

OPTIMALISATION DE LA GESTION DES CRISES EPILEPTIQUES D'UN
ELEVE PAR LES PROFESSEURS.

Promoteur : Patricia Leroy

Promoteur : Christophe Barréa

Mémoire présenté par **Charlotte VAN DEN DRIESSCHE**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Gestion des institutions

Année académique 2018 -2019

Remerciements

Mes remerciements les plus sincères vont à mes promoteurs et anciens collègues ; tout d'abord, au Dr Leroy pour ses conseils et ses encouragements, mais surtout au Dr Barréa pour sa participation active, son encadrement, son soutien et ses conseils tout au long de ce mémoire.

Je remercie également Mme Streel, membre de l'équipe encadrante du Master en Sciences de la Santé Publique et Mme Donneau, professeur de statistiques, pour leurs réponses à mes questions, pour leurs conseils et leur encadrement lors de l'écriture de la méthodologie et des statistiques.

Mes remerciements vont ensuite à ma sœur, Juliette, pour son aide lors de la traduction anglaise de l'abstract et à ma grand-mère pour sa correction orthographique.

Merci à mon amoureux, Tom, de m'avoir soutenu, encouragé et supporté lors de mes périodes de doutes tout au long de ces 3 années de Master.

Table des matières

Préambule	1
A. Introduction	2
B. Partie théorique	6
1. Epilepsie.....	6
Définitions	6
Types de crises épileptiques	6
Causes d'une crise épileptique	6
Traitement de la crise épileptique	6
Recommandations en cas de crise épileptique	7
2. Repères juridiques et pratiques pour l'encadrement des élèves épileptiques à l'école.....	9
3. En cas d'urgence	10
La notion d'acte médical :	10
Responsabilité civile :	10
Responsabilité pénale :	10
4. Modalités pratiques	11
C. Matériel et méthodes	12
1. Question de recherche	12
2. Objectifs et hypothèses	12
Objectif général :.....	12
Objectif de l'étude :.....	12
Hypothèse principale:	12
3. Type d'étude et démarche de recherche	13
4. Population étudiée	13
5. Paramètres étudiés et outils de collecte des données.....	14
6. Organisation et planification de la collecte des données.....	14
7. Traitement des données et méthodes d'analyse.....	15
8. Description de l'intervention	15
D. Résultats	17
1. Taux de réponses à l'étude	17
2. Analyses statistiques	17
a) Résumé des analyses statistiques	18
b) Analyse des résultats de la partie n°1 du questionnaire	21
c) Analyse de la partie n°2 du questionnaire	24

E. Discussion	28
Résultats généraux.....	28
Limites et biais	31
Perspectives.....	32
F. Conclusion	33

Résumé

Introduction : L'épilepsie est une maladie neurologique se traduisant par la répétition de crises qui peuvent survenir de manière imprévisible et induire des dégâts cérébraux si elles ne sont pas prises en charge rapidement. Les professeurs des écoles primaires se retrouvent souvent démunis dans cette situation. Cette étude interventionnelle propose d'évaluer l'évolution des connaissances et des attitudes des professeurs face à une crise d'épilepsie, avant et après une sensibilisation théorique.

Matériel et méthode : Ce travail est issu d'une étude quantitative pré-expérimentale. Il s'agit d'une étude interventionnelle ayant pour population les instituteurs de 3 écoles primaires de la ville de Liège. Un questionnaire a été distribué aux instituteurs participants. Plusieurs semaines plus tard, une sensibilisation théorique a été dispensée devant un maximum de ces enseignants. Enfin, 2 semaines après cette formation théorique, les professeurs ont, de nouveau, reçu le questionnaire. L'évolution des réponses aux questionnaires avant et après la sensibilisation théorique a été analysée statistiquement grâce au test Mc Nemar via le logiciel R.

Résultats et conclusion : Les professeurs ont relativement peu d'expérience concernant les crises d'épilepsie et leur prise en charge. Leurs connaissances et attitudes ont positivement évolué après la formation théorique. Cette dernière constitue ainsi un aménagement théorique efficace dans la gestion des enfants atteints d'épilepsie en milieu scolaire

Mots clés : Epilepsie, école primaire, prise en charge, formation théorique, sensibilisation, enseignants, élèves

Abstract

Introduction: Epilepsy is neurological disease resulting in repeated seizures that can arise unpredictability and lead to brain damage if they are not taken in charge rapidly. Primary school teachers stand often helpless in such situations. This interventional study proposes to assess the development of teachers' knowledge and attitudes toward epileptic seizures before and after a theoretical awareness.

Material and method: This work derives from a pre-experimental quantitative study. This is an interventional study with the teachers of three primary schools in the City of Liège as its population. A questionnaire has been handed out to the participating teachers. A few weeks later, a theoretical awareness-raising has been provided in front of a maximum of these teachers. Two weeks after this theoretical training, the very same teachers have once again been handed out the questionnaire. The development of the given answers, before and after the theoretical awareness-raising, has been statistically analysed by means of Mc Nemar test via the R software.

Result and conclusion: Teachers have relatively little experience of epileptic seizures and their care. Their knowledge and attitudes have positively progressed after the theoretical training. The latter establishes an effective theoretical development concerning the management of epileptic children in schools.

Key words: Epilepsy, primary school, care, theoretical training, awareness, teachers, pupils.

Préambule

Diplômée d'un Bachelier en Soins infirmiers et porteuse de la spécialisation « pédiatrie et néonatalogie », j'ai toujours été intéressée par le secteur de la petite enfance et la santé communautaire. Mon expérience professionnelle dans le secteur de la neuro-pédiatrie et ma carrière au centre psycho-médico-social (PMS) m'ont inspiré ce sujet de mémoire. Travaillant en collaboration avec des écoles spécialisées qui accueillent un grand nombre d'enfants porteurs de handicaps divers qui associent, dans de nombreux cas, une épilepsie, j'ai régulièrement, lors des conseils de classes, entendu les enseignants expliquer les cas de crises d'épilepsie en classe. D'abord, j'ai été interpellée par la régularité de l'apparition de ces crises. Ensuite, j'ai été impressionnée de constater les connaissances que certains enseignants avaient par rapport à la pathologie en elle-même, à sa prise en charge, ainsi qu'au cadre légal concernant l'administration des médicaments à l'école. Je me suis donc interrogée quant à la différence visible qu'il existait entre les écoles d'enseignement spécialisée et les écoles d'enseignement ordinaire concernant cette problématique. Au cours de mon questionnement, je me suis rendu compte que les écoles d'enseignement ordinaire accueillant des élèves épileptiques n'étaient pas aussi bien informées que les écoles d'enseignement spécialisé.

Poursuivant mon cursus scolaire avec un Master en Sciences de la Santé Publique, avec pour finalité la gestion des institutions de soins, et ayant pour projet de poursuivre ma carrière dans le secteur de la petite enfance, j'ai été interpellée par la pauvreté de projets concernant l'accueil des enfants aux besoins particuliers dans le milieu scolaire ordinaire. Ce travail touche à la Santé Publique et, de manière plus générale, à la gestion car il pourrait mener à la création de projets à plus grande échelle, via les Centres PMS, le Service communautaire de promotion de la Santé, voire la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) en collaboration avec l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE). Dans ces conditions, il m'a semblé plus qu'approprié et très intéressant de construire ce mémoire.

A. Introduction

L'épilepsie est une maladie neurologique se caractérisant par un fonctionnement anormal de l'activité cérébrale. Elle se traduit par la répétition de crises épileptiques totalement imprévisibles qui peuvent prendre différentes formes et varier en intensité. La manifestation la plus spectaculaire de l'épilepsie est la crise tonico-clonique, qui se présente par des convulsions généralisées des quatre membres avec perte de connaissance.

Un enfant épileptique risque de faire une crise épileptique n'importe quand, notamment à l'école. Au sein de l'établissement scolaire, ce sont les professeurs qui sont responsables de la sécurité des enfants. La problématique de l'épilepsie en milieu scolaire a fait l'objet d'une étude européenne à grande échelle : l'étude PERFECT (Practices in Emergency and Rescue Medication For Epilepsy managed with Community administered Therapy). Cette étude a été orchestrée par la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique (SENP) et a été réalisée dans 6 pays différents¹. L'objectif de l'étude PERFECT était d'évaluer la prise en charge des crises convulsives en communauté, ainsi que d'identifier les points à améliorer. La plupart des pays s'accordent sur la gestion de l'épilepsie en milieu scolaire : la responsabilité du personnel de l'établissement est de prendre soins des élèves ; en cas de crise d'épilepsie, l'administration d'une benzodiazépine par voie intra-rectale ou par voie buccale est recommandée (Wait , et al., 2013). En parallèle, le personnel est soumis à des règles institutionnelles qui sont communes aux différents pays : l'administration d'un médicament n'est jamais obligatoire, le directeur de l'établissement doit s'assurer que les professeurs ayant accepté d'administrer les médicaments en cas de crise d'épilepsie aient été correctement formés, et, pour finir, les parents sont responsables du « plan de santé » de leur enfant comprenant un accord entre le médecin, l'école, l'infirmière, et le patient lui-même (Wait , et al., 2013). Dans ce contexte, certains pédiatres espagnols sont réticents à l'idée d'autoriser le corps enseignant à administrer une benzodiazépine à un enfant à cause des potentiels effets secondaires, notamment de dépression respiratoire. Toutefois, la majorité des médecins internationaux recommandent l'administration immédiate d'un médicament adapté dans le but d'arrêter la crise car, si celle-ci venait à se prolonger, elle pourrait entraîner des séquelles irréversibles chez l'enfant. (Raspall-Chaure, et al., 2014). En

¹France, Allemagne, Italie, Espagne, Suède et Royaume-Uni

Angleterre, les recommandations du NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) sont similaires. Elles préconisent un traitement immédiat de la crise d'épilepsie prolongée (supérieure à 5 minutes) pour prévenir la progression du statut épileptique et diminuer la morbidité à long terme (Cross, et al., 2013). Le NICE recommande également que toutes les personnes entourant l'enfant épileptique soient proprement formées à l'administration du médicament (Cross, et al., 2013); cette notion reste concrètement peu développée malgré la proposition d'encadrement par une infirmière spécialisée à l'école et à domicile (Wait , et al., 2013). Aux Etats-Unis, une partie de la responsabilité d'action en cas de crise d'épilepsie est accordée à l'infirmière scolaire, mais ces infirmières scolaires disent ne pas se sentir à l'aise avec les premiers soins lors d'une crise d'épilepsie (O'Hara, 2007). En Grèce, ce sont les infirmières scolaires qui doivent éduquer les professeurs et être disponibles sur place en cas de problème médical urgent, tel qu'une crise d'épilepsie. Malheureusement, la plupart des écoles ne comptent pas d'infirmière dans le personnel scolaire, pour des raisons budgétaires majoritairement (Kampra, et al., 2016). Dans une étude de 2015 établie en Iran, on retrouve des problèmes budgétaires similaires à la situation grecque ne permettant pas à toutes les écoles d'engager une infirmière scolaire (Karimi & Heidari, 2015). Les enfants épileptiques sont donc généralement encadrés par des professeurs qui ne sont, pour la plupart, pas formés médicalement, et se sentent incapables d'agir en cas de crise d'épilepsie (Kampra, et al., 2016) (Karimi & Heidari, 2015) (O'Hara, 2007) (Abulhamail, et al., 2014).

Au niveau légal, la notion de responsabilité pénale est un argument puissant quand il s'agit de pouvoir ou de devoir administrer un médicament à un enfant. En Espagne, en Allemagne, en France et en Italie, la notion de *non-assistance à personne en danger* impose de sauver un enfant dans une situation qui met sa vie en péril (Wait , et al., 2013). Cette règle ne fait toutefois pas toujours autorité. En Espagne, les professeurs ne sont, en effet, pas légalement obligés d'agir lors d'une situation dans laquelle un enfant ferait une crise d'épilepsie en classe (Raspall-Chaure, et al., 2014). En Allemagne, il est chiffré que 49% des enseignants ont avoués avoir peur des répercussions légales en cas de problème suite à l'administration d'un antiépileptique à un mineur (Dumeier, et al., 2015). En France, il y a également une opposition entre le principe de *non-assistance à personne en danger*, le code de Santé Publique qui réserve le droit d'administration de médicaments aux professionnels ayant reçu

une formation médicale, et la Loi française qui stipule que nul professeur n'est obligé d'administrer un médicament à un élève, considérant cet acte volontaire et facultatif (Arzimanoglou, et al., 2014). Dans une étude réalisée en Italie, le premier geste en cas de crise d'épilepsie chez 50% des professeurs est d'appeler l'ambulance (Mecarelli, et al., 2014). Le principe de non-assistance à personne en danger n'est pas applicable en Suède, ni au Royaume-Uni où la plupart des associations de professeurs déconseillent qu'un membre du personnel du corps enseignant administre un médicament car elles estiment que cela va au-delà de leurs compétences et que cela pourrait nuire à leur carrière si des parents venaient à porter plainte (Wait , et al., 2013). Ces situations aboutissent au cas de figure classique où le professeur n'administre pas de médicament à l'enfant mais appelle une ambulance pour se couvrir légalement. Cette démarche est bienveillante et compréhensible vu l'ambivalence des législations ; il est nécessaire que l'enfant soit examiné par un professionnel. Par contre, elle n'est pas optimale car elle entraîne un retard considérable de la prise en charge (Wait , et al., 2013).

La Belgique se trouve confrontée aux mêmes controverses juridiques que ses voisins. Les responsabilités civile et pénale semblent se contredire au sujet de l'administration des médicaments aux élèves : d'après le code pénal, *toute personne qui accomplit habituellement un acte médical sans posséder les diplômes requis, se rend coupable d'exercice illégal de la médecine*² (Code Pénal Belge, 1867); mais selon le Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, *l'administration ou la dispensation de médicaments à l'école par un membre du personnel administratif ou enseignant ne constitue pas un exercice illégal d'une profession des soins de santé, pour autant que ce ne soit pas une habitude et qu'aucun avantage financier n'en soit tiré*³ (Code Pénal Belge, 1967). Un autre article du code pénal, traitant de la *non-assistance à personne en danger*, stipule qu'il n'est pas demandé au personnel de poser des actes médicaux qu'il ne maîtrise pas, ni de se mettre ou de mettre autrui en danger⁴. Toutefois, une Circulaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles précise qu'*il ne sera jamais reproché à un membre du personnel d'avoir fait le nécessaire pour le secourir (l'élève), la sécurité de l'élève étant primordiale et prioritaire à toute autre considération*⁵.

² Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

³ SPF Santé Publique : article 2/4/38ter et art.38ter

⁴ Article 422bis du code pénal

⁵ Fédération Wallonie-Bruxelles, Circulaire n°4888 du 20/06/2014.

L'idée principale de ce mémoire est de trouver des pistes d'amélioration afin d'aider les membres du corps enseignant à affronter ces crises de convulsion de manière efficace, posée et sécuritaire pour l'enfant et l'enseignant lui-même. Selon les différents pays, il existe plusieurs pistes d'amélioration, dont une qui reste privilégiée bien que trop peu exploitée : le *Plan de traitement*. Lorsqu'un enfant est atteint d'une maladie nécessitant l'administration d'un médicament spécifique, le directeur de l'établissement scolaire devrait établir un plan d'accueil individualisé (PAI) qui reprendrait une ordonnance du médecin ainsi que les démarches à suivre personnalisées en cas de problème (Arzimanoglou, et al., 2014). Si l'enfant n'a pas de PAI, l'administration de médicament par le corps enseignant serait interdite (Arzimanoglou, et al., 2014). Aux Etats-Unis, au Centre d'Epilepsie de Montefiore, un tel formulaire a été développé en collaboration avec des médecins. Ce formulaire contiendrait toutes les instructions pour gérer la crise de l'enfant, le traitement à administrer ainsi qu'un protocole complet de prise en charge (O'Hara, 2007). En Belgique, Marie-Martine Schyns⁶ a développé de manière similaire en 2014 un formulaire retrouvé dans la Circulaire n°4888 *Soins et prises de médicaments pour les élèves accueillis en enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé*. Cette dernière précise également qu'une meilleure formation des professeurs face aux situations d'urgences est à envisager (Schyns & Fédération Wallonie Bruxelles, 2014). Suite à une formation, on observe des améliorations des connaissances, des attitudes, ainsi que de la gestion des compétences en cas de crise d'épilepsie (Eze, et al., 2015).

