



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université A. Mira – Bejaia

Faculté Des Sciences Humaines et sociales

Département de STAPS

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue l'obtention du diplôme Master en Activités Physiques et Sportives.

Filière : Activités physiques et sportives éducatives.

Spécialité: Activités physiques et sportives scolaire.

Thème :

**Etude cartographique et représentations sociales des
professionnels de la santé et les enseignants d'EPS
des élèves scolarisés asthmatiques**

Réalisé par

M^{elle} BENALI Katia

M^{elle} GUEMACHE Anissa

Encadré par

Dr. ZAABAR SALIM

Année universitaire : 2016-2017

Remerciements

Tout d'abord

On aimerait remercier dieu le tout puissant de nous avoir donnée la volonté et le courage pour réaliser ce modeste travail.

Nous vifs remerciements s'adressent en premier lieu à nos familles qui nous ont soutenues toute la durée de nos études.

Nous voudrions présenter nos remerciements à notre encadreur **Dr. ZAABAR SALIM**. Nous voudrions également lui témoigner notre gratitude pour sa patience et son soutien afin de mener notre travail à bon port.

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à tous nos professeurs du département **STAPS** et plus particulièrement Dr. IKIOUNE, Mr. HADJI et Mr. FATAH et toutes les personnes qui ont participé de près et de loin à la réalisation de ce mémoire.

Enfin, nous remercions notamment nos amis et plus particulièrement nos proches pour leur soutien.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail en premier lieu à mes parents qui m'ont encouragé dans mes études, pour leur compréhension et leur soutien et qui m'ont fait connaître les portes du savoir.

A toute ma familles de proche ou de loin.

A mes adorables deux frères : **Jugurtha, Mohaned.**

A mes très chères sœurs : **Dalila, Nawel** et son fils **Islam**, sa fille **Asma**, sans oublié son marie **Samir.**

A ma binôme : **Nassou.**

A mes adorables : **Imane, Sabi, Sisi, Latifa.**

A mes amis du parcours.

A tous mes professeurs du département **STAPS.**

Enfin, je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragé au cours de la réalisation de ce mémoire. Et a tous ceux qui sont proches à mon cœur.

BENALI KATIA

Dédicace

Au premier homme de ma vie, celui qui n'a jamais ménagé ces efforts pour moi, celui qui n'a cessé de me propulser, celui qui voit en moi ce que je n'ose pas voir.

A mon père.

A la femme de ma vie, la plus belle et la plus intentionnée, celle qui a toujours cru en moi même lorsque je doutais, celle qui m'a épaulé et celle qui a toujours été de mon côté.

A ma mère.

A la mémoire de mon frère KIKI (que dieu l'accueille dans son vaste paradis) qui m'a vraiment soutenue malgré son absence, tu as été toujours avec moi.

A mes adorables frères, Karim, Kaci, Aziz, Soufiane .

A ma chère sœur Salihah.

A ma binôme et amie KATY que dire après tant d'années et après tout ce qu'on a partagé, merci d'avoir rendu les moments difficiles beaucoup plus faciles.

A mes adorables Rozina, Imane, Sabi, Sisi, Ryma.

A mes amis de parcours

A toute ma famille et mes proches qui m'ont toujours soutenue et encouragé et toutes les personnes qui compte pour moi

A toutes les personnes qui m'ont marqué et inspiré.

Anissa

Sommaire

- Remerciements.	
- Dédicaces.	
- Index des abréviations.	
- Inde des tableaux et des figures.	
- Introduction.....	1
- Problématique.....	3
- Hypothèses	4

Chapitre N°I : Représentation sociale de la santé et de la maladie
--

1-Définition de représentation sociale.....	7
2-Définition opérationnelle.....	7
3-Histoire de la représentation sociale.....	8
4-Origine et fonction des représentations sociale.....	9
4-1) Contenu des représentations.....	9
4-2) Objectivation et ancrage.....	10
5- Fonctions des représentations sociales.....	10
5-A) Des fonctions cognitives.....	10
5-B) De la fonction identitaire.....	11
6- Concepts de représentation sociale	11
7- Les différentes approches de représentation sociale.....	13
8- Les caractéristiques de la représentation sociale.....	14
9- L'évolution et la transformation des représentations sociales.....	15

9-1) Le noyau central.....	15
9-2) Les fonctions de noyau central.....	15
9-2-A) Le noyau structurant à deux fonctions principales.....	15
9-2-B) Les éléments périphériques.....	15
10- Représentation sociale de la santé et des maladies.....	16
11- Représentation de l'asthme et de la santé	17
12- Définition des représentations sociales de l'EPS.....	17
13- Représentation sociale de l'EPS.....	18

Chapitre N°II : L'asthme chez l'enfant

1- Définition de l'asthme.....	21
2- Définition de l'asthme chez l'enfant.....	21
3- Evolution et de la prévalence de la sévérité.....	21
4- Facteurs de risque de l'asthme.....	21
5- Facteurs de déclenchement	22
6- Les facteurs de l'augmentation de l'asthme.....	22
A) L'effort physique	22
B) Les facteurs climatiques.....	22
C) Les facteurs psychologiques et le stress.....	22
D) Exploration allergénique	23
E) Irritants et polluants.....	23
F) Aliments	24
G) Activités et manque d'activité physique.....	24
K) Le tabac.....	25

7- Causes d'asthme	25
8-Asthme et activité physique.....	26
9- Bienfaits du sport sur l'asthme.....	27
10- Les avantages du sport sur l'asthme.....	27
11- Les bronchospasme induit par l'exercice	28
11-1) Sport en intérieur.....	28
11-2- Sport en extérieur	28
12- Les avantages de la pratique d'un sport	29
13- Les différents phénotypes de l'asthme	29
13-1- Phénotypes d'asthme en fonction d'étiologie.....	29
1-A- Asthme allergique.....	29
1-B- Asthme viro-induit.....	30
1-C- Asthme induit par le stress	30
14- Reconnaître la maladie.....	31
15- La crise d'asthme	32
16- Traitement	33
16-1- Objectifs de traitement.....	33
16-2- Une prise en charge	33
16-3- Traitement de la crise.....	33
17- Forme clinique de l'asthme.....	34
17-1- Forme symptomatique	34
17-2- Forme selon l'âge.....	34
2-1- L'asthme de nourrisson.....	34
2-2- L'asthme tardif.....	35
2-3- Asthme à dyspnée continue.....	35
2-4- Asthme instable.....	35
2-5- Asthme aigu grave	35

17-2- Forme étiologique.....	36
2-1- L'asthme extrinsèque.....	36
2-2- L'asthme intrinsèque.....	36
18- La prise en charge de l'asthme	36
19- Conduite à tenir pour le sport	37

Chapitre N°III : L'enseignement d'EPS

1- L'éducation physique et sportive	39
2- L'enseignant d'éducation physique et sportive.....	39
3- Définition de l'activité physique	39
4- Définition de l'enseignement.....	40
5- Les finalités de l'EPS	40
6- Les missions de l'enseignant d'EPS.....	40
6-1) Mission éducative.....	40
6-2) Mission psychomotrice	41
6-3) Mission sportive.....	41
7- Les objectifs spécifiques aux caractéristiques de l'EPS.....	43
7-1) Au plan psychomoteur	43
7-2) Au plan cognitif.....	43
7-3) Au plan affectif.....	44
8- Rôle et importance de l'éducation physique et sportive.....	44
9- Les valeurs éducatives du sport.....	45
10- L'utilité de l'éducation physique et sportive	46
11- Sport et socialisation	46

Partie pratique

I- Méthodologie

1- Présentation de l'étude.....	50
2- Objectif de l'étude.....	50
3- Moyens et méthodes de la recherche.....	50
3-1- L'analyse bibliographique et documentaire.....	50
3-2- Enquête par questionnaire.....	50
4-Déroulement de l'enquête.....	51
4-1- Structure de l'enquête.....	51
4-2- L'ajustement de questionnaire.....	51
4-3- Dépouillement.....	51
4-4- Le lieu	51
5- Echantillon de la recherche	51
5-1- L'échantillon étudié.....	51
6- Technique de présentation des résultats de la recherche.....	52
6-1- La technique des pourcentages	52
6-2- Le test Khi ²	52
7- Etude cartographique.....	52

II- Analyse et interprétation des résultats

1- Les données administratives recueillis de la direction de santé de Béjaia.....	54
1-1-Au niveau de la direction de santé de Béjaia.....	54
1-2- Au niveau de l'EPSP de Béjaia.....	58
1-2- Au niveau de l'EPSP d'Aokas.....	60
1-3- Au niveau de l'EPSP de Kherrata.....	62

2- La représentation de l'asthme et de l'EPS par les enseignants et les professionnels de santé.....	65
2-1- La représentation des enseignants d'EPS selon les réponses aux questions.....	65
2-2- La représentation des médecins des UDS selon les réponses aux questions.....	67
VI- Discussion	70
V- Conclusion	74
Bibliographique	
Annexe	

Index des tableaux

Tableaux	Titre des tableaux	Page
01	Les données recueillis de la direction de santé de la wilaya de Béjaia	P54
02	Représentation des données recueillis de l'EPSPS de Béjaia	P58
03	Représentation des données recueillis de l'EPSP d'Aokas	P60
04	Représentation des données recueillis de l'EPSP de Kherrata	P62
05	Représentation des données administratives recueillis des trois EPSP Béjaia, Aokas, Kherrata durant l'année scolaire 2015/2016	P63
06	Représentation du nombre d'enfants scolarisés non asthmatiques	P64
07	Représentation des réponses des enseignants aux questions	P65
08	Représentation des réponses des médecins aux questions	P67

Index des figures

Figures	Titres des figures	Page
01	Représentation graphique des données recueillis de la direction de santé de Béjaia	P55
02	Représentation cartographique des données recueillis de la direction de santé de Béjaia	P55
03	Représentation cartographique des trois EPSP étudiés (Béjaia, Aokas, Kherrata)	P57
04	Représentation graphique de Nombre d'enfants asthmatiques scolarisés enregistrés au niveau de l'EPSP de Béjaia	P59
05	Représentation cartographique des données recueillis de l'EPSP de Béjaia	P59
06	Représentation graphique de Nombre d'enfants asthmatiques scolarisés enregistré au niveau de l'EPSP d'Aokas	P61
07	Représentation cartographique des données recueillis de l'EPSP d'Aokas	P61
08	Représentation graphique de nombre d'enfants asthmatiques scolarisés enregistré au niveau d'EPSP de Kherrata	P62
09	Représentation cartographique des données recueillis de l'EPSP de Kherrata	P63
10	Représentation graphique des données recueillis durant l'année 2015/2016 pour les trois EPSP	P64
11	Représentation graphique du pourcentage d'enfants non asthmatiques	P65
12	Représentation graphique des réponses des enseignants aux questions	P66

13	Représentation graphique des réponses des médecins aux questions	P67
-----------	--	-----

Index des abréviations

Abréviation	La signification
%	Pourcentage
APS	Activité physique et sportive
BIE	Bronchospasme induit par l'effort
DEP	Débit expiratoire de pointe
EFR	Exploration fonctionnelle respiratoire
EPS	Education physique et sportive
EPSP	Etablissement publique de santé de proximité
OMS	Organisation mondiale de la santé
HRB	Hyperréactivité bronchique
UDS	Unité de dépistage et de suivi (Santé scolaire)
VEMS	Volume expiratoire maximum-second
VRS	Virus respiratoire syncitial

Introduction

L'être humain ne peut pas vivre sans représentations. Elles lui permettent d'interpréter le monde et d'expliquer ses événements de vie dans des domaines différents. Une représentation comporte « une part de reconstruction, d'interprétation de l'objet et d'expérience du sujet... » C'est cette mise en lien d'un sujet et d'un objet (chose, idée, événement...) chacun possédant des caractéristiques propres, qui influencera un type de rapport, de décision, d'action dans une situation donnée.

Dans le domaine de la santé nous savons que les représentations sont une source d'explication des pratiques de santé et thérapeutiques des patients. Elles servent également à comprendre les logiques qui conduisent les patients à mobiliser d'une manière leurs compétences de soins dans un contexte donné. C'est ainsi que dans l'élaboration d'un programme de prévention ou d'éducation thérapeutique, il est connu l'importance de les identifier, d'en comprendre le sens afin de proposer au patient des situations- médiations d'apprentissage qui auront pour but de les renforcer ou de les questionner lorsqu'elles s'avéreront être un obstacle à l'appropriation par le patient de compétences favorable à sa santé.

En éducation physique et sportive les enfants engagent des conduites motrices dans les différentes activités physiques, la conduite motrice étant une organisation signifiant du comportement moteur qui possède une double perspective ; l'observation extérieur et le signifiant l'intérieur (perception, anticipation motrice, image mental). Selon (Parlebas 1981) l'enfant agissant possède une histoire, un vécu et reçoit des influences éducatives, familiales ou encore sociales nombreuses qui façonnent ses représentations.

L'éducation physique et sportive réduite à la pratique sportive, a bien du mal à trouver sa place dans l'éducation de l'enfant à l'école à cause des problèmes d'infrastructures, d'effectifs pléthoriques, et de motivation des élèves.

En prenant en compte toute la population scolarisée dans sa diversité, l'on constate que plusieurs élèves pour divers raison sont déclarés inaptes à la pratique de l'EPS, qui est une discipline obligatoire qui s'adresse à tous les élèves. Elle poursuit les finalités de l'école. Dans le cadre de ces missions l'un des ces finalités est former un citoyen, cultivé, lucide, autonome physiquement, socialement. Ce citoyen est responsable de la conduite de sa vie pendant la scolarité et tout au long de sa vie. Comme indiqué à travers des textes

Introduction

réglementaires tels que la loi d'orientation, la charte du sport etc. Alors même que la pratique régulière des activités physiques et sportives est conseillée dans la prévention, le traitement et la réhabilitation des pathologies de l'enfant de l'adolescent et même de l'adulte.

En effet nous savons que l'organisme peut bénéficier de la pratique des activités physiques et sportives et vise combien les grandes fonctions (respiratoire, circulatoire, musculaire et nerveuse...) peuvent y trouver leur compte, sans pour autant oublier les facteurs sociologique et psychologiques.

A l'école, au regard des instructions officielles, la pratique régulière de l'EPS vise à développer les grands systèmes précités plus haut, et a cause de divers pathologies comme par exemple : la drépanocytose, l'épilepsie, le diabète, l'asthme, l'hypertension etc., l'élève doit rendre visite d'un médecin.

En tout état de cause l'asthme qui est au centre de notre étude et dont la recrudescence est de plus en plus manifeste dans les zones urbaines et industrielles, suscite beaucoup de questions et d'intérêts. Face à ce fléau en pleine expansion, les nouveaux textes réglementaires rappellent, que l'EPS s'adresse à tous les élèves, y compris les inaptes, les asthmatiques qui doivent être accueillis et doivent bénéficier nécessairement d'une EPS adaptée.

Problématique

L'asthme mobilise l'attention de la communauté scientifique de manière grandissante ; de nombreuses publications au cours des dix dernières années dans le domaine de la recherche en santé respiratoire et en santé publique en témoignent. La recrudescence du phénomène partout dans le monde, en terme de prévalence, de gravité de la symptomatologie et de ses impacts sur la santé individuelle et populationnelle font aujourd'hui de l'asthme l'un des problèmes de santé publique majeurs au niveau international. Le programme GINA (The global initiative for asthma), lancé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1991, visait à promouvoir la prévention de cette affection chronique au niveau international et à faire reconnaître ses impacts pour les individus et les populations. Selon l'OMS, l'asthme est un sérieux problème de santé publique touchant entre 100 et 150 millions de personnes dans le monde, tant dans les pays occidentaux que dans les pays en voies de développement. Cette condition chronique est responsable de plus de 180 000 décès par an dans le monde (OMS, 2005).

En éducation physique la quasi- totalité des activités sont des pratiques scolaires qui sont enracinées dans une histoire sociale, ainsi les enfants peuvent ou non se reconnaître et s'intégrer dans certaines pratiques sportives suivant leurs représentations sociales.

Notre souci est en premier lieu de leur apporter un éclairage sur l'asthme et la pratique des APS pour qu'ils comprennent mieux les enjeux et les bienfaits qui s'y rapportent, afin de les aider dans la prise en charge des élèves asthmatiques en précisant les facteurs à prendre en compte en priorité et les conditions qui nécessitent une certaine vigilance.

L'asthme est une pathologie inflammatoire chronique des bronches associant plusieurs processus dont une hyper-réactivité des bronches, une inflammation locale et un épaississement des parois bronchiques accompagnés d'une formation de mucus et une broncho constriction.

Confronté a la scolarisation de cette population et par le caractère obligatoire de la pratique de l'éducation physique et sportive, le professionnels de la santé ainsi que les enseignants d'EPS ne sont pas unanime a la pratique sportive de l'élève asthmatique. Pour répondre à cette situation nous avons choisi de vérifier le fonctionnement du système de la représentation sociale de cette maladie chez les professionnels de la santé et les enseignants d'éducation physique et sportive.

Problématique

De ce fait nous avons posons les questions suivantes :

- Quelle est l'apport des données cartographiques sur l'asthme dans le contexte scolaire ?
- Comment sont les représentations sociales des professionnelles de la santé et les Enseignants d'EPS sur la pratique sportive de l'élève asthmatique ?

Hypothèses de la recherche

- Les données cartographiques sur l'asthme ont pour rôle de démontrer de cette pathologie sur le territoire de la wilaya.
- Les représentations sociales des professionnels de la santé et des enseignants d'EPS varient du positives au négatives sur la pratique sportive de l'élève asthmatique.

1- Définition de représentation sociale :

➤ Selon Moscovici (1961)

La représentation sociale est « un système de valeurs, de notion, et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu sociale qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et l'élaboration des repenses ».

