relancer parfois » (E4) « On a des difficultés pour faire renouveler les PAI par les parents car c'est contraignant. En même temps ça prend du temps et c'est beaucoup de documents » (E5) « ... j'ai eu aussi des parents qui étaient très pointilleux surtout sur les PAI alimentaires alors que d'autres sont beaucoup moins regardant... » (E7) « la difficulté c'est l'inertie. Dans notre quartier on transmet des documents aux familles de renouvellements de PAI etc... du coup des fois ça met du temps à revenir » (E8) « ... parfois c'est un PAI de sécurité, il vaut mieux avoir un PAI de sécurité que rien » (IS1) « les parents ne sont pas toujours très sérieux il faut les relancer » (IS2) « ... Les renouvellements sont difficiles à obtenir. Le problème surtout en maternelle c'est le périscolaire puisque c'est compliqué pour les parents de comprendre que quand ils vont faire un PAI en mairie cela ne veut pas dire que le PAI est fait pour l'école et ça des fois ils sont persuadés que tout est fait. » « parfois surtout en maternelle avec la crainte tout ça on sollicitait ou on resollicitait les parents presque un peu trop donc ils faisaient puis on s'aperçoit que des fois c'est inutile. » (IS3) « c'est sur qu'il y a des PAI de complaisance ceux qui sont allergiques au lait ou au gluten.... » (IS4)

5. **Le devenir et le contexte. Les médecins prescripteurs ne savent pas dans quel contexte le médecin scolaire et les enseignants travaillent ce qui conduit à la rédaction de PAI impossible à mettre en place.** De plus la plupart des médecins ne savent pas ce que devient le PAI par la suite et ignorent les missions du médecin scolaire.

« ce qui est compliqué c'est un PAI pour 10 000 trucs. Ça part dans tous les sens » (MG2)
« j'aimerais bien avoir un retour sur les PAI, savoir le nombre de PAI qui sont vraiment mis en

œuvre » (MG4) « parfois ils font faire des choses qui ne sont pas trop possible comme le Valium Intrarectal chez des grands ou des choses comme ça. Bon, maintenant on a le buccal donc ça ne pose plus de problème, mais on l'a eu pendant un certain temps. Mais une fois qu'on appelle, on se met d'accord et il n'y a jamais de soucis. » (MS3) « c'est avec la méconnaissance des médecins de ce qu'il se passe dans les écoles, de ce qui est faisable » (MS5) « Par exemple, le PAI de l'asthme de Beaumont est impossible à mettre en place car il demande une surveillance de l'enfant pendant 20 minutes après ventoline. On en a discuté avec le chef de service de pédiatrie qui ne veut pas revenir dessus, une instit ne peut pas laisser sa classe sans surveillance pendant 20 minutes » (MS6) « des fois dans leur tête ce qui peut être fait à la maison peut être fait à l'école » (MS8) « en général le médecin ne sait pas comment vous travaillez » (IS2) « Ça dépend : par le médecin ça va, ils ont l'habitude. Et pour le protocole hospitalier, parfois ils ne se rendent pas compte qu'on est dans une école et pas à l'hôpital ! Moi, je ne suis pas toujours là » (IS4)

6. **La logistique.** Il s'agit d'une conséquence directe de la demande abusive. En effet, **les demandes de ce type aboutissent à l'accumulation de médicaments qui périssent alors qu'ils n'ont jamais été utilisés. On finit donc par les jeter.** Il s'agit également de la gestion de la trousse d'urgence et du PAI dans les différentes structures où peut se trouver l'enfant (à savoir le périscolaire).

« après on a sûrement beaucoup de PAI qui ne servent à rien parce que quand on fait en fin d'année l'infirmerie il y a plein de médicaments qui n'ont jamais été utilisés » (MS1) « je trouve qu'il y a trop d'intermédiaires, trop d'intervenants dans le PAI » (E5) « quand nos élèves vont en centre de loisirs ou en sortie, dans nos locaux ou dans d'autres locaux, c'est un document qu'on partage avec le périscolaire. Du coup ils ont les copies, ils les clés de l'armoire dans

laquelle sont stockés les médicaments. Parfois sur les vacances, quand ils partent dans une autre école parce que le centre de vacances se fait pas ici mais à l'école d'à côté parce qu'il y a une alternance, il y a un petit flottement parce qu'ils emmènent les médicaments et du coup il y a toujours un petit stress à la rentrée, je mets la pression à la responsable pour que ça reviennent le premier pour que ça soit toujours à disposition. L'idée qu'il y ait plusieurs assortiments de médicaments ce n'est pas clair dans le médicament et ça pourrait être souhaitable après c'est pas génial pour la sécurité sociale de faire des kits mais là le fait que l'on partage... sur la journée de l'enfant il y a plusieurs adultes référents, quand on est sur le même lieu tous ensemble ça marche bien mais quand ils partent ça peut être stressant. Et autre chose de stressante avec les PAI, en cas de confinement il faut aussi s'assurer que quelqu'un puisse aller chercher l'ensemble des médicaments et puisse les ramener dans la zone de confinement. Si on est confiné il faut qu'on puisse traiter les enfants qui ont un PAI. » (E8) « le souci : moi j'ai les médicaments. Alors c'est un trou pour la sécurité sociale mais par exemple pour l'asthme, il faut multiplier. Qu'il y en ai un chez nous et un dans le sac de sport de l'enfant car le professeur ne pensera pas à prendre le médicament. Après, c'est différent du primaire. Mais là c'est dans le sac de sport de l'enfant. Donc je demande 2 ventolines. » ... « Pour les allergies : les profs ne prennent pas la trousse avec l'ANAPEN en sport. S'il arrive quelque chose, la consigne c'est d'appeler le 15. Sinon si je donne la pochette, je ne la récupérerai pas. Par contre, s'il y a une sortie les professeurs ont la liste des PAI avec les signes, les symptômes et normalement ils doivent venir chercher les pochettes. Je leur prépare une pochette avec la photocopie du PAI et les médicaments et ils ont ça pour la journée. » « Et le SOLUPRED, je l'ai pris dans le PAI car on ne l'a pas dans notre pharmacie malgré que ce soit donné dans toutes les allergies. Ça ne fait pas parti de nos médicaments d'urgences et on n'a pas le droit de le donner s'il n'y a pas de PAI. Là j'ai eu l'aval du 15 donc je l'ai donné. On demande à ce que notre liste soit réactualisée car nos médicaments ne sont pas adaptés, mais ce n'est pas

fait. » (IS2) « Ensuite il faut gérer un endroit commun pour éviter de demander tout en double à la famille. Dans des écoles ça se prête puisque de plus en plus les centres de loisirs sont intégrés et que les locaux sont accessibles mais c'est pas toujours aussi simple que ça et je suis déjà intervenu à l'occasion pour faire entendre les choses parce que des fois on avait demandé les médicaments en double, c'était à 2 endroits différents et puis pas tout... » (IS3) « y a un truc qui me gêne énormément c'est ce gaspillage de médicaments : depuis 17 ans je n'ai jamais fait un ANAPEN donc j'en ai jeté beaucoup. On jette tout : les ANAPEN, les ventolines, tout ça, ça va à la poubelle, donc je me dis rien que moi sur mon petit secteur, tout ce que je jette multiplier par... Je n'aime pas ça » (IS4)

7. **La responsabilité. Certains médecins se plaignent de faire des PAI pour rassurer les écoles ce qui aboutit à des demandes abusives.** De plus, certains non médicaux ne savent pas se positionner vis-à-vis du PAI. Ont-ils ou non le droit de faire certains gestes ? Surtout que certains gestes leur font peur et **certaines enseignantes sont très septiques à l'idée de les réaliser** d'où l'importance de former l'équipe et de renouveler la formation.

