

Hospices / CHUV
Département et de santé communautaires
Lausanne

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

LE MEDECIN SCOLAIRE EN QUESTIONS

Quel devrait être son rôle dans les dispositifs
de santé scolaire ?

Karen Klaue, Pierre-André Michaud

Etude financée par :

Ufficio del medico cantonale, Bellinzona

Citation suggérée :

Klaue K, Michaud P-A. Le médecin scolaire en questions : quel devrait être son rôle dans les dispositifs de santé scolaire ?
Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003 (Raisons de santé, 88).

Remerciements :

Nous remercions les personnes interrogées de leur disponibilité.

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

	Résumé	4
	Riassunto	9
1	Introduction	14
2	Méthode	15
3	Santé, Prévention, Promotion de la Santé	16
4	La Santé à l'école	17
	4.1 Ecole, lieu de vie	17
	4.2 Education à/pour la santé	18
	4.3 Points de vue des élèves et parents sur le dispositif de santé scolaire	20
	4.4 Education sexuelle et prévention VIH/SIDA	21
	4.5 Programmes de santé dans les Ecoles suisses	22
	4.6 La santé des enfants et adolescents	23
5	Le Médecin scolaire	25
	5.1 Aperçu historique	25
	5.2 Statut et interventions classiques du médecin scolaire	25
	5.3 La question du dépistage	29
	5.4 Les questionnaires de santé	31
	5.5 Rôle des médecins scolaires dans la recherche	33
	5.6 Critiques et Propositions pour la médecine scolaire	34
6	La situation Tessinoise	38
	6.1 Le système scolaire au Tessin	38
	6.2 Bases légales de la médecine scolaire	38
	6.3 La Réforme de la médecine scolaire	39
	6.4 Points de vue des acteurs tessinois	40
7	Quelques autres modèles suisses	42
	7.1 Vaud	42
	7.2 Genève	43
	7.3 Jura	44
	7.4 Zurich	46
	7.5 Ressources	47
	7.6 Comparaisons et échanges entre différents modèles de médecins scolaires	47
8	Conclusions et Recommandations	49
	8.1 La situation	49
	8.2 Les modèles de santé scolaire	49
	8.3 Le programme de santé scolaire au Tessin	50
	8.4 Rôle du médecin scolaire	51
	8.5 Quelques pistes pour l'avenir	51
9	Références bibliographiques	54
10	ANNEXES	56

RESUME

EVOLUTION ET SITUATION DE LA SANTE SCOLAIRE EN SUISSE ET AU TESSIN

Situation en Suisse

Les liens entre école et santé sont anciens mais leurs terrains d'intervention ont été relativement cloisonnés. La séparation entre instruction scolaire et apport médical était claire. Le rôle du médecin n'était concevable que dans un cadre strictement bio-médical et somatique.

Il y a eu, dans les deux milieux, des changements drastiques. La mission de l'école s'est élargie, d'une simple transmission de savoirs à une véritable éducation des élèves. Le concept de santé a été redéfini, allant d'une absence de maladie à l'idée de bien-être. Enfin, le statut sanitaire des jeunes s'est transformé : si nombre de maladies ont reculé, il y a eu l'apparition de nouvelles morbidités de nature psychosociale (problématiques de maltraitance, violence, dépendance, dépression, trouble alimentaire etc.) ainsi que des conduites à risque les rendant vulnérables du point de vue de leur santé.

L'ensemble de ces éléments a conduit à des mises en questions du rôle traditionnel du médecin scolaire aboutissant, dans un certain nombre de cantons, à des réformes importantes.

Le Groupe de recherche sur la santé des adolescents de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive a reçu mandat par le médecin cantonal du Tessin d'étudier la situation de la médecine scolaire dans ce canton, de la comparer à une série d'autres types de fonctionnement en Suisse afin d'identifier les principaux éléments du débat et faire des propositions.

Le travail s'articule autour de la question de quel a été et devrait être le rôle et le profil du médecin scolaire.

Il s'est construit à partir de trois sources de données :

- une analyse détaillée de la documentation, notamment au plan suisse : rapports, publications, enquêtes, articles de presse, expertises,
- des entretiens individuels (n=20) avec des représentants de la médecine scolaire, de la promotion de la santé, du milieu scolaire, du département de l'instruction publique. Les acteurs interviewés l'ont été essentiellement dans le contexte tessinois,
- une observation participante à l'occasion d'un cours de formation pour médecins scolaires et un atelier organisé autour de cette problématique dans le cadre d'un congrès de généralistes (avec des représentants des cantons de GE, JU, NE, VD, ZH).

La structure et le fonctionnement de la médecine scolaire en Suisse est d'une grande hétérogénéité. Les différences principales entre la multiplicité de cas de figure portent sur le type d'attache institutionnelle (éducation ou santé), le statut du médecin scolaire (fonctionnarisé ou pratique privée), la présence ou l'absence d'infirmières scolaires, la présence ou l'absence d'équipes de santé dans l'école, la pratique d'examen somatiques en série.

A partir de ces éléments, une typologie des services de santé scolaire est proposée :

- un modèle axé avant tout sur la promotion de la santé fondé sur l'intervention de professionnels du champ médico-psycho-éducatif et dans lequel les examens de routine

scolaires ont été supprimés et délégués au secteur ambulatoire libéral (pédiatres, généralistes). C'est le cas de certains cantons qui n'ont pas les moyens de mettre en place des programmes de santé scolaire de grande envergure. Le Tessin pourrait, dans une large mesure, correspondre à ce modèle,

- un modèle fondé sur une activité importante des médecins scolaires, responsables à la fois d'examens de routine et d'activités de prévention, activité complétée par les interventions d'autres professionnels comme les psychologues scolaires. C'est le cas du canton de Zürich,
- un modèle fondé sur l'activité, en première ligne, d'infirmières scolaires, secondées par des médecins scolaires et d'autres professionnels. C'est le cas du canton de Genève,
- un modèle fondé sur l'existence d'une équipe de santé scolaire comprenant infirmières, médiateurs, animateurs de santé, et dans lesquels le médecin joue plutôt le rôle d'un médecin conseil sans mener d'activité médicale à proprement parler. C'est le cas du canton du Jura et, dans une certaine mesure, du canton de Vaud.

Situation du Tessin

Il y a 4-5 ans, le canton du Tessin a pris la décision de supprimer les examens de routine à l'école et de concentrer les efforts sur quelques mesures préventives (vaccinations) mais surtout sur la promotion de la santé. S'il est prouvé que les examens physiques de routine ont un rendement très faible, leur suppression totale devrait peut-être faire l'objet d'une réflexion à l'avenir.

- Les enfants et les adolescents de milieux défavorisés (notamment certains migrants) ont en effet un accès limité aux soins et la suppression de toute forme de bilan de santé peut s'avérer à terme problématique.
- L'expérience acquise dans divers programmes de santé scolaire montre que des bilans de santé effectués en collaboration avec le corps enseignant et les parents permettent d'identifier des situations problématiques du point de vue social (maltraitance). Chez les adolescents, ils permettent de dépister des problèmes de santé mentale à un stade auquel les jeunes qui en sont affectés ont souvent de la peine à demander de l'aide (notamment dans le domaine de la sexualité, de l'usage de drogue, de la dépression et des conduites suicidaires).

Les entretiens menés avec les intervenants concernés démontrent des attentes contrastées entre le monde de l'école et de la santé avec des territorialités très prononcées et des temporalités différentes. De manière générale, les débats autour de la médecine scolaire touchent les thèmes suivants : les approches trop limitées aux aspects somatiques, la mise en cause de l'utilité et de l'efficacité des examens routiniers en série, le suivi des élèves et la formation et l'identité des médecins scolaires. En règle générale cependant, les options prises par les autorités sanitaires s'agissant de santé scolaire sont plutôt bien accueillies. Il reste qu'à l'avenir les autorités cantonales devront probablement se pencher sur l'opportunité d'étoffer les activités de santé scolaire plus strictement sanitaires, et qu'elles devront se poser la question de la création de postes d'infirmières scolaires, comme l'a récemment fait le canton du Jura. En attendant, les propositions qui suivent se centrent sur le rôle du médecin scolaire dans la situation actuelle.

LE MEDECIN SCOLAIRE DANS LE CANTON DU TESSIN : UN CAHIER DES CHARGES AFFINE ET UNE FORMATION SPECIFIQUE

Le cahier des charges du médecin scolaire

Le médecin scolaire n'est plus un praticien qui vient effectuer à l'école des gestes qu'il pratique, par ailleurs, à son cabinet, mais plutôt un médecin conseil, qui se tient à disposition de l'établissement pour fournir des orientations générales, intervenir en cas de problème particulier, faire le lien avec le secteur ambulatoire libéral et les hôpitaux. Plus spécifiquement, ses tâches futures peuvent être décrites de la manière suivante :

- organiser (éventuellement évaluer) des mesures préventives traditionnelles comme les campagnes de vaccination,
- intervenir lors de problèmes de santé particuliers d'un élève et faire le lien avec le réseau de soins (jeune avec un diabète, cas de maltraitance) ; au besoin, effectuer le même travail auprès d'enseignants qui rencontreraient des difficultés de santé interférant avec leur travail. Ce travail devrait être mené en collaboration avec les directions d'établissement, le secteur de soins somatiques et psychiatriques et les services sociaux,
- intervenir comme personne ressource en situation de crise (accident grave, suicide, catastrophe naturelle, etc.),
- participer à la réflexion concernant la promotion de la santé à l'école : journées spéciales, attitudes de l'établissement face au tabac, collaboration avec des institutions de prévention (planning familial, etc.).

Le contenu d'un tel cahier des charges devrait être soumis à l'avenir à des représentants des parents (associations cantonales ou régionales).

La formation du médecin scolaire

La question de la formation est absolument cruciale. Au débat opposant les tenants d'une formation spécifique pour les médecins à ceux qui lui préfèrent une formation multidisciplinaire (favorisant les échanges avec d'autres professionnels engagés dans les mêmes types d'activité) la meilleure solution se situe probablement à mi-chemin, avec des cours et modules de formation destinés spécifiquement aux médecins scolaires et des modules ouverts à d'autres acteurs (infirmières scolaires, psychologues, pédagogues, etc.). Il existe déjà de nombreuses possibilités de formation dans différents domaines, mais il resterait à initier un parcours de formation qui ne soit pas trop lourd ! Relevons que plusieurs cantons francophones (Jura, Vaud) planchent actuellement sur cette question et que la mise sur pied de cours à l'échelon romand et tessinois constituerait sans doute la solution la plus économique et rationnelle à cette demande.

Le contenu de cette formation devrait être défini en accord avec des représentants du monde de l'enseignement et des professionnels du secteur social. Il pourrait notamment couvrir

Au niveau d'un cursus :

- une introduction aux bases de la médecine de l'adolescent,
- une solide formation dans le domaine de la santé publique : épidémiologie, prévention, promotion de la santé, évaluation,

- une introduction au travail avec la famille, (approche systémique), un approfondissement de la conduite d'entretien avec les adolescents (techniques de communication, techniques d'entretien).

Au niveau de notions :

- une introduction aux bases de la pédagogie active,
- une sensibilisation aux besoins de santé différents correspondant aux stades décrits par les grandes théories de la psychologie du développement,
- des connaissances approfondies en matière de santé psychique et sexuelle,
- une pratique du travail multidisciplinaire et de réseau.

A partir de là, il importe de définir un profil du médecin scolaire: parmi les aptitudes que laisse supposer les entretiens menés au Tessin, on retiendra :

- un intérêt pour la santé des enfants et des adolescents et une solide formation en pédiatrie et en médecine de l'adolescent,
- des connaissances de base et éventuellement une pratique de l'épidémiologie et de la santé publique,
- un intérêt pour et une expérience du travail interdisciplinaire,
- de bonnes capacités de gestion et d'animation, si possible une pratique de la pédagogie.

Un médecin scolaire doit pouvoir, afin d'acquérir une certaine crédibilité, consacrer un minimum de temps à ses activités au sein de l'école et de la communauté avoisinante. Un minimum nous paraît être de l'ordre de 15-20%, un idéal serait aux alentours de 30%.

Le nombre de médecins scolaires du Tessin étant restreint, ces médecins devraient pouvoir se retrouver sur une base régulière (4 fois l'an) pour mettre en commun les expériences faites dans les différentes régions dont ils sont responsables. **Leur activité devrait toucher le secteur de la scolarité obligatoire et post obligatoire** (gymnasiens et apprentis). L'idéal serait que cette activité soit placée sous la responsabilité d'un médecin, engagé à 40-50%. Ces médecins devraient, en collaboration étroite avec les instances de l'éducation, élaborer un cahier des charges type dont le contenu définitif pourrait être modulé en fonction des problèmes et attentes rencontrés dans les différentes régions. Celui-ci devrait recevoir l'aval des autorités cantonales (sanitaires et scolaires).