Dans ces conditions où le manque de formation et d'information entraînent une mauvaise gestion des enfants épileptiques à l'école (Dumeier, et al., 2015) (Dumeier, et al., 2017) (Dumeier, et al., 2017), il semble judicieux, voire indispensable, de développer des outils adaptés afin de proposer des pistes d'amélioration pour une meilleure prise en charge de l'épilepsie. Dans ce contexte, ce travail propose dans un premier temps d'évaluer les connaissances ainsi que les attitudes des professeurs face à une crise d'épilepsie. Dans un second temps, ces mêmes aptitudes seront réévaluées après participation à une sensibilisation théorique.

⁶ Ministre de l'Enseignement obligatoire et de Promotion sociale

B. Partie théorique

1. Epilepsie

Définitions

Chez l'adulte, l'épilepsie est classiquement définie comme « une maladie chronique caractérisée par la survenue d'au moins deux crises comitiales non provoquée, séparée par au moins 24h et en dehors de la période néonatale ».

Une crise comitiale correspond à « la survenue d'une interruption brusque du fonctionnement normal du cerveau par une décharge anormale car excessive et/ou hypersynchrone d'un groupe de neurones corticaux ». Cette synchronisation paroxystique de l'activité neuronale est l'élément physiopathologique central de l'épilepsie (Chabrol, et al., 2010) (Larousse 2012, 2012).

Types de crises épileptiques

Il existe de nombreux types de crise d'épilepsie. On peut les diviser en deux catégories : les crises focales et les crises généralisées. La manifestation la plus spectaculaire de l'épilepsie est la crise tonico-clonique, qui se présente par des convulsions généralisées des quatre membres avec perte de connaissance. Dans ce mémoire, nous nous focaliserons sur ce type de crise généralisée car il s'agit du type de crise nécessitant une intervention urgente.

Causes d'une crise épileptique

La plupart des crises épileptiques ont une origine inconnue. Mais il est établi que les crises se déclenchent d'avantage lorsque l'enfant est fatigué ou malade. Dans certains cas d'épilepsies dites « photosensibles », les écrans et les lumières vives peuvent faciliter l'apparition d'une crise, mais cela reste une catégorie d'épilepsie assez rare.

Traitement de la crise épileptique

L'importance de traiter la crise le plus rapidement possible est due au risque d'apparition d'un *état de mal épileptique*. L'état de mal épileptique est « un état épileptique continu avec altération de la conscience : il peut s'agir d'une crise unique très prolongée ou de plusieurs crises répétées sans reprise de la conscience dans l'intervalle des deux crises. Lorsqu'une crise dure plus de 15 minutes, il est clair qu'il existe un risque d'évolution vers un état de mal » (Chabrol, et al., 2010). L'état de mal épileptique est une situation urgente comportant un risque d'altération du cerveau, voire un risque vital. Elle peut apparaître au cours de

l'évolution d'une épilepsie déjà présente ou en être le prélude. La qualité de la prise en charge thérapeutique est susceptible d'en réduire la durée et donc, l'impact sur le cerveau.

Recommandations en cas de crise épileptique

En cas de crise d'épilepsie tonico-clonique, les recommandations varient selon la littérature mais, elles s'accordent toutes sur certains points essentiels qui sont également repris par la Ligue Francophone Belge contre l'Épilepsie (Tableau 1) :

A faire	A ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> • Dégagez un espace autour de la personne • Enlevez les objets durs ou tranchants qui pourraient la blesser. Ensuite, laissez la crise suivre son cours naturellement • Protégez la tête (par exemple : avec un coussin ferme ou une veste roulée en boule). • Desserrez les vêtements autour du cou et assurez-vous que les voies respiratoires sont dégagées. • Si la personne porte des lunettes, retirez-les doucement. • Dès que possible, tournez la personne sur le côté dans une position latérale de sécurité (c'est-à-dire tournée sur le côté et vers le sol) pour l'aider à respirer. • Administrer le traitement pour arrêter la crise selon la prescription médicale et l'autorisation parentale • Rassurez la personne durant la période de confusion qui peut suivre la reprise de conscience. Certaines personnes se sentent étourdies quelques minutes seulement mais d'autres prennent plus de temps pour récupérer et peuvent avoir besoin de repos ou de sommeil. Certaines personnes ont fort mal à la tête après une crise. • Notez l'heure et bien observer la crise. • Appeler les parents de l'enfant concerné par la crise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il ne faut RIEN mettre dans la bouche de la personne, la position latérale de sécurité suffit à éviter l'étouffement. • Ne déplacez pas la personne pendant le déroulement de la crise sauf si elle est en danger (ex. sur une route, dans un escalier, au bord de l'eau, près d'un feu ou d'un chauffage...) • N'entravez pas ses mouvements • Ne tentez pas de la soulever • Ne donnez pas à boire, ni à manger • N'importunez pas inutilement la personne dans la période de confusion qui peut suivre la reprise de conscience <p>(Ligue Francophone belge contre l'épilepsie asbl; s.d.)</p>

Tableau 1 recommandations en cas de crises d'épilepsie

Habituellement il n'est pas nécessaire d'appeler un médecin ou une ambulance lorsqu'une personne épileptique « connue » présente une crise qui serait habituelle pour elle. Mais, quand il s'agit d'un enfant épileptique et quand la crise se déclenche à l'école, les avis sont partagés. En revanche, il est essentiel de contacter les parents de l'enfant afin que ceux-ci fassent en sorte que l'enfant soit vu par un médecin. Si les parents ne souhaitent pas que l'enfant soit vu par un médecin, ce sont eux qui en prendront la responsabilité quand ils viendront rechercher leur enfant et non les enseignants. Il est cependant impératif d'appeler les secours dans plusieurs situations :

- S'il s'agit de la première crise chez l'enfant
- Si la durée de la crise est supérieure à 5 minutes
- Si 2 crises se suivent sans reprise de conscience
- Si l'enfant s'est blessé en tombant
- Si l'enfant ne reprend pas conscience dans un délai normal (quelques minutes)

Sur le plan thérapeutique, il est impératif d'administrer le traitement dans le délai le plus court possible car il est prouvé qu'une crise prolongée peut entraîner des dommages cérébraux irréversibles, voire entraver la vie du patient (Trinka, et al., 2016). La plupart des crises prennent fin de manière spontanée avant 5 minutes. Celles qui durent plus de 5 minutes ont de faibles chances de s'arrêter spontanément et doivent être considérées comme des « convulsions anormalement prolongées » qui sont des urgences médicales potentiellement létales. Il est donc réellement important de traiter la crise de manière thérapeutique le plus rapidement possible. Les Benzodiazépines sont le traitement d'urgence de premier choix en cas de crise d'épilepsie tonico-clonique. Cette molécule est confiée à l'entourage du patient et peut être administrée sans connaissance médicale spécifique. Certes il existe de potentiels effets secondaires au traitement mais le risque de dépression respiratoire est beaucoup plus faible que le bénéfice potentiel de prévenir un état de mal par l'administration précoce du traitement anti-comitial. Chez les enfants et les adultes, le Midazolam (Dormicum® Intra-buccale) et le Lorazépam (Témesta® intra-buccale) sont recommandés comme traitement de première ligne pour arrêter la crise d'épilepsie. Ils sont généralement administrés par voie sublinguale qui est très facile d'accès et sans danger de fausse route lors de la crise. Le Diazépam (Valium® intra-rectal) est une alternative fréquente, utilisée majoritairement chez les bébés ou en milieu hospitalier.

2. Repères juridiques et pratiques pour l'encadrement des élèves épileptiques à l'école

La Fédération Wallonie Bruxelles a édité un guide en 2017 intitulé *Mômes en santé* qui propose un dossier sur la gestion des soins en collectivité chez les enfants de 3 à 18 ans. Ce guide est un réel repère de bonne conduite qui s'appuie sur la Circulaire n°4888. Un chapitre dédié aux cas d'urgences s'avère être d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

A travers *Môme en santé*, la fédération Wallonie-Bruxelles certifie que les gestes adoptés en cas de convulsion ou d'accidents divers, l'appel d'un médecin ou de l'ambulance via le 112 dans toute situation grave et urgente, doivent être réalisés à tout moment, chaque fois que nécessaire et sans conditions par les encadrants, selon les recommandations énoncées dans ce référentiel. Ce guide affirme par ailleurs que *porter assistance à un enfant et agir en cas d'urgence ne relève pas de l'exercice illégal d'une profession des soins de santé* (Office de la Naissance et de l'Enfance & Question Santé, 2017). Selon cette brochure, lors de la prise en charge d'un enfant épileptique par un établissement scolaire d'enseignement ordinaire ou spécialisé, un rendez-vous préalable avec les parents sera essentiel pour explorer les différentes réactions à avoir lors d'une situation de crise, lorsqu'il est nécessaire d'administrer des médicaments par exemple. Lors de cet entretien préalable, les parents devront également être informés des limites quant aux responsabilités des encadrants en insistant, si c'est le cas, sur le fait que ces derniers ne sont ni infirmiers, ni médecins. Un document signé par les parents stipulant que l'enfant est autorisé à participer à certaines activités pourra être demandé. Aussi, dans certains cas, un document complémentaire (certificat, autorisation ou une attestation médicale) pourra être demandé par les encadrants au médecin traitant lors de situations particulières.

On constate que, tous les cas sont différents et méritent d'être traités de manière individualisée à travers un réel projet d'accueil particulier et individualisé des besoins médicaux de l'élève. La mobilisation, si nécessaire, de divers intervenants en milieu scolaire peut s'avérer déterminante afin d'optimiser la prise en charge des crises convulsives. Pour chaque élève à besoin spécifique, le chef d'établissement doit faire remplir la *Fiche de prise en charge* contenue dans la circulaire n°4888 en concertation avec l'élève, ses parents, les enseignants concernés, le centre PMS, le centre PSE ainsi que le médecin traitant, lors de l'inscription de l'élève, ou, au moment du diagnostic de la maladie.

3. En cas d'urgence

La notion d'acte médical :

L'acte médical vise *tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination.* On estime que l'administration de médicaments à l'école, par un membre du personnel administratif ou enseignant, ne constitue pas un exercice illégal des soins de santé, pour autant que ce ne soit pas une habitude et qu'aucun avantage financier n'en soit tiré.

Responsabilité civile :

Le guide *Mêmes en santé*, la circulaire n°4888 et sa *Fiche de prise en charge* pourraient permettre d'éviter les conflits concernant la responsabilité pénale et civile. En effet, en ce qui concerne la responsabilité civile de la personne posant des actes de soins, la FWB précise que *le membre du personnel qui pose un acte de soin auprès d'un élève, engage sa responsabilité civile et, par elle, celle de son établissement* ; il est donc primordial que la personne qui prodigue ces soins agisse avec la plus grande prudence. Comme le veut la Loi, pour engager la responsabilité civile d'une personne il faudrait prouver l'existence d'une faute, d'un dommage (matériel, physique, psychique, ou une perte d'activité sexuelle) et d'un lien de causalité, c'est à dire une preuve que c'est bien la faute commise qui a engendré le dommage causé.

Responsabilité pénale :

La personne posant des actes de soins pourrait être pénalement accusée de la non-assistance à personne en danger. La non-assistance à personne en danger est définie par la Loi comme le *refus volontaire de porter secours à un tiers qui est en grave danger* (art 422 bis, Code pénal). Cette notion est abordée dans la Circulaire n°4888. Selon cette dernière, la non-assistance à personne en danger doit s'apprécier selon un double critère : la connaissance du danger dans lequel se trouve la victime, et les compétences à intervenir de l'intervenant ; le membre du personnel apportera les premiers soins dans la mesure où il a reçu la formation adéquate. Le cas échéant, il veillera à appeler les secours.

Les actes réalisés sur base d'une prescription médicale écrite et détaillée, avec accord des parents pour le traitement des maladies chroniques, comme l'épilepsie, peuvent être

considérés comme relevant de l'état de nécessité car, si ces actes n'étaient pas posés, l'enfant pourrait encourir un grave danger. D'autres actes, tel que l'administration d'un traitement anti-comitial lors d'une crise d'épilepsie, relèvent de l'aide à personne en danger. Ces derniers interviennent uniquement lors de circonstances imprévisibles, dans l'attente de l'arrivée d'une aide spécialisée et sur base de protocoles d'intervention écrits et appris. Il s'agira donc toujours de solliciter l'aide spécialisée et, dans l'attente de cette aide, d'évaluer les risques encourus selon que l'on administre ou non le médicament. Le comportement à adopter devra donc être déterminé par l'intervenant en fonction des circonstances, en prenant les précautions adéquates tel un « bon père de famille ».

4. Modalités pratiques

Le but poursuivi est d'optimiser la prise en charge concrète d'un élève qui aurait besoin de soins médicaux à travers cette Circulaire n°4888 qui permettrait principalement au personnel de l'école d'être mieux informé et rassuré à propos des spécificités des maladies de chaque élève. Dans cette optique, l'utilisation de la *Fiche de prise en charge* semble indéniable. Ces différents outils aideraient les membres des établissements scolaires à être responsables et capables d'agir de manière efficace, orientée, réglementaire et légitime. Une formation adéquate et adaptée permettrait donc à l'ensemble des intervenants de se familiariser avec les conduites adaptées, de se sentir sécurisés, de dédramatiser face à un élève en difficultés. D'après la Fédération Wallonie Bruxelles, l'idéal serait l'association entre une formation aux premiers secours et des séances d'informations spécifiques et/ou une sensibilisation à l'accueil des élèves souffrants de problèmes de santé. Enfin, la Circulaire « n°4888 et le guide *Mêmes en Santé* assurent que, dans des cas d'urgence, le personnel peut et doit intervenir dans la mesure de ses moyens. La sécurité de l'élève est primordiale et passe avant toute autre considération. Il ne sera jamais reproché à un membre du personnel d'avoir fait le nécessaire pour secourir un élève.

C. Matériel et méthodes

1. Question de recherche

« Dans quelle mesure une sensibilisation théorique pourrait-elle améliorer l'attitude et l'aptitude des professeurs face à la survenue d'une crise d'épilepsie chez un élève ? »

Par « attitude et aptitude », il faut entendre le savoir, savoir-être et savoir-faire.

Le « savoir » regroupe les connaissances théoriques que les professeurs auront de l'épilepsie en général. Le « savoir-faire » et le « savoir-être » englobent à eux deux, les comportements physiques et psychologiques que les professeurs peuvent développer face à une telle situation.

2. Objectifs et hypothèses

Objectif général :

Informé et former les enseignants d'écoles fondamentales sur l'épilepsie, la prise en charge des crises d'épilepsie en milieu scolaire. La finalité de cet objectif étant d'optimiser la prise en charge des crises d'épilepsie dans les écoles fondamentales en Province de Liège.

Objectif de l'étude :

Etudier l'impact d'une sensibilisation théorique sur les connaissances de l'épilepsie ainsi que le savoir-être et le savoir-faire des enseignants de l'enseignement fondamental ordinaire en cas de crise d'épilepsie en milieu scolaire.

Hypothèse principale:

Les professeurs des écoles primaires ne sont pas informés et formés pour réagir face à une crise d'épilepsie survenant chez un élève.

Sous-Hypothèses :

- Le savoir-être et le savoir-faire des professeurs se trouvant face à un élève faisant une crise d'épilepsie en milieu scolaire ne sont pas optimaux.
- Les professeurs ne connaissent pas le cadre légal belge concernant la prise en charge d'une crise d'épilepsie, et notamment l'autorisation d'administration d'un médicament en milieu scolaire.

3. Type d'étude et démarche de recherche

Ce travail présente une approche quantitative, il s'inscrit plus précisément dans la catégorie des études pré-expérimentales, donc une étude interventionnelle. Le but de cette étude a été d'interroger les professeurs de l'enseignement fondamental sur leurs attitudes et aptitudes face à une crise d'épilepsie d'un élève. Pour cette étude, il a fallu faire remplir des questionnaires avant et après une formation théorique. Cette sensibilisation théorique expliquerait aux enseignants les bases de l'épilepsie, les aménagements ministériels existants ainsi que les règles de bonnes pratiques en cas de crise d'épilepsie.