➤ Selon Herzlich (1969)

A partir d'une étude sur la représentation sociale de la santé et de la maladie, cet auteur la définit comme un processus de construction de réel. Selon elle « l'accent mis sur la représentation vise à réintroduire l'étude des modes de connaissance et des processus symbolique dans leur relation avec les conduites ».

2- Définition opérationnelle

Pour clarifier notre propos, nous proposons d suivre la définition classique de JODELET qui écrit a propos de la représentation sociale : « forme de connaissance courante, dite de sens commun » caractérisée pas les propriétés suivantes : elle est socialement élaborée et partagée ; elle a une visée pratique d'organisation, de maitrise de l'environnement (matériel, social, idée) et d'orientation des conduites et de communication ; elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc...) donné ». Il s'agit d'un ensemble d'idées qu'un groupe social élabore sur un objet.

Cet ensemble partagé d'informations est une base aux échanges interpersonnels, échanges dans lesquels se développent les représentations sociales. C'est aussi grâce à elles que la communication est possible et plus aisée. Nous pouvons ainsi affirmer que toute relation (comme la relation thérapeutique) se construit à travers des échanges de représentations. Cette dynamique entre représentation et communication interpersonnelle permet une construction continuelle de la réalité quotidienne. « De la communication découle un (re)construction du réel en tant que manière d'interpréter notre environnement quotidien : les représentations »(...)

Chapitre I : Représentation sociale de la santé et de la maladie

Les représentations permettent au sujet de pré-voir le monde dans lequel il évolue et d'orienter les pratiques sociales qu'il devra mettre en œuvre pour investir le champ social, on comprend de cette définition l'intérêt de l'étude des représentations pour des cliniciens. Elle permet de comprendre la genèse et le développement de la connaissance profane qui nous influence nos patients. Elle permet aussi de saisir un des soubassements fondamentaux à la communication, aux conduites sociales et l'idéologie des acteurs sociaux face à cet objet qu'est la maladie.

3- Histoire de la représentation sociale

Au XX siècle le concept de représentation connaît un regain d'intérêt dans toutes les disciplines des sciences humaines.

C'est Sergee Moscovici (1961) qui va reformuler le concept de Durkheim en une théorie achevée. Selon lui, une analyse moderne des représentations se doit tenir compte des caractéristiques essentielles des sociétés actuelles, elle ne serait faire l'économie des nombreuses dynamiques économiques, idéologiques et actuelles qui animent le monde actuel.

Le travail de Moscovici va en outre fournir un cadre d'analyse de contenu de représentation sociale. En effet, les représentations peuvent être définies d'une manière assez vague comme « des univers opinion », ces ensembles sont analysables suivant trois dimensions, il y a d'abord les éléments d'informations dont disposent les individus à propos de l'objet de représentation, il y a ensuite la hiérarchisation et l'organisation de ces éléments dans un champ de représentation, à la fin on trouve les attitudes positives ou négatives des individus à l'égard de l'objet de représentation.

La représentation sociale est l'une des notions fondatrice de la psychologie sociale, mais aussi de la sociologie des connaissances.

C'est à un sociologue français Durkheim (1898) que l'on doit l'invention du concept, il propose en effet la notion de représentation collective pour expliquer divers phénomènes d'ordre sociologique « l'idée de Durkheim repose sur le postulat que la société forme un tout, une entité originale différente de la simple somme des individus qui la compose ».

4- Origine et fonction des représentations sociales

4-1 : contenu des représentations

Une représentation sociale est un phénomène complexe en perpétuelle interaction avec la vie sociale. Elle est issue de cette vie groupale et agit sur elle. Elle est composée de nombreux éléments articulés les uns aux autres constituant un véritable ensemble fonctionnel. Cette ensemble est organisé, hiérarchisé et articulé dans un véritable champ de représentation (cf. Paragraphe « organisation des représentations sociales »), une représentation sociale est composée des éléments d'information et des attitudes qu'un sujet adopte face à l'objet de sa représentation, les attitudes sont les éléments les plus archaïques d'une représentation sociale elles sont la manière dont un individu se situe et se positionne par rapport à des objets de valeur. Ce positionnement implique l'individu, son statut dans le groupe, son histoire personnelle, ses croyances, de plus cette manière de se positionner face à un objet de représentation influence les informations que l'individu recueille sur cet objet mais aussi la place que cette représentation va prendre dans ses interactions sociales. Ces positions par rapport à l'objet représenté peuvent être positives ou négatives. Ainsi face au même objet, deux individus ou deux groupes peuvent avoir des attitudes distinctes. Ces attitudes différenciées influencent aussi de manière indirecte le rapport que ces groupes vont entretenir entre eux et, par une boucle de rétroaction, influencer aussi la formation des représentations elle-même, or, et c'est surprenant, une attitude face à un objet de représentation n'est pas forcément basé sur des éléments d'information. Les représentations peuvent exister même en l'absence d'information précise sur un objet. Cela est particulièrement net pour la représentation des maladies.

Les éléments informationnels contenus des représentations sociales sont des éléments de connaissance. Il ne s'agit pas uniquement de connaissances populaires ou scientifiques mais de toute forme de connaissance : images, valeurs, croyances, opinions. Des différents éléments constituent un savoir sur la réalité que certains qualifient de sens commun. En ce sens les représentations apparaissent comme une véritable grille de lecture de la réalité. C'est pourquoi JODELET peut écrire à propos des représentations sociales « images qui condensent un ensemble de significations » ; système de références qui nous permettent d'interpréter ce qui nous arrive, voire de donner un sens à l'inattendu ; catégories qui servent à classer les circonstances, les phénomènes.

4-2 : Objectivation et ancrage

Pour constituer une représentation sociale d'un objet, face à la multitude d'éléments à sa disposition, un individu privilégiera certains aspects, certaines informations. Il effectuera une sélection et un tri. Ces informations sélectionnées ont une résonance pour le sujet en fonction de son histoire et de son insertion dans son groupe social et dans sa réalité quotidienne. Elles vont construire le noyau figuratif de la représentation. « (La représentation) par une mise en image des notions abstraites, donne une structure matérielle aux idées, fait correspondre des choses aux mots, donne corps à des schémas conceptuels. Procédure l'autant plus nécessaire que dans le flot de communication où nous baignons, le stock trop abondant de notions et d'idées se polarise sur des structures matérielles ». Cette structuration se fait grâce au processus d'objectivation qui un processus imageant et structurant.

Dans le cas d'objet de représentations complexes théories ou phénomènes sociaux comme la maladie, l'objectivation comporte plusieurs phases. Il existe d'abord une sélection et une décontextualisation des éléments de l'objet. C'est ce que montre MOSCOVICI au sujet de la psychanalyse. Les informations concernant la psychanalyse vont dans un premier temps être sélectionnées en fonction de critères normatifs faisant référence aux valeurs culturelles du groupe en fonction de critères sociaux. C'est aussi le cas pour un objet comme la schizophrénie où les informations retenues vont subir le filtre des valeurs de groupe.

5- Fonctions des représentations sociales

5-A : Des fonctions cognitives

Les représentations sociales permettent aux individus d'intégrer des données nouvelles à leurs cadres de pensée, c'est ce que Moscovici a mis en évidence à propos de la psychanalyse, Ces connaissances ou ces idées neuves sont diffusées plus particulièrement par certaines catégories sociales ; les journalistes, les politiques, les médecins, les formateurs.

Des fonctions d'interprétation de la construction de la réalité ; Elles sont une manière de penser et d'interpréter le monde et la vie quotidienne, les valeurs et le contexte dans lequel elles s'élaborent ont une incidence sur la construction de la réalité, Il existe toujours une part de création individuelle ou collective dans les représentations. Ces pourquoi elles ne sont pas figées à jamais, même si elles évoluent lentement.

Chapitre I : Représentation sociale de la santé et de la maladie

Des fonctions d'orientation des conduites et des comportements ; les représentations sociales sont porteuses de sens, elles créent du lien ; en cela elles ont une fonction sociale. Elles aident les gens à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir. Elles engendrent donc des attitudes, des opinions et des comportements.

5-B : De la fonction identitaire

Les représentations sociales ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social... (Elles permettent l' célébration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés.

Jodelet parle d'affiliation sociale : "partager une idée, une linge, c'est aussi affirmer un lien social et une identité".

5-C : Des fonctions de justifications des pratiques

Elles nous semblent très liées aux fonctions précédentes. Elles concernent particulièrement les relations entre groupes et les représentations que chaque groupe va se faire de l'autre groupe, justifiant a posteriori des prises de position et des comportements.

Selon Abric, il s'agit d'un "nouveau rôle des représentations ; celui du maintien ou du renforcement de la position sociale du groupe concerné".

6- Concept de représentation sociale

Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale.

Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal.

Avant d'aborder les représentations sociales, arrêtons-nous sur le concept de représentation. La première acception du terme est tenir lieu. La représentation est tout fois un processus et un résultat. Elle est processus car qu'elle tient lieu de quelque chose, et résultat de ce processus car « dans tous les cas, elle inscrit dans une logique de vicariance, de remplacement qui évoque ce qu'il remplace. Comprendre la représentation c'est donc d'abord comprendre ce jeu d'évocation et de renvois » la représentation remplace, met eu devant de

Chapitre I : Représentation sociale de la santé et de la maladie

nous-mêmes un objet afin de lutter contre la disparition ou l'absence de ce que l'on représente. Il ya donc une logique de substitution permettant au sujet de luter contre l'angoisse du manque. Cette absence peut être celle de l'objet réel, comme dans la représentation sociale d'une nature morte, ou celle de compréhension de phénomènes vécus par l'individu. La notion de remplacement est essentielle dans les représentations sociales des maladies ou le patient substitue le langage à un éprouvé de rendre compte de sa perception du monde, de vision de l'expérience vécue.

La relation entre la chose à représenter et la représentation n'est pas une relation de ressemblance, comme l'explique DESCARTE dans le premier discours de la Dioptrique.

La notion de représentation a été largement critiquée, en particulier par la philosophie contemporaine. Elle reste néanmoins un des principes centraux de notre rapport au monde. Si nous devons garder à l'esprit certains critiques de la représentation (comme l'existence de choses qui ne peuvent être représentées, ou encore le risque de voir le représentant prendre la place du représenté), ces derniers ne remettent pas a en cause la représentation comme principe centrale de notre rapport au monde. Certes, il y a toujours le risque la représentation comme principe contienne plus que l'objet qu'elle essaie de saisir. Il y a toujours un jeu subtil de pouvoir au centre de cette notion et de son utilisation. La représentation sociale est centrale car médiatrice entre le sujet et le monde ; médiation complexe car le monde médiatisé est aussi le monde constitué pas le sujet par ma médiation qu'elle permet, la représentation entraine un dépassement de l'objet donnant au sujet l'accès à une conscience pleine et entière de lui-même. Elle va plus loin que la seule objectivation d'un fait ou d'un objet ; elle accueille la présence de l'objet de rend son surgissement possible. Mais il faut un double mouvement pour qu'il y ait représentation ; sortir de soi pour viser ce qui n'est pas encore, puis retourner à soi pour se donner comme objet. Il faut mettre la chose au-devant de soi pour qu'il puisse apparaitre. On voit donc la nécessité fondamentale de faire sortir la chose de l'immédiateté. Médiation entre soi et le monde, la représentation est finalement la fabrication d'un accès au monde. Quand elle devient sociale, elle prend appui sur le groupe auquel appartient le sujet qui représente. Elle intègre ainsi l'homme dans le sociale et le social dans l'homme.

7- Les différentes approches de représentation sociale

Il existe différentes approches qui envisagent la façon dont s'élaborent les représentations sociales ; chacune d'entre elles privilégie une de leurs facettes D. Jodelet relève six points de vue sur la construction d'une représentation sociale :

- Une approche qui valorise particulièrement l'activité cognitive du sujet dans l'activité représentative. Le sujet est un sujet social, porteur des idées valeurs et modèles qu'il tient de son groupe d'appartenance ou des idéologies véhiculées dans la société "la représentation sociale se construit lorsque le sujet est en" situation d'interaction sociale ou face à un stimulus social "un autre point de vue insiste sur "les aspects signifiants de l'activité représentative "le sujet est "producteur de sens, "a travers sa représentation s'exprime le sens qu'il donne à son expérience dans le monde social. La représentation est sociale car élaborée à partir des codes sociaux et des valeurs reconnues par la société. Elle est donc le reflet de cette société".
- Une troisième approche envisage les représentations sous l'angle du discours "Ses propriétés sociales dérivent de la situation de communication, de l'appartenance sociale des sujets parlants, de la finalité de leurs discours".
- La pratique sociale de la personne, est valorisée dans une quatrième optique. Le sujet est un acteur social, la représentation qu'il produit reflète les normes institutionnelles découlant de sa position ou les idéologies liées à la place qu'il occupe.
- Dans une autre représentation, c'est l'aspect dynamique des représentations sociales qui est souligné par le fait que ce sont les interactions entre les membres d'un groupe ou entre groupe "groupe qui contribuent à la construction des représentations".
- Un dernier point de vue analyse la manifestation des représentations en postulant l'idée d'une "reproduction des schémas de pensée socialement établis". L'individu est déterminé par les idéologies dominantes de la société dans laquelle il évolue.
- La variété de ces diverses approches enrichit la recherche sur les phénomènes représentatifs.

8- Les caractéristiques de la représentation sociale

Les caractéristiques de la représentation sont liées à sa structuration.

• Au niveau de la structuration

La représentation est tout d'abord la transformation sociale d'une réalité en un objet de connaissance qu'elle est aussi sociale.

La représentation se construit à l'intérieur d'un processus relationnel. C'est une élaboration mentale qui se joue en fonction de la situation d'une personne, d'un groupe, d'une institution, d'une catégorie sociale, par rapport à celle d'une autre personne, groupe ou catégorie sociale, elle utilise donc la communication des objets sociaux ainsi transformés dans le système sociale ou il deviennent des éléments d'échanges.

La représentation apparaît ainsi comme une élaboration socio-dynamique de la réalité et se présente ce niveau, comme la reprise et l'intériorisation des modèles culturels et des idéologies dominantes en œuvre dans une société.

• Au niveau de contenu

Les caractéristiques de la représentation est tout d'abord socio-cognitif : il s'agit d'un ensemble d'information sociales, relatives à un objet sociale, qui peuvent être plus au moins variées, plus au moins stéréotypés, plus au moins riches, ainsi dans la représentation sociale de la psychanalyse, Moscovici avait observé que les ouvriers interrogés ne possédaient qu'une faible information sur ce qu'elle était, alors que les classes moyennes et les professions plus nombreuses et plus précises.

Ensuite le contenu de la représentation est marqué par son caractère signifiant : elle est ; selon Moscovici, définie par un rapport figure /sens qui exprime une correspondance entre ces deux pôles, ainsi, les significations passent par des images et ces images produisent des significations. Dans une représentation le caractère significatif n'est donc jamais indépendant de son caractère figuratif (Moscovici, 1996).

Enfin, la représentation a un contenu symbolique directement à l'aspect précédent. Le symbole constitue un élément de la représentation dans la mesure où, d'une part, l'objet désigne ce qui est absent de nos perceptions immédiates et, d'autre part, ce qui est absent prend signification en s'appuyant sur lui et en lui confère des qualités qui infestent se

Chapitre I : Représentation sociale de la santé et de la maladie

réfère à la structure selon l'interprétation psychanalytique est construite par des désirs, les attentes les sentiments que nous projetons sur elle.

9- L'évolution et la transformation des représentations sociales

9-1 : Le noyau central

La notion de noyau figuratif, élaborée par Moscovici, a été reprise et développée par Abric sous le terme de noyau central (ou noyau structurant). Selon sa théorie, une représentation est un ensemble organisé autour d'un noyau central, composé d'éléments qui donnent sa signification à cette représentation. Ce noyau structurant est l'élément fondamental de la représentation ; son repérage permet l'étude comparative des représentations sociales.

Sa dimension est essentiellement qualitative : la fréquence d'apparition d'un ou de plusieurs éléments dans le discours des sujets, ne suffit pas à affirmer qu'il s'agit d'éléments constitutifs du noyau central. Par contre, lorsque ceux-ci entraînent un nombre élevé de relations avec l'ensemble des autres éléments et surtout leur donnent leur significations, on considère que l'importance quantitative de ces liaisons est un indicateur pertinent de la centralité.

9-2 : Les fonctions du noyau central

9/2 -A : Le noyau structurant a deux fonctions principales

- Une fonction génératrice : le noyau central est à l'origine des différents éléments de la représentation ; il leur donne sens et valeur et c'est par lui que peuvent se transformer ces éléments.

- Une fonction organisatrice : il "détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation".

9 /2-B : Les éléments périphériques

Même si le noyau central est le fondement de la représentation, les éléments périphériques tiennent une place importante dans la représentation ils comprennent des informations retenues, sélectionnées et interprétées, des jugements formulés à propos de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances. Ils constituent l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation.

• Les fonctions des éléments périphériques

Ces éléments fonctionnent comme grille de décryptage d'une situation, selon l'expression employée par Claude Flament qui leur assigne trois fonctions essentielles :

- Une fonction perspective : leur éléments périphériques indiquent ce qui convient de faire (quels comportements adopter) ou de dire (quelles positions prendre) selon les situations. Ils donnent des règles qui permettent de comprendre chacun des aspects d'une situation, de les prévoir, de les déduire, et de tenir à leur propos des discours et des conduites appropriés.

10- Représentations sociales de la santé et des maladies

Alors que santé et maladie nous sont, jusqu'à présent, apparues chacune comme entité indissoluble et claire : « la santé » de l'individu s'opposant à « la maladie » de monde de vie, l'analyse de l'expérience individuelle, des états vécus, va faire éclater cette unité trop simple et l'apparente clarté de leur opposition : en effet, il n'existe, ni dans l'expérience vécue, ni dans la conceptualisation spontanée, un phénomène santé, un phénomène maladie uniques.