Un travail en équipe interdisciplinaire

Les efforts de création d'un forum à l'échelle cantonale ayant pour objectif de rapprocher les deux cultures (l'école et la santé) devraient être soutenus; il serait utile que les différentes représentations soient connues et mises à plat pour entrevoir des améliorations des collaborations futures. Il faut que le scolaire et le médical soient prêts à aller au-delà de leurs territoires traditionnels. Le forum, à l'instar de ce qui se met en place dans le canton du Jura pourrait s'élargir à tous les *stakeholders* ayant partie prenante dans la santé scolaire.

Ce réseau de synergies et de partenaires de référence autour de la question de la santé à l'école comprendrait les directions d'école, le corps enseignant et les médiateurs et psychologues scolaires. Ces équipes de santé devraient en outre pouvoir élaborer leurs programmes avec des

représentants des élèves et des parents. En outre, il s'agirait de pouvoir établir des *guidelines*, bonnes pratiques concernant les interventions du médecin scolaire et de la santé scolaire. Des échanges portant sur les questions de santé à l'école pourraient s'instaurer à un niveau intercantonal pour apprendre l'un de l'autre et aller vers une harmonisation accrue qui limiterait le danger d'inégalités dans ce domaine. Enfin, il serait souhaitable que ce nouveau système fasse l'objet d'un monitoring et d'évaluations régulières, si possible par des instances neutres, extérieures au monde scolaire.

RIASSUNTO

EVOLUZIONE E SITUAZIONE DELLA SALUTE SCOLASTICA IN SVIZZERA E IN TICINO

Situazione in Svizzera

I legami tra scuola e sanità sono antichi. In passato il campo d'intervento di questi due settori era però sostanzialmente distinto: la separazione tra istruzione scolastica e approccio medico era chiara. Il ruolo del medico era credibile unicamente in una visione strettamente bio-medica e somatica.

Negli ultimi decenni, nei due contesti si sono prodotti drastici cambiamenti. La missione della scuola si è sviluppata passando da semplice trasmissione del sapere ad un'autentica educazione degli allievi. Il concetto di salute è stato ridefinito, estendendosi dall'idea di assenza di malattia all'idea di benessere. Infine, la situazione sanitaria dei giovani si è trasformata: il numero di malattie somatiche è diminuito ma sono apparse sia nuove morbilità di origine psico-sociale (maltrattamenti, violenza, dipendenza, depressione, disturbi alimentari, ecc.), sia comportamenti a rischio, che li rendono vulnerabili dal punto di vista della salute.

L'insieme di questi elementi ha portato ad una messa in discussione del ruolo tradizionale del medico scolastico sfociando, in alcuni cantoni, in riforme importanti.

Il Gruppo di ricerca sulla salute degli adolescenti dell'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna, ha ricevuto il mandato dal Medico cantonale del Cantone Ticino, di approfondire la situazione della medicina scolastica in Ticino e compararla ad altre realtà svizzere: l'obiettivo è quello di identificare i principali elementi di dibattito sul tema e raccogliere delle suggestioni per il funzionamento della medicina scolastica ticinese.

Il lavoro si articola intorno alla domanda: quali sono stati e quali dovranno essere il ruolo e il profilo del medico scolastico?

È realizzato utilizzando tre fonti di dati:

- analisi dettagliata della documentazione, in particolare svizzera, sulla tematica: rapporti, pubblicazioni, inchieste, articoli di stampa, parere di esperti,
- interviste individuali (n=20) con rappresentanti della medicina scolastica, della promozione della salute, della scuola, del Dipartimento dell'educazione della cultura e dello sport. Le persone intervistate appartengono essenzialmente al contesto ticinese,
- osservazioni raccolte durante un corso di formazione per medici scolastici in Ticino e un apposito atelier ad un congresso di medici generalisti (con rappresentanti dei Cantoni di GE, JU, NE, VD, ZH).

La struttura e il funzionamento della medicina scolastica in Svizzera sono estremamente eterogenei. Le differenze principali sono a livello di dipartimento istituzionale di appartenenza (educazione o sanità), statuto del medico scolastico (funzionario statale o professionista con studio privato), presenza o assenza delle infermiere scolastiche, presenza o assenza di "équipes de santé" nelle scuole, esecuzione o meno degli esami somatici di screening.

Partendo da questi elementi, è proposta una classificazione dei servizi di salute scolastica:

- un modello orientato soprattutto alla promozione della salute, fondato sull'intervento di professionisti del campo medico-psico-educativo e nel quale gli esami di screening sono stati soppressi e delegati ai medici di famiglia (pediatri, generalisti). È il caso di alcuni Cantoni che non hanno i mezzi per realizzare dei programmi di salute scolastica di ampia portata. Il Ticino può, in gran parte, corrispondere a questo modello,
- un modello fondato sull'attività preponderante dei medici scolastici, responsabili sia degli esami di screening sia delle attività di prevenzione; la loro attività è completata dall'intervento di altri professionisti, per esempio gli psicologi scolastici. È il caso del Cantone Zurigo,
- un modello fondato sull'attività in prima linea delle infermiere scolastiche, appoggiate dai medici scolastici e altri professionisti. È il caso del Cantone Ginevra,
- un modello fondato sull'esistenza di una "équipe de santé scolaire" comprendente infermiere, mediatori, animatori della salute, nella quale il medico gioca il ruolo di medico di fiducia e non svolge attività mediche propriamente dette. È il caso del Cantone Jura e, in una certa misura, del Cantone Vaud.

Situazione ticinese

Da 4-5 anni, il Cantone Ticino ha soppresso nelle scuole gli esami di screening e ha deciso di concentrare il suo impegno su qualche misura preventiva (vaccinazioni) ma, soprattutto, sulla promozione della salute. Se è dimostrato che gli esami somatici di screening hanno una efficacia molto debole, la loro soppressione totale dovrebbe tuttavia essere oggetto di riflessione per il futuro.

- I bambini e gli adolescenti degli ambienti sfavoriti (soprattutto gli immigranti) hanno, infatti, un accesso limitato alle cure e la soppressione di tutte le forme di bilancio sulla salute può essere a termine problematica.
- L'esperienza acquisita in diversi progetti di salute scolastica mostra che i bilanci di salute, effettuati in collaborazione con il corpo insegnante e con i genitori, permettono di identificare delle situazioni problematiche dal profilo sociale (maltrattamenti). Negli adolescenti essi permettono di evidenziare problemi di salute mentale in un momento nel quale i giovani che ne sono toccati fanno spesso fatica a domandare aiuto (soprattutto nei campi della sessualità, dell'uso di droghe, della depressione e delle condotte suicidarie).

Le interviste mostrano delle attese contrastanti tra il mondo della scuola e quello della salute, con delle territorialità molto pronunciate e dei tempi diversi. Generalmente il dibattito sulla medicina scolastica tocca i seguenti argomenti: approcci troppo limitati agli aspetti somatici, messa in discussione dell'utilità e dell'efficacia degli esami di screening, accompagnamento agli allievi, formazione e identità dei medici scolastici. Al tempo stesso, le azioni intraprese dalle autorità sanitarie sono, normalmente, ben accolte. Per il futuro le autorità sanitarie ticinesi, dovranno riflettere sull'opportunità di reintrodurre le attività di salute scolastica più strettamente sanitarie, e dovranno interrogarsi sulla possibilità di creare dei posti di infermiera scolastica, come ha recentemente fatto il Cantone Jura. Le suggestioni che seguono, si centrano sul ruolo del medico scolastico nella situazione attuale.

IL MEDICO SCOLASTICO NEL CANTONE TICINO: UN MANSIONARIO DETTAGLIATO E UNA FORMAZIONE SPECIFICA

Il mansionario del medico scolastico

Il medico scolastico non è più uno specialista che effettua, nelle scuole, degli atti che pratica normalmente nello studio, ma piuttosto un medico di fiducia, che rimane a disposizione delle sedi scolastiche per dare orientamenti generali, intervenire in caso di problemi particolari, fare da tramite con il settore ambulatoriale e con gli ospedali. In modo più specifico, i suoi compiti possono essere descritti come segue:

- organizzare (eventualmente valutare) misure preventive tradizionali, come le campagne di vaccinazione,
- intervenire in caso di problemi di salute particolari di un allievo e fare da tramite con i servizi sul territorio (es. allievo diabetico, caso di maltrattamento). Al bisogno, condurre lo stesso genere di accompagnamento per gli insegnanti con problemi di salute che interferiscono con il lavoro. Quest'ultima attività dovrà essere condotta in collaborazione con la direzione della sede scolastica, il settore delle cure somatiche e psichiatriche e i servizi sociali,
- intervenire come "persona risorsa" in situazione di crisi (grave incidente, suicidio, catastrofe naturale, ecc.),
- partecipare alla riflessione sulla promozione della salute nella scuola: giornate di approfondimento, attitudine della sede scolastica verso il tabacco, collaborazione con servizi/enti di prevenzione (pianificazione familiare, ecc.).

Il contenuto di questo mansionario dovrà essere sottoposto ai rappresentanti dei genitori (associazioni cantonali o regionali).

La formazione del medico scolastico

La formazione è estremamente importante. Tra coloro che sostengono una formazione specifica per i medici scolastici e coloro che preferiscono una formazione multidisciplinare (favorendo gli scambi con altri professionisti coinvolti nello stesso genere di attività), rispondiamo che la migliore soluzione si situa probabilmente a metà strada, con corsi e moduli di formazione destinati specificatamente ai medici scolastici e moduli aperti ad altri attori (infermiere scolastiche, psicologi, pedagoghi, ecc.). Esistono già numerose possibilità di formazione nei differenti campi, evitando però un percorso formativo troppo gravoso! Si rileva che più cantoni francofoni (Jura, Vaud) riflettono attualmente sul tema e che la realizzazione di corsi su scala romanda e ticinese, costituirà senza dubbio la soluzione più economica e più razionale.

Il contenuto della formazione dovrà essere definita in accordo con i rappresentanti del mondo dell'insegnamento e dei professionisti del settore sociale. Esso potrà soprattutto includere:

A livello di cursus:

- introduzione alla medicina dell'adolescenza,
- formazione solida nel campo della salute pubblica: epidemiologia, prevenzione, promozione della salute, valutazione,

- introduzione al lavoro con la famiglia (approccio sistemico), un approfondimento della conduzione del colloquio con gli adolescenti (tecniche di comunicazione, tecniche di intervista).

A livello di nozione:

- introduzione alla pedagogia attiva,
- sensibilizzazione ai bisogni di salute dei giovani, sulla base degli stadi descritti dalle grandi teorie della psicologia dello sviluppo,
- conoscenze approfondite in materia di salute psichica e salute sessuale,
- pratica del lavoro multidisciplinare e di rete.

Partendo dalla formazione, si definirà il profilo del medico scolastico. In seguito alle attitudini che emergono dalle interviste condotte in Ticino, si immagina:

- interesse per la salute dei bambini e degli adolescenti e una solida formazione in pediatria e in medicina dell'adolescenza,
- conoscenze di base ed, eventualmente, un'esperienza in epidemiologia e salute pubblica,
- interesse ed esperienza nel lavoro interdisciplinare,
- buona capacità di gestione e d'animazione, se possibile esperienza in pedagogia.

Il medico scolastico deve, al fine di acquisire credibilità, dedicare un minimo di tempo alle sue attività nella scuola e nella comunità prossima della stessa. Il tempo minimo da dedicare, ci sembra essere del 15-20%, l'ideale si situa intorno al 30%.

Il numero dei medici scolastici in Ticino è ristretto (19 medici): essi devono ritrovarsi regolarmente (4 volte l'anno) per mettere in comune le esperienze fatte nei circondari di cui sono responsabili. *La loro attività dovrà toccare il settore della scolarità obbligatoria e della scolarità post-obbligatoria* (liceali ed apprendisti). Idealmente la responsabilità della medicina scolastica dev'essere affidata ad un medico, assunto al 40-50%. Egli dovrà, in collaborazione diretta con i responsabili delle scuole, elaborare un mansionario tipo, il cui contenuto definitivo potrà essere modulato in funzione dei problemi e delle attese incontrate nei differenti circondari. Il mansionario dovrà ottenere l'avallo delle autorità cantonali (sanitarie e scolastiche).

Un lavoro interdisciplinare

Gli sforzi per la creazione di un forum su scala cantonale, con obiettivo di avvicinare le due culture (quella sanitaria e quella scolastica) dovranno essere sostenuti, sarà utile che le differenti rappresentazioni siano conosciute e condivise per percepire dei miglioramenti nella collaborazione. È necessario che il mondo scolastico e quello sanitario siano pronti a oltrepassare i loro territori tradizionali. Il forum, sull'esempio di quello del Cantone Jura, potrà essere allargato a tutti coloro che operano in modo importante per la salute scolastica.