4. Population étudiée

Ce travail a pour objectif d'étudier les attitudes et aptitudes de professeurs de plusieurs écoles d'enseignement fondamental ordinaire de la Ville de Liège. Parmi les écoles sollicitées pour cette étude, 4 ont répondu positivement.

Afin de déterminer la population de cette étude, une méthode d'échantillonnage à 2 niveaux a été nécessaire. Les écoles ont été choisies par commodité sur base de leur proximité géographique selon une méthode non-probabiliste. Ensuite, en ce qui concerne le choix des enseignants au sein de ces écoles, c'est sur base volontaire qu'ils ont répondu aux questionnaires et assistée à la séance d'information.

Les sujets inclus dans l'étude sont les professeurs employés dans les écoles fondamentales choisies ayant répondu au premier questionnaire. Ainsi, sont exclus tous les autres membres du personnel des écoles.

Cette étude regroupe un échantillon de :

- 47 professeurs ayant répondu au premier questionnaire
- 58 professeurs ayant assistés à la formation (dont 41 ayant rempli le premier questionnaire)
- 35 professeurs ayant répondu au dernier questionnaire

5. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Les données ont été récoltées par l'intermédiaire de questionnaires comportant des questions à réponses fermées incluant parfois une échelle de Likert.

Ce questionnaire se divise en deux parties : une partie sur les connaissances théoriques de l'épilepsie, et une partie sur les attitudes des enseignants face à une crise d'épilepsie.

Il a été distribué à deux reprises aux participants ; une première fois avant la séance d'information, la deuxième fois quelques temps après cette information.

De cette manière, nous avons pu évaluer le degré d'évolution des réponses aux questionnaires après la formation. Avec cette dernière, nous espérons améliorer les connaissances, et de surcroît les aptitudes, des professeurs à la gestion d'une crise d'épilepsie.

6. Organisation et planification de la collecte des données

Cette étude a donc été réalisée en 3 temps.

1. Premièrement, la première série de questionnaires (Annexe 1) a été distribuée aux enseignants des écoles sélectionnées par l'intermédiaire de la direction. Le chef d'établissement des écoles a mis à disposition des professeurs les questionnaires imprimés et a envoyé un mail d'explications à l'ensemble du corps enseignant. Cette première série de questionnaires a été à disposition des enseignants durant une période de deux semaines (du 11 mars 2019 au 1 avril 2019). Les questionnaires complétés ont été récupérés et analysés par la suite.
2. Ensuite, une information a été dispensée dans les écoles concernées par l'étude. La « formation théorique » a duré 15-20 minutes. Les professeurs participant à l'étude ont assisté à une séance d'information sur l'épilepsie, la bonne prise en charge des crises épileptiques à l'école ainsi qu'une explication sur les recommandations et la législation à ce sujet. La formation s'est déroulée dans le courant de la semaine du 22 au 26 avril 2019 dans les différentes écoles.
3. Troisièmement, quelques semaines après la formation, les professeurs participant à la sensibilisation théorique se sont vus remettre un deuxième et dernier questionnaire identique au premier. Ce deuxième questionnaire a permis de

comparer les réponses après la formation afin d'évaluer si l'outil mis en place permet d'améliorer les attitudes et aptitudes des professeurs face à des élèves épileptiques à l'école. Cette 2^{ème} série de questionnaire a été mise à disposition des enseignants du 13 au 17 mai 2019, soit 2 semaines après la séance d'information.

7. Traitement des données et méthodes d'analyse

La retranscription des réponses aux questionnaires a été effectuée par une seule et unique personne afin d'éviter, au maximum, les erreurs d'encodage. Les réponses aux questions ont été encodées sur Excel 2010 et reformatées en format « txt » pour pouvoir en tirer des informations statistiques. Pour traiter les données statistiques, le logiciel R et sa commande « R commander » ont été le choix de prédilection. Les questionnaires n°1 et n°2 ont été analysés à deux temps différents et, ensuite, une comparaison de leurs résultats a été effectuée de manière à obtenir une analyse rigoureuse.

Chaque variable a été codifiée et chacune de ces variables seront répertoriées dans un code book. En effet, un code book a été créé afin de faciliter la lecture de la base de données.

Les individus n'ayant pas répondu au 2^{ème} questionnaire ont été sortis de l'étude afin d'obtenir des statistiques complètes.

Etant donné que nous devons comparer des proportions observées dans des populations appariées, il nous faudra utiliser le test statistique Mc Nemar. Il s'agit d'étudier la même variable qualitative dans 2 conditions expérimentales différentes, soit, dans ce cas-ci, avant et après une séance d'information théorique.

8. Description de l'intervention

La sensibilisation théorique a été créée en collaboration avec le Dr Barrea, neuro-pédiatre, et le Dr Leroy responsable du secteur de neuro-pédiatrie. Cette séance d'information s'est faite avec l'aide d'un support visuel créé avec « Power Point » (Annexe 3) comportant une vingtaine de diapositives traitant sur l'épilepsie, les recommandations en cas de crise épileptique, les outils mis à disposition des écoles. Les sources théoriques utilisées pour ce support ont été validées scientifiquement.

Cette séance a été prodiguée dans les écoles participant à l'étude lors de réunions avec l'ensemble des professeurs ayant accepté de prendre part à ce travail. La séance a été dispensée une seule et unique fois dans les écoles concernées. La sensibilisation théorique a été délivrée par la même personne lors des différentes séances. Les enseignants ayant répondu au premier questionnaire avaient préalablement été avertis de la date de cette séance d'information. Uniquement les enseignants présents à la séance d'information et ayant rempli le premier questionnaire se sont vu remettre un deuxième questionnaire.

Dans ce questionnaire, on peut observer plusieurs types de questions : premièrement, des questions de pure théorie sur l'épilepsie et le vécu avec cette pathologie au quotidien (n°1 à 19 incluse). Ensuite, des questions s'interrogeant sur le vécu des enseignants (n°20, 21, 22, 24, 26, 27, 33), des questions de connaissance orientées vers la pratique (n°23, 25, 28, 29, 30, 34) et des questions sur le ressenti des enseignants face à un élève épileptique en classe (31, 32, 35, 36).

Il est à noter que l'objectif de l'étude est différent de l'objectif de la formation. En effet, le but de cette étude est d'étudier l'impact d'une sensibilisation théorique sur les connaissances de l'épilepsie ainsi que le savoir-être et le savoir-faire des enseignants de l'enseignement fondamental en cas de crise d'épilepsie. Tandis que l'objectif de la séance d'information est tout simplement d'informer les enseignants et de les sensibiliser à la problématique de l'épilepsie. L'objectif de l'étude ne peut donc pas être atteint sans cette séance de sensibilisation.

D. Résultats

1. Taux de réponses à l'étude

Sur les quatre écoles sélectionnées, 47 instituteurs et institutrices ont répondu au premier questionnaire. Parmi ces 4 écoles, l'une d'entre elle n'a pas souhaité poursuivre l'étude ; les 4 questionnaires remplis dans cet établissement ont donc été supprimé de l'expérimentation.

L'expérimentation complète a donc été établie dans trois écoles fondamentales de la Ville de Liège. Soit, 43 participants dont 41 ont assisté à la séance d'information.

La séance d'information a donc été dispensée devant 95.35% des enseignants ayant répondu au premier questionnaire.

41 questionnaires ont été distribués, 2 semaines après la séance d'information, dans les trois écoles concernées.

Lors de la récolte de la deuxième série de questionnaire, 6 questionnaires manquaient.

L'étude est donc finalement basée sur la participation effective de 35 sujets, soit un taux de participation complète de 85.37%.

2. Analyses statistiques

Les questionnaires contiennent deux parties : une partie rassemblant un ensemble de questions plutôt théoriques sur l'épilepsie et l'autre portant plutôt sur des questions concernant le ressenti, le vécu, les pratiques des enseignants par rapport à la problématique d'un élève épileptique.

Pour objectiver si la formation dispensée dans les écoles a eu un impact sur les connaissances théoriques et pratiques des enseignants participants, nous avons effectué les statistiques grâce au logiciel *R* et sa commande *R cmdr* à l'aide du test Mc Nemar. Nous avons donc pu comparer les réponses avant et après la sensibilisation théorique.

a) Résumé des analyses statistiques (tableau 2)

Partie 1 (questions n°1 à 19) :

Question	Nombre de réponses (n=)	Réponses correctes AVANT formation (%)	Réponses correctes APRES formation (%)	p-valeur
1. L'épilepsie est une maladie neurologique ?	Avant : 34 Après : 34	94.1	100	/ ⁷
1. L'épilepsie est une maladie mentale ?	Avant : 35 Après : 35	97.1	100	/
2. L'épilepsie est une maladie contagieuse ?	Avant : 34 Après : 34	100	100	/
3. Peut-on mourir d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 33 Après : 33	81.8	81.8	1
4. L'épilepsie est une maladie héréditaire ?	Avant : 35 Après : 35	11.4	45.7	0.00596
5. Tout le monde peut être touché par l'épilepsie ?	Avant : 35 Après : 35	85.7	97.1	0.13336
6. Les facteurs psychologiques sont susceptibles de faciliter directement l'apparition de crises d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 34	29.4	64.7	0.00596
7. L'excès de jeux vidéo peut-il être une cause d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 35 Après : 35	74.3	54.3	0.08012
8. Le manque de sommeil peut-il être une cause de crise d'épilepsie ?	Avant : 33 Après : 33	72.7	81.8	0.5465
9. La prise d'alcool peut-il être une cause de crise d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 34	58.8	79.4	0.1213
10. Une infection virale/ bactérienne avec fièvre peut-elle être une cause d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 34	50.0	50.0	1.0
11. Peut-on empêcher la survenue d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 35 Après : 35	51.4	82.9	0.009823
12. On doit tenter de maîtriser une personne atteinte de malaise/ crise épileptique ?	Avant : 33 Après : 33	36.4	93.9	6.151 ⁻⁰⁵

⁷ Signifie que le test statistique Mc Nemar n'a pas été applicable (Annexe 4).

13. La présence répétée ou prolongée devant un écran est contre-indiquée en cas d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 33	0.0	38.2	/
14. Les voyages et le sport sont contre-indiqués aux personnes épileptiques ?	Avant : 33 Après : 33	93.9	97.0	1.0
15. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les jeunes enfants ?	Avant : 33 Après : 33	78.8	84.8	0.7728
16. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les hommes ?	Avant : 34 Après : 34	88.2	97.1	0.3711
17. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les personnes défavorisées ?	Avant : 32 Après : 32	81.2	100	/
18. Il y a plus de 30 000 personnes épileptiques en Belgique	Avant : 32 Après : 32	84.4	96.9	0.2207

Partie 2 (questions n°20 à 36) :

Question	Nombre de réponse	Réponses Avant formation (%)	Réponses Après formation (%)	p-valeur
19. Date d'entrée dans l'enseignement	Avant : 34 Après : 34	Avant 2014 : 79.4 Après 2014 : 20.6	Avant 2014 : 79.4 Après 2014 : 20.6	/
20. Avez-vous déjà eu, parmi vos élèves, un enfant épileptique ?	Avant : 34 Après : 34	Oui : 23.5 Non : 76.5	Oui : 23.5 Non : 76.5	/
21. L'un de vos élèves a-t-il déjà présenté une crise d'épilepsie en classe ?	Avant : 33 Après : 33	Oui : 0.0 Non : 100	Oui : 3.0 Non : 97.0	/
22. Connaissez-vous la conduite à tenir pour les enfants épileptique ?	Avant : 28 Après : 28	Oui : 25.0 Non : 75.0	Oui : 96.4 Non : 3.6	2.152 ⁻⁰⁵
23. Avez-vous déjà suivi une formation pratique ou théorique sur la prise en charge d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 33 Après : 33	Oui : 9.1 Non : 90.9	Oui : 78.8 Non : 21.2	4.49 ^e -06

24. Connaissez-vous les médicaments que l'on peut administrer en cas de crise d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 34	Oui : 5.9 Non : 94.1	Oui : 82.4 Non : 17.6	9.443 ^e - 07
25. Dans le cadre d'une crise d'épilepsie, avez-vous déjà eu besoin d'administrer le traitement d'urgence à un élève ?	Avant : 30 Après : 30	Oui : 0.0 Non : 0.0	Oui : 0.0 Non : 0.0	/
26. Etes-vous formés à l'emploi de traitement d'urgence en cas de crise d'épilepsie ?	Avant : 32 Après : 32	Oui : 0.0 Non : 100	Oui : 25.0 Non : 75.0	/
27. Les médicaments à administrer d'urgence sont-ils facilement accessible dans l'école ?	Avant : 22 Après : 21	Oui : 47.6 Non : 52.4	Oui : 61.9 Non : 38.1	/
28. Administreriez-vous le traitement d'urgence à un élève en cas de crise d'épilepsie ?	Avant : 29 Après : 29	Oui : 79.3 Non : 20.7	Oui : 96.6 Non : 3.4	0.0736 4
29. Appelleriez-vous les secours (112) lors d'une crise d'épilepsie d'un élève ?	Avant : 34 Après : 34	Toujours : 64.7 Jamais : 2.9 Ca dépend : 32.4	Toujours : 23.5 Jamais : 0 Ca dépend : 76.5	/
30. Si une telle situation se présentait, vous vous sentiriez ?	Avant : 32 Après : 32	Préparé : 0 A l'aise : 3.1 Anxieux : 34.4 Pas préparé : 62.5	Préparé : 12.5 A l'aise : 56.2 Anxieux : 12.5 Pas préparé : 18.8	/
31. Selon vous, y aurait-il des problèmes pratiques, en classe, posés par la présence d'un enfant épileptique ?	Avant : 34 Après : 34	Pas du tout : 29.4 Plutôt non : 55.9 Plutôt oui : 11.8 Très certainement : 2.9	Pas du tout : 38.2 Plutôt non : 44.1 Plutôt oui : 17.6 Très certainement : 0.0	/
32. Avez-vous déjà contacté le médecin scolaire/ l'infirmière scolaire / le Centre PMS en ce qui concerne un enfant épileptique?	Avant : 34 Après : 34	Oui : 5.9 Non : 94.1	Oui : 2.9 Non : 97.1	1

33. Avez-vous connaissance de la circulaire n°4888 appelée « Soins et prises de médicaments pour les élèves accueillis en enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé » ?	Avant : 32 Après : 32	Oui : 15.6 Non : 84.4	Oui : 90.6 Non : 9.4	2.668 ^e -06
34. Cette circulaire mène à la création d'un <i>projet particulier de prise en charge</i> pour les enfants à besoins spécifiques. Pensez-vous que cet outil est une mesure utile dans votre travail avec les enfants épileptiques ?	Avant : 33 Après : 33	Pas du tout : 0.0 Plutôt non : 0.0 Plutôt oui : 60.6 Très certainement : 39.4	Pas du tout : 0.0 Plutôt non : 0.0 Plutôt oui : 51.5 Très certainement : 48.5	/
35. Pensez-vous que des ateliers d'information et de formation sur l'épilepsie par des professionnels de santé pour les enseignants pourraient vous être utiles?	Avant : 33 Après : 33	Pas du tout : 0.0 Plutôt non : 0.0 Plutôt oui : 45.5 Très certainement : 54.5	Pas du tout : 0.0 Plutôt non : 0.0 Plutôt oui : 48.5 Très certainement : 51.5	/

Tableau 2 : Tableau résumé des analyses statistiques

b) Analyse des résultats de la partie n°1 du questionnaire

Cette partie concerne les questions de connaissances théoriques sur l'épilepsie. Elle cherche à tester le « savoir » des enseignants. Cette partie concerne les questions de 1 à 19 et ont été évaluées grâce à des questions à des réponses fermées « vrai-faux-les deux ».