« aujourd'hui dans les écoles la problématique c'est qu'ils ne veulent prendre aucun risque » (MG1) « je pense que les parents signalent et que l'éducation nationale sort le parapluie du PAI » (MG4) « l'anapen c'est dans la trousse de secours mais je ne sais pas si on s'y risquerait » (E1) « si je dois faire une piqûre comment ça se passe ? je ne suis pas infirmière » (E2) « .. dans le PAI il y avait le stylo d'ANAPE ? et heureusement je n'ai pas eu à m'en servir » (E3) « .. et puis au niveau de la responsabilité aussi c'est un plus... » (E4) « c'est un épiléptique parce que ça veut dire seringue et canule donc pour nous c'est inquiétant » (E5) « ben des fois je ne suis pas très à l'aise car des fois ça traîne et il peut y avoir des pathologies qui font peur » (E6) « parfois c'est un PAI de sécurité il vaut mieux avoir un PAI de sécurité

que rien » (IS1) « parce que déjà rien que le mot pique ilya $\frac{3}{4}$ qui sont partis déjà, ils n'ont pas du tout envie de faire une pique » (IS4)

DISCUSSION

A. CRITIQUE DE L'ETUDE

a. Pertinence de la question posée

Le projet d'accueil individualisé (PAI) est avant tout une démarche d'accueil résultant d'une réflexion commune des différents intervenants impliqués dans la vie de l'enfant malade. Il a pour but de faciliter l'accueil de cet enfant mais ne saurait se substituer à la responsabilité des familles. Il convient de rappeler que le protocole de PAI n'est pas obligatoire : les chiffres ne représentent donc pas la fréquence de la maladie en milieu scolaire, mais la demande de PAI pour la pathologie citée. En 2011-2012, 173 158 élèves ont bénéficié d'un PAI, dont 101 994 PAI reconduits et 71 164 PAI nouveaux. En 2012-2013, 202 999 élèves ont bénéficié d'un PAI, dont 120 066 PAI reconduits et 82 933 PAI nouveaux. Pour les deux années observées, l'asthme et l'allergie sont à l'origine de 60% des PAI demandés. Etant donnée la proportion importante de PAI mis en œuvre dans le pays et étant donné son impact sur l'intégration de l'enfant dans la scolarité, il était important d'évaluer la qualité de ce document et de ce projet dans différentes écoles de secteurs différents.

b. Choix de la méthodologie

L'Evidence Based Medicine (EBM) ou Médecine Fondée sur la Science est l'interaction entre les données de la science, les connaissances du médecin généraliste et ses interprétations. Ce travail de thèse s'inscrit dans l'EBM. Nous avons en effet d'abord étudié la littérature afin de mettre en évidence les différents points pouvant définir un PAI que cela soit sur le plan pratique et juridique. Par la suite, nous avons réalisé notre propre étude afin de comparer les résultats de

la littérature aux données retrouvées dans un échantillon de population. Il nous a alors été possible de comparer toutes ces données avec la représentation que peut se faire les différents intervenants dans le PAI sur ce document et sur sa mise en œuvre.

La méthode qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs était la plus adaptée à la question de recherche. Le but n'était pas en effet d'estimer les différentes proportions de personnes ayant tel ou tel avis sur la question, et l'échantillon n'est donc pas représentatif de la population générale. L'objectif était de recueillir le plus possible d'avis différents afin d'obtenir un maximum de données qui puissent être comparées à celles de la littérature et par conséquent exploitables.

Notre étude présente certains biais dus au choix de la méthode qualitative. Le recrutement des médecins généralistes s'est fait en des sites variés de par leur localisation géographique (départements 95 et 92 donc milieu urbain et semi-rural) et leur secteur d'activité (médecins généralistes, installés ou non, thésés ou non thésés), de profils (sexe, âge) différents, avec des domaines d'intérêts personnels différents, donc d'opinions différentes. La représentativité de l'échantillon peut être diminuée du fait que certains médecins sont maîtres de stage, avec un devoir de formation, et sont donc possiblement plus à jour concernant les évolutions des recommandations concernant les différentes pathologies pouvant faire l'objet d'un PAI (asthme, allergies par exemple). Par ailleurs nous avons interrogé nos connaissances, nos collègues ainsi que des personnes que l'on avait pu nous recommander. De même la patientèle en Ile-de-France n'est pas non plus assimilable au reste de la population française.

Ensuite, le recrutement des médecins scolaires et des infirmières scolaires s'est fait sur des zones géographiques variées (départements 95 et 92 donc milieu urbain et semi rural). L'âge et le sexe étaient à peu près similaires en moyenne 50 ans et que des femmes ont été interrogées. Ce manque de diversité constitue un biais dans le sens où les avis sur le PAI étaient assez redondants et puis les méthodes utilisées par chacune pour l'analyse du PAI étaient assez

similaires.

Le recrutement des enseignants s'est fait sur des sites variés de par leurs localisations géographiques et de profils différents. L'expérience de chacun vis-à-vis du PAI était différente ce qui rendait les avis et les opinions plus diverses et donc utiles à la collection de critères de bonne mise en œuvre du PAI.

Le guide d'entretien semi-structuré autorise les digressions et l'apparition de thèmes non envisagés a priori et permet à l'investigateur de réaliser des relances. Enfin, la retranscription par écrit a été réalisée immédiatement après les entretiens, mot à mot, ce qui a permis de ne pas perdre le sens des propos recueillis.

c. Inconvénients de la méthode

- Des échantillons restreints

L'inconvénient principal de la méthode est l'importance du matériel collecté, Le matériel tant l'ensemble des informations récoltées lors des entretiens. Ce qui oblige à travailler sur des échantillons restreints.

- Notion de transférabilité

Elle réfère à la notion de généralisation des résultats que l'on retrouve en recherche qualitative. L'une des principales critiques à l'endroit de la recherche qualitative est qu'elle produit des résultats non généralisables du fait des échantillons restreints.

- Partialité de l'analyse

L'analyse doit être la plus impartiale possible. Cependant, une étude qualitative interprétative suppose une lecture critique du matériel obtenu lors des entretiens. En effet, les résultats sont détaillés et sont regroupés en thèmes, sous thèmes... Malgré tous les efforts, les résultats ne peuvent être qu'un reflet partiel du matériel d'entretien car seuls les éléments pertinents et/ou les plus fréquemment retrouvés sont retenus.

d. Les biais de l'étude

- Echantillon

L'échantillon est restreint mais le nombre d'intervenants n'a pas été défini avant l'étude. Le nombre de participants a été déterminé par les résultats des entretiens. En effet, la saturation théorique est intervenue après 9 entretiens pour les MG, 8 entretiens pour les MS, 4 entretiens pour les IS et 8 entretiens pour les E, c'est-à-dire que des entretiens supplémentaires n'ont pas apportés d'éléments permettant d'améliorer la compréhension du phénomène étudié. Cependant, il y a des biais de sélection :

- 3 médecins généralistes étaient de ma connaissance
- Les médecins scolaires sélectionnés étaient maître de stage à la faculté dans le cadre du SASPAS et donc intéressés par mon travail.
- Les MS et les IS étaient tous des femmes d'en moyenne 50 ans.

- Notion de transférabilité

La principale critique de cette étude est la difficulté de généralisation des résultats. Certes, la sélection des MG et des enseignants a répondu à différents critères : équilibre homme/femme, équilibre sur le lieu d'exercice, équilibre sur les âges ainsi que le bassin d'activité. Cependant, le fait d'interroger des MG, MS, IS et enseignants du Val d'Oise et des Hauts-de-Seine rend hasardeux la généralisation des résultats à toute la France.

- Partialité de l'analyse

La plus grosse critique de cette étude est la difficulté d'impartialité. En effet, une étude qualitative interprétative est de fait sujette à l'interprétation de l'enquêteur. Pour améliorer la crédibilité de l'analyse, les données ont été analysées par plusieurs chercheurs : l'enquête et la retranscription ont été faites par moi-même ; le découpage thématique des entretiens a été supervisé par une deuxième personne n'étant pas intervenue dans les interrogatoires et dans la

retranscription, en pratique mon épouse, qui travaille dans un tout autre domaine que la médecine. Cependant le découpage sémantique et l'analyse des données ont été faits par l'enquêteur. De plus, une triangulation des sources n'a pu être mise en œuvre pour des raisons logistiques de lisibilité des résultats. On ne peut pas vérifier ce qui est fait réellement par les MG, les MS ou les IS en pratique courante, ce qu'ils disent est pris comme tel. On ne peut pas vérifier non plus ce qu'avancent les enseignants dans leur histoire et leur vécu notamment.

B. INTERPRETATION ET CONFRONTATION DES RESULTATS PAR RAPPORTS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

a. Sur le forme du PAI

La première chose sur laquelle les différents intervenants, et notamment les médecins scolaires et les enseignants, ont parlé c'est l'écriture souvent pas très lisible des médecins rédacteurs. Cela peut s'expliquer par plusieurs choses. Premièrement, le manque de temps lors de la consultation avec une salle d'attente souvent pleine. La durée d'une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes selon une enquête réalisée par la drees en 2002 (19). Souvent les patients ne viennent pas pour le document et tendent le document en fin de consultation ce qui laisse peu de temps pour remplir le PAI. Deuxièmement, la longueur et la difficulté des études et l'habitude de la prise de note à la fac ne favorise pas l'écriture lisible. Ensuite, on a remarqué qu'il n'y avait pas de forme idéale du PAI. La forme case à cocher VS texte libre était variable selon la méthode de travail de chacun, selon la personnalité... Ce qui comptait c'était la pertinence de réplétion du document.