Santé et maladie sont vécues comme multiplicité, tout autant que comme unité.

Ainsi, la santé peut s'éprouver de diverses façons : on peut la ressentir soit de manière purement négative, soit comme état positif.

Elle peut être qu'une absence l'absence de la maladie ou l'inconscience du corps, proche du « silence des organes » dont parlait le riche.

Elle n'est alors qu'à peine un phénomène conscient, qu'à peine une expérience spécifique.

On pense à sa santé, et même on ne la perçoit, que lorsqu'on l'a perdu, affirme-t-on. On nous dit : « la santé au fond, c'est une chose un peu négative ; tant qu'elle n'est pas atteint, on ne réalise pas qu'on est en bonne santé».

Ou, de façons plus définitives :

« Quand on est en bonne santé, on n'y pense pas, on pense à autre chose».

Chapitre I : Représentation sociale de la santé et de la maladie

Mais, concurremment, et parfois chez les mêmes personnes, la santé est vécue comme une expérience positive ; une présence dont on a une claire conscience par la sensation d'aisance, de bien-être corporel et fonctionnel ou de résistance et de robustesse physique :

« C'est se sentir en pleine forme, joyeux, content, bon appétit, bon sommeil, avoir envie de bouger, se sentir bien et fort, c'est certainement ça, la bonne santé ».s

La maladie apparaît, quant à elle, comme simultanément multiple et parcellaire : multiple sur le plan du phénomène lui-même ; on refuse à la maladie une réalité unique, on insiste sur le polymorphisme des maladies.

« La maladie cela n'existe pas « la maladie » ; il y en a beaucoup de maladies, il y en a de toutes sortes. ».

11- Représentation de l'asthme et de la santé

Ce thème renvoie à l'importance de saisir comment les individus décrivent leurs symptômes et la gravité de leur état, mais surtout comment ils s'attribuent les causes de la maladie. Pourquoi avez-vous développé cette maladie ? (Farmer et Good, 1991). Nous avons porté attention à la manière dont les individus formulaient un amalgame de représentations, incluent les représentations sociales et l'identification des conséquences de la maladie, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sociales. La manière dont les individus se représentent la maladie ne devant pas nous semblait-il s'éloigner de la manière dont ils se représentent la santé et la définissent, nous avons accouplé ces deux dimensions dans le processus d'analyse de ce thème. Ce thème recouvre la manière dont les individus font intervenir les dimensions sociales dans la représentation de la maladie.

12- Définition des représentations sociales de l'EPS

Moscovici (1976) définit l'acte de représenter comme « représenter une chose, un état n'est en effet pas simplement le dédoubler, le répéter ou le reproduire, c'est le reconstituer, le retoucher, qui en change le texte ».

De cette définition nous remarquons que la représentation n'est pas une simple reproduction de l'objet tel qu'il est mais c'est un processus cognitif, intellectuel auquel est assujetti l'objet qui subit un remodelage, une reconstruction.

Chapitre I : Représentation sociale de la santé et de la maladie

Jodelet (1994) considère que la notion de représentation sociale est une notion complexe dans sa définition, cela est dû au fait que cette notion se situe comme une interface entre deux processus un social et psychique « implique qu'elle soit mise en rapport avec des processus relevant d'une dynamique sociale et d'une dynamique psychique et que soit élaboré un système social, des groupes et des interactions pour autant qu'il affectent la genèse, la structure et l'évolution des représentations et sont concernés par leur intervention. Moscovici (1976) dans son étude sur les représentations sociales de la psychanalyse a défini les représentations sociales comme « ...des théories, des sciences collectives sui generis destinées à l'interprétation et au façonnement du réel ».

Les représentations sociales, en psychologie sociale ont été définies comme un savoir commun à un groupe, « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel » (Jodelet, 1989).

13- Représentations sociales de l'EPS

Définissons tout d'abord le concept de représentations sociales. En effet, il ne suffit pas d'admettre qu'il existe un décalage entre représentations sociales et visée institutionnelle concernant l'éducation physique en milieu scolaire, encore faut-il savoir de quoi on parle. Par conséquent et en premier lieu, il faut avoir à l'esprit que toute représentation (au sens psychosociologique du terme) est avant tout une construction, qu'elle soit individuelle ou collective, deuxièmement, il faut également admettre que cette fabrication individuelle ou collective, a une fonction que l'on peut qualifier d'explicative. De fait, cette représentation des caractéristiques attribuées au genre doit nous permettre d'expliquer, de « lire le monde » dans lequel nous évoluons et ainsi expliquer et justifier (à tort) la domination de l'homme sur la femme. Pour reprendre les termes de (Denise Jodelet 1989), les représentations sociales doivent donc nous permettre ; « de savoir à qui nous en tenir avec le monde qui nous entoure ».

De plus, il est intéressant de pointer le fait que ces représentations sont qualifiées de sociales ; de fait, celles-ci sont fabriquées et injectées et enfin partagées au sein d'un espace social défini.

Chapitre I : Représentation sociale de la santé et de la maladie

L'éducation physique et sportive est victime d'une mauvaise représentation au niveau scolaire. L'enseignant d'EPS est souvent considéré comme un « amasseur d'enfant ». C'est pour cela que « beaucoup d'enseignants cherchent leur conversion vers d'autres métiers.

1- Définition de l'asthme

➤ **Dutau ; 2002, Paupe ; 1995**

L'asthme est une maladie inflammatoire des bronches dans laquelle interviennent de nombreuses cellules, chez des personnes prédisposées, cette inflammation entraîne des crises répétitives d'obstruction bronchique (diminution du calibre des bronches) avec soufflement (dyspnée), toux et sifflement dans la poitrine (ou sibilants) surtout la nuit et au petit matin, ainsi qu'une hyperréactivité bronchique (HRB).

2- Définition de l'asthme chez l'enfant

C'est un syndrome caractérisé par :

Au plan clinique : une toux ou dyspnée avec sibilances à prédominance véspero-nocturne, paroxystique régressant spontanément ou sous l'effet d'un traitement.

Au plan fonctionnel : un spasme ou obstruction bronchique variable des voies aériennes.

L'existence d'une hypersensibilité des bronches à divers stimuli (physiques, chimiques, immunologiques) appelée l'hyperréactivité bronchique (HRB) est la caractéristique fonctionnelle essentielle.

Au plan anatomique : un œdème de la muqueuse, un spasme du muscle lisse bronchique et une hypersécrétion.

3- Evolution de la prévalence et de la sévérité

La prévalence de l'asthme de l'enfant n'a pas cessé d'augmenter les crises alors que l'asthme est déjà installé et les facteurs qui causent le développement de la maladie. Parmi ces derniers, un intérêt particulier est porté actuellement aux facteurs qui peuvent expliquer l'augmentation de la prévalence de l'asthme observée dans les dernières décennies.

4- Facteurs de risques de l'asthme

Il faut distinguer parmi les facteurs ceux qui déclenchent les crises alors que l'asthme est déjà installé et les facteurs qui causent le développement de la maladie. Parmi ces derniers, un

Chapitre II : L'asthme chez l'enfant

intérêt particulier est porté actuellement aux facteurs qui peuvent expliquer l'augmentation de la prévalence de l'asthme observée dans les dernières décennies.

5- Facteurs de déclenchement

Les données de population montrent que les facteurs qui déclenchent les crises d'asthme sont la présence de sources d'allergies (acariens, chiens, chat, hamsters, blattes, moisissures, pollens, certains aliments...) les irritants (fumée de tabac, pollution atmosphérique de l'intérieur et l'extérieurs des locaux) certains produits toxiques (composants organiques volatiles par exemple) les données est plus consistantes sont celles sur la pollution ambiante : plusieurs études montrent que les pics de pollution seraient à l'origine de consultations hospitalisations et prise de médicaments pour asthme.

6- les facteurs de l'augmentation de l'asthme

L'augmentation de la prévalence de l'asthme observé dans les dernières décennies doit être imputée à un ensemble de facteurs dont l'amélioration du diagnostic et de la connaissance de l'asthme, l'augmentation de certaines expositions environnementales et la modification de la susceptibilité de l'hôte toutefois il existe peu de données de population qui documentent les effets de ces facteurs.

A- L'effort physique

L'asthme d'effort est dû à la stimulation de récepteurs nerveux sensibles à lequel sont combinés les effets de pic de pollution, des allergènes, des perturbations climatologiques (orages...) et de l'activité physique.

B- Les facteurs climatiques

Les facteurs climatiques sont représentés surtout par l'été durant lequel sont combinés les effets de pic de pollution, des allergènes, des perturbations climatologiques (orages...) et de l'activité physique.

C- Les facteurs psychologiques et le stress

Le rôle des facteurs psychologiques à l'origine d'un asthme n'est pas prouvé.

Une crise d'asthme peut être déclenchée par un fou rire ou lors d'effort.

D- Exposition allergéniques

Parmi les facteurs environnementaux qui se sont modifiés dans les 30-40 dernières années, on peut mentionner les expositions environnementales aux allergènes. Bien qu'il n'y ait pas de données probantes sur l'augmentation des concentrations allergéniques à l'intérieur des locaux, les habitations sont mieux isolées depuis la crise énergétique des années 70. Les données expérimentales montrent qu'à cette isolation correspond un environnement plus propice à la prolifération des acariens et, en l'absence d'une aération appropriée, d'autres allergènes tels que les moisissures. De même les poils des animaux domestiques restent plus confinés dans un tel environnement. En même temps, l'environnement domestique, surtout dans les grandes villes, s'est peuplé de cafards qui ont été liés par plusieurs études au développement et à la sévérité de l'asthme.

En revanche, l'augmentation de la concentration allergénique est documentée objectivement dans le cas des pollens et des moisissures. Les pollens ont augmenté à la fois en quantité (le nombre augmente dans certaines conditions météorologique) et en qualité (arrivage de nouvelles espèces, modification de la résistance de la coque du pollen due à la pollution au diesel, augmentation du pouvoir allergénisant lors de certaines conditions climatologiques).

De même, la contamination de l'air intérieur par moisissures s'accroît dans les zones inondées ou à forte humidité. En effet, il faut noter qu'en raison des changements climatiques, on assiste de plus en plus à des modifications importantes des conditions météorologiques et à leurs répercussions sur la nature.

E- Irritants et polluants

La pollution atmosphérique de nos villes a changé dans les dernières : les émissions de SO₂ et de fumées noires liées aux activités industrielles ont diminué car réglementées, mais le mélange photochimique (NO₂, O₃) et de particules produites par trafic véhiculaire a augmenté considérablement au cours des trois dernières décennies, entre autres en raison de l'augmentation du parc automobile. C'est pour cela que la pollution atmosphérique a été retenue parmi les responsables des excès d'allergies ; surtout chez les enfants.

Chapitre II : L'asthme chez l'enfant

Le tabagisme actif a augmenté chez les femmes en âge de procréer depuis 50 ans. Par conséquent, l'exposition de tabagisme in utero et pendant la petite enfance des enfants s'est accrue considérablement, ce qui pourrait contribuer à expliquer l'augmentation de l'asthme, puisque le tabagisme passif est un facteur de risque établi d'asthme.

F- Aliments

Le régime alimentaire d'enfants est un des facteurs qui a changé le plus dans les dernières décennies, du fait des changements dans les aliments. Toutefois, cette évolution est difficile à objectiver. Des résultats contradictoires existent en ce qui concerne l'allaitement au sein puisque l'on n'arrive pas à établir son rôle protecteur montrant qu'à long terme, le lait maternel aurait un effet protecteur spécialement chez les enfants de mères double aveugle ont clairement démontré que la privation de la mère de ces aliments pendant la grossesse ne servait à rien.

Du fait du monde de vie moderne, le régime serait pauvre en acides gras de type oméga-3 (contenus dans les poissons gras), d'antioxydants (sélénium ...) et un moindre degré de vitamines (A, E et C). Or les données de population montrent que les acides gras protègent du développement de l'asthme, rassemblement par l'inhibition de l'acide arachidoniques, qui est un des éléments essentiels de l'inflammation bronchique, ce qui est confirmé par plusieurs études écologiques mettant en relation un excès d'asthme parmi les enfants dont le régime est pauvre en poissons. De même, les données montrent que les vitamines ainsi que les antioxydants sont aussi des éléments fondamentaux dans la protection des organes vis-à-vis des processus inflammatoires allergiques.

G- Obésité et manque d'activité physique

Les statistiques de santé font état d'un nombre croissant d'obèses dans les pays industrialisés, surtout parmi l'adolescent très liée au changement des habitudes alimentaires, l'obésité est en partie due aussi au manque d'exercice associé à la vie moderne. Le parallélisme entre augmentations de l'obésité et de la fréquence de l'asthme a rendu pertinente l'étude de la relation entre ces deux événements. Plusieurs études transversales ont trouvé qu'avoir un index d'obésité (poids /taille) trop élevé était associé avec l'asthme chez les enfants et les adolescents, surtout chez les femmes, sans doute en raison de l'intervention des hormones sexuelles. Cette relation est retrouvée aussi par des études longitudinales montrant que l'obésité augmenterait le risque d'asthme.

K- le tabac

Le rôle néfaste du tabagisme passif est certain.

Il favorise la survenue des infections ORL et bronchiques ; augmente l'hyperréactivité bronchique non spécifique, facilite la pénétration des allergènes en augmentant la perméabilité muqueuse.

7- Causes d'asthme

Les causes de l'asthme ne sont pas bien connues, même si l'on sait qu'il existe à la fois des facteurs de risques génétiques et environnementaux.

L'inflammation des voies respiratoires se traduit par la production d'un mucus épais à l'intérieur des bronches, ce qui gêne la circulation de l'air. Parallèlement, les muscles autour des bronches se contractent, entraînent la « fermeture » des bronches (bronchospasme). C'est ce qui provoque la gêne respiratoire.

L'asthme est associé à des allergies respiratoires dans 80% des cas environ, mais il n'est pas toujours d'origine allergique. Chez les personnes asthmatiques, on retrouve une sensibilité excessive des bronches (hyperréactivité) à une ou plusieurs substances.

Peuvent être causes d'asthme le sexe, les facteurs génétiques les antécédents familiaux d'allergie, le groupe ethnique, la classe sociale, le tabagisme passif, certaines infections pulmonaires (surtout chez le nourrisson) et la première rencontre avec les substances allergéniques (les aliments, les acariens, les moisissures, les phanères, les blattes, les pollens) ou encore certains médicaments (paracétamol).

Les garçons sont plus à risque d'asthme que les filles car leurs voies aériennes sont plus fragiles. Mais les filles ont risque accru par rapport aux garçons de souffrir d'asthme à l'âge adulte par ce qui pourrait être expliqué par l'intervention des hormones sexuelles féminines.

L'asthme était dans le passé une maladie des classes aisées, actuellement, on a une prévalence l'asthme plus élevée dans les classes défavorisées, en raison d'une concentration exagérée des facteurs de risque potentiels et d'une mauvaise prise en charge chez celle-ci. Le tabagisme passif parental est une cause d'asthme chez l'enfant, peut-être par le biais d'une augmentation de la perméabilité de la muqueuse des voies aériennes de l'enfant, les allergènes

Chapitre II : L'asthme chez l'enfant

pouvant alors pénétrer plus aisément. Mais il a été aussi dit que les enfants avec les voies aériennes inférieures les plus rétrécies à la naissance seraient les plus sensibles au tabagisme parental. Une association entre le tabagisme actif et l'asthme et les autres allergies ont été observés chez les adolescents, et le risque augmentait parmi les adolescents qui étaient aussi exposés au tabagisme passif. Le tabagisme est un facteur de risque connu de l'augmentation des IgE totales et de l'hyperréactivité bronchique, facteurs cardinaux de l'asthme ; il pourrait contribuer donc à l'aggravation de l'asthme.

8- Asthme et activités physique

Chez les enfants asthmatiques, il a été montré de longue date, par exemple par Varray et coll (1995) et Matsumoto et coll. (1999), que non seulement l'activité physique régulière améliore la condition physique et contribue à la régulation du poids corporel, mais en plus elle diminue la sévérité de la maladie, en particulier celle des crises. En outre, le nombre d'hospitalisations, de consultations médicales, d'usage quotidien de médicaments anti asthme et l'absentéisme scolaire seraient diminués, selon Welsh et Coll, (2005). Par exemple, un travail de Neder et Coll. (1999) montre que les doses journalières de corticostéroïdes pourraient être réduites d'environ 40%. Ce résultat concerne des personnes atteintes d'asthme persistant.

Pourtant encore actuellement, de nombreux enfants asthmatiques font moins d'activités physique que leur pairs non asthmatiques, essentiellement en raison d'une interdiction parentale ou de la sévérité de leur maladie, selon Lang et Coll. (2004) ou Glazebrook et Coll, (2006).

En revanche, l'activité physique serait sans grande influence sur la sévérité ou la fréquence des épisodes d'asthme induit par l'exercice.

Pour la population des adultes asthmatiques, on dispose de peu de données. Les principales conclusions des quelques rares travaux contrôlés et randomisés, dont ceux de Shames et Coll, (2004) et de Satta (2000) sont toutefois comparables à ceux obtenus chez les enfants et adolescents. Pour diminuer les quantités inhalées de médicaments bêta-agonistes Bundgaard et Coll (1983) avancent que l'intensité et le volume de l'activité doivent au moins produire une élévation de la consommation maximale d'oxygène (Vo_2 max). Pour autant, les Indiens Nagarathna et Nagendra (1985) ont montré que la pratique du yoga (postures, techniques de respiration lente et méditation), à raison d'une heure par jour pendant deux

Chapitre II : L'asthme chez l'enfant

semaines, pouvait elle aussi diminuer le nombre de crises d'asthme et le recours aux médicaments.