En comparant les réponses avant et après la formation, nous observons une augmentation globale du taux de réponses correctes après la sensibilisation théorique. Pour la plupart des questions, l'augmentation de bonnes réponses n'est pas significative ($p > 0.05$) c'est pourquoi nous ne développerons pas l'analyse de toutes les questions (tableau 1). Certaines augmentations ont cependant retenu notre attention :

La première question ayant obtenu une augmentation significative du taux de bonnes réponses est la question n°5 du questionnaire : « L'épilepsie est une maladie héréditaire ? ». En effet, le pourcentage de bonnes réponses avant la sensibilisation théorique est de 11.4% et il passe à 45.7% après la formation.

Ensuite, la question n°7 : « Les facteurs psychologiques sont susceptibles de faciliter l'apparition d'une crise d'épilepsie ? » a obtenu, avant la formation un taux de 29.4% de bonnes réponses. Suite à la formation théorique, le taux de bonnes réponses est passé de 29.4% à 64.7%. L'augmentation est significative car la p-valeur est <0.05 .

Le taux de bonnes réponses à la question n°12 : « Peut-on empêcher une crise d'épilepsie » a également augmenté de manière significative suite à la sensibilisation théorique. Avant la formation, le taux de bonne réponse était de 51.4%, et il est passé à 82.9% après la formation.

Enfin, la dernière évolution positive à avoir retenu notre attention est celle de la question n°13 qui a obtenu une augmentation du score de bonnes réponses hautement significative ($p<0.001$). « Doit-on tenter de maîtriser une personne atteinte d'un malaise/d'une crise épileptique ? » recevra 36.4% de réponses correctes avant la formation (n=33) et 93.9% après formation.

L'augmentation du taux de bonnes réponses à ces deux dernières questions (question n°12 et n°13) est très importante car elle induit une réflexion chez l'enseignant quant à son comportement en cas de crise d'épilepsie. Grâce à ces deux questions de nature théorique, on peut donc visualiser le potentiel d'efficacité d'action qu'auraient les enseignants face à une crise d'épilepsie d'un élève.

En revanche, la question n°8 ainsi que la question n°14 ont remportés des résultats atypiques. La question « L'excès de jeux vidéo peut-il être une cause d'une crise d'épilepsie ? » a obtenu un score de bonnes réponses inversé. En effet, il y a plus d'enseignants ayant répondu correctement avant la formation (74.3%) qu'après la formation (54.3%).

Le graphique ci-dessous représente l'évolution des réponses aux questions de la première partie du questionnaire avant et après la formation.

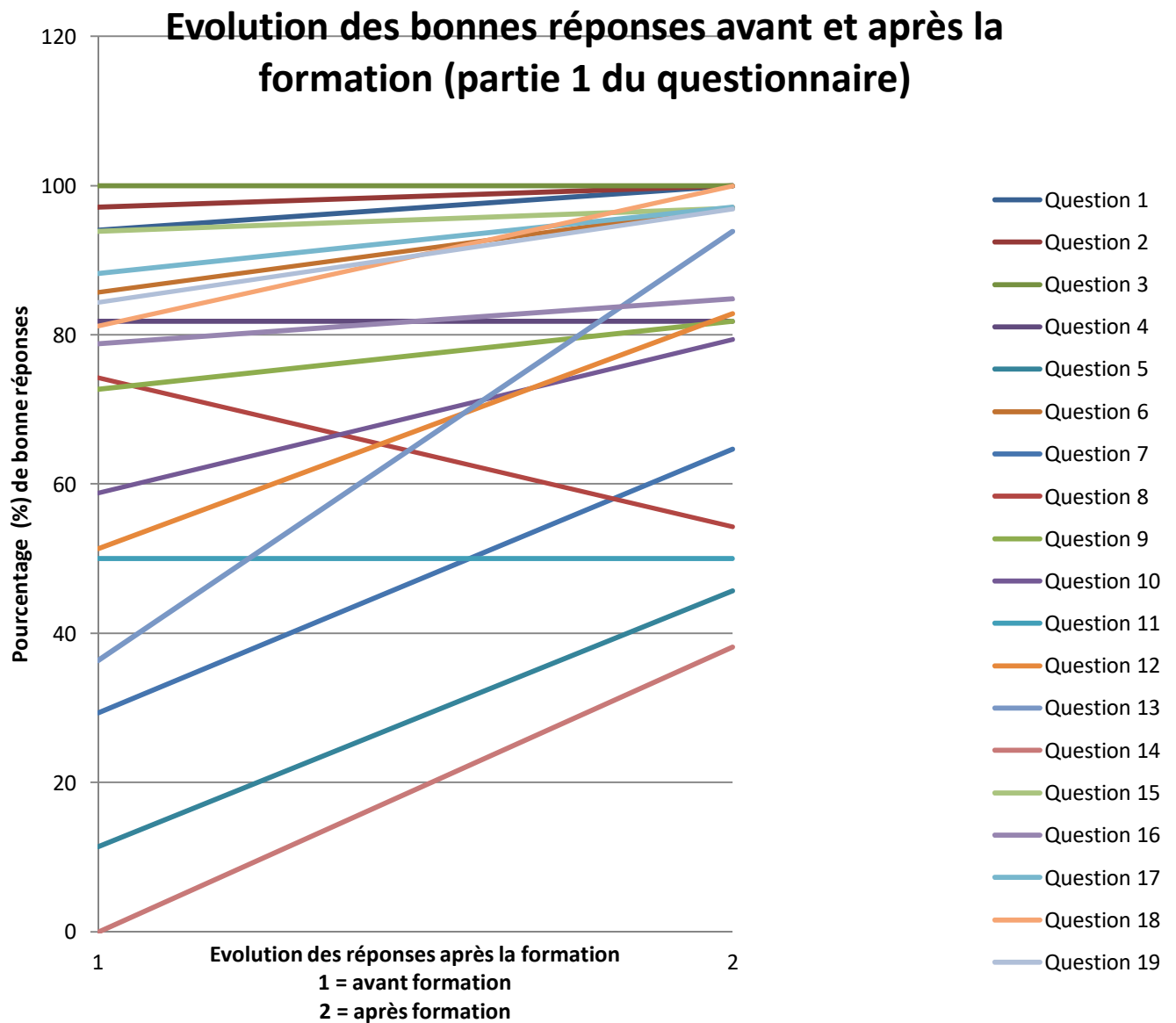


Figure 1 Graphique montrant l'évolution des réponses aux questions de la première partie du questionnaire avant et après la formation.

Lorsqu'on analyse ce graphique, on peut clairement observer une tendance ascendante des bonnes réponses aux questions entre le temps 1 (avant la formation) et le temps 2 (après la formation) (Figure 1).

Avec le calcul de la moyenne, la médiane ainsi que des extrêmes, on se rend davantage compte que cette évolution est effective :

Moyenne		Médiane		Extrêmes	
Avant formation	Après formation	Avant formation	Après formation	Avant formation	Après formation
66.82%	81.35%	78.8%	84.8%	[0%-100%]	[38.2%-100%]

Tableau 3 : Calcul de ma moyenne, médiane et des extrêmes de la partie 1 du questionnaire

En effet, la moyenne a augmenté de 14.53% après la sensibilisation théorique. La médiane a, également augmenté. L'écart entre les extrêmes a diminué, tout en gardant l'extrême haut au maximum possible, soit 100% (tableau 3).

c) Analyse de la partie n°2 du questionnaire

La seconde partie du questionnaire contient un mélange de questions ayant pour objectifs d'évaluer l'évolution du savoir, du savoir-faire et du savoir être des enseignants face à un élève épileptique à l'école.

Cette partie du questionnaire s'interroge sur le ressenti, le vécu ou encore la pratique des enseignants concernant l'épilepsie à l'école. Il ne s'agit plus de vérifier la « bonne » ou la « mauvaise » réponse aux questions mais d'observer l'évolution des comportements physiques et psychologiques que les professeurs peuvent développer face à une telle situation.

L'analyse des résultats démontre en moyenne une amélioration positive. A la question n°23, avant la formation théorique, 25% des répondants (n=28) estimaient connaître la conduite à tenir pour les enfants épileptiques. Après cette formation, 96.4% des enseignants (n=28) ont estimés connaître cette conduite à tenir. On peut également observer une telle évolution à la question n°25 « Connaissez-vous les médicaments que l'on peut administrer en cas de crise d'épilepsie ? » où 82.4% des répondants (n=34) considèrent connaître ces traitements médicamenteux d'urgence, alors qu'ils n'étaient que 5.9% (n=34) avant cette sensibilisation. Ces résultats sont éloquentes ; ils ont, tous deux, évolué positivement de manière statistiquement significative.

La question n°34 est purement orientée vers la connaissance, ou non, d'un outil. Elle a été insérée dans le questionnaire dans le but de savoir si la circulaire n°4888 était connue chez les enseignants. 84.4% des membres du corps enseignants déclarent ne pas avoir connaissance de cette circulaire. Lors de notre présentation théorique sur l'épilepsie, nous avons présenté cet outil aux enseignants. Deux semaines plus tard, 90.6% des enseignants déclaraient connaître cet outil. Les résultats sont hautement significatifs sur le plan statistique.

Les chiffres de la question n°29 ne sont pas significatifs sur le plan statistique, mais montrent également, une évolution intéressante. Lorsqu'on demande aux enseignants s'ils administreraient le traitement d'urgence à un élève en crise épileptique, 79.3% répondent positivement, avant la formation. Quand on leur pose la question à nouveau, après la formation, 96.6% d'entre eux affirment qu'ils administreraient ce traitement d'urgence, soit, une évolution approximative de 15%.

Les deux questions analysées ci-dessous n'ont, elles non plus, pas évolué de manière significatives sur le plan statistique, mais leur évolution n'en est pas pour le moins intéressante. Il s'agit de la question n°30 « Appelleriez-vous les secours (112) lors d'une crise d'épilepsie d'un élève ? » (Figure 2) et de la question n°31 « Si une telle situation se présentait, comment vous sentiriez-vous ? » (Figure 3). En ce qui concerne l'appel des secours, avant la formation, les membres du corps enseignant étaient une grande majorité (64.7%) à répondre qu'ils appelleraient toujours une ambulance face à une crise d'épilepsie. 32.4% d'entre eux estimaient que l'appel des secours dépend de la situation, et 2.9% déclaraient qu'ils n'appelleraient jamais les urgences pour une situation de la sorte. Après la sensibilisation théorique, les tendances s'inversent : une majorité (76.5%) des enseignants déclare que l'appel des secours en cas de crise d'épilepsie dépend de la situation, d'autres estiment que les secours doivent être prévenus dans toutes les situations (25.5%), mais plus aucun d'entre eux ne déclare que l'ambulance ne doit jamais intervenir dans le cas d'une crise d'épilepsie au sein de l'école.

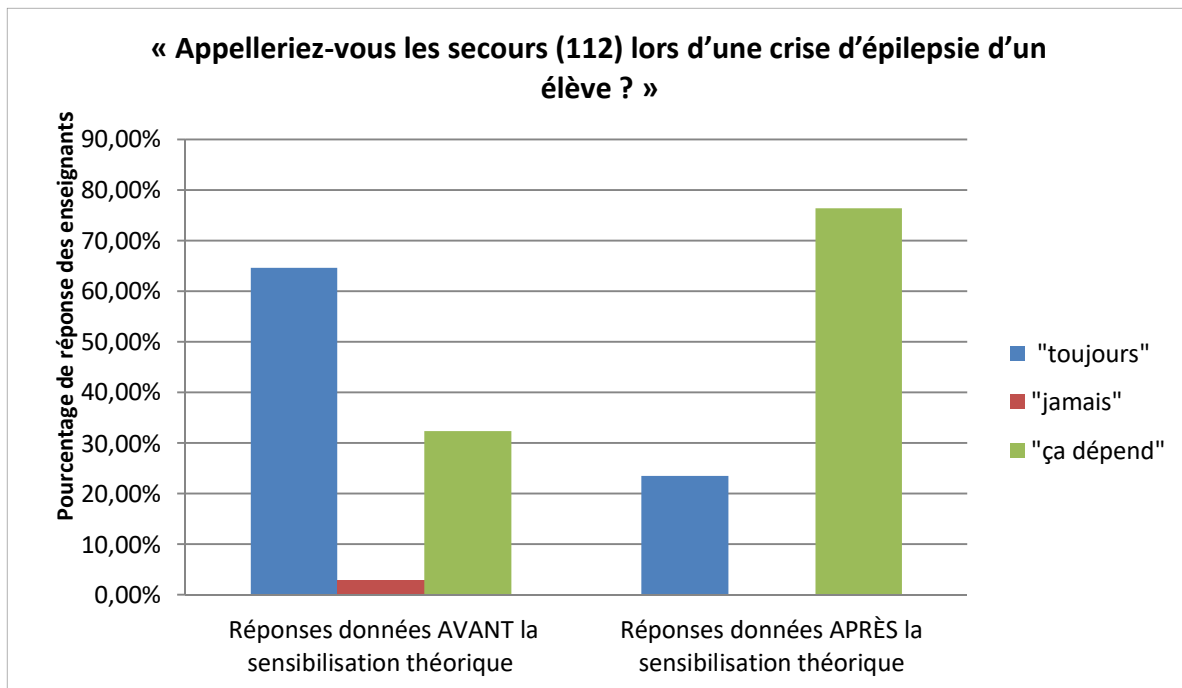


Figure 2 : Comparatif des résultats obtenus à la réponse n°30 « Appelleriez-vous les secours (112) lors d'une crise d'épilepsie d'un élève ? » avant et après la sensibilisation théorique

Lorsqu'on interroge les enseignants sur leur ressenti face à une situation du cas d'une crise d'épilepsie d'un élève à l'école, la majorité d'entre eux oriente leur réponse du côté négatif : 62.5% se déclarent « pas préparés » à affronter une telle situation, 34.4% se sentiraient « anxieux », et uniquement 3.1% des enseignants déclarent qu'ils seraient « à l'aise » face à une crise d'épilepsie d'un élève. Après la formation théorique, on observe une évolution des réponses vers le positif. Même si 18.8% des enseignants continuent à ne pas se sentir préparés et que 12.5% d'entre eux se sentent encore anxieux face à une crise d'épilepsie d'un élève, 56.2% des répondants se déclarent désormais « à l'aise » face à une crise d'épilepsie et 12.5% se considèrent comme « préparé à gérer ce genre de situation ».