Enfin, les différentes formes de présentation selon les départements constituaient un obstacle surtout pour les médecins non installés et qui venaient à remplacer dans plusieurs départements. Cela conduit donc à des PAI mal remplis. Effectivement les PAI du 95 et du 92 sont très

différents (cf annexe), on peut donc penser à proposer une forme standard commune à tous les départements.

b. Sur le contenu du PAI

On a remarqué qu'aucun médecin généraliste ne se référait à des références bibliographiques ou à des recommandations ou consensus pour remplir le document. Ils se fiaient plus à leur expérience et leurs acquis. En effet, en France la formation médicale initiale (FMI) d'un médecin dure entre 9 et 13 ans selon la spécialisation. Il faut savoir qu'une estimation souvent annoncée est que 50% des connaissances sont obsolètes au bout de 7 ans. La formation médicale continue (FMC) est donc indispensable au perfectionnement des connaissances et à la qualité d'exercice du praticien. Seulement, la connaissance n'implique pas forcément son utilisation dans la pratique professionnelle (20).

Par ailleurs, les personnes interrogées relevaient que parfois le PAI était soit trop peu détaillé soit au contraire trop détaillé ce qui constituait un obstacle à sa mise en place. Cela peut s'expliquer par la méconnaissance du document par les praticiens. En effet, premièrement, pour les jeunes médecins, c'est un document que l'on découvre sur le tas. Il n'est pas enseigné dans les facultés ni son existence ni son devenir ni même son contenu. Deuxièmement, la situation en janvier 2014 montrait une moyenne d'âge des médecins généralistes à 51.6 ans et les médecins âgés de plus de 60 ans représentaient 25.6% des effectifs (21). Sachant que le PAI n'existe que depuis une dizaine d'années, la plupart des médecins généralistes ne sont pas familiarisés avec le document, ce qui peut expliquer que dans certains cas le PAI soit mal rempli et pas assez détaillé.

Le PAI est parfois freiné par des incohérences entre la rédaction et la mise en place. Par exemple, il arrive que des enseignants ne comprennent pas le PAI car le nom du médicament délivré est différent de celui prescrit (nom commercial VS DCI). Il faut rappeler que la prescription en DCI est obligatoire depuis janvier 2015 mais, selon une étude UFC-Que Choisir ayant étudiée des ordonnances collectées du 20 mai au 29 juin 2015, émanant de 72 départements dont 73 % provenaient d'un médecin généraliste et 27 % d'un spécialiste ; seuls 13 % étaient inscrits en DCI. 14 % supplémentaires comportaient la DCI ainsi que le nom de marque, comme le tolère la loi, mais 73 % des médicaments étaient prescrits avec le seul nom de marque (22). Par ailleurs, une ordonnance sur cinq était inscrite en DCI.

Le langage utilisé par moment était non adapté à des personnes non soignantes ce qui rend les choses compliquées. Cela peut être expliqué par un manque de communication entre le milieu scolaire et les médecins rédacteurs.

La communication reste un élément majeur dans le PAI. La méconnaissance des enfants par le médecin rédacteur doit pousser les médecins généralistes, spécialistes et médecins scolaires à plus communiquer afin de créer une cohésion autour du PAI.

Dans les PAI, il est difficile par moment de respecter le secret médical mais c'est obligatoire. Il incombe donc aux médecins de ne pas noter la pathologie et aux personnes qui reçoivent le PAI de rester discret sur la pathologie de l'enfant.

Le manque de temps des médecins pour remplir le document affecte le PAI. Cela s'explique par la diminution du temps de consultation (en moyenne 16 minutes en 2002) (19). De plus, le nombre de médecins généralistes est en baisse à l'heure actuelle. Le dernier tableau de l'Ordre recense 90 630 médecins généralistes inscrits en activité régulière. Ces derniers voient leurs effectifs baisser de 1% sur un an et de 6,6 % depuis 2007. Ils ne seront plus que 86 203 en 2020 (21).

c. Sur la mise en œuvre en pratique

Les médecins scolaires souffrent terriblement du manque d'effectifs et se retrouve avec énormément de PAI à gérer en début d'année sur plusieurs écoles. Cela affecte la mise en place du PAI et peut laisser place à certaines négligences. En effet, selon le SNMSU dans un communiqué, on constate qu'il y aurait 1 100 docteurs pour 12 millions d'élèves. Le nombre de médecins scolaires baisse en effet. « La rentrée scolaire 2014-2015 s'est faite dans une triste continuité », indique le texte, avec « 263 postes vacants en octobre 2014 », et « pour la première fois, la démission de collègues ! ». Pour le syndicat, la désertion de la médecine scolaire par les jeunes docteurs s'explique notamment par l'étendue du secteur de travail, « pouvant couvrir un département entier », ou « la multiplication des missions jamais priorisées par le ministère de l'éducation nationale ». Un abandon « tout à fait paradoxal » pour le SNMSU-Unsa Education, « à l'heure où le ministère affirme la promotion de la santé comme une des missions de l'école » (24)

Par ailleurs, la formation du personnel médical et non médical à l'administration des médicaments et aux gestes qui sauvent est primordiale. Pour les médecins, la FMC est obligatoire et assure un perfectionnement des compétences médicales (20). Par ailleurs, les enseignants et les élèves ont l'obligation à la formation aux premiers secours pour assurer une certaine sécurité dans l'établissement. On peut également compter sur les médecins scolaires et les infirmières pour former l'équipe sur le traitement de l'enfant qui a un PAI. Les enseignants étaient très demandeurs dans notre étude et se sentaient rassurés quand une formation leur été donnée.

La communication entre le personnel scolaire ; entre le médecin scolaire et les médecins rédacteurs est un élément clé à la bonne mise en place du PAI. Mais l'étude révélait un manque

cruel de communication entre les médecins scolaires et les médecins rédacteurs. Une étude réalisée en 2014 a montré que les médecins généralistes et les médecins ne communiquent pas ou très peu. Ils communiquent essentiellement par téléphone, courrier ou carnet de santé. Les relations sont insuffisantes voire inexistantes. Les principaux freins sont le manque de disponibilité et de temps, la méconnaissance de la médecine scolaire. Le manque de retour du médecin scolaire pourrait expliquer le manque de communication (25).

La demande des PAI augmente au fur et à mesure des années et l'effectif des médecins diminue ce qui crée une difficulté supplémentaire à la rédaction d'un PAI de bonne qualité (23). L'augmentation de ces demandes peut être expliquée par l'augmentation de l'effectif des élèves dans les établissements d'une part et d'autre part par des demandes parfois abusives et venant « parasitées » le temps pris pour les autres.

D'un point de vue logistique, on remarque que le PAI génère beaucoup de gaspillage notamment du fait des demandes abusives et de médicaments qui ne sont jamais utilisés et qui arrivent à date de péremption. Pour la première fois en 2012, la consommation de médicaments a reculé en valeur : -0,9% (le volume de la consommation de médicaments a, lui, augmenté de 2,4% en 2012 contre +2,5% en 2011 et +3,4% en 2010). La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), impute cette baisse à une diminution des prix et à un net tassement des volumes, lui-même lié à une baisse des prescriptions ainsi qu'à des modifications de comportements, sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, des actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), des remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant (26). Néanmoins, la consommation française, mesurée en unités standards par habitant, reste de 22% supérieure à celle observée dans les pays voisins. Selon le rapport d'analyse des ventes de médicaments en France, publié, en juillet 2013 par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), la consommation de médicaments est restée stable en 2012, avec 48 boîtes consommées en moyenne par habitant.

Le gisement de médicaments non utilisés est estimé à 23 000 tonnes en France (27). A la suite du rapport de Catherine Lemorton sur la prescription médicale (2008), des Comptes de santé (2010) et des études de la Caisse nationale d'assurance maladie (2011), l'étude du Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) de mars 2014 rejoint le constat de la DREES à propos de la sur-consommation française, en dépit d'une diminution des ventes de médicaments observée en 2012.

Enfin, le côté légal et notamment responsabilité est un frein à la pratique de certains gestes. Cela génère également de la peur auprès des enseignants. Cette peur est, des fois, injustifiée car en réalité il n'y a que très peu d'accidents par rapport au nombre de PAI en place et il y a toujours le 15 en cas de nécessité. On ne demande pas de faire le travail d'un médecin aux enseignants. Le PAI est tout de même un document destiné, entre autres, à des personnes non soignantes.

C. CRITERES DE QUALITE RESSORTIS APRES ANALYSE DES RESULTATS

a. La présentation du document

1. Une écriture soignée ou un document informatisé
2. Un mode de remplissage mixte (texte libre et cases à cocher) pour que chaque rédacteur s'y retrouve.
3. Un document uniformisé sur tout le territoire national.

b. Le contenu du document

1. Un remplissage se référant à des recommandations et à des consensus médicaux.
2. Un remplissage simple type schéma et uniquement l'important (évittez de trop détailler)
3. Des prescriptions en DCI pour éviter les discordances
4. Utiliser un langage simple compréhensible par des non médecins
5. Des consultations dédiées au remplissage de PAI et pas faire le document en fin de consultation à la va-vite.
6. Respecter le secret médical tant que possible.
7. Prendre connaissance de l'enfant avant et orienter l'enfant vers le pédiatre traitant ou le médecin généraliste traitant s'il n'est pas suivi dans le cabinet.

c. La mise en place du PAI

1. Pallier au manque de personnel dans les établissements, au manque de médecins scolaires et au manque de médecins généralistes.
2. Former les différents intervenants dans le PAI sur les différentes pathologies et les gestes.
3. Favoriser la communication entre les généralistes, les spécialistes, les médecins scolaires, les directeurs d'écoles.
4. Eduquer les parents sur la pathologie de leur enfant pour éviter les demandes abusives ou le laxisme.