9- Bienfaits du sport sur l'asthme

Un asthmatique doit pouvoir pratiquer le sport qu'il aime en respectant un certains nombre de règles.

Beaucoup d'enfants participent insuffisamment aux activités sportives car ils sont asthmatiques et qu'ils pensent, à tort, comme leurs parents, que le sport leur est formellement déconseillé. Plus d'un asthmatique sur deux, qui ne reçoit pas un traitement adapté, est gêné en faisant du sport. Il est nécessaire d'adapter l'intensité de l'effort au degré de sévérité de l'asthme et préférer un sport qui provoque peu de gêne respiratoire. Tous les asthmatiques, sauf ceux atteints d'une gêne sévère, peuvent pratiquer le sport. De nombreux champions olympiques présentent un asthme qui ne les empêche pas de pratiquer un sport de haut niveau.

10- Les avantages du sport sur l'asthme

La pratique du sport permet à l'asthmatique de constater qu'il peut vivre normalement. Il diminue la survenue l'asthme provoqué par l'effort. Il augmente l'aptitude physique et diminue l'essoufflement.

L'asthmatique doit tenir compte de l'état de son asthme et de son état général : un asthmatique faisant une crise d'asthme ou étant victime d'une infection virale provoquant une fièvre élevée ne pourra pas pratiquer de sport sans avis médical. Les conditions météorologiques sont à prendre en compte : un asthmatique allergique aux pollens évitera de pratiquer une activité sportive en plein air un jour de forte pollinisation. Il est nécessaire d'adapter ses performances en fonction de son état respiratoire.

- Surveiller son débit expiratoire de pointe, notamment en cas de gêne.
- Eviter de courir lors de temps froid et sec.
- Choisir le sport que l'on aime.
- S'échauffer avant l'exercice.
- Vérifier que l'asthme est bien équilibré.
- Inhaler, selon les recommandations du médecin, un médicament bronchodilatateur 10 à 15 minutes avant l'effort. Avoir toujours dans sa poche un bronchodilatateur à inhaler en cas de gêne respiratoire et ne pas attendre pour l'utiliser en cas de gêne respiratoire. Beaucoup

d'enfants asthmatiques ne pratiquent pas de sport car leurs parents pensent que des activités physiques ne sont pas conseillées.

11- Le bronchospasme induit par l'exercice

Le BIE (bronchospasme induit par l'effort), qui n'est que le reflet de l'hyperréactivité bronchique caractéristique de la maladie asthmatique, n'interdit pas l'exercice, d'autant plus qu'il survient essentiellement à l'arrêt de l'effort. Il importe de prévenir l'asthmatique de sa survenue afin de le rassurer et lui enseigner comment gérer ce phénomène.

11-1 : Sport en intérieur

Il est apparu en effet que patients pouvaient réagir spécifiquement aux allergènes présents dans les salles de sport. Il ne s'agit plus un BIE transitoire et peu intense mais d'une véritable crise d'asthme spécifique. En effet, de nombreuses salles sont riches en acariens. Moisissures ou blattes pouvant être à l'origine de l'aggravation de l'asthme allergique de bon nombre d'asthmatique. Il faut donc s'assurer que les salles de sport sont particulièrement bien entretenues. Elles constituent un milieu très favorable à la prolifération des bactéries et des acariens.

11-2 : Sport en extérieur

Les conditions atmosphériques peuvent altérer l'exercice physique chez l'asthmatique. La pollution atmosphérique, et notamment des concentrations élevées d'ozone, elle même dépendante des conditions climatiques, peut augmenter le gêne respiratoire de l'asthmatique.

Ce qui amène à déconseiller l'exercice physique pendant les périodes de pollution élevée et d'éviter les zones d'intense circulation automobile.

Ainsi, les asthmatiques peuvent pratiquer un sport en tenant compte de la particularité de la maladie. Il leur faut choisir le sport le moins asthmogène pour eux. Un asthmatique allergique aux acariens choisira un sport en extérieur. L'attitude sera inverse pour un allergique aux pollens. Une prévention pharmacologique ou non peut être employée pour éviter la survenue d'un bronchospasme.

12- Les avantages de la pratique d'un sport

Il a été démontré que l'exercice physique améliorait l'hyperventilation d'effort, favorisait la bronchodilatation et modifiait favorablement l'intensité et le seuil d'hyperréactivité bronchique chez les patients asthmatiques. La seule vraie contre-indication est la plongée sous-marine bien qu'elle soit discutée, il y a en effet la possibilité de survenue d'un bronchospasme, d'un pneumothorax ou d'une suppression pulmonaire, Il ne s'agit pas ici de minimiser l'importance de cette affection qui reste une maladie potentiellement mortelle. Les études sur la mortalité par asthme évoquent la responsabilité non pas de l'exercice physique, mais d'une mauvaise prise en charge, du tabagisme, des mauvaises conditions socioéconomiques et des problèmes psychologiques. Le sport bien au contraire, diminue l'anxiété et prévient la dépression, supprimant ainsi un facteur aggravant de cette maladie asthmatique.

Ainsi, les vrais facteurs limitant du sport chez l'asthmatique sont la peur de la crise d'asthme par le patient ou la famille, voire par le médecin. Par ailleurs il n'existe pas de prise en charge des asthmatiques dans l'initiation au sport en dehors de rares centres médico-sportifs situés dans les protégées. Enfin il faut déplorer l'absence de salles de sport dont les conditions d'hygiène ne permettent pas aux asthmatiques allergiques d'effectuer un sport dans de réelles conditions de confort et de sécurité.

13- Les différents phénotypes de l'asthme

13-1- Phénotypes d'asthme en fonction d'étiologie

1-A : Asthme allergique

L'asthme d'origine allergique est un phénotype fréquent durant l'enfance. Ce phénotype peut commencer à tous les âges. Mais dans la majorité des cas, la sensibilisation allergénique se met en place dans la partie enfance.

L'allergie est associée au phénotype d'asthme persistant au cours de l'enfance, nous avons montré que l'absence de sensibilisation allergique et d'hyperéosinophilie sanguine est associée à la démission de l'asthme à début précoce. De la même façon chez les nourrissons asthmatiques, l'élévation de marqueur de l'inflammation bronchique à éosinophile (la fonction expirée du monoxyde d'azote est significativement prédictive) de la survenue

Chapitre II : L'asthme chez l'enfant

d'exacerbations sévères nécessitant des corticoïdes oraux) d'une dégradation de la fonction respiratoire .

La multiplicité des organes touchés par l'allergie péjore encore le pronostic de l'asthme, les Ainsi les endophénotypes dermatite atopique et asthme et / ou allergie alimentaires et asthme sont risque d'asthme plus sévère.

1-B : Asthme viro-induit

L'asthme viro-induit est surtout un phénotype d'asthme fréquent chez les nourrissons l'asthme viro-induit du nourrisson a le plus souvent un bon pronostic à long terme, ainsi, dans la cohorte de Tucson, l'infection à virus respiratoire syncytial (VRS) augmente le risque de sifflement persistant à l'âge de 6 ans, mais ce facteur n'est plus significatif à l'âge de 13 ans ; cependant, les formes sévères d'infections virales (notamment à VRS) nécessitant une hospitalisation, ont un risque d'évolution vers un asthme persistant au cours de l'adolescence.

Les infections virales sévères portaient le poumon immature et entrainer un remodelage tissulaires ou cours promouvoir une réponse immune génératrice d'une inflammation par les cellules mononuclées du sang périphérique d'interféron gamma (IFN- γ) au cours et après une infection à VRS est réduite chez les enfants qui vont développer un asthme séquellaire sains, chez lesquels on a inoculé un virus respiratoire, un rapport élevé dans les cellules de l'expectoration induite ,est associé à une meilleure clairance de production du virus et à des formes plus légères de maladie. En prenant en considération l'ensemble de ces travaux, le déficit la production d'IFN- γ pourrait promouvoir des infections virales particulièrement sévères, qui vont prédisposer à un asthme persistant.

1-C : L'asthme induit par le stress

Les facteurs psychologiques et spécifiquement le stress chronique peuvent jouer un rôle important sur la fréquence de symptômes et des exacerbations d'asthme .Récemment, on a mis en évidence une relation entre le stress aigu et chronique des crises d'asthme chez l'enfant. Plusieurs études sur les « comportements » des parents vis-à-vis de l'asthme. Il en réussite un besoin impératif de contrôler ces « comportements »pour maîtriser au mieux la maladie .ne retrouver aucune relation entre la structure, les pratiques de dynamique familiales et le développement de l'asthme. Certaines études réalisées chez les nourrissons, le stress maternel entrainerait un dysfonctionnement avec un risque de déviation immune vers l'atopie.

14- Reconnaître la maladie

A- Forme typique

Accès de dyspnée paroxystique avec sibilantes expiratoires, mais aussi, classiquement inspiratoires, accompagnés ou suivis de toux quinteus puis productive, à sédation ou sous l'effet d'un B2-agoniste inhalé.

B- Formes atypiques

Dyspnée continue, dyspnée d'effort, syndrome tussigène, asthme insuffisamment traité.

C- Etiologie

L'allergie est à la recherche de manière systématique des l'âge de 5 ans. Les antécédents allergiques familiaux et personnels, les périodes et la circonstance de survenue des symptômes aident à déterminer le caractère saisonnier ou per-annuel. Selon un consensus (1992) de classification en trois stades : léger, modéré, sévère ; seront envisagés : un traitement symptomatique, une éviction, une immun stimulation spécifique.

Le diagnostic différentiel est : l'asthme induit par l'exercice, une bronchite spastique, une autre cause d'inflammation bronchique, dont l'irritation est augmentée par l'exercice.

D- Exploration

La mesure de débit expiratoire de pointe (DEP ou pick-flow) est un indicateur variable mais utile en cas de diminution.

L'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) est la plus précise. Pratiquée au repos, à l'effort, si besoin avec un test de provocation (métacholine...), puis sous b2-agoniste, elle objective les perturbations ventilatoires et permet de justifier les traitements soumis à la réglementation antidopage.

Les sports les plus asthmogènes sont le demi-fond et le ski. Le sport le moins asthmogène est la natation.

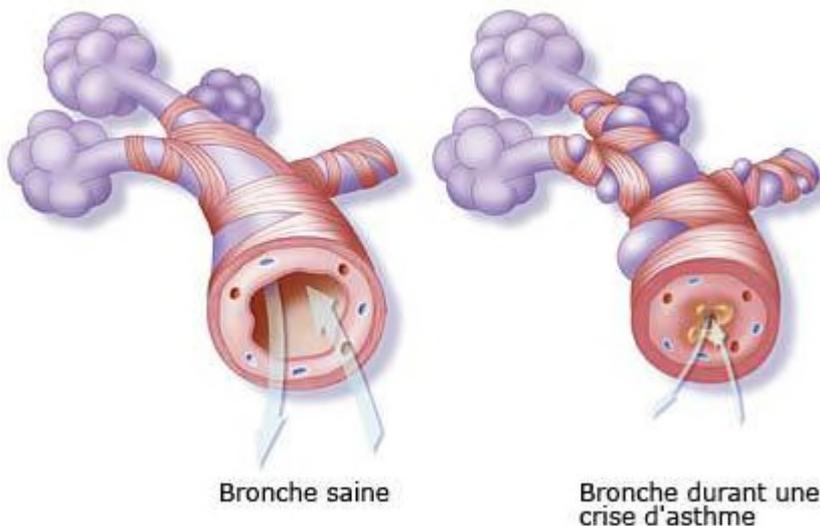
Il faut noter un fait important : après l'épisode dyspnéique existe une période réfractaire de 2 ou 3 heures bien connue des sportifs asthmatiques, pendant laquelle ils peuvent se livrer sans dommage à des efforts violents et prolongés (sports collectifs ...).

Chapitre II : L'asthme chez l'enfant

Plusieurs mécanismes ont été invoqués dans le déclenchement de ces crises d'asthme ; réflexe vagal par excitation des récepteurs tranché bronchiques ou pharyngés ; rôle de l'hypocapnie qui en résulte ; développement d'une acidose lactique ; inhalation d'air froid dont il a été démontré le rôle prépondérant, et, peut-être, des problèmes vasculaires pulmonaires (choix des activités physique de l'asthmatique).

15- la crise d'asthme

La crise d'asthme correspond à l'aggravation subite des symptômes. Chez de nombreuses personnes, l'asthme se manifeste par des crises occasionnelles, la respiration est normale en dehors des crises.



Une crise d'asthme commence souvent par une toux sèche, suivie d'une difficulté à respirer, qui provoque une respiration sifflante clairement audible. Elle s'accompagne habituellement d'expectorations de mucus (toux et crachats).

Durant une crise, l'ouverture des bronches est réduite en raison d'une importante réaction inflammatoire et d'une contraction des muscles de la paroi des bronches.

Les crises peuvent être calmées efficacement par les médicaments. Cependant, elles sont potentiellement dangereuses, surtout chez les personnes fragiles (personnes âgées, souffrant d'une infection respiratoire, etc...).

16- Traitement

16-1- Objectifs du traitement

- contrôler les symptômes,
- prévenir les exacerbations. La qualité de vie de l'enfant est ainsi satisfaisante, il pourra le plus souvent avoir une vie scolaire, sportive, familiale normale,
- objectif fondamental : maintenir une fonction respiratoire la plus proche possible de la normale, voire de normaliser la fonction respiratoire.

16-2- Une prise en charge globale

Les médicaments seuls sont insuffisants, une prise en charge globale est indispensable. L'information, l'éducation de la famille permettent d'améliorer la qualité de vie de l'enfant ... et de sa famille, de diminuer la consommation médicamenteuse, de diminuer l'angoisse familiale. Le contrôle de l'environnement diminue les signes, facilite une évolution favorable. La révolution des années 80 est la mise en évidence de l'importance de la lutte précoce contre l'inflammation. Les travaux des années 90 montrent que ce traitement de l'inflammation préserve l'avenir respiratoire de l'enfant et évite la constitution de lésions bronchiques irréversibles. La conséquence pratique de ces découvertes est l'institution plus précoce que par le passé d'un traitement préventif, quotidien, anti-inflammatoire de l'asthme.

16-3- Traitement de la crise

Le traitement de la crise repose avant tout sur l'inhalation ou l'injection de β 2-adrénergiques à courte durée d'action (salbutamol ou terbutaline, 2 bouffées à répéter si nécessaire toute les 20 minutes pendant une heure), dès le début des signes.

Il faut poursuivre ce traitement, 4 à 6 fois par jour, au moins 7 jours après la guérison apparente des symptômes (pour éviter une rechute précoce). Si les β 2-adrénergiques inhalés ou injectés sont insuffisants, il faut adjoindre une corticothérapie orale à bonne dose qui pourra ainsi être brève (1 à 2 mg/kg de Prédisons ou équivalent Prédisons pendant 1 à 5 jours avec arrêt brutal sans décroissance). Si les β 2-adrénergiques sont inefficaces, il faut d'emblée injecter des corticoïdes et hospitaliser l'enfant. La kinésithérapie respiratoire est surtout utile chez le petit où la composante d'encombrement d'hypersécrétion est précoce. Une bonne hydratation per os ne doit pas être négligée.

17- formes cliniques de l'asthme

17.1- Formes symptomatiques

L'asthme peut avoir des modes de présentation atypiques, surajoutant des manifestations à la symptomatologie pique décrite.

Il peut s'agir de :

Formes fébriles, malgré l'absence d'infection qui es leur cause la plus fréquente, elles son souvent observées chez le petit nourrisson surtout quand la fièvre risque de faire penser à un problème bactérien. Cette fièvre, chez l'adulte non infecté, permet de rechercher un asthme à précipitines ou une vascularisation : demande recherche de précipitines, antiaspergillaires principalement et bilan de recherche d'une périartérite noueuse.

Formes avec pleuro-péricardite, ou pleurésie isolée riche en éosinophiles.

L'asthme d'effort est un asthme vrai à distinguer de la simple dyspnée d'effort ressentie par nombre d'asthmatiques. Le facteur irritatif n'est pas réellement l'effort (il n'y a pas « d'allergie à l'effort ») mais le froid et l'abaissement du degré hygrométrique comme cela a été démontré expérimentalement ; l'atopie favorise néanmoins ce type d'asthme sans doute par abaissement du seuil de sensibilité des « irritants réceptions » du système parasympathique. Ce type d'asthme touche surtout l'enfant.

Formes associées à d'autres phénomènes paroxystiques : hypertension artérielle isolée sans flush, ou ictus laryngé avec syncope.

17-2- Formes selon l'âge

2.1- L'asthme de nourrisson

Il est très rare. Il peut avoir une symptomatologie typique mais est plus souvent trompeur, réalisant une broncho-pneumopathie aigué fébrile dyspnéisante, stimulant un problème infectieux. Cependant il n'y a aucun l'auscultation, ni sur le cliché thoracique.

Chapitre II : L'asthme chez l'enfant

2.2- L'asthme tardif

Il peut s'agir d'un asthme vieilli : antécédents d'asthme paroxystique et transformation progressive en asthme à dyspnée connue, avant tout sous l'effet d'infections bronchiques répétées. Il peut aussi s'agir d'un véritable asthme tardif, débutant à la ménopause chez la femme (facteurs endocrines ?) ; ou après une période de catarrhe bronchique chez l'homme. Cet asthme tardif est rarement paroxystique, il est plus souvent à dyspnée continue.

2.3- Asthme à dyspnée continue

Les crises d'asthme ne se terminent pas toujours par un retour à une fonction respiratoire normale. Une dyspnée permanente peut s'installer progressivement émaillée d'accès paroxystique

L'asthme à dyspnée continue peut succéder à des crises répétées ou apparaître d'emblée.