La rete di sinergie e di persone di riferimento sul tema della salute scolastica, comprenderà la direzione delle scuole, il corpo insegnante, i mediatori e gli psicologi scolastici. Le "équipes de santé" dovranno, inoltre, poter elaborare dei loro programmi, unitamente ai rappresentanti degli allievi e dei genitori. Infine, si tratterà di stabilire delle linee guida sugli interventi del

medico scolastico e sulla salute scolastica. Degli scambi su temi di salute scolastica potranno instaurarsi a livello intercantonale, per apprendere gli uni dagli altri e permettere una maggiore armonizzazione, che limiterà il pericolo di disuguaglianza in questo settore. Sarà, per concludere, auspicabile che il nuovo sistema sia oggetto di monitoraggio e valutazione regolare, se possibile da parte di istanze neutre, esterne al mondo scolastico.

1 INTRODUCTION

Le médecin cantonal du Tessin a mandaté le Groupe de recherche sur la santé des adolescents de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne en décembre 2001 pour réaliser un inventaire des activités de promotion de la santé dans les écoles tessinoises en comparaison avec d'autres cantons suisses et de proposer une stratégie d'intervention des médecins scolaires au Tessin.

Ce travail commence par situer les concepts de promotion et éducation à la santé ainsi que de prévention. Les liens entre école et santé sont ensuite abordés. Puis la situation de la médecine scolaire et les débats actuels qu'elle suscite sont exposés. Il s'agit de fournir des clés de compréhension pour appréhender les enjeux principaux .

Les points de vue de différents acteurs, d'abord au Tessin, puis dans d'autres cantons avec des modèles divers sont restitués. Les résultats sont discutés en regard avec l'état des lieux autour de la question du rôle du médecin scolaire.

Enfin, ce travail débouche sur des recommandations.

La recherche s'articule autour des questions suivantes :

- Quel a été/est/devrait être le rôle et profil du médecin scolaire ?
- Quels sont/devraient être les liens avec les autres professionnels de la santé ? Quels partenariats ?
- Quelle est/devrait être la place des différents acteurs au sein de l'école (« qui fait quoi » ?)
- Quels obstacles, quelles difficultés apparaissent dans les collaborations ?
- Quels liens entre médecine scolaire et médecine privée ?
- Quelles approches de santé publique à l'école ?

2 METHODE

Cette étude repose sur trois sources de données :

Une analyse approfondie de la documentation en matière scolaire, tant en Suisse qu'à l'étranger, comprenant,

- des rapports
- des publications
- des enquêtes
- des articles de presse
- des expertises

Des entretiens individuels dont,

- des médecins scolaires
- des responsables de promotion de la santé
- des directeurs d'école
- des responsables de l'instruction publique

Une observation participante,

- au cours de formation pour médecins scolaires : quelle identité pour le médecin scolaire ? Lugano, le 14 mars 2002
- à un workshop : place de la médecine scolaire dans la gestion de la santé publique et de la santé publique dans la gestion de la médecine scolaire, congrès des généralistes, Gruyère, le 16 mai 2002.

3 SANTE, PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE

En dépit de la multiplicité des définitions (Nutbeam, 1998), on peut décrire une évolution caractéristique dans la manière de concevoir la santé, passant de modèles biologiques à des modèles intégrant des dimensions psychologiques puis sociologiques durant le dernier demi-siècle.

Une perspective strictement bio-médicale voit la santé comme une absence d'atteinte somatique des organes qui atteste que le sujet n'est pas malade. A l'origine, la notion de prévention s'inscrit dans ce paradigme puisqu'on vise à empêcher l'apparition de troubles organiques.

La santé recouvre un territoire plus vaste avec la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé élaborée lors de sa création en 1946, à savoir : *"La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"*. Malgré le terme "social", cette perspective reste statique et individuelle mais elle fait de la santé un concept positif qu'il s'agit d'améliorer ou de stabiliser. Une bonne santé physique ne garantit pas un bien-être ; si les deux aspects entretiennent des liens étroits ils ne sont désormais plus réductibles l'un à l'autre.

C'est avec la célèbre Charte d'Ottawa, élaborée à l'occasion de la première conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa en novembre 1986, que l'idée de santé prend sa dimension de santé communautaire qui dépasse l'état individuel :

« La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration de stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires » (World Health Organization, 1986).

En décollant l'idée de santé de celle de maladie, l'intérêt s'est déplacé de la pathogénèse à la salutogénèse, concept introduit par Aaron Antonovsky (1979). Santé et maladie constituent les deux pôles d'un continuum : l'état de la personne ou de la population est une sorte de curseur mobile entre ces extrêmes.

Si la notion de prévention est encore, pour une part, ancrée dans le domaine bio-médical, visant à empêcher la maladie, elle s'est étendue aux comportements et styles de vie nocifs. Pour ce qui est de la promotion de la santé, son champ de référence est moins la médecine que la philosophie (comment conserver ou atteindre le bien-être et mener une bonne vie, comment disposer de soi) et la politique. Dans cette optique on cherchera à renforcer tout ce qui peut constituer des ressources rendant les gens acteurs de leur santé et non plus des patients.

Tout naturellement de telles approches appellent à des collaborations nouvelles de la part du corps médical, en particulier avec les professionnels de l'école et du travail social.

Le médecin scolaire ne peut plus être au centre du dispositif sanitaire puisque celui-ci dépasse le cadre strictement médical. Son rôle doit être repensé eu égard de réseaux de synergie, de collaborations et d'interactions à construire ou à renouveler.

4 LA SANTE A L'ECOLE

4.1 ECOLE, LIEU DE VIE

Si les concepts de santé et des interventions pour la maintenir et l'améliorer se sont déplacés de la sphère corporelle vers des dimensions psychosociales, elles se sont également enrichies de réflexions écologiques. En effet les conditions environnementales constituent des déterminants de la santé de première importance. La santé fait partie intégrante de l'existence quotidienne et donc du cadre de vie. La Charte d'Ottawa précise à cet égard : « *la santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime* ». Ainsi l'idée que le contexte ("*setting*") puisse constituer un potentiel en lui-même qui favorise les pratiques de santé s'est peu à peu imposée (Hascher, Suter & Kolip, 2001).

L'école constitue à cet égard un lieu privilégié : en tant que passage obligé elle offre un accès à l'ensemble de la population scolaire (population captive sauf les décrocheurs) ; elle touche des jeunes qui passent par les stades les plus importants du développement, tant sur le plan affectif que cognitif ; c'est la fenêtre temporelle durant laquelle peuvent s'acquérir des conduites et styles de vie favorables à la santé qui ont le plus de chances d'avoir une certaine pérennité et, a contrario, empêcher les conduites à risque. Les difficultés d'apprentissage sont souvent des indicateurs de troubles du développement moteur, langagier et/ou de difficultés psychosociales. La phobie et l'échec scolaire ainsi que l'absentéisme sont aussi des signaux qui doivent rendre enseignants et autres partenaires du monde scolaire attentifs à la situation et à la santé de l'élève en question.

Le climat scolaire, à savoir l'état de bien-être de tous les acteurs du milieu de l'école, est à la fois une condition et une résultante de la santé des jeunes et de leurs encadrants. Il implique la qualité des interactions, des relations entre les personnes et le degré et mesure dans laquelle les valeurs et les attentes de chacun sont articulées et vécues. Un mauvais climat scolaire se traduit par des sentiments d'aliénation, d'ennui, de marginalisation, de mauvais résultats scolaires voire d'exclusion. Cela peut amener des jeunes à des situations de risque et les conséquences néfastes bien connues qu'elles peuvent engendrer (abus d'alcool, drogues, tabagisme, rapports sexuels à risque, conduites anti-sociales etc.). Il est donc crucial que les élèves puissent apprendre et travailler en bonne santé (Buddeberg-Fischer & Ritzmann, 2000).

Au cours des années, les acteurs du monde scolaire se sont multipliés. Selon les modèles, les figures intervenant à l'école, hormis les enseignants et les directeurs d'école, qu'on peut trouver sont :

- Infirmières scolaires
- Animateurs de santé
- Médiateurs scolaires
- Psychologues
- Assistants sociaux
- Thérapeutes en psychomotricité
- Logopédistes

Le médecin scolaire, comme il a été indiqué plus haut, n'a plus le monopole de la santé à l'école, même si le nombre d'intervenants varie de canton en canton : par exemple l'infirmière scolaire n'existe pas au Tessin comme dans nombre d'autres cantons suisses. Quelles peuvent alors être les tâches et la position du médecin scolaire?

4.2 EDUCATION A/POUR LA SANTE^a

L'éducation à la santé est à comprendre, d'une part, comme diffusion de messages de prévention et de promotion de la santé sans contexte particulier et, d'autre part, comme activité éducative au sein de l'école ayant trait à la santé. Les formes de cette dernière ont évolué dans le sens des nouvelles orientations discutées plus haut. Il y a une longue tradition pédagogique des préceptes sanitaires : messages d'hygiène, campagnes anti-alcooliques, peurs microbiennes. Au 19^e siècle il s'agissait de véritables prêches sanitaires et de slogans d'interdiction basés sur des peurs censées conduire à des pratiques de santé. Les diffuseurs en étaient les instituteurs stigmatisant les méfaits de l'alcool jusqu'à dénoncer les cabarets. Mais l'accent principal était mis sur l'hygiène.

Dans une approche similaire la prévention ciblait des thèmes spécifiques à l'école (drogue, tabac, alcool) sur un mode de menace et un ton moralisateur souvent peu crédible et peu efficace. L'éducation à la santé s'est transformée peu à peu en promotion de la santé dans un cadre de vie (*setting*). Elle vise à renforcer l'autonomie et la participation des individus et des groupes dans la gestion de leur santé : on tente d'aider les jeunes à s'approprier les moyens d'opérer des choix favorables à la santé, d'adopter des comportements responsables pour eux-mêmes comme pour les autres et de respecter l'environnement. Idéalement il pourrait s'agir d'une véritable éducation à la citoyenneté.

En parallèle aux mutations des approches sanitaires et de leurs objectifs (Hagquist & Starrin, 1997), les missions de l'école se sont élargies. De l'idée d'instruction, à savoir un enseignement traditionnel basé sur la transmission de savoirs, le rôle de l'école s'est progressivement orienté vers des objectifs éducatifs, en complément aux parents qui doivent en premier lieu en assurer la responsabilité. D'élèves passifs, les jeunes deviennent des participants au sein de la classe.

Ce type de stratégie pédagogique, en rupture avec les apprentissages traditionnels, est le plus approprié au domaine de la santé : avec des objectifs d'*empowerment*, les élèves doivent prendre une part active à la gestion de leur santé ; une éducation de la santé ne peut se faire sans leur adhésion. Il s'agit de travailler en interdépendance : créer des situations spécifiques pour mieux mobiliser, faire comprendre et découvrir les différents aspects liés au domaine de la santé. On essaye de créer des engagements collectifs qui puisse souder la communauté scolaire autour d'initiatives telles que les règlements scolaires, les chartes d'établissement etc.

De telles entreprises ne vont pas sans difficultés car elles impliquent des répartitions claires des rôles de chacun ainsi que des partenariats qui ne vont jamais de soi. Il faut que les enseignants soient suffisamment ouverts pour aller au-delà des cursus imposés. Cela peut comprendre des formations aux diverses problématiques de santé. Il faut intégrer les parents aux démarches d'éducation à la santé dans le respect des compétences respectives autour de la mission éducative.

^a Il existe une nuance entre l'éducation à la santé qui est plutôt utilisé par les acteurs du système éducatif et insiste sur la dimension éducative et l'éducation **pour** la santé qui s'appuie sur l'idée de santé comme dynamique à entretenir et qui concerne plutôt les professionnels de la santé.

Les enseignants peuvent être confrontés à des attitudes parentales qui dénotent une absence d'intérêt manifeste pour les notions de santé et de bien-être pour ne valoriser que les résultats scolaires. Ou les parents peuvent ressentir l'éducation à la santé comme une intrusion dans la sphère privée et s'opposer à ce type de démarche. Il faut enfin, et c'est la figure au cœur de ce travail, que le médecin scolaire détenant aux yeux du public le monopole du savoir sur le corps et en tire un prestige, se mette au service d'actions de santé qui s'éloignent de cette image. Il devra intervenir en partenariat. Il est certain que plus la demande d'information, de communication, de consultation part de la base et des besoins des jeunes, plus le rôle des professionnels de la santé, en particulier celui du médecin scolaire, peut se révéler efficace.