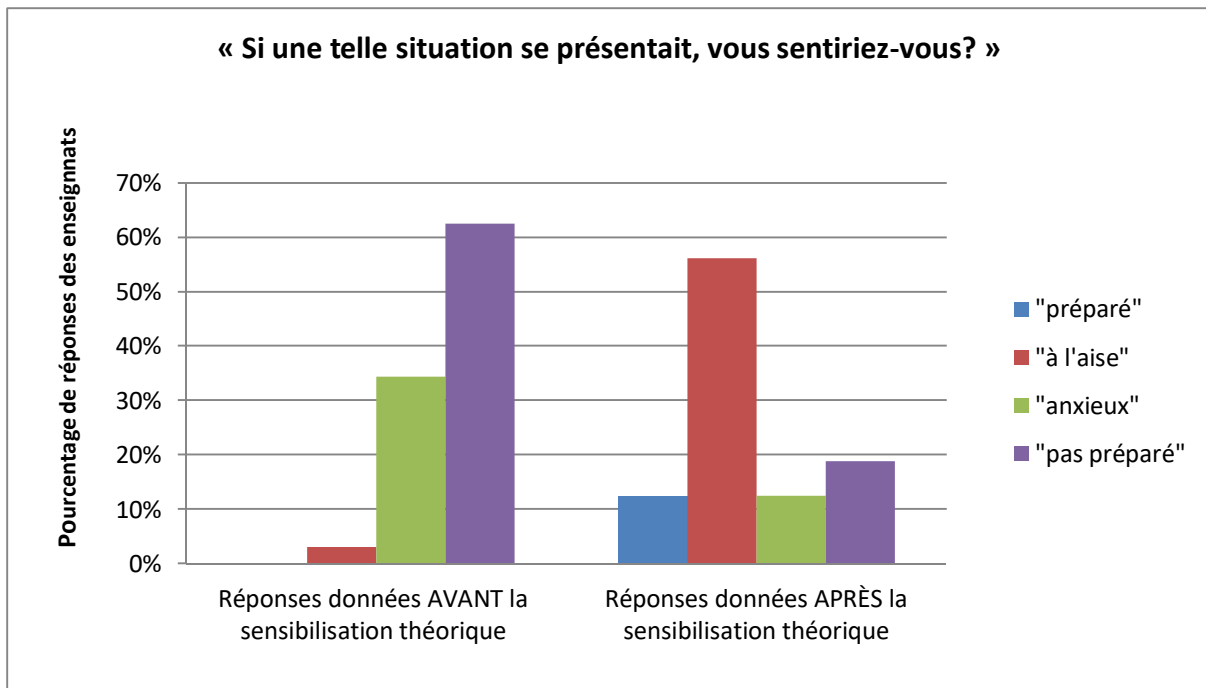


Figure 3 : Comparatif des résultats obtenus à la réponse n°31 « Si une telle situation se présentait, vous sentiriez- vous? » avant et après la sensibilisation théorique

A la fin de notre questionnaire, nous avons voulu connaître l'avis des professeurs sur de potentiels projets ou/et outils pouvant être utiles lorsque la problématique d'un élève épileptique survient à l'école. La question n°35 interroge donc les enseignants sur l'utilité d'un outil tel que le « projet particulier de prise en charge », comme suggéré dans la circulaire n°4888, dans leur quotidien avec un enfant épileptique. La question n°36 s'oriente, elle, sur l'utilité des séances d'informations et de formation pour les enseignants à propos de l'épilepsie à l'école. Le test statistique Mc Nemar n'a pas été applicable pour ces deux questions car, aucun des enseignants n'a répondu « pas du tout » ou « plutôt non ». L'entièreté des participants estiment que ces projets pourraient leur être utiles à des degrés différents. Avant la formation, 60.6% pensent que la création d'un projet particulier de prise en charge pourrait être « plutôt utile » et 39.4% lui trouvent une utilité « très certaine ». En ce qui concerne les séances de formation et d'informations, les enseignants sont 45.5% à cocher « plutôt oui » quand à leur utilité et 54.5% à choisir « très certainement ». Après la séance de formation théorique, on observe une légère évolution des réponses « plutôt oui » vers les réponses « très certainement » dans la question n°35. 48.5% des enseignants estiment désormais qu'un projet particulier de prise en charge serait « très certainement » utile et 51.5% le trouvent « plutôt » utile. Il n'y a toujours aucune réponse négative ni à la question n°35, ni à la question n°36.

E. Discussion

Une présentation théorique sur l'épilepsie à l'école permettrait d'améliorer la sécurité des enfants épileptiques durant leur scolarité en augmentant le savoir, savoir-faire et savoir-être de leur professeur qui semblerait par ailleurs déficitaires. Ce travail a pour but de vérifier cette dernière hypothèse en évaluant l'utilité d'une telle intervention. Pour atteindre cet objectif, nous avons interrogé des enseignants d'écoles primaires sur le sujet de l'épilepsie par l'intermédiaire d'un questionnaire. Nous avons ensuite organisé une séance d'information sur l'épilepsie et la prise en charge des crises épileptiques. Suite à cela, les instituteurs ont, de nouveau, répondu au questionnaire. Cela nous a permis d'observer si une évolution des savoirs, du savoir-faire et du savoir-être des enseignants était effective, après avoir stimulé leurs connaissances lors d'une formation théorique.

Résultats généraux

L'hypothèse principale de ce travail est que les professeurs des écoles ne sont pas informés et formés pour réagir face à une crise d'épilepsie survenant chez un de leurs élèves. En accord avec plusieurs auteurs internationaux, nous nous sommes aperçus que les jeunes épileptiques sont généralement encadrés par des professeurs qui ne sont pour la plupart pas formés médicalement et se sentent incapables d'agir en cas de crise d'épilepsie (Kampra, et al., 2016) (Karimi & Heidari, 2015) (O'Hara, 2007) (Abulhamail, et al., 2014). Notre hypothèse a rapidement été confirmée lorsque, 90.9% des enseignants ont répondu « non » à la question « Avez-vous déjà suivi une formation pratique ou théorique sur la prise en charge d'une crise d'épilepsie ? ». Lors de nos recherches, nous avons découvert que le NICE recommande que toutes les personnes entourant l'enfant épileptique soient proprement formées à l'administration du médicament (Cross, et al., 2013), c'est pourquoi nous avons souhaité intégrer la question n°25 « Connaissez-vous les médicaments que l'on peut administrer en cas de crise d'épilepsie ? » à laquelle 94.1% des enseignants avaient répondu « non » préalablement à notre intervention.

Nonobstant, nous avons reçu une grande majorité de bonnes réponses à la partie théorique pure du questionnaire, et ce, dès la première passation. Après la formation théorique, on remarque malgré tout une augmentation du nombre de bonnes réponses à ces questions. Le contenu de l'exposé était explicitement orienté vers de la théorie pure sur l'épilepsie, pour répondre, justement, à cette première partie du questionnaire. Cette évolution n'est pas

majeure étant donné que nous avons récolté un grand nombre de réponses correctes en préalable à la formation.

Une évolution considérable du nombre de réponses correctes a été observée dans les réponses aux questions théoriques orientées vers la pratique : lorsqu'on demande aux enseignants s'il est possible d'empêcher la survenue d'une crise d'épilepsie par exemple, on observe une augmentation de 30% de bonnes réponses données après la sensibilisation théorique, ce qui est une augmentation statistiquement significative. La question n°13 « Doit-on tenter de maîtriser une personne atteinte de malaise/crise épileptique ? » obtient, elle-aussi, une évolution réellement positive, avec une augmentation de plus de 60% de bonnes réponses.

Nous avons donc majoritairement observé des progressions positives dans les réponses, sauf en ce qui concerne la question n°8 « L'excès de jeux vidéo peut-il être une cause d'une crise d'épilepsie » pour laquelle on observe une diminution du taux de bonnes réponses de 20%. Cela peut s'expliquer par le fait que nous avons considéré la modalité « vrai » comme correcte, alors que la modalité « ça dépend » aurait également pu convenir, en particulier en regard de la question n°14 « La présence prolongée ou répétée devant un écran est contre-indiquée en cas d'épilepsie ? » pour laquelle nous avons considéré la modalité de réponse « ça dépend » comme la bonne. Nous nous sommes rendu compte de cette confusion au vu des résultats récoltés.

Dans la deuxième partie du questionnaire, on peut observer plusieurs types de questions : des questions s'interrogeant sur le vécu des enseignants (n°20, 21, 22, 24, 26, 27, 33), des questions de connaissance orientées vers la pratique (n°23, 25, 28, 29, 30, 34) et des questions sur le ressenti des enseignants face à un élève épileptique en classe (31, 32, 35, 36).

A l'égard des questions à propos du vécu des enseignants, nous nous sommes rendu compte que peu d'entre eux avait eu, parmi leurs élèves, un enfant épileptique (23.5%). Avant la formation, aucun instituteur n'avait assisté à une crise d'épilepsie en classe, après la formation, les chiffres avaient très légèrement augmenté (3%). En général, au vu des résultats, on peut affirmer que les enseignants n'ont pas, ou très peu, d'expérience dans le domaine de l'épilepsie en milieu scolaire.

L'une de nos sous-hypothèses étant que le savoir-être et le savoir-faire des professeurs se trouvant face à un élève faisant une crise d'épilepsie en milieu scolaire ne sont pas optimaux, nous avons inséré dans le questionnaire des questions de connaissance orientées vers la pratique, dans le but de confirmer ou d'infirmer celle-ci et afin d'envisager si une formation théorique permettrait de faire changer les conduites des enseignants. Comme l'indiquent les résultats (Annexe 4), les instituteurs, suite à la formation, répondent de manière plus positive, plus informée.

Dans ce travail, nous avons présumé que les enseignants n'avaient pas connaissance du cadre légal concernant la prise en charge d'une crise d'épilepsie ainsi que de l'administration d'un médicament en milieu scolaire. Parmi les questions posées dans le questionnaire, il est vrai que peu établissent un lien direct avec cette deuxième sous-hypothèse, en revanche, la question n°34 interroge les professeurs sur leur connaissance de la circulaire n°4888. Cette dernière contient toutes les informations utiles concernant cette problématique et doit donc être connue par une majorité des enseignants. Or, avant notre intervention, la circulaire n°4888 intitulée « Soins et prise de médicaments pour les élèves accueillis en enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé » était, méconnue de 84.4% des professeurs, ce qui confirme notre deuxième sous-hypothèse.

Suite à notre intervention, les enseignants répondent aux questions plus « émotionnelles » de manière également plus sereine. Leurs réponses tendent ainsi vers une évolution positive générale. Le fait de ne pas être informés et formés pour réagir face à une crise d'épilepsie survenant chez un de leurs élèves, engendrait un ressenti négatif chez les enseignants, qui, d'après nos résultats, pourrait être éventuellement amélioré grâce à des séances d'information et/ou de formation orientées sur cette pathologie.

Une progression des réponses vers les modalités positives est clairement visible après la formation théorique. Les résultats obtenus aux questions de connaissances orientées vers la pratique nous indiquent également que, suite à la formation théorique, le savoir des enseignants concernant les connaissances pratico-pratiques a évolué de manière positive. Il est établi, dès lors que, suite à une formation, on observe des améliorations des connaissances, des attitudes, ainsi que de la gestion des compétences en cas de crise d'épilepsie (Eze, et al., 2015). Il existe, des biais sur lesquels il est difficile d'agir et cela nous

empêche, à notre niveau d'affirmer et de prouver le succès de notre étude mais, les résultats nous démontrent tout de même une progression des connaissances des enseignants au sujet de la prise en charge de l'épilepsie en milieu scolaire.

Limites et biais

En utilisant ce type de procédure, il existe un risque de biais d'information. En effet, les professeurs ayant disposé des questionnaires durant une période plus ou moins longue, la tentation de se renseigner sur le sujet est non-négligeable. Malheureusement, il s'agit d'un biais sur lequel il est difficile d'agir.

Etant donné que le délai pour réaliser ce mémoire était d'un an, il nous a fallu s'adapter aux horaires scolaires des enseignants et donc, à leurs périodes de vacances scolaires. La distribution des deux questionnaires n'a pas été espacée par une assez longue période ce qui peut engendrer le biais de mémorisation. La passation du second questionnaire ayant eu lieu seulement deux semaines après la formation théorique, les connaissances récoltées faisaient encore partie de la mémoire à court terme, raison pour laquelle on ne peut pas affirmer que la formation ait véritablement amélioré le savoir, savoir-être et savoir faire des enseignants en ce qui concerne la problématique de l'épilepsie en milieu scolaire.

Une autre raison nous empêchant d'affirmer le succès de notre expérimentation est l'absence de groupe-contrôle. En effet, nous ne pouvons que constater une évolution positive, suite à la formation théorique, mais le lien entre les deux est difficile à prouver scientifiquement. Cependant, ne pas prévoir de groupe-contrôle était un risque mesuré dans notre étude. En effet, vu la faible population volontaire, nous avons fait le choix de ne pas réduire davantage le nombre de participants pour y effectuer un groupe contrôle. Malgré cette absence de groupe-contrôle, les réponses aux questions ont évolué de manière positive après la formation.

Enfin, le troisième argument ne me permettant pas de démontrer scientifiquement l'efficacité de cette étude est la faible population. En réalité, les contraintes de temps, de transport et d'horaires ont réduit considérablement la possibilité d'obtenir une large population. De plus, il est difficile de mobiliser des écoles sans induire de biais de recrutement.

Perspectives

Une étude à grande échelle n'aurait pas été réalisable dans le cadre de ce travail, notamment à cause du manque de temps et de moyen mais, au vu des résultats positifs obtenus à ce niveau, il serait intéressant d'évaluer ces paramètres dans une population plus importante.

Afin d'éviter le biais de mémorisation, il serait notamment judicieux d'interroger les enseignants 3 à 6 mois, après la formation théorique afin d'évaluer la fixation des apprentissages à long terme.

A cause de l'absence de groupe-contrôle, délibérée de notre part, et donc le manque de comparaison véritable, nous ne pouvons prouver le lien causal entre l'évolution positive des réponses et la formation théorique. Par contre, nous pouvons affirmer que le fait d'avoir abordé le sujet au sein de cette population a potentiellement éveillé une curiosité des enseignants, ce qui mène, en définitive, à une amélioration des savoirs.

Au vu de ces résultats positifs à notre niveau, la mise en place d'aménagements scolaires adaptés pour les patients épileptiques pourrait être dès à présent envisagée. Parmi eux, une piste qu'il serait opportun de suivre serait celle qui inciterait les directeurs d'établissement à prendre contact avec le centre psycho-médico-social (PMS) de l'école pour développer ou coordonner des séances d'information dans les écoles lors de l'accueil d'un enfant à besoins spécifiques. Cette idée a déjà été évoquée en Grèce, où ce sont les infirmières scolaires qui doivent éduquer les professeurs et être disponibles sur place en cas de problème médical urgent, tel qu'une crise d'épilepsie (Kampra, et al., 2016). Nous pensons également, en regard des remarques informelles perçues lors de la dispensation de la formation, qu'il serait également judicieux de cibler le thème de la pathologie en fonction des besoins de l'établissement. En effet, l'offre doit répondre à la demande et la demande se construit sur base des besoins du milieu. L'offre ici, est représentée par les séances d'informations et/ou de formation, et les besoins sont représentés par les élèves atteints par des maladies chroniques, tels que l'épilepsie ou encore le diabète ou la mucoviscidose. Dans l'idéal, une demande d'information devrait être établie par chaque chef d'établissement scolaire accueillant un élève à besoins spécifiques, avec aide de la circulaire n°4888 et son *projet particulier de prise en charge* destiné à ces enfants à besoins spécifiques.

F. Conclusion

L'épilepsie est une maladie neurologique se traduisant par la répétition de crises. La crise tonico-clonique est marquée par un début soudain, brutal et souvent imprévisible ; une durée prolongée de cette crise peut être à l'origine de séquelles cérébrales irréversibles. Dès lors, lorsqu'un enfant est atteint d'épilepsie, il est impératif que les personnes entourant cet enfant soient préparées de manière adéquate à gérer cette situation de manière optimale.

Un enfant passe la plupart de son temps à l'école, entouré par des enseignants qui ne sont pas pour la plupart, formés à réagir face à une crise d'épilepsie. L'accueil d'un élève épileptique à l'école est, par conséquent, une problématique importante même si peu fréquente.

Dans ce contexte, il est indispensable de proposer des pistes d'amélioration pour une meilleure prise en charge de l'épilepsie à l'école.

Ce travail a permis de démontrer une évolution positive des connaissances ainsi que des attitudes des enseignants face à une crise d'épilepsie après une sensibilisation théorique : les enseignants estiment être plus préparés à affronter un malaise épileptique, mieux informés sur les traitements d'urgences ou la conduite à tenir en cas de crise d'épilepsie, et plus serein face à cette situation. Toutefois, une évaluation sur une population plus importante face un groupe contrôle est nécessaire pour confirmer nos résultats.

Néanmoins, étant donné les résultats préliminaires obtenus, la mise en place d'aménagements spécifiques, tels que cette formation théorique et la mise en place de la fiche de prise en charge de la Circulaire n°4888, pourrait déjà être effective afin d'améliorer dès à présent la prise en charge des enfants épileptiques en milieu scolaire.

A travers ce travail, nous voulions informer et former les enseignants d'écoles fondamentales sur l'épilepsie, la prise en charge des crises d'épilepsie en milieu scolaire afin d'optimiser la sécurité et le bien-être des élèves atteints par cette pathologie. En effet, la sécurité et le bien-être des élèves atteints d'une maladie chronique à l'école est primordiale et passe par une information et une formation ciblées des enseignants leur offrant la clé pour réagir de manière adéquate face à une situation urgente dans laquelle l'état de santé d'un enfant est en péril.

Bibliographie :

Abulhamail, A. et al., 2014. Primary school teacher's knowledge and attitudes toward children with epilepsy. *Seizure*, 23(4), pp. 280-3.

Arena , M., Simonet, M., Daerden, M. & Eerdeken, C., 2006. *Décret relatif aux missions, programmes et rapport d'activités des Centres psycho-médico-sociaux*. s.l.:s.n.