L'examen entre les exacerbations (exagération transitoire des symptômes d'une maladie) perçoit des sibilants et une symptomatologie souvent proche de celle de la bronchite chronique. Le danger est de méconnaître cette dyspnée à laquelle le patient s'est habitué et de laisser se pérenniser les lésions bronchiques qui vont conduire à un trouble ventilatoire obstructif fixe.

2.4- Asthme instable

Etat mal caractérisé mais correspondant à l'aggravation d'un asthme bien équilibré. Augmentation de la fréquence des crises avec parfois réponse partielle aux agonistes betas 2 adrénergiques en spray. On assiste alors à une baisse progressive mais rapide du débit expiratoire de pointe.

2.5- asthme aigu grave

Il est défini comme un bronchospasme ne cédant pas au traitement habituel du patient et par l'existence de signes de gravité. Il s'agit d'une urgence médicale nécessitant la mise en route rapide d'un traitement adapté en milieu spécialisé.

17.2- Formes étiologique

2.1- L'asthme extrinsèque

Il est presque toujours d'origine allergique, presque lié à un mécanisme irritant par inhalation de toxiques, notamment pour des asthmes professionnels, le mécanisme est parfois mixte comme démontré expérimentalement (asthme à certains matière plastiques). L'enquête allergologique décèle le ou les antigènes responsables.

Les autres antigènes « domestiques » sont les débris animaux (poils ou plumes), les moisissures, certains pollens non intérieurs de façons saisonnière (les pollinoses s'associent souvent à une rhinite).

2.2- L'asthme intrinsèque

Aucun facteur exogène n'est retrouvé, mais il est surement dans ce groupe des asthmes extrinsèques méconnus. Les deux meilleurs arguments diagnostiques sont l'âge de début tardif : au delà de 25-30 ans et la résistance aux traitements habituels entraînant une fréquente cortico-dépendance.

18- La prise en charge de l'asthme

La prise en charge s'organise naturellement à partir du diagnostic (exploration fonctionnelle respiratoire, tests allergologiques le cas échéant).

Elle nécessite un suivi régulier (mesure du débit expiratoire de point à domicile ou chez le médecin généraliste, et exploration fonctionnelle respiratoire en milieu spécialisé) et un traitement médicamenteux adapté en fonction du degré de sévérité de l'affection. La corticothérapie inhalée au long court représente le traitement de fond de l'asthme persistant, mais n'a aucunes indications thérapeutiques dans le traitement de la crise d'asthme. En cas de crise, il est fait appel à un autre traitement (béta 2 stimulants à action immédiate).

La prise en charge ne s'arrête pas à la seule prescription médicamenteuse. Il est indispensable de mieux surveiller l'évolution de l'asthme, des mieux apprendre à gérer les crises, d'améliorer la manipulation des inhalateurs.

19- Conduite à tenir pour le sport

La maladie asthmatique n'est plus une contre-indication à la pratique d'une activité physique. Au contraire, le réentraînement à l'effort est très bénéfique pour la plupart des asthmatiques.

La marche et la natation sont des activités sportives que peut pratiquer tout asthmatique. Seule, la plongée sous-marine avec bouteilles est formellement contre-indiquée (hyperbarie, air, sec, stress...).

L'éducation du sportif est nécessaire :

- Pas d'effort en cas de symptômes au repos.
- Pas de contre-indication à l'EPS scolaire mais adaptation si besoin (informer l'enseignant).
- Couvrir la bouche par temps froid.
- Eviter les efforts en cas de pollution atmosphérique, de vent poussiéreux, de forte pollinisation.
- Eviter les sports asthmogènes (ski de froid, course à pied ...).
- Eviter l'équitation chez les allergiques.
- Eviter les atmosphères confinées allergéniques : tatami, tapis, praticables non traités, salles poussiéreuses ou humides (moisissures).
- Réadaptation aux APS en milieu spécialisé pour les asthmatiques sévères.

Quelques conseils

- Toujours débiter par un échauffement.
- Faire de courts sprints d'intensité modérée, séparés par des périodes de repos.
- Informer l'enfant de la nécessité d'arrêter l'exercice dès les premiers signes de la crise.
- Eviter la pratique de la natation en période poussée de la maladie.
- Apprendre à contrôler son rythme respiratoire.
- Enfin, suivre un traitement médical approprié.

Chapitre II : L'asthme chez l'enfant

1- L'éducation physique et sportive

1-1 : Définition de l'EPS

« L'éducation physique et sportive est discipline d'enseignement obligatoire qui s'adresse à tous les élèves scolarisés. Elle poursuit les finalités de l'école. L'EPS a pour fonction l'éducation des conduites motrices. L'apprentissage des connaissances, des savoirs et des modes d'action fondamentaux est recherché dans le but d'atteindre des objectifs et des compétences inscrits dans les textes officiels. Une place importante et aussi accordée à l'accès a la santé ».

➤ **C. Pineau, 1991**

« Discipline d'enseignement, elle propose, en favorisant le développement et l'entretien organique et foncier, l'acquisition de connaissance et la construction de savoirs permettant la culture que constituent les pratiques sportives ».

2- L'enseignant d'éducation physique et sportive

Dans sa fonction, L'enseignant d'éducation physique et sportive est au centre d'un faisceau d'attentes plus ou moins compatible ; il lui faut assumer les programmes, ou en s'ajustant aux normes, ce qui signifie qu'il doit tenir compte des injonctions de l'ordonnateur,

De l'institution ; il doit s'intéresser à ses élèves et tenir compte des différences individuelles

➤ **Carlier. G (2006)**

« Se centre sur les stratégies général à mettre en œuvre pour provoquer les changements de comportement et facilite l'apprentissage ».

3- Définition de l'activité physique

L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques qui entraîne une augmentation substantielle de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos.

Chapitre III : L'enseignant d'EPS

L'activité physique se caractérise par son intensité, sa durée, sa fréquence et son contexte de pratique.

4- Définition de l'enseignement

➤ **G. Dussault, M. Leclerc, J. Brunelle, C. Turcotte, 1973**

« Enseigner, c'est conduire volontairement l'élève vers la connaissance de façon directe en le lui imposant ou indirecte en le lui faisant découvrir ».

➤ **J. Bruner, 1983**

« Processus d'étayage qui rend le novice capable de résoudre un problème, de mener à bien une tâche ou d'atteindre un but qui aurait été, sans cette assistance, au-delà de ses possibilités »

5- Les finalités de l'EPS

Les finalités assignées éducatif sont de « développer la personnalité, élever le niveau de formation, insérer l'élève dans la vie sociale, lui permettre d'exercer sa citoyenneté » (...) « former des femmes et des hommes de demain en mesure de conduire leur vie personnelle, civique et professionnelle en pleine responsabilité et capable d'adaptation, de créativité et de solidarité » (loi d'orientation, 1989).

En EPS, le programme du collège (1996) définit comme finalités : le développement des capacités nécessaires aux conduites motrices ; l'acquisition, par la pratique, des compétences et connaissances relatives aux APSA et d'expression ; l'accès aux connaissances relatives à l'organisation et à l'entretien de la vie physique. Mais aussi la participation de façon spécifique à l'éducation à la santé, à la sécurité, à la solidarité, à la responsabilité et à l'autonomie, ainsi que la contribution à l'éducation à la citoyenneté.

6- Les missions de l'enseignant d'EPS

6-1 : Mission éducative

Quelle que soit « la discipline enseignée, chaque professeur doit par situer ses actions par rapport à l'ensemble des acteurs du système éducatif : le milieu familial l'environnement social, l'école, l'équipe enseignante, la classe ses actions seront d'autant plus efficaces qu'elles prendront en compte ces différents facteurs».

Chapitre III : L'enseignant d'EPS

Cette éducation consiste à traduire par l'acquisition de connaissances, de savoir-faire et savoir-être « réinvestis sables » au quotidien ; il s'agit de méthodes d'apprentissage, de réflexions et de capacités d'expression. Au-delà de la simple acquisition de savoirs scolaires, l'élève construit sa personnalité, développe ses capacités de gestion de projets personnels (phénomène d'autonomisation et de psychologisation).

La socialisation de l'élève fait également partie de l'intégration des objectifs de tout enseignant la communication, la politesse, la ponctualité, le respect, la coopération, la solidarité, la sécurité, la responsabilité, la santé, sont des exemples généraux pouvant(et devant) être poursuivis par l'enseignant (à travers le projet de cycle), l'ensemble des enseignants de la classe(projet de classe), l'équipe EPS (projet EPS), l'établissement(projet d'établissement) .

L'enseignant d'EPS doit intervenir sur la globalité de l'individu qui est confié (aspects psychologiques, sociologiques, effectifs, relationnels, moteurs) .pour cela, il doit savoir quel type d'individu il a pour mission de former en fonction de l'âge, des capacités de l'élève e des règles et valeurs de la société dans laquelle le citoyen en devenir sera amené à s'insérer.

6-2 : Mission psychomotrice

La spécificité de l'EPS concerne la motricité de l'individu. Le cours d'EPS est un moment privilégié pour le développement de la psychomotricité. La notion de la motricité doit être élargie aux différentes composantes de la personnalité de l'élève, c'est-à-dire les aspects psychologiques, sociaux, affectifs, énergétiques, mécaniques impliqués dans tout acte moteur.

L'élève doit être doté d'un maximum de programmes moteurs lui permettant de s'adapter de manière efficiente face aux différentes situations motrices qu'il pourra rencontrer, aussi bien dans sa vie sportive .

6-3 : Mission sportive

Les pratiques sportives (institutionnalisées) ou non sportives (de loisir) sont de nos jours culturellement reconnues. En EPS, l'enseignant s'appuie sur des activités physiques sportives et artistiques traditionnelles (football, gymnastique, athlétisme, natation, danse...) ou nouvelles (escalade, badminton, course d'orientation).

Chapitre III : L'enseignant d'EPS

Elles sont à la fois objets et moyens d'enseignement :

- **Objet** parce qu'enseignées pour elles-mêmes ; il s'agit de permettre à chaque apprenant d'être le plus efficient dans l'activité enseignée, sans négliger la connaissance culturelle de l'activité.
- **Moyens** car elles permettent de poursuivre des objectifs de type éducatifs et psychomoteurs.

L'enseignant doit donc réfléchir sur l'évolution des activités (ce qui suppose des connaissances politiques, historiques et sociologiques), programmer et didactiser celles qui lui semblent les plus pertinentes par apport à la population rencontrée, au contexte d'enseignement et aux orientations des textes officiels de la discipline.

Autour des dimensions purement sportives et motrices, l'enseignant doit doter l'élève de connaissances relatives à la pratique des activités motrices comme par exemple, savoir se préparer physiologiquement, savoir se vêtir pour pratiquer, savoir récupérer, gérer son alimentation et son hygiène après l'effort, Ces différentes dimensions autour de l'effort s'appuient sur des compétences que l'élève pourra et devra exploiter hors du cours d'éducation physique.

Il s'agit finalement ici de transmettre des contenus pratiques (plonger, shooter, plaquer, sauter, lober ...) ainsi que des contenus théoriques (règlement, historique et évolution de l'activité...). L'élève doit enrichir pratiquement et la théoriquement (culture gestuelle et intellectuelle).

Aux trois missions du professeur d'EPS correspondent des objectifs généraux ; chaque poursuit avec les élèves du groupe- classe, et ce pour chaque situation d'enseignements.

La formalisation de ces objectifs doit permettre à chaque enseignant d'EPS dépendre conscience du bien-fondé de sa profession, c'est plus particulièrement le cas pour le nouveau collègue, (professeurs des lycées et collèges en formation initiale à institut universitaire de formation des maitres), l'intégration sur leur utilité dans les systèmes éducatif qu'il se rassurent ; leur action est essentielle. L'enseignant d'EPS instruit et forme l'individu, participe pleinement à son éducation. « Il lui transmet des connaissances et lui apprend à les exploiter, aussi bien dans le domaine de la motricité que dans ses relations avec l'environnement».

7- Les objectifs spécifiques aux caractéristiques de l'EPS

« l'éducation physique et sportive a pour objectif des ressources afin de rechercher par la réussite l'efficacité dans l'action individuelle et collective, la confiance et le réalisation de soi, acquisition des compétences a l'entretien de la vie physique et au développement de sa santé tout au long de la vie, l'enseignement dans une voie de spécialisation par l'approfondissement de la pratique des APS.

Dans le cadre de système éducatif, l'éducation physique et sportive est appelée à répondre diverse formation ».

7-1 : Au plan psychomoteur

« Parmi les divers disciplines du milieu scolaire, l'éducation physique et sportive est la seule qui puisse aborder ce problème dans son intégralité, c'est bien la spécificité de cette discipline. Cela ne doit jamais être oublié quand il convient d'envisager une leçon) en a fait le premier objectif général caractérisant les finalités de l'éducation physique et sportive : le premier est de développer chez tous les enfants et les adolescents, les capacités organiques, foncières et motrices ».

Cet objectif moteur, au travers de l'acquisition des habilités, peut être distingué trois parties

- Objectif de maîtrise
- Objectif de transfert
- Objectif de créativité

7-2 : Au plan cognitif

« Peu à peu l'intérêt des chercheurs se porte, non seulement sur les mécanismes, mais aussi sur les stratégies impliquées dans l'acquisition des habilités motrices ».

Les nouvelles théories, nommées cognitives vont conduire l'enseignant à s'interroger sur les processus, mentaux principalement, sous-jacents. Comment l'enfant prend une information ? Comment traite t-il cette information et de ses effet ?. Ces différentes questions révèlent une partie des problèmes soulevés par une telle approche. Pour permettre à l'élève de mieux apprendre, de progresser au plan moteur, il est nécessaire de tenir compte de ces diverses préoccupatio.de même, dans l'optique « d'apprendre à apprendre ».

Chapitre III : L'enseignant d'EPS

« L'objectif de toute leçon d'EPS est de permettre aux élèves de mieux apprendre, pour cela, il est nécessaire que l'enseignant prenne en compte le domaine cognitif, les connaissances de type déclaratives, les informations, doivent permettre à l'élève d'appréhender la structure, les matériaux à agencer pour réussir dans l'activité enseignée »

7-3 : Au plan affectif

Dans les diverses situation composant une leçon d'EPS la dimension affective a souvent une place très importante.

L'optique choisie, de chercher à optimiser les apprentissages des élèves, l'apprenant doit également être appréhendé dans sa dimension affective, en EPS ce plan correspond aux comportements des élèves, à leur attitude, leur motivation, les engagement également qualifier d'investissement, de savoir-être et de participation progrès dans le chan d'évaluation.

Les objectifs sur le plan affectif peuvent être vus sous deux aspects distincts

Ceux à court terme, dont les effets portent sur les apprentissages effectués.

Ceux à plus long terme, l'optique d'un réinvestissement au cours de vis d'adulte, quant il s'agit de s'investir dans ce que l'individu va entreprendre.

Type déclaratives, les informations, doivent permettre à l'élève d'appréhender la structure, les matériaux à agencer pour réussir dans l'activité enseignée ».

8- Rôle et importance de l'éducation physique et sportive

L'éducation physique et sportive à pour le développement et la mobilisation des ressource individuelles favorisant l'enrichissement de répertoire moteur.

L'éducation physique et sportive à pour former à pour finalité de former un citoyen, cultive lucide, autonome, physiquement et socialement.

Les activités physiques et sportives constituent un facteur essentiel d'équilibre, de santé, d'épanouissement du citoyen et un élément fondamental de culture. Elles concourent au développement des valeurs essentielles pour l'avenir de la nation : ma liberté, la responsabilité, la connaissance, le goût de la création le sens de la fraternité et de l'effort.

Chapitre III : L'enseignant d'EPS

« ...au-delà de la simple acquisition de savoirs solaires, l'élève construit sa personnalité, développe ses capacités de gestion de projets personnels phénomène d'autonomisation et de psychologisation »

D'après Gasault (1979), « C'est l'éducation physique et sportive n'est pas l'éducation du corps, elle participe par le moyen des activités physiques spécifique à l'éducation intégrale. C'est à-dire qu'elle doit s'insérer harmonieusement dans l'action éducative d'ensemble, et qu'elle constitue une responsabilité majeure pour l'éducation ».

9- Les valeurs éducatives du sport

La valeur éducative du sport réaffirmée mais, cela suppose aussi que le sport soit enfin élevé au rang de discipline à part entière et considéré, par tous les éducateurs, comme l'une des bases essentielles de l'éducation moderne). Enfin, le rôle propre des différents sports et confirmé. Les sports collectifs sont présentés comme plus exigeants que les sports individuels. Leur fonction d'adaptation à la vie sociale est soulignée. Ainsi, la nécessité de la règle, les disciplines de groupe développeraient les sens du collectif qui n'est pas toujours naturel chez l'homme, définit le modèle qui tend à s'imposer, dans les années 1960, comme un modèle un modèle de coopération normalisé, « un modèle de sociabilité culturelle, d'apprentissage de techniques sportives et de pratiques de la compétition en championnats »

Pour L. Legrand (1991), la formation morale doit porter sur la connaissance des valeurs, la justification théorique des valeurs, le sentiment d'obligation, la volonté de conformer sa conduite à ses valeurs et l'habitude de l'action conforme à ses valeurs.

P. Ricoeur (1995) distingue la morale qui recouvre « ce qui est marqué par des normes, des obligations, des interdictions », de l'éthique qui correspond à « ce que la personne estime bon de faire » et qui se rapproche du concept de valeur (ce qui est digne d'estime). Il rappelle que le beau, le bien et le vrai constituent les trois grandes valeurs de la tradition occidentale dominante.

10- L'utilité de l'éducation physique et sportive

Chapitre III : L'enseignant d'EPS

L'analyse des finalités assignées à l'EPS constitue un cadre de référence dans la définition de l'utilité de l'EPS. En effet, l'éducation physique et sportive vise l'acquisition des connaissances et la construction de savoirs qui s'exercent à travers les activités physiques et sportives et fondent la culture physique et sportive de chaque individu.