De l'examen de la littérature et des entretiens menés avec divers responsables de santé scolaire en Suisse, il ressort que le rôle du médecin scolaire devrait intégrer les aspects suivants :

- Reposer sur un concept de santé bio-psycho-social qui prenne en compte les dimensions écologiques de la santé (dans le sens de la charte d'Ottawa de 1986)
- Reconnaître le rôle de la famille, de l'école et des pairs comme déterminants de la santé
- Utiliser le potentiel des familles dans l'éducation à la santé
- Soutenir les enseignants dans l'éducation et la promotion de la santé
- Miser sur la responsabilisation des jeunes pour leur santé et les soutenir dans l'acquisition de comportements salutogénétiques, dans la famille, l'école et la société
- Dépister précocement handicaps et retards du développement corporel, social et psychique
- Accorder une attention particulière aux enfants avec des problèmes et besoins spécifiques sur le plan médical, social et pédagogique en leur mettant à disposition un soutien et une aide adéquate
- Représenter l'intérêt public pour un développement sain des enfants là où les familles n'assument plus suffisamment leurs responsabilités (protection de l'enfance)
- Contribuer par des mesures adéquates (éducation, information, promotion de la santé) à la prévention de risques sanitaires pour les individus et les groupes et développer une stratégie préventive basée sur des données épidémiologiques
- Appliquer des méthodes reconnues scientifiques et efficaces et soumettre sa manière de travailler à un contrôle de qualité et à une formation continue spécifique
- Viser une collaboration entre médecine individuelle et services de santé publics (service de médecine scolaire), impliquer d'autres professionnels du domaine éducatif, social et sanitaire.

Ce travail ne saurait être du seul ressort du médecin de l'école mais devrait impliquer tous les intervenants concernés.

4.3 POINTS DE VUE DES ELEVES ET PARENTS SUR LE DISPOSITIF DE SANTE SCOLAIRE

Les débats autour de la santé scolaire prennent trop rarement en compte la perspective des premiers concernés : les élèves. Une enquête exploratoire auprès d'environ 400 élèves est une des tentatives visant à recueillir les points de vue des jeunes sur la santé (Hagmann, 2001).

Les principaux résultats montrent les points suivants :

- Seul un petit nombre de jeunes interrogés pensent que l'école ne doit pas s'occuper de santé ; c'est essentiellement le cas des plus jeunes qui refusent qu'on se mêle de ce qu'ils considèrent être entièrement leur affaire. En même temps ils souhaitent avoir des informations concernant les drogues de la part du milieu scolaire.
- Une grande majorité d'élèves (les plus âgés) pensent que la promotion de la santé doit faire partie des tâches de l'école tout en soulignant que chacun est responsable de sa propre santé.
- Les thèmes considérés comme importants sont : le suicide, l'alimentation, le sport, le soutien social.
- Les messages relatifs à la santé sont plutôt déconsidérés : *"ils ne provoquent rien, laissent froid, ne les intéresse pas, les ignorent, discours moralisateurs contre lesquels on s'immunise ; il y en a tellement qu'on ne sait plus ce qu'il faut croire ; énervant, se sentent harcelés..."*

Selon le responsable du service de santé scolaire de la ville de Zurich (atelier de D. Frey, Lugano, mars 2002) les jeunes attendent du médecin scolaire :

- une compétence médicale,
- une compétence communicative,
- de la disponibilité (temps),
- de la discrétion, l'anonymat, le secret médical,
- de l'empathie.

Le fait que le jeune connaisse ou non le médecin ne semble pas être un élément important pour les écoliers.

Le forum de pédiatrie ambulatoire (Forum für Praxispädiatrie), en collaboration avec la SVEO (Schweizerische Vereinigung der Elternorganisationen) (organisation de parents) et de l'organisation suisse des patients (Schweizerische Patientenorganisation) a réalisé une enquête exploratoire auprès de parents dans 19 cantons à propos de la prévention en matière de santé à l'école (Geiges, 2000). 374 questionnaires ont pu être analysés. Les résultats montrent que :

- 84% ont un médecin traitant et la moitié un pédiatre ;
- 43% font faire un contrôle régulier à leurs enfants, 54% en cas de maladie par leur médecin ;
- 97% des enfants sont vaccinés par le médecin de famille, 19.1% par le médecin scolaire ;
- la moitié des enfants ne connaissent pas personnellement le médecin scolaire ;

- seul ¼ des parents sont sollicités par écrit pour leur accord d'examen par le médecin scolaire ;
- 10% des parents sont invités à être présents lors d'un contrôle routinier tandis qu'ils sont 80% à souhaiter cette présence voire à être impliqués ;
- 2/3 des parents ne savent pas ce que le médecin scolaire examine ;
- à la question de savoir si les organes génitaux sont examinés, 1/3 répond oui, 1/3 répond non et 1/3 ne sait pas ;
- selon 85% des répondants, leur enfant n'est pas conseillé en matière de prévention (sport, alimentation, Sida, drogues, contraception) par le médecin scolaire.

L'opinion des parents sur le système de santé scolaire n'est pas bonne : 20% lui reconnaissent une utilité, seulement 14% se disent satisfaits ; pour 12% il n'y a rien à changer. La responsabilité d'un examen physique est, selon 87%, du ressort des parents et de leur médecin traitant.

Cette enquête a été répliquée au Lichtenstein et confirme les grandes tendances des résultats suisses (Geiges, 2001). 736 questionnaires remplis par des parents d'enfants scolarisés ont été analysés. 75% des répondants souhaiteraient que l'examen fait par le MS soit réalisé par leur médecin personnel. Une comparaison en fonction de l'âge des enfants a montré que dans les classes terminales ils sont moins suivis par leur médecin traitant (67%) qu'en première année (85%).

4.4 EDUCATION SEXUELLE ET PREVENTION VIH/SIDA

L'exemple de l'éducation sexuelle montre que les liens entre médecins et le milieu scolaire sont déjà anciens. Le cas de figure historique présenté ici se situe dans le contexte romand, spécifiquement celui du canton de Vaud (Cortolezzis & Muheim, 2000 ; Muheim & Cortolezzis, 2002).

L'introduction de cours d'éducation sexuelle dans les cantons romands date de la fin des années '60 au moment où la lutte contre l'avortement devient un problème de santé publique. Mais c'est déjà au tournant du siècle que des médecins psychiatres comme Auguste Forel considèrent qu'il faut parler de sexualité aux enfants pour prévenir les déviances et perversions.

Ce seront d'abord les parents qui seront informés afin qu'ils transmettent une éducation sexuelle à leurs enfants ; mais souvent trop gênés d'aborder ces questions ce type d'intervention a vite connu des limites.

L'idée de se tourner vers l'école s'est alors imposée. On peut lire dans le premier rapport sur l'éducation sexuelle à l'école de 1911 : « *La question de savoir si l'école a un rôle à jouer dans l'éducation sexuelle ne se pose même plus puisque cette éducation se confond, en une certaine mesure, avec l'effort constant qu'il s'agit d'inspirer pour faire prédominer la volonté de bien faire sur le laisser-aller, la paresse, la négligence, l'inattention, le mensonge et les mauvais instincts... L'Etat a le plus grand intérêt à faire tout ce qui est en son pouvoir pour favoriser la constitution de familles sainement et solidement organisées pour éloigner d'elles tout ce qui peut être un élément de trouble et de dissolution. Pour atteindre ce but, il est tout indiqué qu'il charge l'école de renseigner les jeunes*

générations sur les lois qui président à la perpétuation de l'espèce humaine et sur les dangers que présente la violation de ces lois. » (cité dans Muheim & Cortolezzis, 2002).

Si l'école ouvre volontiers ses portes à ce type d'enseignement, ce sont des intervenants extérieurs qui s'en chargeront. Ils sont issus de la Ligue vaudoise pour la protection de la famille créée en 1920 et qui deviendra en 1967 le Centre médico-social de Pro Familia.

Avant que ce ne soient les animateurs(trices) en éducation sexuelle qui ne soient responsables de ces interventions, ce sont les médecins qui vont s'intéresser à la question. Certains avaient soin de présenter la sexualité de manière à déborder les cadres médicaux et à lui donner une dimension d'épanouissement, de qualité de vie. Mais la plupart d'entre eux avaient une orientation purement somatique. La sexualité est abordée de manière très technique. Selon la Société vaudoise des Maîtres secondaires (SVMS) « *le médecin seul peut tout dire ; seul il peut parler avec la liberté et se faire écouter avec le sérieux nécessaires ; seul il donnera à ses enseignements le poids qui résulte de l'expérience clinique* » (ibidem). L'autorité du médecin est encore augmentée au début du 20^e siècle par rapport aux questions sexuelles vu la lutte contre les maladies vénériennes.

Le médecin était donc considéré comme particulièrement qualifié pour intervenir sur le terrain de la sexualité auprès des jeunes. Il était très souvent sollicité par les autorités scolaires pour donner des causeries sur la sexualité à l'intention des élèves. L'idée que seul le médecin était habilité à parler de sexualité aux jeunes a longtemps prévalu. Puis le médecin a laissé peu à peu la place à d'autres professionnels de la santé. Ceux-ci ont souhaité rompre avec le tabou de la sexualité et les discours moralisateurs et culpabilisants dont elle était l'objet. L'idée était de pousser les jeunes à assumer des choix responsables et de leur parler de relations, de thèmes émotionnels avec une visée de promotion de la santé.

Le cas des drogues révèle une situation analogue à la question de l'éducation sexuelle. Durant des années c'est essentiellement le médecin qui était en charge de ce dossier, informant les élèves et organisant les prises en charge qui s'imposaient.

4.5 PROGRAMMES DE SANTE DANS LES ECOLES SUISES

L'idée de base des programmes présentés ci-dessous est une concrétisation de l'idée holistique de cadre de vie. Au lieu de cibler des problématiques isolées, il s'agit d'intégrer une série d'actions dans le "lieu école" en impliquant tous les acteurs. C'est une démarche globale visant l'ensemble de la communauté scolaire. L'objectif est d'aborder le domaine de la santé à travers une routine quotidienne, les conditions de travail, les aspects relationnels et les styles de vie sains. L'école est également vue comme s'ouvrant sur l'ensemble de la communauté dans laquelle elle s'inscrit.

Il existe en Suisse deux grands programmes qui lient l'éducation et la santé.

Le premier appelé *Réseau suisse d'écoles en santé* (cf. Annexe 2 (document à part)) trouve son origine dans un projet européen comprenant trois partenaires : le Conseil de l'Europe, l'OMS avec son bureau régional pour l'Europe et la Commission européenne et qui s'intitule : *The European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) ou Réseau européen des écoles en santé (REES)* (Stewart Burgher et al. 1999). Cette initiative a été lancée en 1991/1992 en tant que projet pilote dans quatre pays et comprend aujourd'hui 500 écoles avec 400000 élèves dans 38 pays, tout en continuant à s'élargir. En Suisse c'est Radix promotion de la santé qui accompagne et coordonne le Réseau suisse d'écoles en santé sur mandat de l'OFSP.

Le deuxième programme a été mis en place en 1995 conjointement par la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) et l'Office fédéral de la santé publique sous l'appellation *Santé jeunesse*. Dès 1997 ce programme-cadre a été dénommé *Ecoles et santé* pour aboutir en été 2002 à une nouvelle conception intitulée *Education & Santé-Réseau suisse* (OFSP, 2001).

Les deux initiatives ont des relations mais des stratégies différentes. La première vise l'environnement global de l'école dans le sens d'une promotion de la santé reposant sur la charte d'Ottawa. C'est le climat scolaire, les conditions environnementales, l'esprit d'équipe, les approches interdisciplinaires, le contexte dans son ensemble qui est focalisé. L'adhésion au réseau d'écoles en santé implique une décision majoritaire du corps enseignant, un soutien clair de la direction, un groupe de réflexion « projet de santé » dans l'établissement. La deuxième apporte un soutien financier à des projets qui traitent de thèmes spécifiques de la prévention (dépendances, sida, suicide etc.). Pratiquement tous les cantons suisses ont présenté à ce jour un projet de ce type.

Il faut noter, et c'est regrettable, que le médecin scolaire ne semble pas avoir de place importante dans ces programmes.

4.6 LA SANTE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

L'évolution de la santé des enfants et des adolescents, tant à l'étranger qu'en Suisse, est marquée depuis quelques décennies par ce qu'il est convenu d'appeler les *nouvelles morbidités*, soit des problématiques complexes, non strictement somatiques, touchant soit l'ensemble de la population, soit des sous-groupes en situation de vulnérabilité (American Academy of Pediatrics, 1993). Il s'agit, entre autres, de problèmes de :

- dépendance au tabac,
- consommation de drogues,
- troubles alimentaires (anorexie, boulimie, obésité),
- violences auto et hétéro agressive, y compris le suicide,
- abus sexuels,
- problèmes de santé mentale : hyperactivité et troubles de l'attention, dépressions et autres.

Bien que ces nouvelles morbidités aient pu affecter cette population dans le passé, elles ont acquis un nouveau statut pour deux raisons :

- D'une part, elles sortent du cadre strictement bio-médical et sont perçues comme affectant la santé au sens large et ont acquis une autre visibilité.
- D'autre part, elles ont des prévalences en nette augmentation et posent des problèmes de santé publique inédits par leur ampleur.

Les données sur la mortalité des jeunes montrent que les causes majeures ne sont pas dues à des maladies mais à des accidents et des faits de violence. A l'adolescence le suicide est la deuxième cause de mortalité. Les garçons sont dans l'ensemble plus touchés que les filles (Assailly, 2001).