Arzimanoglou , A. et al., 2014. Prolonged convulsive seizures in children: how are they managed outside the hospital?. Issue 10, pp. 61-1252.

Arzimanoglou, A. et al., 2014. The administration of rescue medication to children with prolonged acute convulsive seizures in a non-hospital setting: an exploratory survey of healthcare professionals' perspectives. Issue 10, pp. 9-773.

Bandoura, A., 2004. *La théorie d'Alvert BANDOURA: synthèses*. s.l.:L'Harmattan.

Bouvy, T., Braibant, J. & Gerard, F., 2006. *Evaluer l'efficacité pédagogique d'une formation ou d'un cours à l'aide d'un outil d'autoévaluation*. s.l.:s.n.

Chabrol, B. et al., 2010. *Neurologie pédiatrique*. 3ème éd. Paris: Médecine-Sciences Flammarion .

Code Pénal Belge, 1867. *Code Pénal*. [En ligne]

Available at:

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1867060801

[Accès le Novembre 2018].

Code Pénal Belge, 1967. *Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé*. [En ligne]

Available at:

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1967111008

[Accès le Novembre 2018].

Cross, J.-H. et al., 2013. Are we failing to provide adequate rescue medication to children at risk of prolonged convulsive seizures in schools?. Issue 10, pp. 80-777.

Diarra, M., 2010. *Epilepsie à l'école : connaissances, attitudes et pratiques des enseignants de la ville de Kati au Mali*, s.l.: s.n.

Dumeier, H. et al., 2017. Providing teachers with education on epilepsy increased their willingness to handle acute seizures in children from one to 10 years of age. Issue 11, pp. 1811-1816.

Dumeier, H. et al., 2015. Knowledge and attitudes of school teachers, preschool teachers and students in teacher training about epilepsy and emergency management of seizures. Issue 9, pp. 5-851.

Dumeier, H. et al., 2017. Seizure management by preschool teachers: A training concept focussing on practical skills. Issue 50, pp. 38-42.

Eze, C. et al., 2015. Effect of health education on trainee teachers' knowledge, attitudes, and first aid management of epilepsy: An interventional study. Issue 33, pp. 46-53.

Gauthier, G., 2016. *Intégration des enfants épileptiques en milieu scolaire : vers un projet d'accueil individualisé régional*, s.l.: s.n.

Kampra, M. et al., 2016. Teachers' knowledge about epilepsy in Greece: Information sources and attitudes towards children with epilepsy during school time. Issue 60, pp. 2018-224.

Karimi, N. & Heidari, M., 2015. Knowledge and attitudes toward epilepsy among school teachers in West of Iran. July, Issue 14, pp. 5-130.

Larousse 2012, 2012. *Le Larousse Médical*. s.l.:Larousse.

Larousse, 2012. *Le Larousse Médical*. s.l.:Larousse.

Ligue Francophone belge contre l'épilepsie asbl, s.d. *Qu'est ce que l'épilepsie ?*. [En ligne]
Available at: <https://ligueepilepsie.be/-Qu-est-ce-que-l-epilepsie-.html>
[Accès le Novembre 2018].

Mecarelli, O. et al., 2014. An educational campaign toward epilepsy among Italian primary school teachers: 1. Survey on knowledge and attitudes. Issue 32, pp. 84-91.

Nagels, M., 2016. *L'auto-efficacité, une ressource personnelle pour s'autoformer. Apprendre par soi-même aujourd'hui. Les nouvelles modalités de l'autoformation dans la société digitale*. s.l.:Paris: Editions des archives contemporaines.

Odoxa, 2016. *Sondage: Connaissances et perceptions des Français sur l'épilepsie*. s.l.:s.n.

Office de la Naissance et de l'Enfance & Question Santé, 2017. *Mêmes en santé*, Fédération Wallonie-Bruxelles: Service communautaire de promotion de la santé.

O'Hara, K., 2007. First aid for seizures: the importance of education and appropriate response. Issue 22, pp. 75-305.

Raspall-Chaure, M. et al., 2014. Management of prolonged convulsive seizures in the community: results of the PERFECT™ study in Spain. August, Issue 81, pp. 99-106.

Schyns, M. & Fédération Wallonie Bruxelles, 2014. Circulaire n°4888: "Soins et prises de médicaments pour les élèves accueillis en enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé". pp. 0-11.

Trinka, E., Steinhoff, B., Nikanorava, M. & Brodie, M., 2016. Perampanel for focal epilepsy: insights from early clinical experience. pp. 72-160.

Wait, S. et al., 2013. The administration of rescue medication to children with prolonged acute convulsive seizures in the community: what happens in practice?. *Eur J Paediatr Neurol*, 17(1), pp. 14-23.

ANNEXES

Questionnaire sur l'épilepsie

Actuellement infirmière spécialisée en pédiatrie et étudiante à l'Université de Liège, je réalise dans le cadre de mon Master en Sciences de la Santé Publique un mémoire sur la gestion des crises d'épilepsie survenant en dehors du milieu hospitalier. L'objectif de cette étude est d'analyser les connaissances et l'attitude des enseignants face à une crise d'épilepsie survenant chez un de leurs élèves, ainsi que l'évolution de celles-ci après un bref exposé théorique.

Cette étude prospective se déroulera en deux temps : un premier temps sera consacré au remplissage du questionnaire suivi d'un exposé théorique ; dans un second temps, le même questionnaire vous sera proposé afin d'évaluer l'évolution de vos connaissances.

L'analyse des résultats permettra de définir l'efficacité d'une formation théorique auprès du corps enseignant sur la gestion des crises d'épilepsies à l'école. Si tel est le cas, cette procédure pourrait alors devenir plus systématique afin d'optimiser la prise en charge de ces patients.

Résumé du protocole :

- 1) Distribuer le questionnaire ci-dessous aux enseignants et récolter les données
- 2) Chaque enseignant acceptant de remplir ce questionnaire accepte aussi de participer à une formation théorique de 20 minutes sur l'épilepsie dispensée.
- 3) Distribuer ultérieurement une nouvelle série de questionnaires identiques aux premiers qui devront être rempli par les enseignants ayant participé à la formation.
- 4) Analyser les réponses aux questionnaires pour définir l'efficacité d'une formation théorique dans le cadre de l'épilepsie.

La confidentialité des réponses sera assurée. Aucun nom ne sera cité ou utilisé. Il est cependant nécessaire, afin de comparer les réponses avant/après formation, de pouvoir identifier les questionnaires entre eux, tout en garantissant l'anonymat. C'est pourquoi un code est établi grâce à votre date de naissance à l'envers :

aaaa/mm/jj :/...../.....

CONSIGNE : cocher votre réponse en dessous de la proposition correspondante. Une seule réponse possible.

Annexe 1 : Questionnaire

Questions (partie 1)	VRAI	FAUX	LES DEUX
1. L'épilepsie est une maladie neurologique ?			
2. L'épilepsie est une maladie mentale ?			
3. L'épilepsie est une maladie contagieuse ?			
4. Peut-on mourir d'une crise d'épilepsie ?			
5. L'épilepsie est une maladie héréditaire ?			
6. Tout le monde peut être touché par l'épilepsie ?			
7. Les facteurs psychologiques sont susceptibles de faciliter directement l'apparition de crises d'épilepsie ?			
8. L'excès de jeux vidéo peut-il être une cause d'une crise d'épilepsie ?			
9. Le manque de sommeil peut-il être une cause de crise d'épilepsie ?			
10. La prise d'alcool peut-il être une cause de crise d'épilepsie ?			
11. Une infection virale/ bactérienne avec fièvre peut-elle être une cause d'une crise d'épilepsie ?			
12. Peut-on empêcher la survenue d'une crise d'épilepsie ?			
13. Doit-on tenter de maîtriser une personne atteinte de malaise/ crise épileptique ?			

Annexe 1 : Questionnaire

14. La présence répétée ou prolongée devant un écran est contre-indiquée en cas d'épilepsie ?			
15. Les voyages et le sport sont contre-indiqués aux personnes épileptiques ?			
16. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les jeunes enfants ?			
17. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les hommes ?			
18. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les personnes défavorisées ?			
19. Il y a plus de 30 000 personnes épileptiques en Belgique ?			

Questions (partie 2)

20. Date d'entrée dans l'enseignement :

Avant 2014	Après 2014

21. Avez-vous déjà eu, parmi vos élèves, un enfant épileptique ?

OUI	NON

22. L'un de vos élèves a-t-il déjà présenté une crise d'épilepsie en classe ?

OUI	NON

a) Si oui, est-ce arrivé :

Une fois	Plusieurs fois

23. Connaissez-vous la conduite à tenir pour les enfants épileptique ?

OUI	NON

24. Avez-vous déjà suivi une formation pratique ou théorique sur la prise en charge d'une crise d'épilepsie ?

OUI	NON

25. Connaissez-vous les médicaments que l'on peut administrer en cas de crise d'épilepsie ?

OUI	NON

26. Dans le cadre d'une crise d'épilepsie, avez-vous déjà eu besoin d'administrer le traitement d'urgence à un élève ?

OUI	NON

27. Etes-vous formés à l'emploi de traitement d'urgence en cas de crise d'épilepsie ?

OUI	NON

28. Les médicaments à administrer d'urgence sont-ils facilement accessible dans l'école ?

OUI	NON

29. Administreriez-vous le traitement d'urgence à un élève en cas de crise d'épilepsie ?

OUI	NON

30. Appelleriez-vous les secours (112) lors d'une crise d'épilepsie d'un élève ?

Oui, toujours	Non, jamais	Cela dépend des cas

31. Si une telle situation se présentait, vous vous sentiriez :

Préparé à gérer cette situation	A l'aise	anxieux	Insuffisamment préparé

32. Selon vous, y aurait-il des problèmes pratiques, en classe, posés par la présence d'un enfant épileptique ?

Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui très certainement

33. Avez-vous déjà contacté le médecin scolaire/ l'infirmière scolaire / le Centre PMS en ce qui concerne un enfant épileptique?

OUI	NON

34. Avez-vous connaissance de la circulaire n°4888 appelée « Soins et prises de médicaments pour les élèves accueillis en enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé » ?

OUI	NON

35. Cette circulaire mène à la création d'un *projet particulier de prise en charge* pour les enfants à besoins spécifiques. Pensez-vous que cet outil est une mesure utile dans votre travail avec les enfants épileptiques ?

Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui très certainement

36. Pensez-vous que des ateliers d'information et de formation sur l'épilepsie par des professionnels de santé pour les enseignants pourraient vous être utiles?

Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui très certainement

Merci pour votre participation !



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Circulaire n° 4888 du 20/06/2014

Soins et prises de médicaments pour les élèves accueillis en
enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé

Année scolaire 2014-2015 et suivantes

Réseaux et niveaux concernés	Destinataires de la circulaire
<input checked="" type="checkbox"/> Fédération Wallonie- Bruxelles <input checked="" type="checkbox"/> Libre subventionné <input checked="" type="checkbox"/> libre confessionnel libre <input checked="" type="checkbox"/> non confessionnel <input checked="" type="checkbox"/> Officiel subventionné <input checked="" type="checkbox"/> Niveau : fondamental et secondaire ordinaire et spécialisé	<p>À l'attention de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À Mesdames et Messieurs les Bourgmestres et Echevins de l'Instruction publique ; - Aux Directions et Pouvoirs organisateurs des écoles maternelles, primaires et secondaires ordinaires et spécialisées organisées ou subventionnées par la Fédération Wallonie-Bruxelles ; - Aux Directions et aux Pouvoirs organisateurs des Centres PMS organisés ou subventionnés ; - Aux Services de Promotion de la Santé à l'Ecole ; - Aux organes de représentation et de coordination des pouvoirs organisateurs. <p>Pour information :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aux Membres des Services de l'Inspection de l'enseignement maternel, primaire et secondaire, ordinaire et spécialisé ; - Aux Organisations syndicales ; - Aux Associations de Parents.
<p>Type de circulaire</p> <input type="checkbox"/> Circulaire administrative <input checked="" type="checkbox"/> Circulaire informative	
<p>Période de validité</p> <input checked="" type="checkbox"/> 2014-2015 et suivantes	
<p>Nombre total de pages</p> <p>Pages : 11</p>	
<p>Documents à renvoyer</p> <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
<p>Mot-clé :</p> <p>Soins Médicaments</p>	

Signataire		
Ministre:	Marie-Martine SCHYNS, Ministre de l'Enseignement obligatoire et de Promotion sociale	
Personnes de contact		
Administration générale de l'Enseignement et de la Recherche scientifique - Direction générale de l'Enseignement obligatoire - Direction d'Appui		
Nom et prénom	Téléphone	Email
DESTINE Michel	02/690.85.56	michel.destine@cfwb.be
POLAIN Isabelle	02/690.83.45	isabelle.polain@cfwb.be

Soins et prises de médicaments pour les élèves accueillis en enseignement ordinaire et spécialisé

Madame, Monsieur,

En tant que chef d'établissement scolaire, en tant qu'enseignant ou éducateur, vous êtes parfois confrontés à des situations où vous êtes amenés à donner des médicaments ou à apporter des soins à un élève de votre école.

Confrontés à de telles situations, vous vous interrogez :

- Dans quelle mesure pouvez-vous poser des actes d'ordre médical ?
- Dans quelle mesure devez-vous poser de tels actes ?

Cette circulaire a été réalisée en collaboration avec un groupe d'acteurs de terrain mis en place par la Direction d'Appui de mon administration. L'objectif poursuivi est,

- d'une part, de clarifier certains *points de repère juridiques* vous permettant de mieux *comprendre les enjeux* ;
- et, d'autre part, de vous fournir des *indications concrètes* sur la manière d'agir lorsqu'un élève a besoin de soins médicaux.

Il s'agit de mettre en place au sein de l'école, quand le cas l'exige, un réel *projet d'accueil* particulier individualisé des besoins médicaux de l'élève. Cela suppose de mobiliser, selon la gravité et la complexité de la situation, divers intervenants en milieu scolaire : direction, enseignants, éducateurs, Service PSE, Centre PMS...

Concrètement, en vue de garantir la *sécurité physique* de l'élève et la *sécurité juridique* pour tous, il est généralement souhaitable de préciser dans un document écrit les modalités concrètes de mise en œuvre du traitement de l'élève.

Les démarches précisées dans cette circulaire vous permettront d'accueillir, en toute sécurité, des élèves présentant des besoins médicaux spécifiques ainsi que, le cas échéant, d'intervenir dans les situations d'urgence.

Ce document sera par conséquent utile tant pour les éducateurs, les enseignants et les chefs d'établissement que pour les équipes des Services PSE / Centres PMS qui seront amenés à travailler avec eux.

Enfin, la circulaire propose un cadre de référence pour *construire avec* l'élève et avec ses parents, une prise en charge adaptée de ses besoins médicaux en milieu scolaire.

Je vous en souhaite une excellente lecture. Je vous remercie dès à présent pour la créativité dont vous faites preuve pour améliorer sans cesse la qualité de votre travail et pour renforcer les synergies entre établissements scolaires et Centres PMS/Services PSE.

Marie-Martine SCHYNS

Ministre de l'Enseignement obligatoire et de Promotion sociale,



Soins et prises de médicaments pour les enfants accueillis en enseignement ordinaire et spécialisé

Des chefs d'établissement scolaires s'interrogent...

Dans le cadre de son traitement antiépileptique, Emilie, une jeune élève doit prendre des médicaments régulièrement pendant le temps scolaire afin d'éviter les crises. L'instituteur peut-il se charger de la prise des médicaments et qu'en doit-il faire en cas de crise ?

Un élève diabétique, soigné à l'insuline, peut avoir un malaise s'il est en hypoglycémie. Le plus souvent il sent le malaise venir et sait ce qu'il doit faire. Mais que faut-il faire si le malaise s'installe ? Quels sont les signes auxquels l'enseignant devrait être attentif ? Quelles sont les réactions à avoir ? Qui informer préventivement dans l'école ?

Robin est suivi par un neuropsychiatre depuis deux ans. Il prend régulièrement de la rilatine matin et soir. L'école organise une classe de dépaysement. Peut-elle refuser de l'emmener ?