« L'EPS sert à donner des réponses sur ce qui doit être à un moment donné. La « culture motrice » (LE BOULCH), ou la « culture physique et sportive » (MARSENARCH) proposée à tous les élèves en relation avec des interprétations de ce que sont les exigences ou les opportunités civilisationnelles, culturelles, mais aussi d'ordre identitaire qu'elle doit considérer ».

11- Sport et socialisation

Le sport est un phénomène social et également un fait de civilisation, il revêt une utilité et un sens culturel différent selon qu'il est pratiqué dans un but compétitif et de performance, dans le cadre de l'éducation physique et sportive (EPS) ou dans le cadre de loisir.

Le sport devient donc plus éducatif par l'introduction d'un ensemble de règles rigoureuses et diversifiées. Et il peut même être un lieu de socialisation : « le sport peut être, pour les jeunes en difficulté, un lieu de resocialisation par dépassement des différences, retournement des stigmates, réappropriation d'identités positives ».

Pour Arnaud (1989), l'intégration scolaire de l'éducation physique est acquise dès les premières années de la troisième République. Cependant, le terme d' « éducation physique » peut désigner des réalités larges et différentes ; cette mosaïque prend encore plus de poids si on l'envisage sous l'angle de l'histoire.

Parleras en 1967 parle d'une « Education physique en miettes » et cela pour deux raisons. La première vient d'un éclatement de l'EP en de multiples branches qui s'implantent dans des secteurs très variés : éducation générale, apprentissage professionnel, rééducation, loisir. La seconde est que l'EP se fragmente dans une pluralité de doctrines et de méthodes très diversifiées. Le rôle propre des différents sports est confirmé. Les sports collectifs sont présentés comme plus exigeants que les sports individuels. Leur fonction d'adaptation à la vie sociale est soulignée. Ainsi, la nécessité de la règle, les disciplines de groupe développeraient le sens du collectif qui n'est pas toujours naturel chez l'homme.

Chapitre III : L'enseignant d'EPS

Ainsi, le club sportif, tel qu'il était mis en place dans les lieux emblématiques (formation des jeunes arbitres, pratiques pour tous, classes organisées en équipes hétérogènes stables, choix des activités sportives en fonction de visées éducatives, etc.) que sont le lycée de Corbeil-Essonnes et les établissements scolaires de Calais, « ... est un espace de sociabilité. Il renforce les liens avec le groupe social, crée des réseaux de solidarité locale et de sentiments d'appartenance ».

1- Présentation de l'étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons adopté une démarche méthodologique dont nous allons présenter une interprétation cartographique des résultats des données recueillies de la direction de santé de la wilaya de Béjaia.

2- Objectif de l'étude

Le but de notre recherche est de vérifier le fonctionnement du système des représentations sociales de la maladie d'asthme chez les professionnels de la santé et les enseignants d'éducation physique et sportive.

3- Moyens et méthodes de la recherche

3-1-L'analyse bibliographique et documentaire

Ce procédé nous aide à collecter le maximum de données relatives à notre thème, nous donc consulté et analysé une série d'ouvrages et de revue spécialisées ainsi que quelques sites internet afin de mieux cerner notre problématique et ainsi choisir les outils les mieux adaptés pour recueillir les données et aussi de répondre aux questions posées.

3-2-Enquête par questionnaire

Sur le plan méthodologique, notre méthode de travail a nécessité l'utilisation des d'un questionnaire qui est une technique d'investigation, dans le but de relever le maximum de réponse pour notre sujet de recherche et également de vérifier nos hypothèses.

L'enquête par questionnaire consiste à poser un ensemble de questions le plus souvent de notre échantillon, une série de question relative à leurs opinions, leurs points de vue, sur l'acceptation, l'autorisation, les indications et les contre-indications de la pratique d'EPS.

4- Déroulement de l'enquête

4-1-Structure de l'enquête

Le questionnaire est composé de 14 questions, 08 questions pour les enseignants d'EPS, 06 questions pour les médecins des UDS.

4-2-L'ajustement du questionnaire

Cette méthode est utilisée dans la recherche scientifique et vise à poser des questions qui reflètent la représentation étudiée, il contient un ajustement celui des enseignants d'EPS et médecins des UDS.

4-3-Dépouillements

Nous avons commencé la distribution du questionnaire en février 2017, ainsi pour les 14 questions le OUI reflète la représentation sociale positive par rapport à la pratique sportive pour un enfant atteint d'asthme, et le NON reflète la représentation sociale négative par rapport à la pratique de l'activité physique pour un enfant asthmatique scolarisé, sauf les deux questions qui font partie pour la première question dans le questionnaire des médecins où on a inversé les réponses.

4-4-Le lieu

Le questionnaire a été distribué aux niveaux des établissements scolaires (cycle moyen, lycée) et les unités de dépistage scolaire prise en charge par les trois EPSP Béjaia, Aokas, Kherrata.

5- Echantillon de la recherche

5-1- L'échantillon étudié

L'étude a porté sur un échantillon de 60 enseignants d'éducation physique et sportive dans plusieurs établissements scolaires (cycle moyen, lycée), ainsi un échantillon de 06 médecins de différents unités de dépistage scolaire des trois EPSP Béjaia, Aokas, Kherrata.

L'objectif de notre étude a été expliqué aux enseignants d'EPS et aux médecins des UDS qui ont accepté de participer à cette recherche.

6- Technique de présentation des résultats de la recherche

Afin de mieux comprendre les résultats et de leur donner une signification logique, on a opté pour l'utilisation des pourcentages illustrés dans des tableaux et sur des cartes, et le test de Khi2.

6-1-La technique des pourcentages

L'effectif total → 100%

Fréquence des réponses → pourcentage(X)

$$X = \frac{\text{fréquence des réponses} \times 100}{\text{L'effectif total}}$$

6-2- Le test Khi2

Pour analyser et interpréter objectivement les résultats nous avons utilisé les indices statistiques suivants : X^2

On utilise le Khi2 pour les deux variables quantitatives, on cherche s'il y'a un lien entre les deux variables.

Interprétation de la loi Khi² « X^2 »

$X^2_{\text{cal}} > X^2_{\text{tab}}$ Ecarte est significatif.

$X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}}$ Ecarte est non significatif.

7- Etude cartographique

Nous avons tout d'abord illustré le pourcentage des données recueillis de la direction de santé de Béjaia des EPSP de la wilaya de Béjaia dans la figure N°(02), ensuite pour les trois EPSP dans la figure N° (03) ou nous avons réalisé notre recherche, puis chaque EPSP avec ces communes dans les figures N° (04, 06, 08)

1- Les données administratives recueillis de la direction de santé de la wilaya de Béjaia

1-1-Au niveau de la direction de santé de Béjaia

Tableau N°01 : Les données recueillis de la direction de santé de la wilaya de Béjaia

	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017	Total	%
Bejaia	196	157	148	338	353	235	1427	45%
Aokas	17	09	09	27	86	38	186	06%
Sedouk	10	22	17	13	36	10	108	03%
Tazmalt	93	70	86	69	88	78	484	15%
Sidi-aich	47	55	41	50	81	76	350	11%
Adekar	08	05	14	17	17	16	77	03%
El kseur	30	44	72	81	79	67	373	12%
Kherrata	40	18	23	23	43	08	155	05%
Total							3160	100%

Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

Figure N°01 : Représentation graphique des données recueillies de la direction de santé de Béjaia

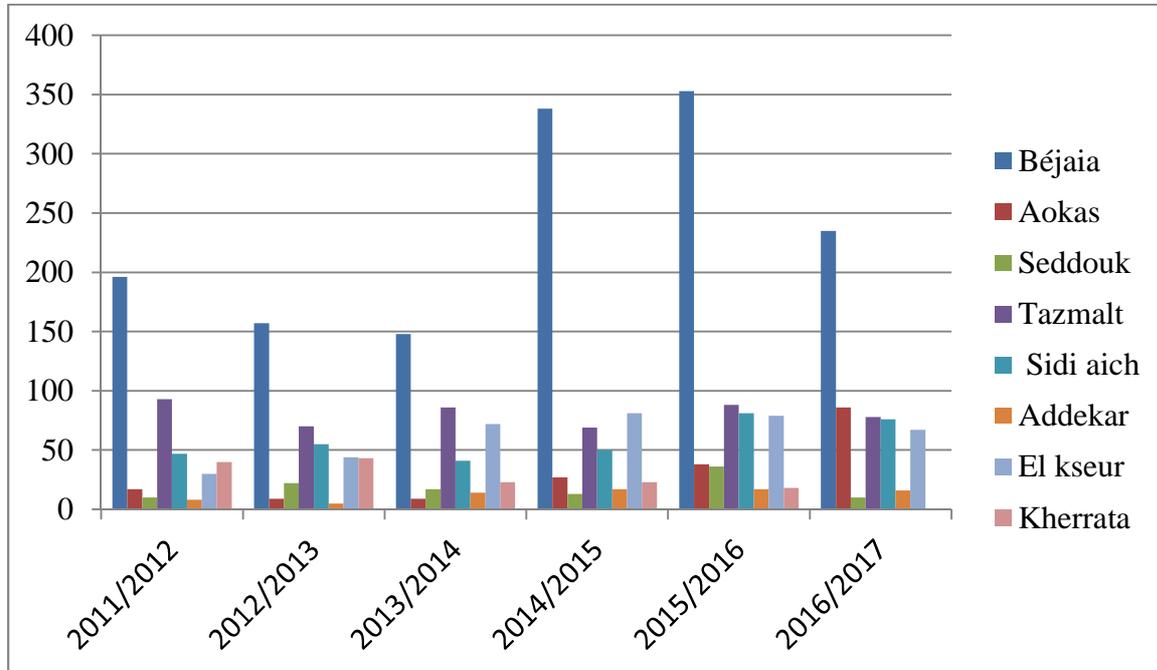
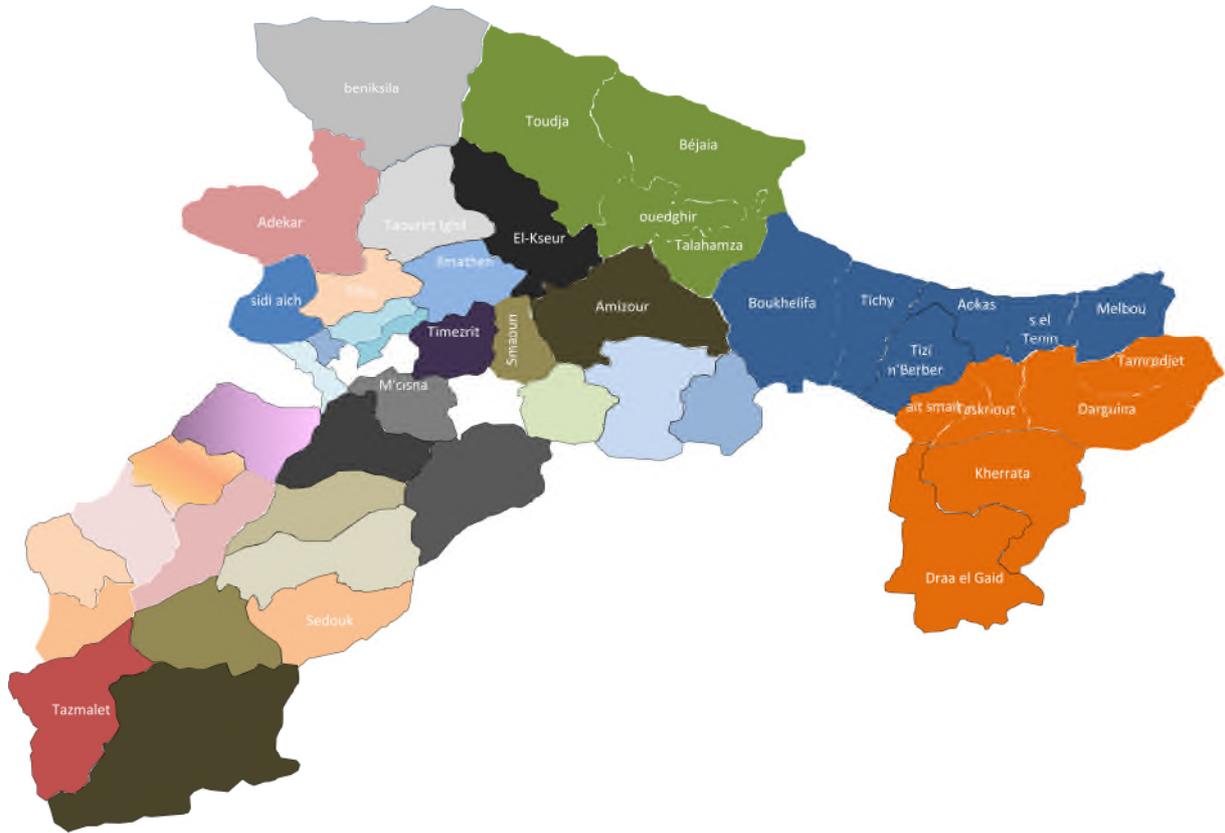


Figure N°02 : Représentation cartographique des données recueillies de la direction de santé de Béjaia



EPSP Kherrata 05%



EPSP Aokas 06%



EPSP Béjaia 45%



EPSP Sedouk 03%



EPSP Tazmalet 15%



EPSP El kseur 12%



EPSP Adekar 03%



EPSP Sidiaich 11%



Analyse et interprétation des données

Au regard des résultats du tableau N° (01) et les deux figure N°(01, 02)qui représente les données des huit EPSP de la wilaya de Béjaia, nous constatons que l'EPSP de Béjaia enregistre le plus grand nombre de cas d'enfants asthmatique scolarisés(1427) avec un pourcentage de (45%) au cours de 6ans (2011 et 2017) qui fais partis des EPSP étudiés

- **La présentation des EPSP étudiés**

Notre étude est basée sur les trois EPSP (Béjaia, Aokas, Kherrata) et les communes prise en charge par ces derniers.

Figure N°03 : Représentation cartographique des trois EPSP étudiés (Béjaia, Aokas, Kherrata)



Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

Analyse et interprétation des données

L'observation de la figure N°03, nous montre que l'EPSP de Béjaia enregistre le pourcentage le plus élevé 45% suivi par l'EPSP d'Aokas 6%, enfin l'EPSP de Kherrata avec un pourcentage de 5%.

Cette augmentation peut justifier par la présence des facteurs de risque, aussi qui déclenchent l'asthme comme les allergies, la pollution.

1-2-Au niveau de l'EPSP de Béjaia

Tableau N°02 : Représentation des données recueillis de l'EPSPS de Béjaia

	2011/201 2	2012/ 2013	2013/201 4	2014/201 5	2015/201 6	2016/201 7	Total	%
Béjaia	164	139	133	264	353	261	1314	92%
Oued-ghir	13	12	14	09	09	03	60	04%
Tala-hamza	17	03	00	03	07	06	36	03%
Toudja	02	03	01	04	04	03	17	01%
Total							1427	100%

Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

Figure N°04 : Représentation graphique de Nombre d'enfants asthmatiques scolarisés enregistré au niveau de l'EPSP de Béjaia selon les communes et les années

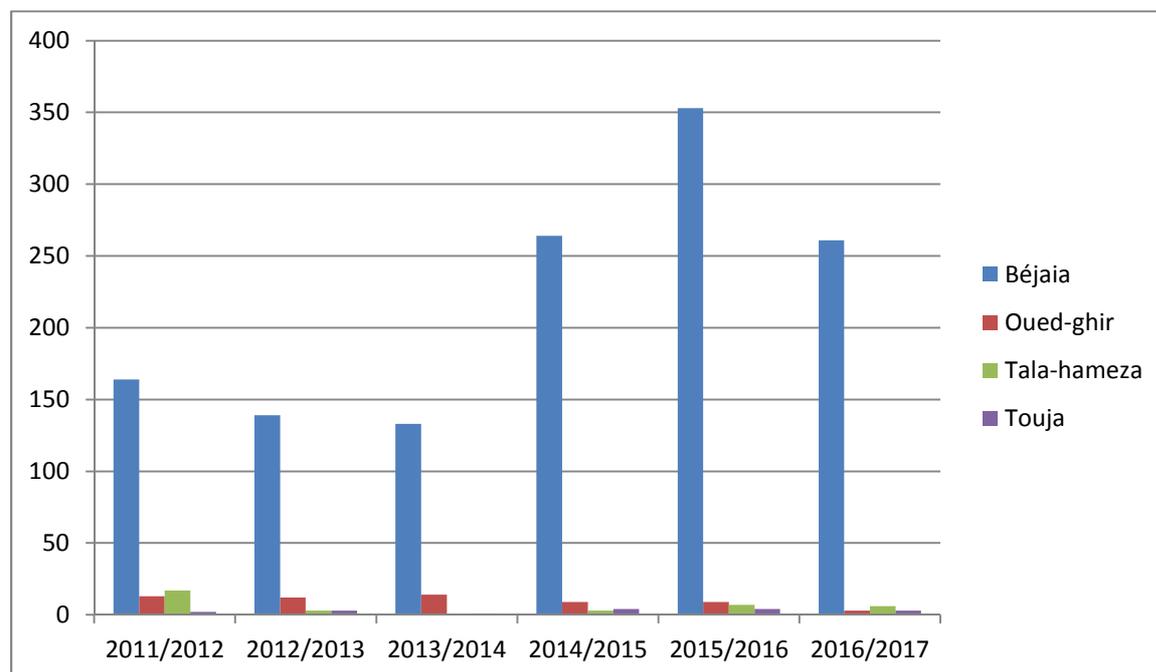


Figure N°05 : Représentation cartographique des données recueillies de l'EPSP de Béjaia



Analyse et interprétation des données

D'après les résultats enregistrés par l'EPSP de Béjaia de l'année 2011 jusqu'à 2017 relatifs aux nombres d'enfants asthmatiques scolarisés par années (figure N°04,05 et Tableau N° 02) on remarque que la commune de Béjaia enregistre le nombre le plus grand (1314) et durant l'année 2015/2016 plus élevé suivi par la commune de Oued-ghir (60) élèves.

Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

Selon le tableau N°02 et la figure N°04,05 nous notons que le grand nombre d'enfants scolarisés atteints d'asthme sont dans la commune de Béjaia, cela s'explique par :

- le grand nombre d'enfants scolarisés dans la commune vue que Béjaia est considéré comme une grande ville par rapport aux autres communes.

- La présence des facteurs de l'augmentation d'asthme comme la pollution atmosphérique, allergie.

1-3-Au niveau de l'EPSP d'Aokas

Tableau N°03 : Représentation des données recueillis de l'EPSP d'Aokas

	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017	Total	%
Aokas	05	05	04	13	12	10	49	27%
Tichy	03	05	04	14	12	09	47	25%
S.El.Tenine	04	04	04	12	14	07	45	24%
Melbou	05	08	05	03	08	16	45	24%
Total							186	100%

Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

Figure N°06: Représentation graphique de Nombre d'enfants asthmatiques scolarisés enregistré au niveau de l'EPSP d'Aokas selon les communes et les années

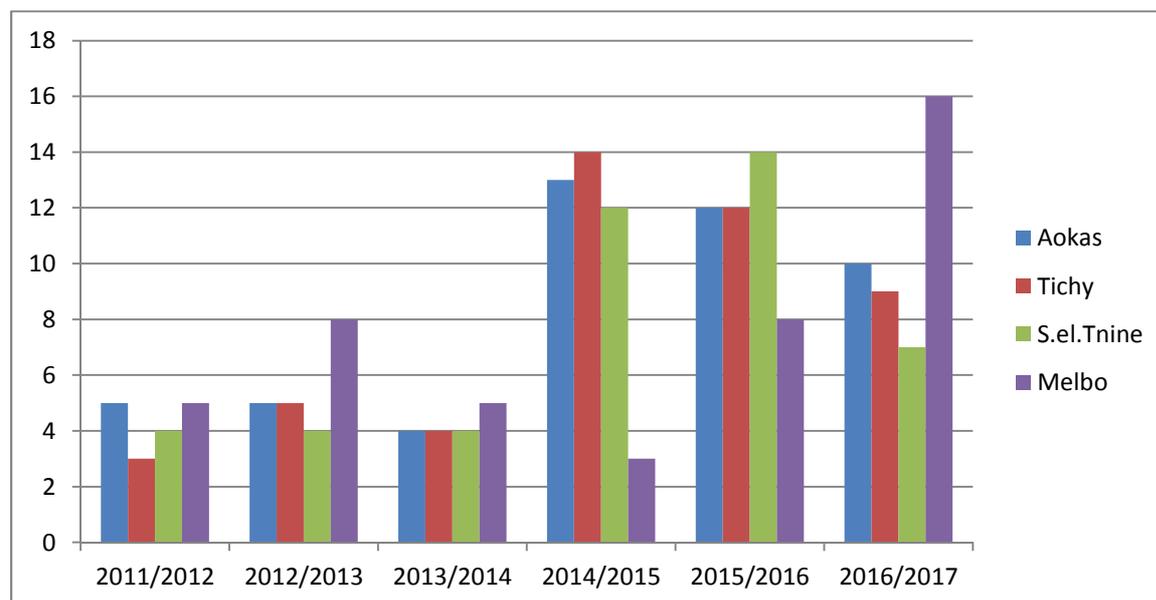


Figure N°07 : Représentation cartographique des données recueillis de l'EPSP d'Aokas



Analyse et interprétation des résultats

Au regard des résultats qui se dégagent à travers du tableau N°(03) et figure N°(06,07) on note que la commune d'Aokas enregistre un nombre un nombre un important d'enfant asthmatique scolarisés (49) dans les années précédente (2011→2017), suivis par la commune de Tichy avec un taux de (47) et un pourcentage de (25%).

Nous notons aussi un taux semblable entre les deux communes Souk.El.tenine et Melbou avec un pourcentage de (45%).

C'est résultats nous montre l'existence d'une petite différence entre les communes de cet EPSP est cela peut être à cause de la géographique, le tabagisme

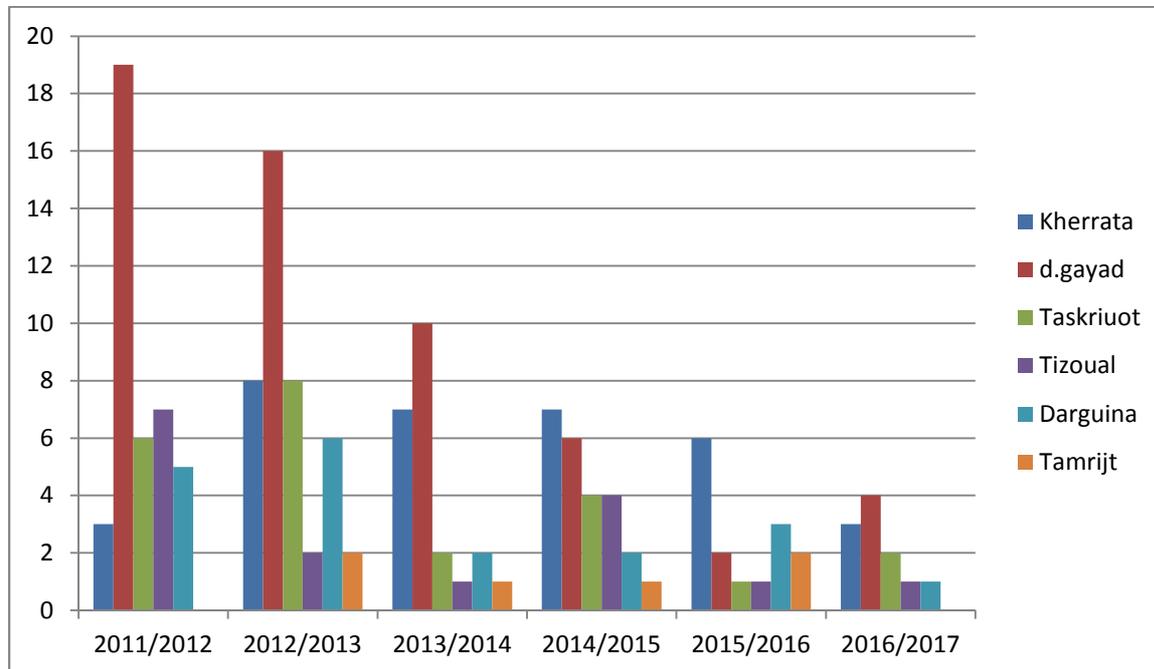
Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

1-4-Au niveau d'EPSP de Kherrata

Tableau N°04 : Représentation des données recueillis de l'EPSP de Kherrata

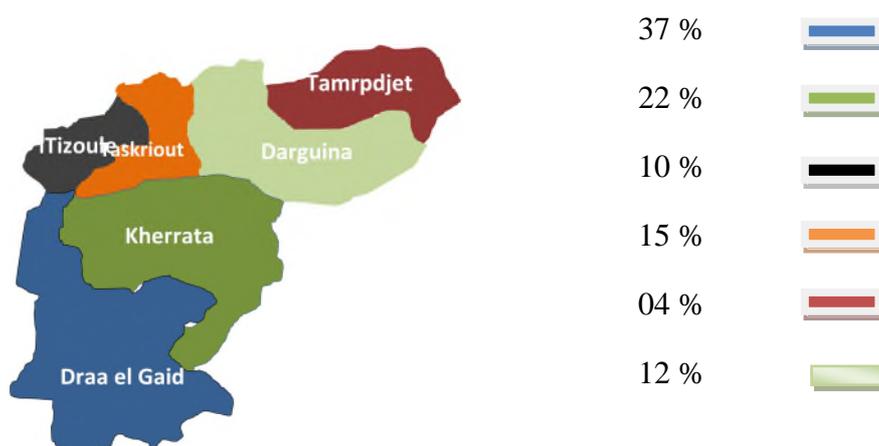
	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017	Total	%
Kherrata	03	08	07	07	06	03	34	22%
Draagayad	19	16	10	06	02	04	57	37%
Taskriout	06	08	02	04	01	02	23	15%
Tizoual	07	02	01	04	01	01	16	10%
Darguina	05	06	02	02	03	01	19	12%
Tamrijt	00	02	01	01	02	00	06	04%

Figure08 : Représentation graphique de nombre d'enfants asthmatiques scolarisés enregistré au niveau d'EPSP de Kherrata selon les communes et les années



Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

Figure N°09 : Représentation cartographique des données recueillis de l'EPSP de Kherrata



Analyse et interprétation des données

L'analyse des résultats des deux figures N°(08, 09) et le tableau N°(04) qui montre le nombre d'enfants asthmatiques scolarisés enregistré au niveau de l'EPSP de Kherrata, on remarque que la commune de Draa-gayad enregistre le plus grand nombre de cas (57) avec un pourcentage de 37% suivi par la commune de kherrata avec un taux de (34) et un pourcentage de (22%) . Nous notons aussi que la commune de Tamrijet enregistre le nombre le plus bas (6) et un pourcentage de 4%.

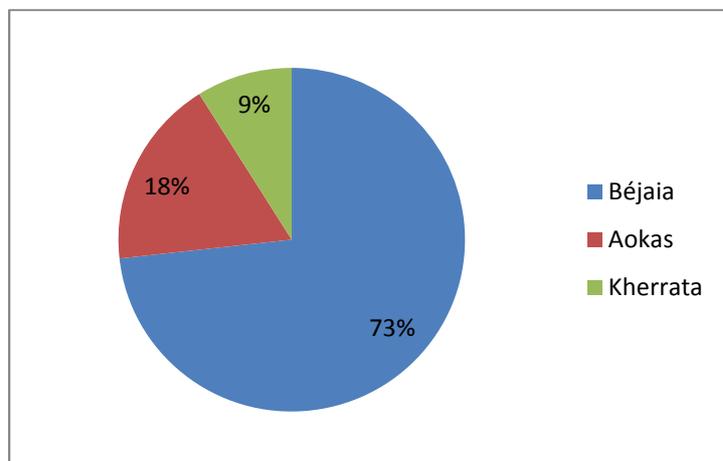
Ces résultats s'expliquent par la présence de certains facteurs comme le régime alimentaire, obésité, manque d'activité physique.

Tableau N°05 : Représentation des données administratives recueillis des trois EPSP Béjaia, Aokas, Kherrata durant l'année scolaire 2015/2016.

EPSP	Année	2015/2016	Pourcentage(%)
Béjaia		353	73%
Aokas		86	18%
Kherrata		43	9%
Total		482	100%

Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

Figure N°10 : Représentation graphique des données recueillis durant l'année 2015/2016 pour les trois EPSP



Analyse et interprétation des données

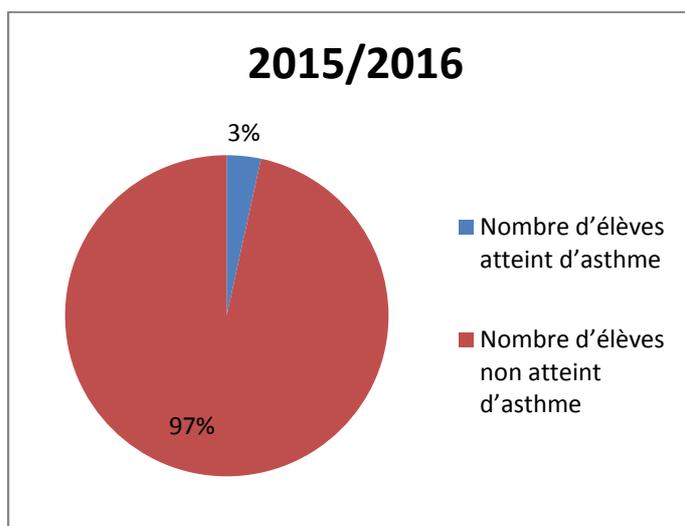
Le tableau N°(05) et la figure N°10, représente les données recueillis des trois EPSP (Béjaia, Aokas, Kherrata) dans l'année 2015/2016, ou on remarque une évolution importante du taux des élèves asthmatique scolarisés, cela est présenté par un pourcentage de 73% dans l'EPSP de Béjaia, suivi par l'EPSP d'Aokas 18% et Kherrata avec 9%.

Nous notons aussi que l'EPSP de Béjaia enregistre le taux le plus élevé par rapport aux autres EPSP (Aokas, Kherrata), cela peut s'expliquer par l'absence de la prise en charge et aussi présence des facteurs d'augmentation d'asthme comme la pollution atmosphérique, le tabac, le régime alimentaire.

Tableau N°06 : Représentation du nombre d'enfants scolarisés non asthmatiques

	Nombre	Pourcentage(%)
Nombre d'élèves atteints d'asthme	482	3%
Nombre d'élèves non atteints d'asthme	13264	97%
Nombre total d'élèves scolarisés	13746	100%

Figure N°11 :Représentation graphique du pourcentage d'enfants non asthmatiques



Analyse et interprétation des données

Le tableau N°(06) et la figure N°(11) nous montre le nombre total d'enfant scolarisés de la wilaya de Béjaia(13746) et le nombre d'élèves scolarisés atteint d'asthme (3160) avec un pourcentage de (03%), donc ; le nombre d'enfants scolarisés non atteint d'asthme est (510586) élèves, avec pourcentage de 97%.

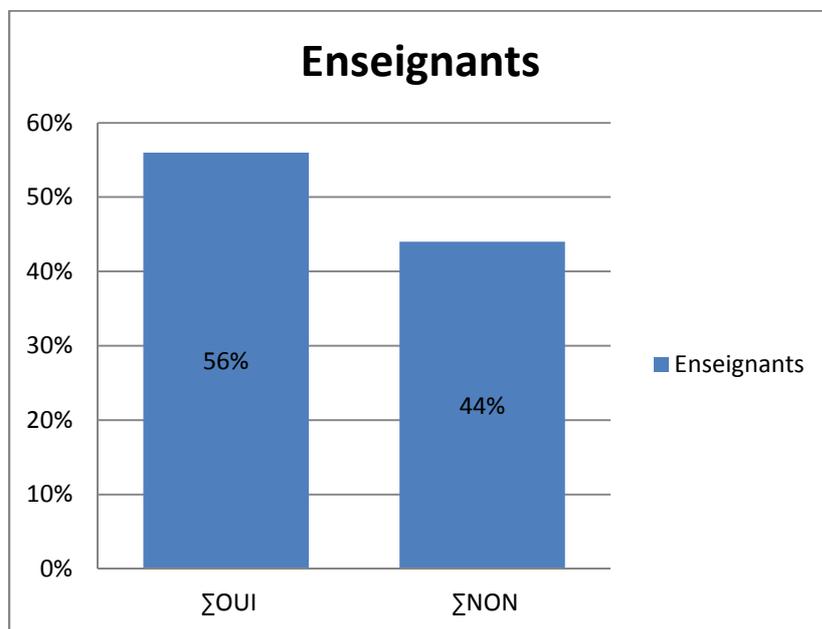
2-La représentation de l'asthme et de l'EPS par les enseignants et les professionnels de santé

2-1-La représentation des enseignants d'EPS selon les réponses aux questions

Tableau N°07 : Représentation des réponses des enseignants aux questions

	Nombre	Pourcentage(%)	t_{cal}	t_{tab}
Σ OUI	271	56%	32,577	3,84
Σ NON	209	44%		
Total	480	100%		

Figure N°12 : Représentation graphique des réponses des enseignants aux questions



Analyse et interprétation des résultats

Le tableau N°(07) et la figure N°012 représente le nombre total des réponses que nous avons obtenus durant notre enquête. Au total de 60 enseignant d'EPS questionnés, nous avons recueillis 480 réponses, dont 271 positives(OUI) avec un pourcentage de (56%) et 209 négatives (NON) avec un pourcentage de (44%).

Ces résultats montre qu'il y' a une représentation sociale positive de la part des enseignants par rapport à la pratique d'EPS pour un enfant atteint d'asthme par ce que ils voient que la pratique est très bénéfique pour la plupart des asthmatiques, elle diminue l'essoufflement et la sensation à la fatigue aussi développe l'hyperventilation d'effort mais dans des conditions ;par exemple ; la contre- indication à la plongé sous marine, ne pas faire d'effort on cas de pollution atmosphérique ,vents, temps froid, aussi les sports en intérieur car la majorité des salles est riche aux acariens.