Il existe une série d'enquêtes qui donnent un bon panorama de la situation de santé des jeunes en Suisse.

4.6.1 Enquête suisse sur la santé de 1997 (OFS, 2000).

Elle concerne un échantillon représentatif de l'ensemble de la Suisse à partir de 15 ans. L'enquête renseigne sur un large spectre de variables relevant de la santé ; l'évaluation subjective de l'état de santé et les conduites salutogénétiques sont codées ainsi que les ressources sociales, le sens de la cohérence, les conditions de vie. Il s'agit de l'application d'un modèle bio-psycho-social.

Dans l'ensemble, l'enquête montre que neuf jeunes âgés de 15 à 24 ans sur dix considèrent qu'ils jouissent d'une bonne santé, voire d'une très bonne santé. En revanche, on constate une forte hausse de la consommation de tabac ainsi qu'une expérimentation de plus en plus fréquente de drogues illégales.

4.6.2 Health Behavior in School-aged children (HBSC)^b

Cette enquête concerne spécifiquement la population des 11-15 ans ; l'enquête se base sur une définition élargie de la santé en tenant compte du contexte psychosocial comme déterminant de la santé-maladie. Elle se focalise sur les conduites favorables à la santé mais les aspects positifs de bien-être sont peu pris en compte. Etant donné qu'il s'agit d'une étude internationale récurrente (tous les 4 ans) elle permet une analyse de *trends* et des comparaisons entre différents pays.

De manière générale, les jeunes se disent être en bonne santé dans l'optique d'une absence de maladie physique. En revanche, nombre d'entre eux rapportent des dépressions, tentatives de suicide et autres difficultés de santé mentale. Les filles sont à cet égard plus touchées que les garçons.

4.6.3 Les études SMASH

L'IUMSP de Lausanne a conduit en 1992-1993, puis à nouveau en 2002, une enquête nationale portant sur la santé et les styles de vie des jeunes entre 15 et 20 ans (scolarité post-obligatoire). Les résultats de l'enquête SMASH-2002 seront connus cet automne.

Les résultats disponibles confirment les remarques faites plus haut sur les nouvelles morbidités, soit le fait que des services de santé, notamment de santé scolaire, doivent cibler non seulement les plaintes somatiques mais différents troubles liés au styles de vie des adolescents et à l'environnement dans lequel ils évoluent.

^b Dernière récolte de données : 2002.

5 LE MEDECIN SCOLAIRE

5.1 APERÇU HISTORIQUE

Au 19^e siècle en France les "médecins inspecteurs communaux ou départementaux des écoles", ancêtres des médecins scolaires, avaient pour tâche d'inspecter la santé des enfants, la salubrité des locaux et l'observation des règles de l'hygiène scolaire (Carvalho & Maitrot, 1998). La répartition des responsabilités au sein de l'école était claire : à l'instituteur incombe la tâche de cultiver les facultés intellectuelles, au médecin scolaire revient le devoir de surveiller les organes ; il n'y a pas d'empiètement sur le territoire d'autrui. Le recoupement des champs d'intervention s'est fait peu à peu. Le flou qu'il a engendré se lit dans les attaches institutionnelles : le médecin scolaire dépend d'abord du ministère de la santé puis de l'éducation nationale.

En Suisse, la médecine scolaire obligatoire a été instituée dans le cadre de la loi fédérale de lutte contre la tuberculose de 1928 (SR 818.102). Les examens en série étaient un instrument pour éradiquer cette maladie. L'objectif était de dépister tous les enfants le plus tôt possible afin de pouvoir les traiter et éviter une contagion. La deuxième base légale fédérale d'un service de santé scolaire est l'ordonnance du 15 avril 1939 (ordonnance sur la tuberculose BGS 816.123).

Du simple "transport" du médecin soignant les corps à l'intérieur de l'école, et sous l'effet des réorientations importantes concernant la santé scolaire et les missions de l'école, la médecine scolaire est apparue comme une nouvelle manière d'exercer la profession. En effet le médecin scolaire doit être au service d'une clientèle qui ne choisit pas son médecin et qui souvent n'a rien à lui demander en particulier ; il doit prendre soin de la santé plus que de la maladie ; il a à dépister précocement des déficiences ou des pathologies mais ne pas les traiter ; il donne des conseils, des avis, des orientations mais la poursuite d'explorations diagnostiques et la prise en charge thérapeutique ne lui appartient pas ; il exerce la médecine dans un cadre non médical.

5.2 STATUT ET INTERVENTIONS CLASSIQUES DU MEDECIN SCOLAIRE

En Suisse, la réglementation du fonctionnement des médecins scolaires est fixée dans les lois cantonales voire communales (sanitaires et/ou scolaires) selon le système fédéraliste helvétique.

Le statut des médecins scolaires connaît deux grandes variantes :

1. Les médecins scolaires fonctionnaires sans cabinet (travaillant à temps plein ou partiel) il n'y en a qu'entre 25 et 30 essentiellement dans les grandes agglomérations suisses : Bâle, Berne, Genève, Lausanne, St. Gall, Zürich. Ils dépendent soit du département de santé soit du département de l'instruction publique.
2. Les généralistes, internistes ou pédiatres avec cabinet travaillant à temps partiel comme médecin scolaire à environ 5% de leur temps (cas de figure largement majoritaire en Suisse : environ 2000). Ils sont engagés de manière contractuelle par les communes. Leur activité est plus ou moins coordonnée par les médecins cantonaux, les MS cantonaux, des pédiatres habilités. Il existe de grandes différences inter-cantonales.

Dans le cadre d'un travail de diplôme, une enquête a été effectuée au printemps 1997 auprès de tous les services de médecine scolaire cantonaux pour connaître leurs activités (Amstad et al.

1999). Les résultats montrent que tous les cantons ont procédé à des examens en série qui ont lieu, dans la plupart des cas, aux trois moments de la scolarité : début (Kindergarten ou 1^e), milieu (3^e ou 4^e) et fin (8^e ou 9^e). Le seul examen prescrit est celui de la vue. Des données d'anamnèse et un questionnement à propos de la famille et des conditions sociales sont relevées dans très peu de cantons ; il n'existe aucune analyse statistique intercantonale des examens en série et données d'anamnèse. Quelques cantons (Genève, Jura, Nidwalden, Schwyz, Valais, Vaud) ont des infirmières scolaires qui voient les enfants et les réfèrent en cas de problème au médecin scolaire. Cette situation administrative peut poser quelques problèmes. Le médecin scolaire fonctionnarisé est lié au système école. Il peut se trouver pris dans un conflit de loyauté entre les intérêts des parents (et enfant) et l'administration scolaire. Le pédiatre, en revanche, peut jouer à plein son rôle d'avocat des derniers. L'intérêt de l'enfant réside toujours dans l'absence de conflit entre école et parents. Les services de médecine scolaire sont essentiellement à la charge des communes (environ 121'200'000.- frs contre 32'500'000.- frs pris en charge par les cantons (chiffres selon département des finances année 1993). Dans la grande majorité, ce sont les communes qui nomment, contrôlent et financent les médecins scolaires.

Les directives de la SSP (Société suisse de pédiatrie) préconisent des examens à trois moments importants de la vie scolaire.

1. INTERVENTIONS MEDICALES

Premiers examens en série (à l'âge préscolaire, Kindergarten)	<ul style="list-style-type: none"> • Organes sensoriels • Statut général des organes y compris posture • Dépistage de retards d'apprentissage à la suite de déficits moteurs, langagiers, psychiques ou cognitifs
Deuxièmes examens en série (en 4 ^e)	<ul style="list-style-type: none"> • Focalisation : posture
Troisièmes examens (en fin de scolarité obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> • Focalisation : conseil individuel en matière de santé, développement pubertaire et orientation professionnelle
Vaccinations	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle des vaccinations à chaque examen en série • Vaccinations selon les directives cantonales
Maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures selon la loi sur les épidémies et instructions administratives
Service d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation et directives pour le comportement à l'école en cas d'accidents et d'urgences médicales aiguës
Handicap, maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> • Participation au suivi régulier des élèves, en collaboration avec le réseau de soins

2. PARTICIPATION AUX INTERVENTIONS PEDAGOGIQUES

- Collaboration pour des questions de maturité scolaire (redoublement ou passage en degré supérieur), entrée scolaire
 - Soutien et formation des enseignants pour les aspects médicaux entrant dans l'éducation à la santé
 - Collaboration directe, ex : cours et/ou participation à des débats
 - Motivation du corps enseignant et des parents pour les questions d'éducation à la santé dans les domaines des addictions, sida, éducation sexuelle, cours de gymnastique, posture, hygiène, mobilier scolaire, collations
-

3. CONSEILS ET ORIENTATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

- Entretiens avec les élèves
 - Entretiens avec les enseignants
 - Conseil aux parents d'enfants à problème en accord avec le médecin de famille ou pédiatre
 - Conseil aux autorités scolaires
-

A titre d'illustration, le tableau suivant montre quels types d'interventions effectuées en Suisse par les médecins scolaires sont les plus fréquentes. En 1999, tous les cantons suisses effectuaient des examens en série, la plupart d'entre eux aux trois moments-clé de la scolarité (début(1)-milieu(2)-fin(3)). Le score maximum serait de 26 (ensemble des cantons).

Tableau 5.1 Types d'interventions les plus fréquentes effectuées en Suisse par les médecins scolaires

	1 Interventions médicales	2 Interventions pédagogiques	3 Conseil/- orientation	Moyenne
Taille	22	16	17	18.3
Poids	22	16	17	18.3
Vue	25	18	18	20.0
Ouïe	24	17	13	18.0
Dos	23	19	17	19.6
Vaccinations	21	14	19	18.0
Bien-être psychosocial	9	8	14	10.3
Loisirs	8	6	13	9.0
Maladies antérieures	20	12	14	15.3
Allergies	19	10	13	14.0
Accidents	18	10	13	13.6

Source : Amstad et al, 1999.

On constate que (à l'exception des examens effectués en début de scolarité), les aspects de santé bio-médicale sont plus souvent investigués que ceux qui sont d'ordre plus psychosocial ;

Selon l'article 26 de LAMaL, l'assurance prend en charge la prévention médicale pour les enfants en âge pré-scolaire. La loi stipule que les examens durant la scolarité sont du ressort de la médecine scolaire. Le médecin scolaire se trouve donc confronté eu égard à la loi à des situations qu'il ne maîtrise pas toujours. Ainsi la prévention individuelle qui va au-delà des examens en série traditionnels (*Reihenuntersuchungen*) effectuées par les médecins scolaires est réservée à des enfants qui ont une assurance complémentaire remboursant ces frais.

Les coûts des vaccins sont en principe à la charge des cantons et des communes. Depuis l'introduction de la LAMaL les frais relèvent des caisses-maladie. Les vaccinations ne peuvent être pratiquées sans l'autorisation explicite des parents.

L'examen corporel complet en l'absence des parents a tendance à devenir une pratique peu courante ; le libre choix du médecin doit être garanti. Le secret médical et le secret de fonction est garanti. Sur le plan légal, les visites médicales peuvent toucher à la liberté individuelle des élèves concernés. Les examens corporels intrusifs qui sont faits sans indication clinique sont anticonstitutionnels (Müller, 1993).

En 1996 une enquête dans 17 cantons suisses auprès des médecins scolaires, quelques médecins cantonaux et commissions scolaires a été effectuée pour avoir une vue d'ensemble sur la médecine scolaire en Suisse (Hofer, 1997).

Dans tous les cantons la règle veut que les enfants soient vus et examinés à des âges clés (généralement en début-école enfantine ou 1^e classe-, milieu-4^e année- et fin de scolarité-8^e ou 9^e année). Le but est de dépister d'éventuels problèmes de santé qui nécessiteraient un traitement et/ou qui peuvent entraver la scolarité. Les motivations, disponibilités et intérêts des médecins scolaires pour les problèmes psychosociaux qui devraient également être dépistés varient fortement d'un endroit à l'autre. Selon l'avis d'un certain nombre de médecins scolaires, l'examen de routine devrait être remplacé par un entretien individualisé dans les degrés supérieurs, ce qui est déjà le cas dans certains endroits.

Les tâches explicitement nommées, dévolues au médecin scolaire, sont nombreuses, mais varient selon les cantons :

- Le médecin scolaire doit être une personne de confiance et un conseiller pour les élèves, enseignants, parents, autorités scolaires.
- Il doit être un coordinateur entre famille, enseignants et médecin de famille.
- Il est conseiller à la prise en charge d'enfants à problèmes.
- Il est conseiller pour des questions touchant à la scolarisation (éventuellement de placements en classe spéciale).
- Il participe avec les enseignants à l'éducation à la santé.
- Il est disponible pour des discussions de classe.
- Il donne des cours à l'école.
- Il collabore avec les services spécialisés (service psychologique scolaire, la psychomotricité, l'orthophonie, la pédagogie curative, l'office des mineurs et des tutelles, les services éducatifs etc.).
- Il prend des mesures préventives en cas d'épidémie.
- Il est atteignable en cas d'urgence médicale, met à disposition les informations sanitaires pertinentes.
- Il surveille les conditions hygiéniques des écoles (éventuellement meubles, piscines etc.).
- Il fait, en partie, les contrôles sanitaires des enseignants et du personnel scolaire.
- Il fait les vaccinations nécessaires.
- Il fait occasionnellement les tests tuberculiques.
- Il fait un rapport de son activité au médecin cantonal.
- Il devrait être membre de la commission scolaire.