5. Gérer la pharmacie et limiter le gaspillage de médicaments notamment en proposant de faire une pharmacie commune pour tous les élèves.

CONCLUSION

La prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique est assurée par un ensemble de professionnels de santé en ville et à l'hôpital. La maladie ne doit pas être un obstacle à la scolarisation de ces enfants c'est pour cela qu'a été créé le PAI. Cependant, la rédaction et la mise en place du PAI n'est pas aussi simple que cela peut paraître. En effet, la bonne mise en œuvre du PAI va dépendre de la qualité du document mais aussi de la structure dans laquelle va être accueilli l'enfant. Le nombre d'intervenants dans le PAI fait que chacun peut rencontrer des difficultés et ainsi engendrer des failles dans la rédaction et donc dans la mise en œuvre de celui-ci.

Dans cette étude qualitative, j'ai tenté d'explorer le positionnement et les pratiques des différents intervenants dans le PAI à savoir les médecins généralistes, les médecins scolaires, les infirmières scolaires et les enseignants dans la rédaction et la mise en place des PAI afin de ressortir des critères de qualité. Des entretiens semi dirigés ont été passés avec des médecins généralistes, scolaires, infirmières scolaires et enseignants.

Il est ressorti de cette étude plusieurs critères utiles à la bonne mise en œuvre d'un PAI. La présentation du document doit être soignée avec une écriture lisible ou même informatisée, avec des cases à cocher en associant des cases pour texte libre et idéalement standardisée. Le remplissage doit se faire selon des recommandations médicales en favorisant la simplicité (schéma par exemple). Il faut éviter le remplissage avec des prescriptions en nom commercial et favoriser les DCI. Le PAI est un document soumis au secret médical, les rédacteurs se doivent de le respecter. Ils se doivent également d'utiliser un langage simple en n'oubliant pas que c'est un document qui se retrouve entre les mains de non médecins. Pour éviter le « bâclage » du document et les PAI trop peu détaillés, il est préférable de connaître l'enfant au préalable et de

faire des consultations dédiées. L'éducation nationale et la médecine générale souffre d'un manque d'effectif, il est donc dans l'intérêt de l'enfant de pallier au manque de personnel dans les établissements, au manque de médecins scolaire et au manque de médecins généralistes. Il est également intéressant de former les différents intervenants aux gestes et aux pathologies en rapport avec le PAI pour éviter l'appréhension, la peur et améliorer l'efficacité des protocoles. La communication est un élément primordial dans le PAI. Les médecins généralistes et les médecins scolaires parlent très peu, ce qui crée des difficultés supplémentaires il faut donc favoriser la communication entre les généralistes, les spécialistes, les médecins scolaires, les directeurs d'écoles. Eduquer les parents sur la pathologie de leurs enfants pour éviter les demandes abusives ou le laxisme est utile pour une optimisation de la mise en place du PAI. Enfin le côté logistique est un critère de qualité essentiel dans le PAI, il est intéressant de gérer la pharmacie et limiter le gaspillage de médicament notamment en proposant de faire une pharmacie commune pour tous les élèves.

Cette étude a permis d'optimiser la prise en charge en milieu scolaire d'enfants atteints de pathologies chroniques. Elle a également permis de sensibiliser et éduquer le personnel médical et enseignant autour d'une pathologie à gérer en milieu scolaire. Enfin, elle a permis, de façon indirecte d'améliorer la communication entre médecine de ville et médecine scolaire à travers un PAI de qualité.

Le PAI idéale n'existe pas mais on pourrait proposer des mesures afin de l'améliorer. On pourrait créer un PAI uniforme à tout le territoire national, ou encore un dossier médical commun entre le médecin généraliste et le médecin scolaire. On pourrait également proposer par exemple d'informatiser complètement le PAI sur une plateforme internet. Beaucoup de mesures peuvent être envisagé mais on peut dès à présent réunir le maximum de critères de qualité afin de mettre en place le meilleur PAI possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Journal officiel, Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans les établissements d'enseignement publics et privés sous contrat des premier et second degrés. Circulaire n° 93-248 du 22 juillet 1993, abrogée et remplacée par la circulaire n° 99-181 du 10 novembre 1999(1)
2. Journal officiel, Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période, dans le premier et second degré. Circulaire n° 99-181 du 10 novembre 1999.(2)
3. Journal officiel, Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de trouble de la santé évoluant sur une longue période. Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003(3)
4. Journal officiel, Missions des médecins de l'éducation nationale. Circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001. Bulletin Officiel de l'éducation nationale. Spécial N°1 du 25 janvier 2001 (4)
5. Ministère de l'éducation nationale, direction générale de l'enseignement scolaire, bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité, politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves, quelques données chiffrées 2009-2011 (5)
6. Rapport 2011 sur l'état de santé de la population en France de la DREES, objectif 74 : asthme; 300-303 (6)
7. Dorothée Dumeur, Problématique de la prise en charge des soins médicaux en milieu scolaire, Mémoire: école nationale de santé publique:2002 (7)
8. Rapport du Comité National pour l'Epilepsie, L'Epilepsie en France : une thématique aux enjeux considérables, 2010 (8)
9. Institut National de Veille Sanitaire : Prévalence et incidence du diabète et mortalité liée au diabète en France, novembre 2010 (9)
10. B.Papi-Bageacu, M.Tardy, Urgence pédiatrique, Edition EMCC, 2008 (10)
11. Pr. Charles Caulin, Vidal Recos, 4ème édition, 2011 (11)
12. Moneret-Vautrin, Romano, Kanny, Le PAI pour les urgences allergiques. Situation en France et dans les DOM-TOM en 2002 - Press Med 2003 ; 32: 61-6 (12)
13. Chantal Karila. Accueil de l'enfant asthmatique ou allergique à l'école. Revue du praticien 2008; 58,(7): 749-752 (13)
14. B. Chevallier, JB. Armengaud, E. Mahé, Le livre de l'interne en Pédiatrie, Edition Flammarion, 2007 (14)

15. P.Labrune, Doriot, G.Huault, urgence pédiatrie du prématuré à l'adolescent, Edition DeboechEstem, 2010 (15)
16. Pierre Taudou. Etude professionnelle de médecin de l'éducation nationale, circulaire du 10 nov. 1999, sur les projets d'accueil individualisé, aspects juridiques, 2000 (16)
17. Journal officiel, protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement. 16 janvier 2000 (17)
18. Anna Bally. Relations professionnelles entre médecins généralistes et médecins de l'éducation nationale dans le département de la Drôme. Intérêt d'un outil facilitant l'articulation de ces deux professions. Mémoire: Ecole nationale supérieure de santé publique: 2006. (18)
19. La durée des séances des médecins généralistes. Etude de la drees. N°481 avril 2006 (19)
20. L'obligation de la Formation Médicale Continue (FMC), Conseil National de la Formation Médicale Continue des Praticiens Hospitaliers, CN FMCH, juin 2005 (20)
21. 8ème Atlas de la Démographie Médicale en France 2014 réalisé par la section Santé Publique et Démographie Médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins, situation au 1er janvier 2014 (21)
22. Enquête de l'UFC-Que Choisir, Prescription en DCI : les médecins ignorent la loi, Que Choisir n°543 paru en janvier 2016 (22)
23. Enquête educscol, politique éducative sociale et de santé en faveur des élève, quelques données chiffrées, année 2011-2013, paru en février 2015 (23)
24. SNMSU, Communiqué de presse du mercredi 5 novembre 2014 « L'extinction programmée de la médecine scolaire » (24)
25. Thèse CORCHIA Laurène soutenue le 30 septembre 2014, communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladies chroniques et/ou de handicaps dans le département du Val d'Oise (25)
26. Comptes nationaux de la santé 2013, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), septembre 2013 (26)
27. Analyse des ventes de médicaments en France en 2012, Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), juillet 2013 (27)

ANNEXES

Annexe I : Quelques affections de référence

Annexe II : modèle de projet d'accueil individualisé qu'il convient d'adapter à chaque pathologie (modele du 92)

- asthme + allergie

Annexe III : modèle de projet d'accueil individualisé qu'il convient d'adapter à chaque pathologie (modele du 92)

- allergie alimentaire

- asthme

- drépanocytose

- diabète

- épilepsie

Annexe IV : Guide d'entretien semi directif

Annexe I

QUELQUES AFFECTIONS DE RÉFÉRENCE

(Cette liste indicative n'est pas limitative)

- affection métabolique héréditaire
- affection osseuse
- affection respiratoire chronique
- allergie
- anaphylaxie non alimentaire
- arthrite chronique juvénile
- asthme
- cancer
- cardiopathie
- diabète
- drépanocytose
- dyslexie, dysphasie, troubles du langage
- épilepsie
- greffe de moelle et autre greffe
- hémophilie
- insuffisance rénale
- intolérance alimentaire
- leucémie
- maladie de Crohn
- maladies inflammatoires du tube digestif
- mucoviscidose
- myopathie et autres maladies dégénératives
- saturnisme

- syndrome d'immunodéficience humaine
- transplantation d'organe

Annexe II

MODÈLE DE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ QU'IL CONVIENT D'ADAPTER À CHAQUE PATHOLOGIE (MODELE DU 92)

Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé à chaque pathologie et à chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Il convient de l'actualiser chaque année. Afin de respecter le code de déontologie aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet. Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l'accord des parents au médecin désigné par la collectivité qui accueille l'enfant ou l'adolescent.