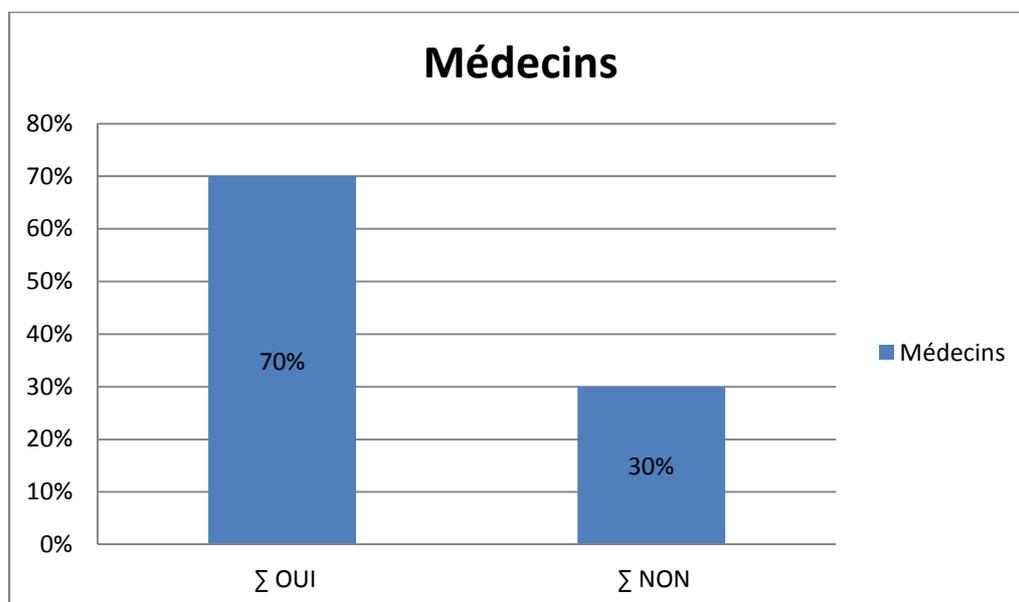
Mais les autres qui sont négatives, sont au contrainte veulent pas prendre la responsabilité et le risque, aussi manque de connaissances sur les crises d'asthme et la maladie, l'absence du bilan détaillé par le médecin.

2-2- La représentation des médecins des UDS selon les réponses aux questions

Tableau N°08 : Représentation des réponses des médecins aux questions

	Nombre	Pourcentage(%)
Σ OUI	33	70%
Σ NON	14	30%
Total	47	100%

Figure N°13 : Représentation graphique des réponses des médecins aux questions



Analyse et interprétation des résultats

Le tableau N°(08) et la figure N°13 nous montre le nombre total des réponses que nous avons obtenus durant l'enquête. Au total de (06) médecins des UDS questionnés nous avons recueillis 47 réponses dont (33) est positives(OUI) avec un pourcentage de 70% et (14) négatives (NON) avec un pourcentage de 30%.

Ces résultats montre qu'il y'a une représentation sociale de la part des médecins par rapport à la pratique d'EPS pour un enfant asthmatique car ils voient que la pratique a une

Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats

influence favorable sur la santé du sujet asthmatique, améliore l'hyperventilation d'effort, diminue la survenue de l'asthme provoqué par l'effort, et aussi l'essoufflement.

Pour les autres qui sont négative, ça peut être par le manque de formation sur la médecine du sport.

Discussion des hypothèses

- **Etude N°01**

Notre étude était sur la wilaya de Béjaia et pour la facilité on a pris uniquement un espace géographique bien déterminé basé sur les trois EPSP (Béjaia, Aokas, Kherrata), qui nous a permis de vérifier la première hypothèse qu'on a supposés « les données cartographiques sur l'asthme ont pour rôle de démontrer la présence de cette pathologie chronique sur le territoire de la wilaya » a été confirmé, car nous avons remarqué à travers les données globales des cartographies et les données recueillis de la direction de santé de la wilaya de Béjaia qui sont représentés sous forme des tableaux (tableau N°, 01, 02, 03, 04) et des cartes géographique (figure N°01,02, 03, 04, 05), qu'il existe partout mais il est d'un pourcentage à un autre, variable d'un espace à un autre, et que l'EPSP de Béjaia enregistre le pourcentage le plus grand d'enfants asthmatiques scolarisés (45%).

Aussi, la commune de Béjaia avec un pourcentage très élevé (92%). Car c'est une zone urbaine et industrielle, qui présente une densité plus élevée que les deux autres EPSP cela fait appeler à la présence des facteurs qui déclenchent et qui augmentent l'asthme comme la pollution atmosphérique, l'humidité, les allergies, l'alimentation.

Les données de la carte N° (04) représente les données des communes prise en charge par l'EPSP de Kherrata qui enregistre un pourcentage important (5%) d'enfants asthmatiques scolarisés entre les trois malgré ça place rurale, montagnaise, et son climat sec mais la présence du barrage qui a changé le caractère du climat sec de la région, manque d'activité physique, le régime alimentaire, les sablières, les allergies.

D'après la carte N°(06) qui dégage un taux plus minime dans les communes prise en charge par l'EPSP d'Aokas qui enregistre un taux important (6%) on constate qu'il y'a pas un écart très important, juste une légère différence entre les régions de l'EPSP d'Aokas et de Kherrata malgré la place géographique côtière pour l'ensemble de communes de l'EPSP d'Aokas et son climat humide, alors ça peut être à cause des facteurs de risque et d'augmentation d'asthme, exemple, la pollution (décharges publiques), le tabac.

- **Etude N°02 :**

L'objectif de notre étude était de voir les représentations sociales de la part des enseignants d'EPS et les professionnelles de santé par rapport à la pratique sportive pour un enfant atteint d'asthme.

Les résultats de notre enquête distribué sur les enseignants d'EPS et les médecins des UDS des trois EPSP (Béjaia, Aokas, Kherrata) de la wilaya de Béjaia nous a permet de vérifier la deuxième hypothèse qu'on a supposé, et qui est, «Les représentations sociales des professionnels de la santé et des enseignants d'EPS varient du positives au négatives sur la pratique sportive de l'élève scolarisé atteint d'asthme» à travers de notre enquête distribué sur les (06) médecins des UDS car ils ont une représentation sociale positive par rapport à la pratique d'EPS pour un enfant atteint d'asthme par ce que ils voient que l'exercice physique améliore l'hyperventilation d'effort, favorise la broncho délitation, modifie positivement l'intensité et le seul d'hyperactivité bronchique, serait aussi avec une grande influence sur la gravité ou la fréquence d'asthme induit par l'exercice. Ainsi (**Bundagaad et coll. 1983**) avancent que l'intensité et le volume de l'activité doivent au moins produire une élévation de la consommation maximale d'oxygène. Encore, les pneumologues, allergologues et les spécialistes des sports ont toujours considérés la natation comme un sport le plus adapté pour les asthmatiques car il développe leur cage thoracique, réduise la fréquence des crises d'asthme, et que la plongée sous-marine est le sport le contre-indiqué.

Et que les asthmatiques peuvent pratiquer l'activité physique sauf ceux qui atteint d'une gêne sévère, une infection virale, ou une fièvre élevée. Mais dans le cadre de quelques conditions : il doit tenir compte de son état général, l'état de son niveau, les conditions météorologiques, surveiller son débit expiratoire de pointe (en cas de gêne), faire le médicament bronchodilatateur 10 à 15 minutes avant l'effort mais pas le moment de gêne, éviter les facteurs qui peut l'augmenter comme : l'effort physique, les facteurs climatiques, stress, allergies, aliments, tabac, obésité, manque d'activité physique et la pollution atmosphérique.

Pour les autres qui sont négatives (30%), ça peut être par mal de connaissance sur l'activité physique, manque de formation sur la médecine du sport, comme ça peut être sur la sévérité de la maladie.

Chapitre IV : Discussion

Après avoir calculé le Khi2 nous avons trouvé une différence significatif au seuil à 0,05 écart significatif, Qui nous a permis de dire que les enseignants d'EPS ont une représentation sociale positive (56%) par rapport à la pratique d'EPS pour un enfant asthmatique car ils voient que l'activité physique régulière améliore la condition physique, la régulation du poids corporel, la diminution de la sévérité de la maladie(**Matssomotoet coll.1999**), même les indiens ont montré que la pratique du yoga peut réduire le nombre de crises d'asthme(**Nagasathna etNagendra. 1985**), aussi l'augmentation de l'aptitude physique et la diminution d'essoufflement.

Ils peuvent pratiquer l'activité physique mais tenant compte la particularité de la maladie, ils leurs faut choisir le sport le moins asthmogène pour eux, exemple, ce qui est allergique aux acariens choisira un sport en extérieur, s'échauffer avant l'exercice, éviter de courir lors de temps froids et sec.

Pour les autres qui sont négatives (44%) par rapport à la pratique sportive de l'élève atteint d'asthme par ce qu'une crise d'asthme peut être déclenchée lors d'un effort physique. Aussi par crainte de risque, un patient pouvaient réagir spécifiquement aux allergènes présent dans les salles du sport et aussi on trouve que de nombreuses salles sont riches en acariens, moisissures, qui peuvent être l'origine de l'aggravation de l'asthme, comme ça peut être par mal de connaissances sur la maladie, la présentation d'une dispense donc ils dégagent la responsabilité, ou l'absence du bilan détaillé du médecin.

Conclusion

Grace à la recherche bibliographique et l'étude cartographique au sujet de l'asthme qui atteint les élèves scolarisés qui est au centre de notre recherche, on a conclu qu'il s'agit d'une pathologie inflammatoire chronique des bronches. Sa déclaration est obligatoire à fin de permettre sa surveillance et la lutte contre elle.

A travers l'étude rétrospective que nous avons réalisée aux niveaux des EPSP (Béjaia, Aokas, Kherrata), au cours des années 2011-2017 nous ne constatons que l'EPSP de Béjaia ne fait exception d'autres EPSP de la wilaya elle représente annuellement un nombre considérable de cas asthmatique.

Notre démarche aussi consiste à distribuer un questionnaire aux enseignants d'EPS, et un questionnaire aux médecins des U.D.S de différentes communes prises en charges par les trois EPSP de la wilaya de Béjaia, ensuite nous avons recueilli des réponses sur les différents facteurs prise en compte qui précisément freinent l'accès à la pratique sportive de l'élève atteint de la maladie d'asthme, ainsi nous avons pu constater des disparités régionales, se distingue des entraves au niveau de la wilaya.

Les résultats de suivi de l'asthme en fonction des régions ont montré une forte localisation au niveau de l'EPSP de Bejaia et plus exactement la commune de Béjaia, par rapport aux communes prises en charge par l'EPSP Aokas, et l'EPSP Kheratta. Cet écart est à l'origine de la différence des modes de vie de chacune des régions ainsi que leur nombre de population.

La pratique sportive, longtemps interdite ou déconseillée chez l'enfant asthmatique est maintenant une thérapeutique, avec à la fois des bénéfices physiologiques et psychologiques, l'enfant entraîne physiquement verra son « essoufflement » ou dyspnée d'effort diminuer la fréquence de ses crises d'asthme d'effort, sa socialisation au sein des camarades de son âge s'améliorer progressivement, et avec sa qualité de vie d'enfant, plus encore le sport est un moyen efficace d'aborder avec l'enfant la prise en charge globale de la maladie chronique.

Finalement il est nécessaire de souligner que l'asthme est un problème de santé sérieux qui nécessite un engagement de la part de l'état, de régime de soin de santé, des milieux scolaires, et des organismes bénévoles de santé. Étant donné que les asthmatiques sont plus

Conclusion

conscients des bienfaits des exercices physiques, il faut la participation de tout leur entourage, pour mieux les aider dans la prise en charge.

Ouvrage :

- **A. BENSENOUCI, S. M. MAZOUNI** ; Eléments de Pédiatrie, Tome 2.
- **CLAUDINE HERSLICH**, Santé et maladie ; Analyse d'une représentation sociale :
Préface de SERGE MOSOVICI.
- **DENISE JODELET**, Représentation sociale ; Phénomènes, concept et théorie, in
psychologie sociale, S. Moscovici, Paris 1997.
- **DOISE. W. CLEMENCE, A, & LAROZNI-COLDI, F.** (1992). Représentations sociales
et analyse de données. Grenoble, PUF.
- **EMILE DURKHEIM**, les formes élémentaires de la vie religieuse, le livre de poche,
paris 1991.
- **ELISABETH BRUNET- GUEDJ, BERNARD BRUNET, JACQUES GIRARDIER,**
BERNARD MOYEN ; Médecine du sport : 7ème édition MASSON.
- **ELIAS, N.ET DUNNING** ; « Sport et civilisation, la violence maîtrisée », paris 1994.
- **FRANTZ –SAMY KOHL, MASSON**, Les représentations sociales de la santé et de la
maladie SCHIZPHRENIE, paris 2006.
- **GUSTAVE Nicolas Fischer**, les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, 2ème
édition, DUNOD, paris 1994.
- **J. B. HOUGH ET J DUNCA** ; Enseigner l'éducation physique et sportive, 1990.
- **L'HARMATTAN 2007**, L'enfant asthmatique et ses parents.
- **MOLINER PASCAL**, Images et représentations sociales, édition presse universitaire de
Grenoble 1996.
- **PR JOCEYNE JUST** ; L'asthme chez l'enfant ; de la clinique au traitement : éditions
MED'COM.

- **PARIK LAURE** préface **JEAN- FRENCOI LAMOUR** : Professionnels du sport professionnels da la santé.
- **P. DUCHE, E.VAN PRAAGH** : Activités physiques et développement de l'enfant ; licences STAPS et éducations sportifs Professionnels du sport et de la santé ; Editions-ellipses.
- **RIBET, L** ; L'intégration des élèves autistes en EPS ; **DUMAS**, versions 1-22 Nov 2012.
- **SCHWARTZ STEIN. RP.** Asthma: to run or not to run. Am Rev Respir, Dis 1992.
- **SENER.S.R** ; « La leçon d'EPS » 2 éme édition,Vigot, paris, 2002.
- **O. GILHODES/ J. IGUAL** ; "Collection Enternat". Pneumologie. Edition (1994).
- **VINCENT LAMOTE** ; le lexique de l'enseignement de l'EPS.

Mémoires et thèses :

- **BARNES. T. I.** (1960) The critical incident technique. Sociology and social Research. 44(5), 345-347.
- **CALLEDE, J-P** (1985). La sociabilité sportive : intégration sociale et expression identitaire. Dans Ethnologie Française, XV, 4.327-344).
- **FAYARD. DUBAR, C.** (1993). L'autre voie de socialisation ? Dans « Du stade au quartier : Le rôle du sport dans l'intégration sociale des jeunes ». **COORD. VULBEAU** ; Institut de l'enfance et de la famille.
- **HAASS F, PASIERSLI. S, LEVINE Na et AL.** Effect of aerobic on forced expiration air flow in exercising asthmatic humans. J App 1 physical 1987; 63 12 30 5).
- **HOSSLET. JJ, BORIDJMAA. B, ROBIN.** Etudes des performances ventilatoires des asthmatiques pratiquant le judo. Congrès de médecine du sport, Montérial 1989.
- **HOSSLET. JJ, BIGNON. J;** Respiratory health effects of azone in humans, pollution

atmosph 1994: 60-5).

- **MILLER. BD.** Depression and asthma: a potentially lethal mixture. **J. ALLERGY CLIN IMMUNOL** 1987; 80 481-16.

Document :

- **DR. ETENNE BIDATA** ; Séminaire du Dr E. Bidata Allergie respiratoire chez l'enfant ; publié le 15 avril 2013.
- Journal des femmes santé : Bienfaits du sport sur l'asthme ; septembre 2016.

Ce questionnaire est destiné aux enseignants d'EPS des établissements scolaires de cycle moyen, lycée) il a été élaboré pour les besoins d'un mémoire en science et technique des activités physiques et sportives.

1- Dans le cas de votre séance acceptez-vous un enfant asthmatique ?

Oui

Non

2- Y'a-t-il des cas où vous autorisez la pratique d'EPS ?

Oui

Non

3- Vos élèves asthmatiques qui ont une dispense d'un avis médical, vous leur permettez de participer à la séance ?

Oui

Non

4- Dans le cas de la pratique d'EPS les élèves asthmatiques sont tous autorisés ?

Oui

Non

5- Prenez vous en compte les indications et les contre-indications à la pratique ?

Oui

Non

6- Pour vous l'avis médical est-il tout le temps valable ?

Oui

Non

7- Respectez-vous cet avis médical tout le temps ?

Oui

Non

8- Pendant toutes les périodes de l'année vous autorisez vos élèves asthmatiques à pratiquer l'EPS ?

Oui

Non

Citez les périodes où indiquer et contre-indiquer la pratique :

- Période de froid

- Période de température ambiante

- Période de grande chaleur

Merci de votre précieuse collaboration

Ce questionnaire est destiné aux médecins des unités de dépistage scolaire de la wilaya de Bejaia il a été élaboré pour les besoins d'un mémoire en science et technique des activités physiques et sportives.

1- Pour un enfant asthmatique la pratique de l'EPS est elle indiquée ou contre-indiquée d'un point de vue médical ?

Oui

Non

Si oui :

L'autorisation à la pratique est elle donnée peu importe la nature de l'asthme ?

Oui

Non

Si non :

La contre-indication devient un motif valable à la contre pratique ?

Oui

Non

2- Vos motifs à la contre-indication sont dus à des risques liés à la pratique de l'EPS ?

Oui

Non

3- Une décision prise par un médecin sans exploration respiratoire reste suffisante à indiquer la pratique de l'EPS ?

Oui

Non

4- A votre avis la pratique de l'EPS à un apport positif pour l'élève asthmatique ?

Oui

Non

5- Procédez vous à préinscrire la pratique de l'EPS aux élèves asthmatiques on tenant compte les facteurs climatiques ?

Oui

Non

6- Orientez vous ces élèves à des sports bien déterminés ?

Oui

Non

Citez quelques-uns ?

.....

Merci de votre précieuse collaboration

Résumé :

Bien que l'asthme constitue une gêne à la pratique physique, asthme et EPS ne sont pas incompatibles, bien au contraire : par ailleurs, toutes les modalités de pratique ne sont pas génératrices d'asthme et son risque est encore réduit par un mode de pratique adapté, associé ou non à une médication préventive.

La participation à l'EPS permet à l'asthmatique de pratiquer avec ses camarades et d'avoir les mêmes bénéfices, également des acquisitions spécifiques par une meilleure connaissance de l'asthme et par l'apprentissage de la gestion de sa vie physique en tenant compte de l'existence de ce problème. Ceci montre l'importance particulière de l'EPS pour l'asthmatique et renforce la mission de l'enseignant et le médecin en tant que acteur de l'élève et de la santé.