Khalid souffre de graves allergies alimentaires. Il est tenu à un régime très strict. Il ne peut manger que la nourriture que sa maman prépare. Ces derniers temps, ses allergies se sont aggravées ; il est devenu nécessaire qu'il ait toujours à sa disposition une trousse contenant un dispositif auto-injecteur pour administrer de l'adrénaline. Comment organiser ce suivi dans l'école ? Qui peut/doit faire l'injection ?

Le personnel de votre établissement est régulièrement confronté à de telles situations et s'interroge :

1° dans quelle mesure **peut**-il poser des actes d'ordre médical ?

2° dans quelle mesure **doit**-il poser de tels actes ?

1. La responsabilité des membres du personnel : point de repères juridiques

Un élève peut nécessiter des soins particuliers. Ses parents sollicitent alors l'intervention – régulière ou ponctuelle (en cas de crise) – du personnel de l'établissement.

Or, ce type d'intervention soulève diverses questions. Pour bien comprendre les enjeux liés à une telle demande, il importe de préciser d'abord ce que l'on entend par « acte médical » et de préciser les notions juridiques de « responsabilité, civile ou pénale », du personnel de l'établissement.

1. La notion d'acte médical

L'**acte médical** vise « tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination »

L'administration ou la dispensation de médicaments à l'école par un membre du personnel administratif ou enseignant ne constitue pas un exercice illégal d'une profession des soins de santé, pour autant que ce ne soit pas une habitude et qu'aucun avantage financier n'en soit tiré ».

Certains actes peuvent être délégués par le médecin (sous réserve de l'accord préalable des parents à cette délégation) dans le respect de certaines conditions (voir annexe 1).

2. La responsabilité civile de la personne posant des actes de soins

Le membre du personnel qui pose un acte de soin auprès d'un élève engage sa **responsabilité civile** et, par elle, celle de son établissement. Il doit donc agir avec la plus grande prudence.

Pour établir la responsabilité civile du membre du personnel, l'élève, ou ses parents, devra prouver l'existence d'une **faute**, d'un **dommage** et d'un **lien causal** entre la faute et le dommage subi.

Commet une faute celui qui ne se comporte pas comme l'aurait fait un homme normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Il faudra donc apprécier le comportement en prenant en compte, notamment, l'information donnée par les parents, les prescriptions précises communiquées par le médecin traitant, les mesures générales d'hygiène, l'urgence ou non de la situation.

3. La responsabilité pénale de la personne posant des actes de soins

La **non-assistance à personne en danger**¹ se définit comme le refus volontaire de porter secours à un tiers qui est en grave danger. Cette notion doit s'apprécier selon un double critère :

- la connaissance du danger dans lequel se trouve la victime.

¹ Article 422 bis du Code Pénal.

- les compétences de l'intervenant. Le membre du personnel apportera les premiers soins dans la mesure où il a reçu la formation adéquate. Le cas échéant, il veillera à appeler les secours.

La responsabilité pénale du membre du personnel peut aussi être invoquée en cas de **coups et blessures involontaires**²

2. Modalités pratiques : que faire concrètement dans le cas où un élève a besoin de soins médicaux ?

1. Au moment de l'inscription de l'enfant, comment envisager un projet particulier de prise en charge des besoins médicaux de l'élève ?

Il s'agit de mettre en place au sein de l'école, quand le cas l'exige, un réel projet d'accueil particulier individualisé des besoins médicaux de l'élève. Cela suppose de **mobiliser, selon la gravité et la complexité de la situation, divers intervenants en milieu scolaire** : direction, enseignants, éducateurs, Service PSE, Centre PMS,....

Concrètement, en vue de garantir la sécurité physique de l'élève et la sécurité juridique pour tous, il est généralement souhaitable de préciser dans **un document écrit** les modalités concrètes de mise en œuvre du traitement de l'élève.

Ce document ³ organise, les modalités particulières de la vie quotidienne dans la collectivité et fixe les conditions d'intervention de chacun des intervenants. Il tient compte des besoins (médicaux) spécifiques de l'élève et des ressources mobilisables à l'école.

Cette **fiche de prise en charge des besoins médicaux spécifiques de l'élève, dans le temps et l'espace scolaires** (voir annexe 2) sera complétée lors d'une rencontre entre la direction de l'école, l'élève et ses parents. Les personnes chargées de sa mise en œuvre seront également associées. A la demande du chef d'établissement ou des parents, un membre de l'équipe du Service de Promotion de la Santé à l'Ecole ou du Centre PMS peut participer à la rencontre avec la direction de l'établissement.

Le cas échéant, une **rencontre préalable avec l'équipe du Service PSE ou du Centre PMS**, permettra à l'élève et aux parents de préparer cette rencontre, en déterminant les informations pertinentes à transmettre à l'école (secret professionnel) et en précisant la manière de les rendre compréhensibles et concrètement exploitables par les acteurs scolaires.

La présence du médecin traitant à cette rencontre est vivement souhaitée.

A défaut, il remettra aux parents une ordonnance précisant les modalités du traitement.

² Articles 418, 419 et 420 du Code Pénal.

³ Un exemple de fiche (à adapter selon les réalités) de l'établissement se trouve en annexe

2. Quels documents demander aux parents de l'élève

? Selon la gravité et la complexité de la situation :

- L'**ordonnance**, signée par le médecin qui suit l'élève dans le cadre de sa pathologie. Elle sera mise à jour en fonction de l'évolution de la maladie et précisera les modalités du traitement de l'élève (à ne pas confondre avec le diagnostic qui doit être transmis sous pli cacheté au médecin scolaire) :
 - médicament(s) qu'il convient d'administrer : nom(s), doses et horaires ;
 - demandes d'aménagements des lieux ou des horaires ;
 - régime alimentaire éventuel ;
 - délégation au personnel scolaire ;
 - indications médicales relatives à la participation aux activités scolaires ;
 - ...
- Un **document portant le consentement** spécifique des parents pour l'administration du remède adéquat.

3. Quel suivi organiser tout au long de la scolarité de l'élève ?

- Organiser et actualiser régulièrement, à chaque rentrée scolaire au moins, le suivi, en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'élève, en collaboration avec l'élève, ses parents, les personnes chargées de sa mise en œuvre, le Service PSE ou le Centre PMS et, si possible, le médecin traitant.
- Le cas échéant, adapter la fiche de prise en charge des besoins médicaux spécifiques.

3. Information et formation du personnel scolaire

1. Information

Il est essentiel de déterminer avec l'équipe éducative les mesures à prendre pour faciliter l'adaptation des conditions de vie à l'école à la spécificité des besoins médicaux de l'élève.

Pour cette raison, lorsque les problèmes médicaux dont souffre l'élève le nécessitent et moyennant l'accord, verbal ou écrit, d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale, l'ensemble des dispositions et informations contenues dans son **projet particulier de prise en charge**⁴, pourra être porté à la connaissance des enseignants et des acteurs scolaires concernés par la mise en œuvre de celui-ci.

La décision de révéler des **informations confidentielles** (par exemple, soumises au secret médical) à certains d'entre eux, appartient aux parents ou aux titulaires de l'autorité parentale. L'équipe du Service PSE ou du Centre PMS (professionnels soumis au secret professionnel) est à la disposition de l'élève et de ses parents pour les aider à réfléchir à la pertinence des informations à transmettre à l'école.

Il peut être utile aussi de réfléchir, en concertation avec le Service PSE ou le Centre PMS, à la nécessité d'informer les autres élèves de la classe ou de l'école.

Chacun veillera à associer l'élève, en fonction de son âge et de la situation, aux démarches qui le concernent.

⁴ Pour rappel, ce document ne comprend pas d'informations couvertes par le secret médical (qui, le cas échéant sont transmises au médecin du Service PSE ou du Centre PMS)...

2. Formation

Une formation adéquate et adaptée permettra à l'ensemble des intervenants de se familiariser avec les conduites adaptées, de se sentir sécurisés, de dédramatiser face à un élève en difficulté.

À cette fin, il est souhaitable d'organiser une formation ou une sensibilisation à l'accueil des élèves souffrant de problèmes de santé et aux gestes de premiers secours.

Celle-ci passe par :

- la **formation aux premiers secours**, d'au minimum deux personnes faisant partie du personnel de l'établissement scolaire (présence permanente indispensable). Celle-ci permettra de faire face aux situations les plus courantes (notamment, crises d'épilepsie, crises d'asthme, œdèmes de Quincke et chocs anaphylactiques,...).
- l'organisation au sein des établissements scolaires, en fonction des situations concrètement rencontrées, de **séances d'information spécifiques** par le Service PSE, le Centre PMS ou, en collaboration avec ceux-ci, par d'autres services spécialisés, à destination de l'ensemble des intervenants agissant auprès des élèves (personnels d'encadrement, d'éducation, de surveillance,...).

4. Situations d'urgence

Les situations de danger potentiel pour l'élève doivent, autant que possible, être anticipées. Les modalités d'intervention seront précisées dans la fiche de prise en charge spécifique.

Toutefois, dans le cas où une intervention s'avère nécessaire pour secourir l'élève et qu'il n'est pas possible de respecter ces modalités (par exemple, lorsque l'**urgence** est telle qu'il est impossible de prévenir les parents ou de présenter l'élève à un médecin), le personnel **peut et doit intervenir dans la mesure de ses moyens**. C'est le sens de l'article 422bis du Code pénal qui a trait à la non-assistance à personne en danger et de la théorie de l'état de nécessité. Il n'est toutefois pas demandé au personnel de poser des actes médicaux qu'il ne maîtrise pas, ni de se mettre ou de mettre autrui en danger.

En d'autres termes, **la sécurité de l'élève est primordiale et passe avant toute autre considération**. Il ne sera jamais reproché à un membre du personnel d'avoir fait le nécessaire pour le secourir.

5. Conclusion

Les démarches précisées dans cette circulaire vous permettront d'accueillir, en toute sécurité, des élèves présentant des besoins médicaux spécifiques.

En concertation avec la direction, l'équipe éducative, les parents, l'élève, le Centre PMS, le Service PSE, le médecin traitant,... vous pourrez ainsi apporter les aménagements nécessaires et raisonnables à la prise en compte de ces besoins.

ANNEXE 1

La notion d'acte médical.

L'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, à l'exercice des professions qui s'y rattachent et aux commissions médicales réserve aux professions médicales les actes médicaux.

L'acte médical vise « tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination »

Article 2, § 1er, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, à l'exercice des professions qui s'y rattachent et aux commissions médicales

Toute personne qui accomplit habituellement un acte médical sans posséder les diplômes requis, se rend coupable d'exercice illégal de la médecine.

Mais, selon le SPF santé publique, « l'administration ou la dispensation de médicaments à l'école par un membre du personnel administratif ou enseignant ne constitue pas un exercice illégal d'une profession des soins de santé, pour autant que ce ne soit pas une habitude et qu'aucun avantage financier n'en soit tiré ».

Par contre, les actes plus fréquents ainsi que ceux qui sont habituels doivent être confiés aux personnes ayant les qualifications appropriées. Les actes médicaux et les actes infirmiers habituels doivent donc être exécutés par des médecins ou des infirmiers.

Toutefois, certains actes peuvent être délégués par le médecin (sous réserve de l'accord préalable des parents à cette délégation). Le Conseil national de l'Ordre des médecins a eu maintes fois l'occasion de rappeler les conditions pour une délégation d'actes médicaux :

1° la délégation doit être décidée par un médecin ou une équipe médicale compétente. L'un ou l'autre délègue après avoir soigneusement évalué l'intérêt scientifique, ainsi que les risques, avantages et inconvénients pour le malade. Ce médecin ou cette équipe, doit pouvoir, à tout instant, revoir sa position par rapport aux risques, avantages et inconvénients et partant, la délégation qui en découle.

2° un médecin compétent doit dispenser, soit personnellement, soit par délégation sous son contrôle réel et efficace, l'enseignement et la formation nécessaires relatifs au diagnostic et à l'acte en lui-même.

3° Au final, la responsabilité des actes médicaux accomplis par les personnes déléguées est portée par le médecin. Celui-ci dispose à cet effet de l'autorité et des moyens de contrôle régulier nécessaires. Ce contrôle peut être assuré par une structure médicale à laquelle ou dans laquelle le médecin responsable est attaché ou intégré.

Notons que si le médecin porte la responsabilité médicale, la personne dispensant les soins doit, comme tout un chacun, faire preuve de prudence et de diligence, tout en respectant les limites de la délégation, sous peine de voir sa responsabilité engagée.

ANNEXE 2**Fiche de prise en charge des besoins médicaux spécifiques de l'élève
dans le temps et l'espace scolaire***(à adapter selon les besoins et réalités de terrain)*

Document à remplir lors de l'inscription ou au moment de la détection d'une pathologie... à revoir régulièrement...

A compléter en concertation avec, l'élève, ses parents, la direction, les enseignants concernés, le Service PSE ou le Centre PMS, le médecin traitant,...

Nom et prénom de l'élève :

date de naissance :/...../.....

Classe :

Nom des parents ou du représentant légal

Nom du médecin traitant

Tél (s) :

Tél :

Adresse(s) :

Adresse :

Aménagements nécessaires et
raisonnables en fonction des besoins
médicaux spécifiques de l'élève*(Exemples non exhaustifs : Modification de l'horaire, adaptation de certaines activités, organisation d'activités de substitution, adaptation des locaux, matériel spécifique, besoin d'accompagnement, local pour kiné, dispense de cours, lieu de repos, aide à l'alimentation, temps supplémentaire aux contrôles et examens, place fixe dans la classe (certains enfants souffrant de troubles psychiques supportent mal les changements,...))*Administration des médicaments
(noms, doses et horaires).
Lieu où les médicaments sont mis à
disposition.
Coordonnées des personnes pouvant y
accéder*Exemple : frigo, personne qui a les clés de l'armoire où sont enfermés les médicaments,...*

Régime alimentaire (allergies)

<p>Signes nécessitant une intervention <u>sans</u> <u>recourir à la procédure d'urgence</u></p>	
<p>Signes nécessitant une intervention <u>en</u> <u>urgence</u></p>	
<p>Procédure en cas d'urgence Coordonnées des personnes à contacter en urgence (Tél, GSM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premiers secours, infirmière, ... - Parents ou responsables parentaux : (coordonnées du lieu de travail) - Médecin <p>Quand appeler une ambulance ? (n° 112 ou n° d'urgence)</p> <p>Que faire en attendant l'ambulance ou autre personne contactée ?</p>	<p><i>Exemple : ne jamais laisser l'enfant seul, le mettre en position latérale de sécurité, éloigner les objets dangereux en cas de crise d'épilepsie.</i></p>
<p>Quand faut-il prévenir les parents ?</p>	

Date et signatures (le chef d'établissement, les parents ou les responsables parentaux, l'élève et, le cas échéant, les personnes qui ont participé à l'élaboration de la fiche.)

L'épilepsie

Charlotte Van den Driessche
Master 2 en Sciences de la Santé Publique

L'épilepsie



Définition

- L'épilepsie est une **maladie neurologique** (**≠ maladie mentale!**) se caractérisant par un **fonctionnement anormal de l'activité cérébrale**.
- Elle se traduit par la répétition de **crises épileptiques totalement imprévisibles** qui peuvent prendre **différentes formes** et varier en intensité.
- La manifestation la plus spectaculaire de l'épilepsie est la **crise tonico-clonique**, qui se présente par des **convulsions généralisées des quatre membres avec perte de connaissance**

L'épilepsie...

- Débute souvent dans l'enfance mais peut toucher une personne à n'importe quel âge
- Homme et Femme
- Cause de l'épilepsie: lésionnelle/malformatif ou génétique
- Pas nécessairement héréditaire
- Tous les niveaux socio-économiques

Contexte

- Incidence: 0,5 – 0,7/1000 de 0 à 15 ans
- 15 000 000 de personnes épileptiques en Europe
- 1 personne sur 150-200
- 60 000 Belges

Epileptique à vie ?