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNÉ

- Nom.....Prénom.....
- Nom des parents ou du représentant légal.....
- Date de naissance.....
- Adresse.....
- Téléphone domicile.....travail.....
- Collectivité d'accueil
- école établissement scolaire établissements d'accueil de la petite enfance

1 - Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant

- Les parents
- Le responsable de la collectivité
- Le médecin et l'infirmier(ère) de la collectivité
- Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie
- Le service hospitalier

2 - Besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent

- Horaires adaptés
- Double jeu de livres

- Salle de classe au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
- Mobilier adapté
- Lieu de repos
- Aménagement des sanitaires
- Attente à éviter au restaurant scolaire
- Nécessité d'un régime alimentaire
- Local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)
- Local pour la kinésithérapie ou les soins
- Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- Nécessité de prise en charge en orthophonie en partie ou en totalité sur le temps scolaire
- Aménagement de l'éducation physique et sportive : sports à adapter selon l'avis du médecin qui suit l'enfant
- Aménagement des transports : éviter les trajets trop longs et les transports mal adaptés.
- Aménagement lors d'une classe transplantée ou de déplacements : veiller à ce que l'enfant ait toujours avec lui sa trousse d'urgence
- Demande de tiers-temps aux examens
- Nécessité de mise en place de l'assistance pédagogique à domicile

3 - Prise en charge complémentaire

Médicale

- Intervention d'un kinésithérapeute : coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours
- Intervention d'un personnel soignant : coordonnées lieu d'intervention, heures et jours

Pédagogique

- Soutien scolaire : matières, heures
- Assistance pédagogique à domicile : intervenant et modalités
- Prise en charge en orthophonie : coordonnées, lieu d'intervention et horaires

4 - Traitement médical

(selon l'ordonnance adressée sous pli cacheté au médecin de la collectivité)

Nom du médicament.....

Doses, mode de prise et horaires.....

5 - Régime alimentaire

(selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

Paniers repas

Suppléments caloriques (fournis par la famille)

Collations supplémentaires (fournies par la famille) - horaires à préciser

Possibilité de se réhydrater en classe

Autre : (à préciser).....

6 - Protocole en cas d'urgence qui sera joint au PAI à faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter au médecin concerné par l'accueil

- Signes d'appel :.....

- Symptômes visibles :.....

Mesures à prendre dans l'attente des secours :.....

7 - Référents à contacter

Appels : (Numéroter par ordre de priorité)

Parents ou tuteur, Tél. domicile.....Tél. travail.....

Médecin traitant.....Tél.....

Médecin spécialiste.....Tél.....

SAMU : 15 ou 112 par portable

Pompiers :.....

Service hospitalier.....Tél.....

Signataires du projet

Les parents ou représentant légal - L'enfant ou l'adolescent - Le responsable de l'institution -
Les personnels de santé - Le représentant de la municipalité.

Date :

Madame, Monsieur,

Votre enfant, scolarisé
en classe de a bénéficié de la mise en place d'un Projet
d'Accueil Individualisé (PAI), durant l'année scolaire 2013-2014.

Vous souhaitez renouveler la mise en place du PAI pour l'année
scolaire 2014-2015⁽¹⁾.

- Si le PAI est identique et notamment le protocole d'urgence pour cette année scolaire, veuillez nous retourner la demande de reconduction à l'identique du PAI remis ce jour, dûment complétée et signée avec une nouvelle ordonnance et les médicaments afférents d'une validité couvrant toute l'année scolaire.
- En cas de modification, un nouveau PAI devra être rempli par votre médecin référent et vous vous voudrez bien nous transmettre le PAI réactualisé.

Vous ne souhaitez pas renouveler la mise en place du PAI pour l'année scolaire 2014-2015⁽¹⁾.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur nos salutations distinguées.

Le directeur de l'école / le chef d'établissement

⁽¹⁾ : Cocher la case correspondant à votre souhait.

Projet d'accueil individualisé

Nom :

Prénom :

PROTOCOLE MEDICAL AU QUOTIDIEN (Toute pathologie)
Si prise médicamenteuse sur temps scolaire ou périscolaire, joindre ordonnance spécifique

1° TRAITEMENT QUOTIDIEN DE L'ELEVE (médicamenteux, soins, régime alimentaire...)

DATE :

SIGNATURE et CACHET du MEDICIN RESPONSABLE pour la PATHOLOGIE

2° AMENAGEMENT & A PREVOIR SI CLASSE TRANSPLANTEE (48 jours avant départ avec la page 4/4)

DATE :

SIGNATURE et CACHET du MEDICIN RESPONSABLE pour la PATHOLOGIE

PROTOCOLE D'INTERVENTION MEDICALE D'URGENCE

(Seul A STHME ET ALLERGIE)
En conformité avec l'ordonnance

- ⚡ Néer la date et l'heure de survenue des signes et des médicaments donnés. Rester à côté de l'enfant jusqu'à arrivée au service des secours
- ⚡ Appeler le Centre 15, indiquer de l'urgence ou de ce qui est de l'urgence, donner l'adresse (pour tous et cachet)
- ⚡ En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, rappeler le Centre 15 / 112

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
	Médicaments, posologie, mode d'administration

Toute modification du protocole d'intervention d'urgence et/ou des signes spécifiques de gravité doit être signalée et renseignée par le médecin le proposant dans le cadre d'un nouveau PAI.

Date : _____ SIGNATURE et CACHET du MEDICIN REFERENT pour la PATHOLOGIE

Trousses d'urgence :

- Corona :** les médicaments fournis par les parents à l'identique de l'ordonnance et le double de ce PAI. Les parents sont responsables de renouveler les médicaments quand permis ou utilisés.
- Leur rangement doit être : oui non
- Leur rangement doit être : oui non
- Si Déplacement, prendre la trousse d'urgence**

Page 2/4

Projet d'accueil individualisé

Nom :

Prénom :

ALLERGIES
Troubles Respiratoires connus : oui / non

RESPIRATION SCOLAIRE /SOUTES

- Non Autorisé
 - Autorisé avec panier repas familial seul
 - Autorisé avec plateau spécifique industriel organisé sans allergènes
 - Menu habituel sous réserve d'éviction simple (Les parents prendront connaissance des menus)
 - Préciser les allergies :
 - Eviction alimentaire complète lors de semaine du goût et autres actions avec dégustation
- AUTRE ATTENTION & PARTICULIERE & necessitant des aménagements :**
- Manipulation : pâte à modeler, pâte à sel, cacahuètes, huiles à cuire....
 - Autres (exposition à des produits volatiles....) :

PROTOCOLE D'INTERVENTION MEDICALE D'URGENCE

En conformité avec l'ordonnance
A remplir par le médecin référent de la pathologie

- ⚡ Néer la date et l'heure de survenue des signes et des médicaments donnés. Rester à côté de l'enfant jusqu'à arrivée au service des secours
- ⚡ Appeler le Centre 15, indiquer de l'urgence ou de ce qui est de l'urgence, donner l'adresse (pour tous et cachet)
- ⚡ En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, rappeler le Centre 15 / 112

Toute modification du protocole d'intervention d'urgence et/ou des besoins spécifiques de l'élève doit être datée, signée et tamponnée par le médecin le proposant dans le cadre d'un nouveau PAI.