Dans la plupart des cantons, les enfants sont vus à l'école, par classe, mais certains enfants peuvent être examinés dans le cabinet du médecin scolaire. La satisfaction des médecins scolaires à propos de ces examens "en série" est médiocre : beaucoup trouvent les examens routiniers à l'école peu efficaces ; l'investissement est disproportionné par rapport aux résultats. Les troubles psychologiques pouvant sérieusement perturber la scolarité normale sont mal dépistés. Il n'existe aucun contrôle de qualité des interventions du médecin scolaire qui dépendent largement du degré d'engagement personnel. Il n'y a pas de formation spécifique pour les médecins scolaires. Quelques cantons offrent une formation continue mais il y a clairement des lacunes dans ce domaine.

Dans un certain nombre de cantons de nouvelles directives touchant à la médecine scolaire ont déjà pris en compte les insuffisances constatées.

Les examens physiques traditionnels ont perdu de leur importance en faveur d'une plus grande attention aux problèmes psychosociaux. Les questions liées à la prévention et à l'éducation à la santé concernent de plus en plus le médecin scolaire. De ce fait il faut une collaboration soutenue et efficace avec les autres acteurs présents à l'école ainsi que les institutions extérieures (office des mineurs, aide aux victimes, associations pour la protection de l'enfance).

Le service médical des écoles doit s'appuyer sur l'infrastructure médicale privée et collaborer au mieux avec les médecins traitants. Le médecin scolaire n'a pas les moyens de faire des examens avec indication médicale précise et un contrôle orienté des élèves.

5.3 LA QUESTION DU DEPISTAGE

Les examens en série effectués par le médecin scolaire à des moments définis, indépendamment de toute indication médicale, constituent des mesures de dépistage.

Le dépistage (ou screening) a été défini ainsi par la commission américaine des maladies chroniques : « *...the presumptive identification of unrecognized disease or defect by the application of tests, examinations and other procedures, which can be applied rapidly. Screening tests sort out apparently well persons who may have a disease from those who probably do not. A screening test is not intended to be a diagnostic* ». (cité dans Hall & Elliman, 2002).

Le dépistage est une mesure de santé publique mais qui s'inscrit la plupart du temps dans un contexte médecin-patient individuel. L'histoire des dépistages médicaux révèle son potentiel discriminatoire. Les immigrants aux Etats Unis à la fin du 19^e siècle étaient examinés afin de pouvoir exclure « les criminels, pauvres, fous et autres indésirables ». Le dépistage peut facilement induire des effets de stigmatisation sociale par un étiquetage.

Le dépistage médical consiste en l'utilisation systématique d'un test pour détecter un phénomène de santé. Il s'agit d'une mesure de prévention secondaire qui vise à améliorer la situation sanitaire de la personne concernée. Mais elle n'a de sens qu'à condition qu'on puisse mettre en place des mesures qui puissent agir dans ce sens. Cette condition n'est pas toujours respectée. Les dépistages ont pu servir à la mise à l'écart de groupes indésirables. Par exemple, l'apparition des contrôles urinaires dans certaines écoles privées de Suisse romande ont pour objectif de détecter la consommation de drogues sans visée de soutien voire de thérapeutique mais d'aboutir à l'exclusion de l'élève de l'établissement. Outre les possibilités de fraude, une telle mesure ne constitue qu'une photographie sans donner aucune indication sur la répétition,

la chronicité, les habitudes ou la situation de dépendance des sujets concernés (Bouvier, 1998 ; Bouvier & Jeanneret, 1998).

Le dépistage pose toute une série de problèmes éthiques souvent ignorés. Quand un patient va voir son médecin et demande de l'aide, celui-ci lui prodiguera les meilleurs soins possibles selon ses connaissances et ressources. Lors d'un dépistage, le médecin scolaire investit la possibilité de l'existence d'un dysfonctionnement sans que la personne ne se soit plainte de symptômes particuliers. Il s'agit donc d'une intervention qui présuppose non seulement que toute anomalie sera détectée mais ultérieurement prise en charge au bénéfice de la personne. Mais de fait, la détection précoce de cas n'équivaut pas à l'amélioration de la santé.

Le dépistage peut être source d'angoisses (dans l'attente de résultats, dans l'attente d'informations complètes sur l'état du patient etc.). Concernant en particulier les jeunes, on est en droit par exemple de s'interroger sur l'opportunité de faire des dépistages de maladies qui ne se déclarent que bien plus tard sans pouvoir être traités.

Le dépistage se justifie dans tous les cas où il peut amener à une amélioration de l'état de santé et donc qu'il soit suivi d'un diagnostic et de traitements adéquats. Mais il sert également une fonction de portail dans la mesure où il donne aux élèves l'occasion de s'informer, de questionner le(la) professionnel(le) de santé et faire un bilan de santé. Il permet ainsi de déborder sur des domaines hors d'un cadre strictement bio-médical pour aborder des problématiques psychosociales. Responsabiliser les jeunes, être un interlocuteur de confiance des jeunes qui ne sauraient où s'adresser, peuvent constituer des effets positifs d'un dépistage.

Tout dépistage doit induire le suivi des cas-problème dépistés. En tout état de cause il devrait faire l'objet d'une concertation approfondie étant donné les effets négatifs qu'il peut induire.

Les anglo-saxons se sont particulièrement préoccupés de cette problématique en déterminant notamment une série de critères qui définissent un bon programme de dépistage (cf. Annexe 13.2).

Les recommandations anglo-saxonnes explicites relatives à des procédures de *screening* touchant les enfants en âge scolaire (et qui intéressent le médecin scolaire) sont les suivantes (Hall & Elliman, 2002) :

Tableau 5.2 Les recommandations anglo-saxonnes explicites relatives à des procédures de *screening* touchant les enfants en âge scolaire

Entrée à l'école	Mesure de la taille et du poids, test d'audition, test de vision
Ecole primaire	Aucun programme de dépistage n'est recommandé
Ecole secondaire	Les tests qui dépistent les anomalies de la vision devraient être appliqués mais sinon aucun programme de dépistage n'est recommandé

On constate que par rapport aux pratiques encore en cours dans certains modèles cantonaux suisses où les examens somatiques sont plus divers et approfondis, la tendance est clairement à l'amaigrissement de ces mesures, argument soutenu par les critiques de la médecine scolaire traditionnelle comme on le verra plus loin.

5.4 LES QUESTIONNAIRES DE SANTE

Dans de nombreux cantons, il est d'usage de distribuer des questionnaires de santé avant une rencontre avec le médecin ou l'infirmière scolaire (cf. Annexe 11.4). L'anonymat est garanti. C'est un moyen adopté pour créer un contact, provoquer une réflexion des élèves concernant leur santé, les responsabiliser et encourager leur autonomie. Les questions portent sur des thèmes tels que le sommeil, les loisirs, l'alimentation, l'apparence, les consommations de tabac, alcool et drogues, la sexualité, l'humeur dont les dysfonctionnements entrent dans ce qui a été appelé les nouvelles morbidités.

En Suisse romande, la pratique des questionnaires de santé a engendré quelques levées de bouclier au demeurant assez révélateurs. Ces questionnaires de santé ont été parfois perçus comme des « sondages intrusifs », sentiment relayé par la presse, et dénotant une certaine incompréhension quant à la finalité de telles démarches : « pourquoi diable l'école cherche-t-elle à savoir ce que mangent les élèves, à quelle heure ils se couchent et avec quel parent ils s'entendent le mieux ? » (Arnal, 2000). De telles interrogations sont extrêmement révélatrices de la méconnaissance d'objectifs de promotion de la santé dont l'ampleur mérite qu'on s'y intéresse de manière plus approfondie. Dans quelle mesure est-ce que le public se représente encore les visites médicales scolaires comme relevant uniquement d'approches physiques (examens du dos, vue, ouïe, taille poids) ?

S'il peut arriver que les parents s'inquiètent de la confidentialité des données recueillies auprès de leurs enfants et craignent qu'ils ne soient mis à distance par ces interventions, chez certains parents ce sont précisément les visées d'autonomisation et de responsabilisation des élèves (empowerment) qui sont perçues comme des conditionnements voire des manipulations de la part des adultes.

Ces voix dissonantes, révélées à propos du dossier des questionnaires de santé, montrent que l'approche de la santé de manière élargie ne repose pas sur un consensus sociétal. L'information voire l'implication des parents doit reposer sur des relations de confiance construites sur des contacts avec les différents acteurs de la santé à l'école y compris le médecin scolaire.

La question de savoir comment se répartit la prise en charge médicale des jeunes entre médecine publique et privée peut présenter un certain intérêt (malgré le fait que bon nombre d'entre eux aient une double casquette : exerçant en cabinet privé et travaillant comme médecin scolaire). Une thèse récente en pédiatrie ambulatoire (Zumstein, 2000) porte sur le profil et le nombre de consultations consacrées à des enfants d'âge scolaire dans différents types de cabinets du canton de Berne. Une attention particulière était portée aux troubles d'origine psychosociale. Il faut savoir que la densité médicale des pédiatres dans le canton de Berne (chiffres de 1997) : est de 1 pour 13'600 habitants (moyenne suisse : 1 pour 12'000). Trente-quatre pédiatres (62% des pédiatres exerçant dans le canton de Berne) ayant un cabinet privé dans le canton de Berne ont participé à l'étude. Ils ont relevé durant un laps de temps donné tous les enfants scolarisés qu'ils ont vu dans leur cabinet en remplissant un questionnaire. L'analyse a porté sur 5971 consultations documentées par les pédiatres. 1/3 des pédiatres étaient en exercice depuis 20 ans ou plus, 1/3 entre 11-19 ans et 1/3 depuis moins de 10 ans. A noter que la moitié des pédiatres interrogés étaient ou sont encore des médecins scolaires sans que cet aspect n'ait été particulièrement étudié.

La population ayant consulté se répartissait en : 52.5% de filles et 47.5% de garçons. Un enfant sur 5 qui consulte un pédiatre est en âge scolaire dont 18% d'étrangers (présence surtout en

ville : 30% ; campagne 6.5%). Ainsi les pédiatres du canton de Berne s'occupent en majorité de nourrissons et de petits enfants. L'analyse par tranches d'âge montre une diminution continue et relativement rapide des consultations entre 7-8 ans et 16 ans. Cette diminution des consultations avec l'âge ne signifie pas que les élèves ne soient vus par des généralistes ou autres spécialistes et qu'ils sont moins « malades ». En effet, des données externes à l'étude, mises à disposition par l'assurance-maladie Visana, montrent que la part d'enfants scolarisés qui consultent annuellement un médecin ne diminue pas en fonction de l'âge (Vuille, 2000). 42% des consultations chez le pédiatre concernent des affections chroniques, 33% concernent des maladies aiguës. Les examens de dépistage et les vaccinations ne représentent que 8% des consultations. En première ligne, les diagnostics indiquent des infections des voies respiratoires, suivis de l'asthme et des allergies polliniques. Si dans 60% des cas les pédiatres affirment bien connaître la situation sociale de l'élève, ils ne sont que 35% à être au courant de leur situation scolaire (26% pas du tout). Il apparaît que les « pathologies nouvelles » de type psychosomatiques (alimentation, dépression, problèmes comportementaux) sont peu dépistées par les pédiatres. Elles se situent clairement en-dessous des données épidémiologiques connues.

Les recommandations de ce travail évoquent une meilleure collaboration entre pédiatres, généralistes et autres médecins de premier recours pour cette classe d'âge sans mentionner le rôle éventuel du médecin scolaire. Sur la base des résultats recueillis, le cabinet du pédiatre n'est pas en mesure de fonctionner à la place du médecin scolaire.

Les principaux résultats de cette étude sont confirmés sur la base d'une enquête de 1998 (non publiée) (Pellaud, 2001) auprès de pédiatres valaisans à savoir que :

- Le suivi médical des élèves passe de 75% en début de scolarité à 25% en fin de scolarité.
- Le suivi par les pédiatres porte essentiellement sur le développement physique.
- Les aspects développementaux (psycho-affectifs, cognitifs, sensoriels, langagiers) sont moins abordés que les aspects somatiques (38%) et les questions d'adaptation scolaire et d'éducation à la santé encore moins (15%).