- Certaines épilepsies de l'enfance guérissent spontanément (épilepsie dite de maturation)
- D'autres formes d'épilepsie peuvent être opérées et donc définitivement guéries (peu de cas!)
- Le contrôle des crises, avec ou sans traitement, est obtenu dans 70% des cas.
- Dans 30% des cas, les crises persistent malgré le traitement médicamenteux (épilepsie réfractaire)

Maladie contagieuse ?

- Pas contagieux
- L'épilepsie relève d'un **dysfonctionnement temporaire intermittent du cerveau**.
- Les crises sont le résultat de décharges électriques excessives dans un groupe de cellules cérébrales (neurones).

LES crises

- Différents types de crise:
 - Les crises à début focalisé (75%) qui peuvent secondairement se généraliser
 - Les crises à début généralisées (25%): tonico-cloniques (« grand mal »), absences (« petit mal »)...

Si une crise d'épilepsie se prolonge plusieurs minutes d'affilée, ou si la personne présente plusieurs crises successivement sans récupérer entre celles-ci, des dommages secondaires parfois très importants au niveau cérébral peuvent survenir!!

Déclencheurs de crises

- La fatigue est le principal facteur facilitateur de survenue d'une crise
- Les autres facteurs peuvent être l'alcool et autres toxiques (chez l'adolescent) ainsi qu'éventuellement la lumière dans certaines épilepsies dites photosensibles
- Une mauvaise prise du traitement anti-épileptique ou l'arrêt soudain de celui-ci peut également favoriser la survenue d'une crise
- Certaines crises d'épilepsie surviennent exclusivement durant un épisode fébrile (convulsion fébrile)
- Les facteurs n'influençant PAS la survenue d'une crise comitiale sont: l'anxiété, le stress, l'ennui, le bruit fort et subit
- **MAIS** dans la plupart des cas, il n'y aura pas d'explication satisfaisante pour la survenue des crises.

Epilepsie et mode de vie

- **Les écrans/les lumières:** Le risque de déclenchement de crises par des stimulations lumineuses ne concerne qu'un petit nombre de d'épilepsies dites *photosensibles*.
Dans ce cas, la durée devant des jeux vidéos doit être bien contrôlée, car risque de crise!
- **Le sport:** Presque tous les sports sont permis (!!! Escalade, natation, sports extrêmes)
- **Voyage:** si épilepsie bien contrôlée, aucune contrainte

Et en cas de crise ?

- **Appeler de l'aide**
- **1. Sécurité :** dégager un espace autour de la personne. Enlevez les objets durs ou tranchants qui pourraient la blesser. Protéger la tête sans toutefois vouloir immobiliser l'enfant.
- **2. Voies aériennes:** desserrez les vêtements autour du cou et assurez-vous que les voies respiratoires sont dégagées.
- **3. Position latéral de sécurité :** couché sur le côté, jambe pliée pour la stabilité.

Et en cas de crise ?

- **4. Médicament:**
 - Sub-lingual (Temesta Expidet, Buccolam) ou intra-rectal (Valium)
 - Sur prescription médicale, avec autorisation des parents
 - Si la crise dure plus de 3-5 minutes
- Rassurez la personne durant la période de confusion qui peut suivre la reprise de conscience.
- Notez l'heure. Il peut être important de savoir avec précision quand la crise a débuté et sa durée.

NE PAS FAIRE pendant une crise

- Ne déplacez pas la personne pendant la crise sauf si elle est en danger (ex. sur une route, dans un escalier, au bord de l'eau, près d'un feu ou d'un chauffage...)
- Ne pas entraver ses mouvements
- Ne mettez **pas d'objet (ou de doigt) entre les dents**
- Ne donnez pas à boire

L'ambulance ?

Les personnes font parfois des crises sur la voie publique : en rue, dans le tram, dans le métro, dans un parc... Or, la plupart de ces personnes reprennent connaissance après quelques minutes et **bien souvent, sauf s'il y a blessure, une ambulance et une hospitalisation ne sont pas nécessaires.**



Que **dois-je** faire ? Que **puis-je** faire en tant qu'enseignant ?

- Conduites non discutables:
 - Il faut **TOUJOURS** appeler l'ambulance si:
 - 1^{ère} crise
 - Enfant blessé lors de la crise
 - Plusieurs crises de suite sans reprise de l'état de conscience
 - Crise de longue durée (> 5 minutes)
 - Prise en charge initiale de la crise (points 1, 2 et 3)
 - Appel parents (TOUJOURS)
- Pour les autres événements, la prise en charge dépend du plan de traitement et de la fiche de prise en charge qui devraient être remplies au préalable par médecin et signer par parents (point 4)
 - Administration médicamenteuse?
 - Appel de l'ambulance?

Responsabilités

- **Non-assistance à personne en danger** « Il n'est pas demandé au personnel de poser des actes médicaux qu'il ne maîtrise pas, ni de se mettre ou de mettre autrui en danger »
 - ✗ Exercice illégal de la médecine (notion d'« habituellement »)
 - ✓ faire le nécessaire pour le secourir: la sécurité de l'élève est primordiale et prioritaire à toute autre considération
- CIRCULAIRE N°4888 (20/06/2014) !!
 - « Soins et prises de médicaments pour les élèves accueillis en enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé ».

Des questions ?

Merci beaucoup pour votre contribution à mon mémoire !

Tableau résumé des analyses statistiquesPartie 1 :

Question	Nombre de réponses	Réponses correctes AVANT formation (%)	Réponses correctes APRES formation (%)	p-valeur	Explication
1. L'épilepsie est une maladie neurologique ?	Avant : 34 Après : 34	94.1	100	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas.
2. L'épilepsie est une maladie mentale ?	Avant : 35 Après : 35	97.1	100	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas.
3. L'épilepsie est une maladie contagieuse ?	Avant : 34 Après : 34	100	100	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas.
4. Peut-on mourir d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 33 Après : 33	81.8	81.8	1	Le pourcentage de sujet ayant répondu correctement à la question n'a pas significativement augmenté après la formation.
5. L'épilepsie est une maladie héréditaire ?	Avant : 35 Après : 35	11.4	45.7	0.00596	Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à cette question est significativement plus élevé après la sensibilisation théorique.
6. Tout le monde peut être touché par l'épilepsie ?	Avant : 35 Après : 35	85.7	97.1	0.13336	Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à cette question a certes augmenté mais pas de manière significative.
7. Les facteurs psychologiques sont susceptibles de faciliter directement l'apparition de crises d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 34	29.4	64.7	0.00596	Le pourcentage de sujets ayant répondu de manière correcte à cette question a significativement augmenté après la sensibilisation théorique.
8. L'excès de jeux vidéo peut-il être une cause d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 35 Après : 35	74.3	54.3	0.08012	Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à cette question n'a pas significativement augmenté grâce à la formation. Il a diminué.

Annexe 4 : Tableau résumé des analyses statistiques

9. Le manque de sommeil peut-il être une cause de crise d'épilepsie ?	Avant : 33 Après : 33	72.7	81.8	0.5465	L'augmentation de bonnes réponses après la formation est effectivement visible mais pas de manière significative.
10. La prise d'alcool peut-il être une cause de crise d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 34	58.8	79.4	0.1213	La formation n'a pas permis d'augmenter significativement le pourcentage de bonnes réponses.
11. Une infection virale/ bactérienne avec fièvre peut-elle être une cause d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 34	50.0	50.0	1.0	Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à la question n'a pas significativement augmenté après la formation . D'ailleurs, il n'a pas augmenté du tout .
12. Peut-on empêcher la survenue d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 35 Après : 35	51.4	82.9	0.009823	Le résultat est hautement significatif . Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à cette question a donc significativement augmenté après la formation théorique .
13. On doit tenter de maîtriser une personne atteinte de malaise/ crise épileptique ?	Avant : 33 Après : 33	36.4	93.9	6.151 ⁻⁰⁵	Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à la question a augmenté de manière hautement significative au temps 2 .
14. La présence répétée ou prolongée devant un écran est contre-indiquée en cas d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 33	0.0	38.2	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas.
15. Les voyages et le sport sont contre-indiqués aux personnes épileptiques ?	Avant : 33 Après : 33	93.9	97.0	1.0	Le pourcentage de sujets ayant répondu de manière correcte à cette question n'a pas significativement augmenté du temps 1 au temps 2.
16. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les jeunes enfants ?	Avant : 33 Après : 33	78.8	84.8	0.7728	Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à cette question n'augmente pas de manière significative après la sensibilisation théorique .
17. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les hommes ?	Avant : 34 Après : 34	88.2	97.1	0.3711	Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à cette question n'a pas augmenté de manière significative après la formation .

Annexe 4 : Tableau résumé des analyses statistiques

18. L'épilepsie est une maladie qui touche plus particulièrement les personnes défavorisées ?	Avant : 32 Après : 32	81.2	100	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas.
19. Il y a plus de 30 000 personnes épileptiques en Belgique	Avant : 32 Après : 32	84.4	96.9	0.2207	Le pourcentage de sujets ayant répondu correctement à cette question n'a pas augmenté de manière significative après la formation.

Partie 2 :

Question	Nombre de réponse	Réponses Avant formation (%)	Réponses Après formation (%)	p-valeur	Explication
20. Date d'entrée dans l'enseignement	Avant : 34 Après : 34	Avant 2014 : 79.4 Après 2014 : 20.6	Avant 2014 : 79.4 Après 2014 : 20.6	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas. Il s'agit de simples statistiques descriptives.
21. Avez-vous déjà eu, parmi vos élèves, un enfant épileptique ?	Avant : 34 Après : 34	Oui : 23.5 Non : 76.5	Oui : 23.5 Non : 76.5	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas. Il s'agit de simples statistiques descriptives.
22. L'un de vos élèves a-t-il déjà présenté une crise d'épilepsie en classe ?	Avant : 33 Après : 33	Oui : 0.0 Non : 100	Oui : 3.0 Non : 97.0	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas. Il s'agit de simples statistiques descriptives.
23. Connaissez-vous la conduite à tenir pour les enfants épileptique ?	Avant : 28 Après : 28	Oui : 25.0 Non : 75.0	Oui : 96.4 Non : 3.6	2.152 ⁻⁰⁵	Le nombre de sujets estimant connaître la conduite à tenir en cas de crise d'épilepsie a augmenté de manière significative après la sensibilisation théorique.
24. Avez-vous déjà suivi une formation pratique ou théorique sur la prise en charge d'une crise d'épilepsie ?	Avant : 33 Après : 33	Oui : 9.1 Non : 90.9	Oui : 78.8 Non : 21.2	4.49 ^e -06	Le pourcentage de personne déclarant avoir assisté à une formation sur la prise en charge des crises d'épilepsie est significativement plus élevé après la sensibilisation théorique.

Annexe 4 : Tableau résumé des analyses statistiques

25. Connaissez-vous les médicaments que l'on peut administrer en cas de crise d'épilepsie ?	Avant : 34 Après : 34	Oui : 5.9 Non : 94.1	Oui : 82.4 Non : 17.6	9.443 ^e -07	Le pourcentage de sujets déclarant connaître les médicaments à administrer en cas de crise d'épilepsie augmente significativement après la sensibilisation théorique.
26. Dans le cadre d'une crise d'épilepsie, avez-vous déjà eu besoin d'administrer le traitement d'urgence à un élève ?	Avant : 30 Après : 30	Oui : 0.0 Non : 0.0	Oui : 0.0 Non : 0.0	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas.
27. Etes-vous formés à l'emploi de traitement d'urgence en cas de crise d'épilepsie ?	Avant : 32 Après : 32	Oui : 0.0 Non : 100	Oui : 25.0 Non : 75.0	/	Une augmentation du pourcentage de personne déclarant être formée au traitement d'urgence mais le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas.
28. Les médicaments à administrer d'urgence sont-ils facilement accessible dans l'école ?	Avant : 22 Après : 21	Oui : 47.6 Non : 52.4	Oui : 61.9 Non : 38.1	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas. Il s'agit de simples statistiques descriptives.
29. Administreriez-vous le traitement d'urgence à un élève en cas de crise d'épilepsie ?	Avant : 29 Après : 29	Oui : 79.3 Non : 20.7	Oui : 96.6 Non : 3.4	0.07364	Les résultats après la formation n'ont pas significativement augmenté en comparaison avec l'avant formation.
30. Appelleriez-vous les secours (112) lors d'une crise d'épilepsie d'un élève ?	Avant : 34 Après : 34	Toujours : 64.7 Jamais : 2.9 Ça dépend : 32.4	Toujours : 23.5 Jamais : 0 Ça dépend : 76.5	/	On observe un transfert du pourcentage de personne de « toujours » vers « ça dépend ». Mais le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas.
31. Si une telle situation se présentait, vous vous sentiriez ?	Avant : 32 Après : 32	Préparé : 0 A l'aise : 3.1 Anxieux : 34.4 Pas préparé : 62.5	Préparé : 12.5 A l'aise : 56.2 Anxieux : 12.5 Pas préparé : 18.8	/	Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas mais nous observons une augmentation des pourcentages vers les réponses plus positives.

Annexe 4 : Tableau résumé des analyses statistiques

<p>32. Selon vous, y aurait-il des problèmes pratiques, en classe, posés par la présence d'un enfant épileptique ?</p>	<p>Avant : 34 Après : 34</p>	<p>Pas du tout : 29.4 Plutôt non : 55.9 Plutôt oui : 11.8 Très certainement : 2.9</p>	<p>Pas du tout : 38.2 Plutôt non : 44.1 Plutôt oui : 17.6 Très certainement : 0.0</p>	<p>/</p>	<p>Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas mais nous observons une augmentation des pourcentages vers les réponses plus positives.</p>
<p>33. Avez-vous déjà contacté le médecin scolaire/ l'infirmière scolaire / le Centre PMS en ce qui concerne un enfant épileptique?</p>	<p>Avant : 34 Après : 34</p>	<p>Oui : 5.9 Non : 94.1</p>	<p>Oui : 2.9 Non : 97.1</p>	<p>1</p>	<p>Il n'y a pas d'augmentation de la prise de contact avec le CPMS ou un médecin entre le temps 1 et le temps 2. Mais attention, les résultats sont biaisés ici, par l'erreur d'un sujet.</p>
<p>34. Avez-vous connaissance de la circulaire n°4888 appelée « Soins et prises de médicaments pour les élèves accueillis en enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé » ?</p>	<p>Avant : 32 Après : 32</p>	<p>Oui : 15.6 Non : 84.4</p>	<p>Oui : 90.6 Non : 9.4</p>	<p>2.668^e-06</p>	<p>Les résultats seront dits hautement significatifs. Le pourcentage de sujets ayant connaissance de la circulaire n°4888 augmente de manière hautement significative après la sensibilisation théorique.</p>
<p>35. Cette circulaire mène à la création d'un <i>projet particulier de prise en charge</i> pour les enfants à besoins spécifiques. Pensez-vous que cet outil est une mesure utile dans votre travail avec les enfants épileptiques ?</p>	<p>Avant : 33 Après : 33</p>	<p>Pas du tout : 0.0 Plutôt non : 0.0 Plutôt oui : 60.6 Très certainement : 39.4</p>	<p>Pas du tout : 0.0 Plutôt non : 0.0 Plutôt oui : 51.5 Très certainement : 48.5</p>	<p>/</p>	<p>Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas. La totalité des sujets ont répondu favorablement à cette question et ont donc estimés (à degré différents) que cette mesure serait utile dans leur travail avec des enfants épileptiques. On voit une augmentation de l'importance accordée au à ce projet.</p>

Annexe 4 : Tableau résumé des analyses statistiques

<p>36. Pensez-vous que des ateliers d'information et de formation sur l'épilepsie par des professionnels de santé pour les enseignants pourraient vous être utiles?</p>	<p>Avant : 33 Après : 33</p>	<p>Pas du tout : 0.0 Plutôt non : 0.0 Plutôt oui : 45.5 Très certainement : 54.5</p>	<p>Pas du tout : 0.0 Plutôt non : 0.0 Plutôt oui : 48.5 Très certainement : 51.5</p>	<p>/</p>	<p>Le test de Mc Nemar n'est pas applicable pour ce cas. La totalité des sujets ont répondu favorablement à cette question et ont donc estimés (à degré différents) que l'organisation d'ateliers d'informations et de formations sur l'épilepsie par des professionnels de la santé leur serait utile.</p>
---	----------------------------------	--	--	----------	--