SIGNES D'APPEL	CONDUITES A TENIR
Utilisateur d'auto-injecteurs : piqûres rouges et démangeaisons	Faire avaler
Œdème sans signe vasculaire : gonflement des lèvres, visage ou partie du corps et déshydratation	Faire avaler
Gonjonnivité : yeux rouges gonflés	
Crise d'asthme : toux sèche, gêne respiratoire, sifflement, difficulté à parler....	Faire inhaler :bouffes en une fois de Chambre d'inhalation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si pas d'amélioration dans les 3 minutes, faire à nouveau inhalerbouffes en une fois de Si toujours pas d'amélioration dans les 3 minutes, faire avaler : Si éternués des sprays avec aggravation OU D'ENLEVEE SIGNES d'ASPHYXIE. Injecter dans la face antérieure de la cuisse :
Œdème (langue) et signes respiratoires : Toux rauque, voix modifiée, étouffement	Inhaler sur la face antérieure de la cuisse :
Malaise avec signes d'appel (fatigue inhabituelle, sensation de malaise avec une ou plusieurs manifestations allergiques (cutanée, gêne respiratoire, troubles digestifs...) Échec de sensibilisation :	Coucher l'enfant et soutenir ses jambes OU SI GENE RESPIRATOIRE Inhaler en position demi-assise Inhaler sur la face antérieure de la cuisse :

Date : _____ SIGNATURE / CACHET du MEDICIN REFERENT pour la PATHOLOGIE ALLERGIQUE

Trousses d'urgence : voir page 2

Page 3/4

Projet d'accueil individualisé

Nom :

Prénom :

Je soussigné(s) :

responsable légale(s) de l'enfant

1 – demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte infirmier, volontaire et éligible, à prendre le traitement prescrit dans le PAI conformément à la prescription médicale et/ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s)

2 – m'engage à fournir une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments afférents d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.

3 - autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à tout personnel en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE : SIGNATURES des REPRESENTANTS LEGAUX

AMENAGEMENTS POUR LA CLASSE TRANSPLANTEE

(à remplir au moins 45 jours avant le départ)

- Lors de tout type de déplacement : prendre trousse d'urgence avec la copie de ce PAI
- Précautions si activités en extérieur :
- Accès prioritaire à la restauration :
- Temps de repos, sieste, horaires adaptés ... :
- Besoin autorisé et accès totiens selon besoin de l'élève :
- Accessibilité classe/cour, sanitaires, local de soins, adaptation mobilier, couchage :
- Autre :

DATE : Signatures :

Directeur/Chef d'établissement :

Médecin Education Nationale :

Professeur Principal ou Accompagnant :

Représentants Légaux :

IMPORTANT

- ☛ En cas d'urgence, d'aggravation, appeler immédiatement Le Centre 15 / 112
- ☛ Appel du Centre 15, laborer systématiquement de ce PAI et fournir le certificat médical éventuellement joint.
- ☛ Toute modification du protocole d'intervention d'urgence et/ou des besoins spécifiques de l'élève doit être faite, notée et signifiée par le médecin le proposant dans le cadre d'un nouveau PAI.
- ☛ Tout personnel enseignant, enseignant-éducateur sportif, assistant, doit être informé de ce PAI.
- ☛ Obligation de diffusion professionnelle des PV de tout personnel détenteur ces informations confidentielles

DATES et SIGNATURES DES PARTENAIRES DE L'EDUCATION NATIONALE

Date : ... Pour une durée de :

Directeur/Chef d'établissement : Médecin Education Nationale (en charge de la faisabilité du PAI pour le temps scolaire)

Professeur Principal : Infirmier Education Nationale :

Professeur EPS : Parentale (s) extérieur (s) :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

Tampon de l'établissement

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Année scolaire :

Classe :

Photo de l'élève

Référents à contacter

NOM		
Prénom :		
Qualité :		
Téléphone 1 :		
Téléphone 2 :		

Médecins référents en charge des pathologies

NOM :			
Prénom :			
Spécialité :			
Téléphone :			
	Référent 1	Référent 2	Service hospitalier

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE (hors situation d'urgence)

- Education Physique et Sportive (EPS) : se référer au **certificat médical national réglementaire** spécifique
- Tout type de déplacement et EPS : prendre trousse d'urgence
- Précautions si activité en extérieur (création...):
- Classe transplantee : voir formulaire pages 2/4 et 4/4 à remplir 45 jours avant départ
- Accès prioritaire à la restauration scolaire :
- Régime alimentaire :
- Temps de repos, sieste, horaires adaptés ... :
- Besoin (classé), collation supplémentaire, sortie de classe selon besoin de l'élève (toilette, infirmerie...):
- Accessibilité classe/cour, sanitaires, local de soins, adaptation mobilier :
- Service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD)
- Double jeu de livres :

NOM de l'élève:

Prénom:

Classe :

Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

Reconduction du PAI à l'identique pour l'année scolaire 20 - 20

Je soussigné(e)
responsable légal(e) de l'enfant.....

1 – demande le renouvellement du Projet Accueil Individualisé (PAI) 2013-2014 à l'identique et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans le PAI 2013-2014 conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s).....

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments afférents** d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.

3 - autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à tout personnel en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE :

SIGNATURES des REPRESENTANTS LEGAUX

Signatures des partenaires de l'Education Nationale

Date :

Directeur/Chef d'Etablissement :

Médecin Education Nationale : (en charge de la faisabilité du PAI pour le temps scolaire)

Professeur Principal :

Infirmier Education Nationale :

Professeur EPS :

Partenaire (s) extérieur (s) :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

SMIS 92

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI):

Informations destinées aux familles

Selon la circulaire de l'Education Nationale du 8 septembre 2003, les enfants ou adolescents présentant des maladies chroniques (par exemple : asthme, allergie alimentaire, épilepsie, convulsion hyperthermique, diabète...) peuvent bénéficier de la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Ce Projet d'Accueil Individualisé organise les soins et les aménagements pour favoriser la vie quotidienne de votre enfant sur le temps scolaire.

En cas d'allergies le protocole d'urgence spécifique (page 3) doit être rempli par le médecin référent de la pathologie.

Le Projet d'Accueil Individualisé est mis en place à la demande des familles par le directeur d'école ou le chef d'établissement en concertation avec :

- le médecin référent de la pathologie de votre enfant ou adolescent
- le médecin de l'Education Nationale et l'infirmier de l'Education Nationale
- l'équipe éducative

En primaire, si les aménagements concernent également le temps périscolaire, le directeur d'école peut, à votre demande, transmettre le PAI au service municipal concerné.

Le directeur de l'école ou le chef d'établissement,

Médecin de l'Éducation Nationale
Dr

Infirmier de l'Éducation Nationale
M

Annexe III

MODÈLE DE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ QU'IL CONVIENT D'ADAPTER À CHAQUE PATHOLOGIE (MODELE DU 95)

Allergie alimentaire



ANNEE SCOLAIRE : 2015/2016

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

SERVICE MEDICAL ELEVES

Dr Cécile PANNETIER

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I.

Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003

NOM-PRENOM DE L'ELEVE :

NE(e) le

PARENTS OU REPRESENTANT
LEGAL :

ADRESSE :

...

.....

....

CLASSE :

TEL. Domicile :Travail :

.....

Portable :

.....

Directeur d'école ou chef d'établissement :

.....

Médecin de l'Education nationale :Dr Cécile
Pannetier.....

Infirmière :

.....

Référent dans l'établissement :

.....

Médecin(s) référent(s) :

.....

.....

Tel :

.....

SAMU : 15

Le protocole est établi pour un an et révisable à tout moment.

NOM :

PRENOM :

BESOINS SPECIFIQUES

En cas de remplacement de l'enseignant, le responsable de l'établissement donnera l'information aux enseignants.

Dans le cadre du secondaire, le professeur principal informera ses collègues de l'existence de ce projet.

TRAITEMENT MEDICAL

- les parents doivent déposer à l'école une trousse contenant les médicaments prescrits avec l'ordonnance du médecin .Un double du PAI y sera joint.
- les médicaments seront à renouveler en cas d'utilisation, les parents vérifieront également leurs dates de validité.

- les parents s'engagent à informer le médecin de l'établissement scolaire en cas de changement de la prescription médicale.

AMENAGEMENTS PARTICULIERS

Restaurant scolaire (cocher la mention retenue) :

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés

Les parents s'engagent à fournir les paniers repas dans une glacière ou un sac portable isotherme avec des blocs de conservation.

Dès l'arrivée dans l'établissement scolaire, le boîtage est placé au réfrigérateur. Un emplacement spécifique et identifié doit donc être prévu.

Ils en assument la pleine et entière responsabilité.

- Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)

EVICITION DES PRODUITS SUIVANTS :

.....

.....

.....

.....

- Autre (préciser)

Goûters

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

Activités d'arts plastiques

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)
- Pâte à modeler
- Pâte à sel

Autres (préciser)

Autres aménagements à détailler

.....

SORTIES SCOLAIRES ET CLASSES TRANSPLANTEES

- Faire suivre la trousse d'urgence avec les consignes.
- Désigner une personne responsable.
- L'enseignant doit pouvoir joindre à tout moment un service médical d'urgence.
- Un des 2 parents ou un adulte accompagnateur (avec demande écrite des parents) prendra en charge l'élève avec l'accord de l'équipe enseignante.