L'auteur relève l'apport potentiel des services de santé scolaire en ce qui concerne l'identification d'enfants ou problèmes non suivis en les référant au pédiatre ; pour des entretiens qui abordent des questions d'adaptation scolaire et d'éducation à la santé ; pour une collaboration étroite avec le corps enseignant pour ce qui touche aux problèmes de santé ou de développement à l'école en assurant un relais entre école et pédiatres.

L'association de plus en plus évidente entre facteurs sociaux et santé montrent la nécessité pour les praticiens de dépasser un cadre strictement bio-médical pour aborder les problématiques. Souvent la prise en compte des problèmes familiaux est encore considérée comme une forme d'intrusion dans un contexte reconnu par ailleurs comme un déterminant de santé. Un sentiment d'impuissance face aux problématiques familiales peut inhiber les interventions du médecin. Il peut donc y avoir une certaine résistance à s'impliquer dans des secteurs qui vont au-delà du médical comme les conditions familiales (divorce, alcoolisme, violence, chômage, problèmes de logement etc.). Voir un enfant-jeune-adolescent encore dépendant de ce contexte implique la prise en compte de ces éléments tant pour comprendre la demande que la thérapeutique optimale à proposer. Le médecin personnel n'est donc pas forcément le mieux armé pour la prise en charge des enfants scolarisés. Les travaux ci-dessus indiquent un nombre de lacunes importantes tant dans la couverture de ces jeunes que dans le diagnostic des problématiques. L'exode des adolescents des cabinets des médecins (notamment des pédiatres)

est aussi un point qui mérite considération pour ce qui concerne le travail du médecin scolaire. Le phénomène doit également être mis en relation avec le fait qu'avec la puberté les aspects psychosociaux priment sur les aspects somatiques ; or les pédiatres semblent moins bien formés à ces dimensions.

Idéalement, les médecins scolaires et les praticiens en cabinet privé devraient travailler en complémentarité pour éviter les lacunes d'accès aux soins (Schär et al. 1999) ; par exemple il faut une prévention sous la direction du médecin scolaire et une prévention individuelle faite par le pédiatre. Aucune des deux parties ne peut réaliser cette tâche toute seule. Il s'agit d'éviter toute concurrence malsaine. Seule une combinaison d'examen transversaux à visée épidémiologique et une prévention individuelle avec des conseils de santé peuvent assurer une promotion de la santé auprès des élèves.

5.5 RÔLE DES MÉDECINS SCOLAIRES DANS LA RECHERCHE

La position du médecin scolaire dans l'institution scolaire et son accès privilégié à l'ensemble de cette population lui confère un rôle potentiel de sentinelle et de fournisseur de données épidémiologiques.

Il existe quelques exemples qui montrent qu'à l'occasion d'examen de série un recueil de données intéressant des thèmes spécifiques a pu être réalisé : ainsi l'étude SCARPOL (Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Systems with respects to Air Pollution and Climate) a pour objectif de mettre en évidence des liens éventuels entre exposition à des conditions atmosphériques néfastes et fréquence de plaintes respiratoires et allergiques chez des écoliers (Braun-Fahrländer, C. & Amstad, H., 1998). Dans 10 lieux différents en Suisse les parents d'élèves examinés par le médecin scolaire ont été priés de remplir un questionnaire. Le statut des vaccinations a été saisi chez les jeunes en 8^e année et une prise de sang (volontaire) a été effectuée.

De manière générale, les examens préventifs donnent théoriquement accès par exemple à :

- des données anthropométriques (taille, poids, BMI),
- l'état vue/ouïe,
- au statut des vaccinations (peut relever d'éventuelles lacunes dans certains sous-groupes de jeunes),
- la fréquence de certaines maladies infectieuses (trends),
- la fréquence d'accidents (+ circonstances),
- la fréquence de certaines plaintes liées à l'âge, le sexe, la nationalité, la couche sociale, la saison, la qualité de l'air.

Ces données peuvent fournir des données pour la statistique de santé et le monitoring. Sur cette base un certain nombre d'objectifs peuvent être formulés qui permettent une prise en charge adéquate des élèves. Le service de santé de la ville de Bâle a mis en place un système de saisie électronique qui pourrait faire école dans d'autres services suisses (Amstad et al. 1999).

Les examens en série constituent idéalement des instruments épidémiologiques uniques : ils permettent de saisir les données d'enfants de la même année de naissance horizontalement. Verticalement ils peuvent documenter l'évolution des élèves du point de vue sanitaire

5.6 CRITIQUES ET PROPOSITIONS POUR LA MEDECINE SCOLAIRE

Avant d'examiner différents modèles de fonctionnement de la médecine scolaire et rendre compte des conceptions de divers acteurs impliqués dans les dispositifs de santé scolaire, il s'agit de faire un premier point global sur les principaux griefs faits au système encore largement en vigueur en Suisse, sur la base de la littérature analysée.

Les critiques les plus courantes qui s'adressent à la médecine scolaire traditionnelle touchent aux domaines suivants :

1. approches trop limitées aux questions somatiques,
 2. utilité et efficacité des examens en série,
 3. suivi des élèves,
 4. formation et identité des médecins scolaires.
1. L'examen classique à orientation somatique est dépassé. Les problèmes relatifs aux "nouvelles morbidités" des enfants et des adolescents ne peuvent être captés avec ce fonctionnement. Il s'agit de mettre l'élève dans sa globalité au centre de l'attention. Cela implique avoir accès à une anamnèse, disposer d'éléments d'information sur l'environnement familial et scolaire et pouvoir construire un lien de confiance avec le jeune. La question de qui se charge de ce travail en première ligne peut rester ouverte : il n'y a aucune nécessité à ce que ce soit le médecin scolaire. A l'échelle de la population scolaire, la médecine scolaire devrait, de même, élargir son champ d'action par des interventions de promotion de la santé.
 2. Les examens en série se font en moyenne en 10-15' ; un examen ciblé en parallèle à une prise de contact avec l'élève reste illusoire. Etant donné que ces examens se font en l'absence des parents il manque de précieuses indications servant l'anamnèse. Hormis le manque de temps, les locaux scolaires prévus sont souvent inadaptés et ne permettent aucune intimité. Les entretiens, condition d'une prévention moderne ne peuvent pas s'y dérouler. Les résultats des examens constituent souvent des doubles contrôles étant donné que le diagnostic était connu du médecin personnel. Un diagnostic de surcharge pondérale, par exemple, est évident avant tout examen médical ; de surcroît le médecin scolaire n'a pas les moyens de mettre en place un programme thérapeutique avec les personnes concernées.
 3. La médecine scolaire traditionnelle évalue les examens de manière transversale ; elle compare chaque enfant à une norme ; s'il y a une anormalité le cas est référé. Une approche longitudinale permettrait un véritable suivi quelque soit le(s) professionnel(s) (santé et/ou école).

L'importance d'un accompagnement des cas-problème est souligné ainsi (cité dans Hall & Elliman, 2002) : « *...in the future health professionals, mental health professionals and educators may be able to collaborate to provide continuity of care, education and support to young children in ways that will make screening obsolete. A longitudinal, developmentally oriented care and educational*

system could be far superior to any cross-sectional screening approach for meeting the needs of young children in general and children with special problems in particular ».

4. Les tâches du médecin scolaire devraient consister principalement en des mesures de santé publique qui demandent une formation adéquate. Traditionnellement, la perception du médecin par le grand public repose sur des références scientifiques plutôt que des dimensions affectives et sociales. La première identité du médecin est le clinicien qui détient un pouvoir reposant sur des savoirs construits autour de la maladie et qui se joue dans la relation médecin-patient. Le contexte de travail du médecin scolaire peut être dévalorisant par rapport à cette image. Son pouvoir devrait résider dans son rôle d'expert et de conseiller. Les médecins doivent mettre en œuvre des compétences et des connaissances que leur formation médicale initiale ne leur a pas donné. Leur expertise médicale repose essentiellement sur la maîtrise des méthodes et techniques d'observation de la santé d'une population, de la mise en œuvre de stratégies de communication individuelle et collective, d'analyses de l'impact de l'environnement sur la santé.

Il y a autour du médecin scolaire un enjeu de construction d'identité, de reconnaissance de la fonction dans et par l'institution. Les médecins scolaires ne sont pas des médecins généralistes transplantés à l'école. Il leur faut acquérir une identité professionnelle lisible et valorisante.

Par ailleurs, l'offre de formation continue des médecins scolaires est sporadique et insuffisante. Il n'existe pas de formation spécifique d'examen médicaux scolaires, ni de conditions cadre d'une telle voie de formation sans parler de base légale. Chaque médecin scolaire fait selon sa conscience et son savoir-faire.

La tendance des propositions pour améliorer la médecine scolaire consiste à soulager le médecin scolaire de tâches qui n'ont pas ou peu de sens (examens en série) qui seront de plus en plus du ressort d'une prise en charge individuelle par les pédiatres. Il s'agirait de confier au médecin scolaire des tâches préventives qui sont accomplies dans les classes et les bureaux des maîtres (éducation à la santé, conseils pour les enseignants, discussions de groupe, prévention de la violence, éducation sexuelle etc.).

Le médecin scolaire devrait œuvrer comme professionnel de référence pour l'orientation des enseignants et des parents dans le domaine de la santé au sens large.

Dans une prise de position concernant l'offre en matière de médecine scolaire en Suisse (position de la Société suisse de santé publique (SSSP)), les points suivants sont avancés (Ackermann-Liebrich & Sennhauser, 2001) :

- L'école est définie comme un lieu privilégié permettant la surveillance sanitaire, la prévention et la promotion de la santé. Le médecin scolaire doit combiner un savoir médical avec une bonne connaissance du milieu scolaire. Dans l'état actuel des choses il y a nécessité de repenser les tâches des médecins scolaires. Il faut pouvoir documenter au mieux l'état de santé des enfants et des adolescents. Le mandat de santé publique des médecins scolaires à l'école, doit comporter :
 - promotion de la santé dans les écoles,
 - contrôle sanitaire adéquat de tous les écoliers,
 - couverture vaccinale suffisante de tous les écoliers,
 - offre de base en matière de conseil aux enfants et aux adolescents,

- conseil et appui des autorités et des écoles pour les questions ayant trait à la santé,
- reconnaissance des menaces qui pèsent sur la santé des écoliers et engagement de mesures adéquates en collaboration avec d'autres services spécialisés,
- compte-rendu aux autorités cantonales et nationales de l'état de santé des enfants et des adolescents.

La SSSP souligne la complémentarité de la médecine individuelle et la santé publique dans leur tâche de protection et d'encouragement à la santé auprès d'enfants et d'adolescents. Les responsables politiques sont exhortés à apporter tout le soutien possible aux services de médecine scolaire. Ils appellent de leur vœu l'harmonisation maximale des services de médecine scolaire au niveau intercantonal. Le travail épidémiologique est encouragé pour garantir une bonne stratégie.

Dans une réponse à cette prise de position, un représentant du *Forum für Praxispädiatrie* souligne l'amplitude de la charge demandée aux médecins scolaires et le coût financier (Reinhard, 2001). Il indique la nécessité de préciser ce qui concrètement est nécessaire et sensé dans l'examen de l'état de santé des élèves et à quel moment. Examiner l'élève aux trois moments classiques sans aucune indication s'avère inefficace et inefficent. L'auteur souscrit au besoin de formation continue des médecins scolaires avec un certificat en santé publique. Encore faudrait-il que ces offres existent. Il en appelle à une véritable collaboration entre divers cercles concernés par ces problèmes.

Le président de la Société suisse de santé publique (SSSP), dans une réaction au même texte, constate que la Suisse est dépourvue d'un concept de prévention cohérent et que les pratiques cantonales sont extrêmement hétérogènes (Cassis & Frey, 2001).

- Il n'existe que peu de réglementations modernes et adéquates touchant à l'activité du médecin scolaire ainsi que pour la collaboration entre pratiques privées et services de santé publics.
- Les données épidémiologiques sont très lacunaires.
- Des recommandations basées sur les faits (« *evidence-based* ») concernant des examens et une offre de conseil efficace manquent ou ne sont pas suivies.
- La formation de base et continue des médecins dans le domaine de la santé des adolescents est actuellement insuffisante et doit être améliorée.
- Le partage des rôles dans la politique des vaccinations et de son financement n'est pas claire (Confédération, cantons, assurances, cabinets privés etc.).
- Il n'y a pas de données portant sur les coûts des différents modèles de prévention.

La SSSP travaille actuellement dans trois directions pour combler les manques relevés :

- Le développement de modules de formation continue répondant aux besoins des médecins scolaires.
- La promotion d'une harmonisation des données des différents services de médecine scolaire au moyen de publications communes comportant des données épidémiologiques.
- Le développement d'un curriculum de formation continue pour des assistantes pour soutenir les médecins scolaires et optimiser les ressources.

Cela n'est réalisable qu'au travers un véritable dialogue coopératif qui puisse développer des synergies optimales avec tous les partenaires.