Je soussigné....., père, mère, représentant légal,
demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon
enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire.
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus
dans ce document

Date :

Signature du représentant légal :

Signataires du PAI:

Chef d'établissement

Médecin Education nationale

Médecin référent

Enseignant

Asthme

NOM :

PRENOM :

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

SIGNES D'APPEL :

- difficulté pour respirer correctement, la respiration devient rapide
- sifflements lors de la respiration
- toux sèche et quinteuse
- malaise, pâleur
- suite à un effort : essoufflement, toux, sifflement
- autres :

MESURES A PRENDRE :

- rester calme et rassurer l'enfant
- lui proposer de s'asseoir
- desserrer le col de la chemise et la ceinture

lui donner immédiatement le médicament suivant :

- aider l'élève en lui disant de respirer lentement et profondément, tout en continuant à le rassurer.

ALERTER LE SAMU 15 et PREVENIR LES PARENTS :

- si pas d'amélioration dans les 10 minutes suivant la prise médicamenteuse
- si l'enfant est angoissé et a du mal à parler

- s'il se sent épuisé
- si ses lèvres deviennent bleues

NOM :

PRENOM :

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES

En cas de remplacement de l'enseignant, le responsable de l'établissement donnera l'information au remplaçant.
 Dans le secondaire, le professeur principal informera ses collègues de l'existence de ce projet

ACTIVITES PHYSIQUES :

- informer le professeur
- apporter la trousse sur le terrain de sport
- faire pratiquer un échauffement progressif et ne pas forcer l'élève au delà de ses limites

Aménagements spécifiques :

Traitement avant l'effort :

Dispense partielle :

En cas d'alerte à la pollution atmosphérique : ne pas faire courir l'enfant. S'assurer qu'il a accès à son produit.

AMENAGEMENTS DANS LE CADRE DE L'ECOLE :

- supprimer les plantes et les animaux de la classe
- supprimer tapis, moquettes et coussins en plumes
- aérer régulièrement les pièces

REGIME ALIMENTAIRE :

- aucun régime alimentaire n'est à préconiser à l'école
- aucune prise alimentaire ne doit se faire dans le cadre de l'école (en dehors des goûters apportés par l'élève lui-même)

TRAITEMENT MEDICAL :

- les parents doivent déposer à l'école une trousse contenant les médicaments prescrits avec l'ordonnance du médecin
- les médicaments seront à renouveler en cas d'utilisation, les parents vérifieront également leurs dates de validité.

SORTIES SCOLAIRES et CLASSES TRANSPLANTEES :

Faire suivre l'information.

Prendre la trousse d'urgence et le PAI

- désigner une personne responsable
- en cas d'atteinte sévère, 1 des 2 parents ou 1 adulte accompagnateur (avec demande écrite des parents) prendra en charge l'enfant avec l'accord de l'équipe enseignante.

Prévoir le nécessaire s'il existe d'autres prises médicamenteuses (avec demande écrite des parents et ordonnance du médecin traitant).

Je soussignépère, mère, représentant légal,
demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire .

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

Signataires du projet :

Chef d'établissement

Enseignant

Médecin Education nationale

Médecin traitant

Maire ou son représentant

Drépanocytose

NOM :

PRENOM :

PROTCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

MESURES A PRENDRE EN CAS DE :

Douleur isolée (sans fatigue ni pâleur ni fièvre) :

1/ Appeler les parents, mettre l'enfant au repos + chaleur locale + boisson abondante et donner :

.....

2/ Si la douleur persiste, donner :

(JOINDRE UNE ORDONNANCE RECENTE)

une consultation médicale est urgente. Appeler les parents , s'ils ne sont pas joignables très rapidement, faire le 15

3/ Noter les médicaments donnés (avec horaire) et transmettre par écrit ses informations au parents.

Pâleur avec fatigue intense d'apparition rapide et /ou fièvre > 38°5 :

1/ Une consultation hospitalière est urgente : appeler les parents et le 15

2/ En attendant le service d'urgence : mise au repos + boisson + éviter tout refroidissement et donner en cas de fièvre :

.....

AIDES A LA SCOLARITE :

- Aménagements particuliers (double jeu de livres...):.....
.....
- Tenir compte de la fatigabilité liée à la pathologie. En cas de difficulté scolaire, organiser un soutien scolaire dès que possible
- En cas d'hospitalisations répétées ou de maintien à domicile, assurer le suivi scolaire (assistance pédagogique à domicile)

SORTIES ET CLASSES TRANSPLANTEES :

Tout séjour au-dessus de 1500m est interdit

- Sorties à la (demi) journée : emporte boisson, trousse d'urgence avec copie du protocole ; être en mesure d'appeler un service d'urgence (15)
Veiller à un habillement adapté (éviter les vêtements serrés), éviter tout refroidissement.
- Classe transplantée :
mêmes recommandations, emporter le carnet de santé (sous enveloppe)
donner le traitement quotidien : suivre la prescription selon l'ordonnance jointe

Je soussignépère, mère, représentant légal,
demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon
enfant dans l'établissement d'accueil.

Date :

Signature du représentant légal :

Signataires du projet :

Chef d'établissement
Médecin Education nationale

Enseignant
Médecin traitant

NOM :

PRENOM :

Diabète

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

SIGNES D'APPEL :

L'élève se plaint de :

Sensation de faim
Vertiges
Fatigue
Maux de tête
Troubles visuels

On observe :

sueurs
tremblements
troubles de la parole
pâleur
sommolence
changement de comportement

MESURES A PRENDRE :

- Mettre au repos
- Faire un dextro (si possible)
- Faire absorber :..... morceau(x) de sucre

En quelques minutes, le malaise doit disparaître. Faire alors prendre une collation : biscuit, pain...

Si l'élève ne peut prendre lui-même le sucre, le lui mettre dans la bouche (après l'avoir légèrement mouillé.

S'il résiste ou refuse, il faut le faire de façon autoritaire, sauf s'il est inconscient.

EN CAS DE MALAISE GRAVE AVEC PERTE DE CONNAISSANCE : appeler le **SAMU**
15

Ne pas tenter de lui faire avaler n'importe quoi.

Lui badigeonner l'intérieur des joues avec de la confiture ou du miel.

S'il revient à lui rapidement : donner une collation (jus de fruit sucré, pain...)

Si le malaise persiste : Tenir à disposition des secours l'ampoule de GLUCAGEN

Le malaise doit disparaître en 10-15 minutes. Faire alors absorber du sucre et du pain ou biscuits. Une réaction de nausées, vomissements est possible à la suite du malaise.

Dans tous les cas, prévenir les parents.

NOM :

PRENOM :

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES

En cas de remplacement de l'enseignant, le responsable de l'établissement donnera l'information au remplaçant.

Dans le secondaire, le professeur principal informera ses collègues de l'existence de ce projet.

EN CLASSE :

- Autoriser l'élève à sortir pour boire, aller aux toilettes ou à l'infirmerie.
- Permettre à l'élève de manger en classe en cas de malaise ou lors d'un examen.
- Pour les goûters ou anniversaires, donner une part de gâteau et une boisson sans sucre.
- Ne pas donner de bonbons en récompense.
- Horaires adaptés
- Aménagements pour les examens : 1/3 temps, pauses...

ACTIVITES PHYSIQUES :

- Informer le professeur d'EPS.
- Apporter la trousse sur le terrain de sport.
- Prévenir les parents des jours d'activité sportive habituels et inhabituels
- Apporter une collation supplémentaire à prendre pendant ou après le sport si l'effort a été intense et prolongé.
- Avoir la permission de s'arrêter en cas de besoin.
- Sports à adapter :

REGIME ALIMENTAIRE :

- Permettre à l'élève de prendre ses collations prévues àh et àh
(les collations seront apportées par l'élève)
- Eviter l'attente au restaurant scolaire.
- Veiller à ce que l'élève n'absorbe pas trop de sucreries.
- Permettre aux familles de connaître les menus à l'avance.
- Prévoir un féculent à chaque repas : pain disponible et un dessert non sucré ou un fruit.

Toutes ces informations seront données au cuisinier par le responsable de l'établissement si l'élève doit fréquenter la demi-pension.

TRAITEMENT MEDICAL :

- Une trousse contenant du sucre, une boisson sucrée, des barquettes de confiture ou de miel, des biscuits est à déposer à l'école. (A renouveler par les parents en cas d'utilisation)
Elle contiendra également un exemplaire du projet d'accueil signé par les parents et l'ordonnance récente du médecin traitant.
- La famille doit fournir à l'école 1 ampoule de GLUCAGEN et le matériel nécessaire pour une injection en urgence. Elle doit être conservée au froid. Prévoir une boîte isotherme pour les sorties.
 - Un contrôle est à prévoir à l'école àh. Prévoir un lieu calme et propre où l'élève puisse le réaliser. Il apportera son matériel.
 - Une injection d'insuline est à faire à l'école àh. prévoir un lieu propre et calme. Les parents fourniront l'insuline et le matériel pour les injections.
 - L'élève est porteur d'une pompe à insuline. Si le dispositif s'arrache ou sonne, prévenir les parents. Il n'y a pas lieu d'intervenir dans l'urgence.

SORTIES SCOLAIRES ET CLASSES TRANSPLANTEES :

- Prendre la trousse d'urgence et le PAI.
- Connaître les horaires des transports et des repas.
- Si le voyage se situe en dehors des horaires scolaires (départ matinal, retours tardif), prévoir le nécessaire pour les contrôles glycémiques et les injections d'insuline.
- Si l'élève ne maîtrise pas son traitement, un des 2 parents ou un adulte capable de l'appliquer (avec demande écrite des parents) devra l'accompagner avec l'accord de l'équipe enseignante.

Je soussignépère, mère, représentant légal,
demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire .

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

Signataires du projet :

Chef d'établissement

Enseignant

Médecin Education nationale

Médecin traitant

Maire ou son représentant

Epilepsie

NOM :

PRENOM :

PROTCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

SIGNES D'APPEL :

Perte de connaissance brutale avec chute puis mouvements convulsifs et salivation importante.

Cette crise dure environ 1 à 2 minutes et l'enfant reprend conscience progressivement.

Brève rupture de contact (quelques secondes), le regard est vague et l'enfant reprend son activité.

Secousses brutales des membres ou de tout le corps qui peuvent faire lâcher brusquement ce que l'enfant tient à la main ou même le faire tomber lui-même.

↑ Autres manifestations :

MESURES A PRENDRE :

▶ Garder son calme : la crise peut être impressionnante mais elle va s'arrêter. Eviter les attroupements. Rassurer les autres enfants.

▶ Ne pas déplacer l'enfant sauf s'il court un danger là où il se trouve (blessure, noyade, brûlure..)

▶ Si l'enfant est assis à son bureau, l'allonger par terre ; mettre un coussin ou un vêtement plié sous la tête ; écarter tout objet susceptible de le blesser.

▶ Desserrer les vêtements autour du cou et la ceinture.

▶ Laisser la crise se dérouler spontanément ; n'essayer pas d'empêcher les mouvements convulsifs .Durant toute la crise, l'enfant est inconscient.

▶ Dès la fin de la crise (arrêt des mouvements convulsifs), tourner l'enfant sur le côté, en position latérale de sécurité, tête assise pour faciliter l'écoulement de la salive.

▶ Attendre qu'il reprenne tout à fait conscience ; il est souvent un peu désorienté. Rester auprès de lui en lui parlant calmement.

- ▶ Ne pas lui donner à boire tant qu'il n'est pas complètement réveillé.

Appeler le SAMU (15) → devant toute crise qui dépasse 5 minutes
→ devant toute crise qui récidive
→ si l'élève s'est blessé durant la crise.

Dans tous les cas, avertissez les parents de la crise

Traitement éventuel à donner à l'école en cas de crise :

Traitement éventuel à donner sur le temps scolaire (joindre l'ordonnance) :

Je soussignépère, mère, représentant légal,
demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon
enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire .
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus
dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

Signataires du projet :

Chef d'établissement

Médecin Education nationale

Médecin traitant

Enseignant

NOM :

PRENOM :

BESOINS SPECIFIQUES

L'enfant doit mener autant que possible une vie normale

En cas de remplacement de l'enseignant, le responsable de l'établissement donnera l'information au remplaçant.

Dans le second degré, le professeur principal informera ses collègues de l'existence de ce projet.

ACTIVITES PHYSIQUES

Veiller à ce que le professeur d'éducation physique soit au courant.

- natation possible s'il y a une surveillance attentive (informer le maître nageur) ou un accompagnateur dans l'eau pour secourir l'enfant si nécessaire.
- sports en hauteur déconseillés
- autres précautions à prendre :

UTILISATION DE MATERIEL AUDIOVISUEL ET DE LA MICRO-INFORMATIQUE

- sans problème
- à éviter
- à utiliser avec certaines précautions : ne pas rester dans le noir, ne pas dépasser 1 heure d'utilisation, autre.....

SORTIES SCOLAIRES ET CLASSES TRANSPLANTEES

Faire suivre l'information.

Prendre la trousse avec le PAI et les médicaments nécessaires.

Désigner une personne responsable et/ou un accompagnateur.

Prendre les médicaments nécessaires pour la durée du séjour (avec ordonnance du médecin traitant et demande écrite des parents).

Annexe IV

GUIDE d'entretien semi directif (médecins généralistes/médecins scolaires concepteurs du PAI)

Cadre : sexe, âge, installé/remplaçant, années d'expérience, nombres rédaction de PAI

Sur le contenu du PAI : contenu clair ? Présentation à modifier ? Difficultés selon les pathologies des enfants ? Temps de la rédaction ?

Sur la connaissance des pathologies : référence à des recommandations ? Pathologies les plus concernées ? en cas de maladie rare ou de pathologie peu connu, que faire pour la rédaction ?

Sur le protocole d'urgence : langage utilisé pour bonne compréhension/termes médicaux ?

GUIDE d'entretien semi directif (infirmières scolaires/enseignants utilisateurs du PAI)

Cadre : sexe, âge, années d'expérience, nombres/expérience du PAI

Sur le contenu du PAI : identité de l'enfant ? traitement bien écrit ? termes médicaux ou pas ? quel langage ? toujours même présentation selon enfants ou pathologies ? ce qui est important police, caractère, couleur ?

Sur la pathologie : information sur la pathologie, quels termes ? conséquences de la pathologie ?

Sur le protocole d'urgence : formation ? contenu de la trousse d'urgence ? utilisation ?
numéros utiles ? priorités ? consignes ?

Projet d'Accueil Individualisé : Le projet d'accueil individualisé chez les enfants atteints de pathologies chroniques. Définition de critères de qualité utiles au personnel médical, paramédical et non médical pour un enfant atteint de pathologie chronique et susceptible de décompensation en milieu scolaire.

RESUME

INTRODUCTION : La prise en charge des enfants atteints de maladies chroniques implique un accompagnement dans leur vie quotidienne afin de tout mettre en œuvre pour éviter l'exclusion et l'isolement dans lesquels la maladie peut placer l'enfant. Cette prise en charge concerne à la fois les parents, le milieu médical et le milieu scolaire. Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI), créé en 1993, a pour objectif de poser par écrit les modalités d'accueil de l'enfant atteint de maladie chronique dans le milieu scolaire et les conditions d'un travail coordonné entre les différents intervenants. En 2010-2011, plus de 95 000 élèves ont bénéficié d'un PAI, l'asthme et l'allergie sont à l'origine de 63% des PAI demandés. Pour une bonne prise en charge de ces enfants il est nécessaire d'avoir un PAI bien rempli et bien mis en place mais ce n'est pas toujours le cas. La définition de critères de qualité dans le PAI améliorerait la scolarisation des enfants atteints de pathologie chronique.

MATERIEL ET METHODE : L'objectif de cette étude est de cibler les difficultés de chaque intervenant dans la mise en place du PAI afin de définir des critères utiles au personnel médical, paramédical et non médical pour un enfant atteint de pathologie chronique et susceptible de décompensation. Il s'agit d'une étude qualitative et 29 entretiens semi dirigés ont été passés avec médecins généralistes, médecins scolaire, infirmières scolaires et enseignants dans le Val d'Oise et les Hauts-de-Seine, enregistrés puis retranscrits et analysés.

RESULTATS : Il est ressorti de cette étude plusieurs critères utiles à la bonne mise en œuvre d'un PAI. On peut séparer ces critères en 3 catégories. Les critères sur la forme à savoir : une écriture soignée ou un document informatisé, un mode de remplissage mixte (texte libre et cases à cocher) pour que chaque rédacteur s'y retrouve et un document uniformisé sur tout le territoire national ; Les critères sur le contenu du document : un remplissage simplifié, se référant à des recommandations médicales, des prescriptions en DCI, des consultations dédiées pour le remplissage du PAI, le respect du secret médical ; Enfin des critères sur la mise en œuvre du PAI en pratique : pallier au manque d'effectif, insister sur la formation, favoriser la communication, gérer la pharmacie et éduquer les parents.

DISCUSSION : Le PAI idéale n'existe pas mais on pourrait proposer des mesures afin de l'améliorer. On pourrait créer un PAI uniforme à tout le territoire national, ou encore un dossier médical commun entre le médecin généraliste et le médecin scolaire. On pourrait également proposer par exemple d'informatiser complètement le PAI sur une plateforme internet. Beaucoup de mesures peuvent être envisagé mais on peut dès à présent réunir le maximum de critères de qualité afin de mettre en place le meilleur PAI possible.

CONCLUSION : Cette étude a permis d'optimiser la prise en charge en milieu scolaire d'enfants atteints de pathologies chroniques. Elle a également permis de sensibiliser et éduquer le personnel médical et enseignant autour d'une pathologie à gérer en milieu scolaire. Enfin, elle a permis, de façon indirecte d'améliorer la communication entre médecine de ville et médecine scolaire à travers un PAI de qualité.

MOTS CLEFS : PAI – maladie chronique – enfant – médecine scolaire – médecine générale – enseignants – parents – critères de qualité