La médecine scolaire devrait se centrer sur la lutte contre les maladies concernant la santé publique et qui peuvent être influencés par la prévention et/ou une thérapie. Ainsi les maladies qui ne peuvent être influencées par la prévention et ne sont pas contagieuses ne devraient pas concerner la médecine scolaire. Il existe des affections dont le dépistage ne constitue aucun avantage thérapeutique ou qui ne nécessitent pas de traitement.

Amstad et al. (1999) avancent quatre propositions pour une réforme de la médecine scolaire :

1. L'activité du médecin scolaire devrait se dérouler dans l'enceinte scolaire avec une offre bas seuil de conseil à disposition des élèves quand ils le désirent. La coopération étroite avec les enseignants est fondamentale autour d'actions de promotion et d'éducation à la santé.
2. Le médecin scolaire devrait garantir la promotion, la réalisation et le contrôle des programmes officiels de vaccination.
3. Les examens systématiques ne devraient comprendre que la taille, le poids, la vision et l'ouïe mais toucher tous les élèves, y compris les plus défavorisés, dans un souci de santé publique.
4. Les données qui peuvent être récoltées lors de ces examens peuvent constituer la base épidémiologique d'une statistique de la santé des jeunes, un monitoring, une assurance de qualité et une évaluation, conditions d'une formulation de stratégies de promotion de la santé et de prévention.

On pourrait résumer ces critiques et enjeux en reprenant un texte datant d'il y a environ vingt ans et qui formulait le rôle du médecin scolaire ainsi :

« ...le médecin scolaire aura un rôle un peu nouveau par rapport à celui qui lui était dévolu traditionnellement ; il n'effectuera plus d'examens physiques en série, dont on a vu qu'ils n'apportaient guère de bénéfice de santé, mais se tiendra à disposition de l'école pour régler des problèmes interférant avec les études, pour des activités d'éducation pour la santé et pour l'information du corps enseignant pour certains thèmes. Son statut sera donc proche d'un médecin-conseil : il devra savoir collaborer efficacement avec l'institution scolaire tout en conservant son indépendance et sa neutralité face aux questions qui lui seront soumises tant par l'infirmière que par le corps enseignant. Les médecins praticiens pressentis pour ce travail se sont d'ores et déjà mis d'accord sur la nécessité d'acquérir des compétences spécifiques à travers une formation particulière (perfectionnement). » (Michaud & Martin, 1984, p.441). Cette orientation a donné lieu à des changements importants du Service de santé scolaire vaudois.

6 LA SITUATION TESSINOISE

6.1 LE SYSTEME SCOLAIRE AU TESSIN

Le système scolaire du Tessin est basé sur une volonté affirmée d'intégration de tous les élèves : tant ceux qui ont des difficultés scolaires voire des problèmes comportementaux que les enfants migrants qui dès leur arrivée rejoignent les classes de l'école publique. Les élèves nécessitant un suivi particulier peuvent bénéficier à l'intérieur de l'établissement d'un soutien pédagogique (sostegno pedagogico).

Les établissements les plus concernés par les activités du médecin scolaire sont les Scuola media qui ont été créés dans les années '70 ; c'est un cycle d'orientation à niveaux comprenant les années scolaires 6-9 (4 années de scolarité) à savoir des élèves de 11 à 15 ans. Il y en a environ 35 sur tout le territoire cantonal.

Le Tessin a actuellement six écoles faisant partie du réseau suisse d'écoles en santé (sur 193) :

- Scuola media di Tesserete,
- Pretirocinio d'integrazione per alloglotti, di Canobbio,
- Scuola cantonale di Diploma, di Canobbio,
- Scuola media di Viganello,
- Scuola media di Camignolo,
- Istituto scolastico di Paradiso.

Par ailleurs, il y avait/a deux projets tessinois rattachés au programme Ecoles et Santé (sur 33) :

- Un projet de prévention du suicide des adolescents visant une information et sensibilisation des adultes (maîtres d'apprentissage, enseignants, éducateurs, parents etc.) sur les expressions de mal-être des adolescents (terminé).
- Un projet concernant le bien-être à l'école impliquant élèves, enseignants et parents afin d'améliorer la sensibilité, la réflexion, les projets institutionnels relatifs aux thèmes de la santé.

6.2 BASES LEGALES DE LA MEDECINE SCOLAIRE

La loi sur la promotion de la santé de 1954 prescrivait à la médecine scolaire l'objectif suivant : vérifier le statut sanitaire de la population tessinoise dans les établissements scolaires.

A l'article 44 de la loi sur la promotion de la santé et la coordination sanitaire du 18 avril 1989, il est stipulé que le médecin scolaire veille à la salubrité et à la sécurité des écoles, des instituts d'éducation, des crèches. Cette surveillance concerne les écoliers, les maîtres et surveillants ainsi que les lieux.

L'éducation à la santé y est stipulée ainsi : « ...L'éducation à la santé doit favoriser l'autonomie et la responsabilité personnelle pour le maintien de la santé individuelle et collective. Il faut ainsi donner à la population la connaissance et les compétences appropriées pour choisir un mode de vie

sain et évaluer l'existence de dangers pour la santé, ainsi que d'utiliser convenablement les ressources individuelles et collectives pour la promotion et le maintien de la santé. C'est le département et les instances compétentes qui coordonnent les actions et programmes d'éducation ».

Un règlement spécifique à la médecine scolaire du 23 septembre 1998 (Regolamento sulla medicina scolastica, art. 4) précise un certain nombre de dispositions. *L'objectif principal de l'action du médecin scolaire est la promotion de la santé de la population scolaire dans une optique de santé publique.* Il exerce en particulier :

- une surveillance épidémiologique de maladies infectieuses (vaccins, dépistage), du développement psychophysique et des atteintes psychosociales,
- une activité de conseil auprès des autorités scolaires et des services spécialisés (soutien pédagogique, service orthopédique itinérant, gymnastique corrective, éducation physique, évaluation des déficits de la vue et de l'ouïe),
- l'élaboration de recommandations pour des aspects légaux touchant à la santé,
- l'éducation à la santé,
- la prévention de maladies,
- la formation des enseignants,
- l'intervention en cas de cas urgents (contenir une maladie infectieuse, information),
- la réalisation d'un projet particulier touchant à l'épidémiologie, la prévention et la promotion de la santé.

Cette définition laisse dans l'ombre certains aspects importants de la santé scolaire, comme l'intégration d'enfants et d'adolescents souffrant d'affection chronique, ou le dépistage de jeunes en situation de vulnérabilité (violences et abus divers, comportements déviants, problèmes de santé mentale).

6.3 LA REFORME DE LA MEDECINE SCOLAIRE

Selon l'enquête déjà mentionnée plus haut concernant les activités des médecins scolaires dans les cantons suisses, le Tessin procédait, même avant la réforme, à moins d'examens en série que d'autres cantons et ceci surtout à l'entrée en scolarité et en fin de scolarité (Amstad et al. 1999).

Les velléités de réforme de la médecine scolaire au Tessin datent de la première moitié des années '90. Basée sur le constat d'un clivage entre l'augmentation de troubles d'ordre psychosocial des élèves et l'action à visée essentiellement somatique du médecin scolaire, la réflexion a mise en évidence le besoin croissant d'une approche de santé publique à l'école (prévention, promotion et éducation à la santé) (Cassis et al. 1998).

Dès 1994 un groupe de travail fait une série de propositions pour la réorientation des tâches des médecins scolaires ; la nécessité d'un changement conceptuel s'est imposée allant d'une médecine scolaire à un service de santé accordant une place importante à l'éducation pour la santé et à la prévention primaire. Il s'agissait de réformer une structure devenue trop hiérarchique, complexe et coûteuse. En 1997 un paquet de mesures de restriction budgétaire a mis les autorités sanitaires du canton devant la nécessité de fonctionner avec une réduction de 20% du budget antérieur.

- La première mesure arrêtée a été d'abandonner les contrôles routiniers en série.
- La visite approfondie des petits entrant à l'école a été supprimée.
- Le test tuberculeux généralisé a été abandonné.

D'une soixantaine de médecins scolaires avant la réforme entrée en vigueur en 1998, leur nombre a été réduit à 19 dans les 9 régions du cantons (2 médecins scolaires par région et 3 médecins scolaires à Lugano).

Les premières actions des médecins scolaires dans les écoles après la réforme ont été :

- 1999-2000 : une campagne de vaccination de l'hépatite B (Galfetti et al. 1999)
- 2000-2001 : une initiation au premier secours et la constitution d'une pharmacie.

Durant l'année 2001-2002, les médecins scolaires du Tessin, sous la conduite du médecin cantonal se sont donnés pour objectif une interrogation approfondie concernant la redéfinition du rôle de médecin scolaire dont ce travail se veut une contribution à cette réflexion.

6.4 POINTS DE VUE DES ACTEURS TESSINOIS

En mars 2002, douze personnes ont été interviewées à propos de leur perception du fonctionnement du médecin scolaire avec ses points forts et ses points faibles.

Annexe 1 met en regard les points de vue des acteurs tessinois interviewés selon leurs domaines de référence : la médecine scolaire, la promotion de la santé et le milieu scolaire. Ils concernent les points suivants :

- le jugement sur la réforme de la médecine scolaire au plan général, la campagne de vaccination de l'hépatite B, le premier secours et pharmacie,
- les visions de l'école,
- les liens entre école et santé,
- le profil du médecin scolaire : lacunes et atouts.

Il apparaît, au delà des thèmes spécifiques, que les liens entre les mondes sanitaires et scolaires demandent à être mieux construits et consolidés. On constate que les représentations réciproques restent, sur certains points très contrastés alors que, sur d'autres aspects, les perceptions de lacunes, les souhaits et les attentes peuvent être en concordance.

L'évaluation des interventions -somatiques- à l'école est très positive de la part des médecins scolaires alors que le milieu scolaire regrette leur manque de préparation, de concertation, de contenu jugé peu pertinent pour l'école. Les territorialités des deux "sociétés" restent extrêmement marquées. Les thèmes d'accès, de perméabilité, de fermeture et de repli forment une toile de fond sur laquelle les divers acteurs se positionnent. Il est clair que le souhait partagé des médecins de s'intégrer à l'école (et de penser parfois à tort qu'ils y sont parvenus) et la demande de disponibilité des médecins scolaires de la part de l'école se heurte à des représentations dissonantes. Les médecins peuvent percevoir les enseignants comme se croyant compétents pour tous les aspects psychosociaux voire tout simplement omniscients et qui leurs laissent le somatique ; l'école peut percevoir les interventions des médecins comme imposées de manière trop extérieure et autoritaire (top down) ; l'école vue comme le "Vatican" par les

médecins scolaires, les médecins scolaires vus comme trop liés à leur cabinet privé en sont des illustrations.

Les deux partis s'accordent sur la nécessité d'améliorer la formation des médecins scolaires aux problématiques de santé publique, en particulier de promotion de la santé. Il y a accord pour rechercher des moyens d'intégration et de collaboration meilleurs quitte à les médiatiser par des infirmières scolaires qui sont absentes du système tessinois.

Personne ne souhaitant la disparition des médecins scolaires, les propositions pour une redéfinition de leur rôle vont :

- vers une professionnalisation accrue pour des tâches qui vont au-delà de soigner ;
- vers des médecins scolaires qui seraient des consultants, des personnes-ressource quitte à être en deuxième ligne ;
- vers une fonction de sentinelle, signalant aux autorités compétentes l'émergence ou la recrudescence de phénomènes appelant des mesures de prévention particulières.

La volonté de trouver des solutions et de chercher des collaborations est clairement présente dans les milieux sanitaires et scolaires ; l'idée de forums qui permettent des échanges de vue et des définitions de stratégies entre différents acteurs qui est actuellement développée à l'échelle cantonale devrait permettre de faciliter les liens entre les deux "mondes".

7 QUELQUES AUTRES MODELES SUISSES

7.1 VAUD

Le canton de Vaud a une tradition de travail en réseau et une approche interdisciplinaire de la problématique santé scolaire bien ancrée, créant une véritable culture pour l'action de santé (Fontana & Nicod, 1996).

A partir de 1976 ont été mis en place des médiateurs scolaires en réponse aux problèmes de drogue qui commençaient à se poser. Il s'agissait de solliciter le corps enseignant pour faire un travail de prévention des drogues. L'idée était de partir de l'intérieur de l'institution scolaire pour traiter la question (Kilcher, 1976). Ces enseignants-médiateurs étaient volontaires, avaient reçu une formation de base et continue rémunérée et avaient une décharge horaire pour l'exercice de leur fonction.

Dès 1984 un programme-pilote « Jeunesse et Santé » à destination des gymnasiens et apprentis avait été créé. Ses objectifs étaient de proposer des mesures de dépistage, fournir une écoute aux adolescents qui en font la demande pour des conseils ou une orientation individuelle en matière de santé, promouvoir des habitudes de vie saines par des activités d'information et d'éducation pour la santé. Le programme est géré en première ligne par les infirmières de santé publique, secondées par des médecins-conseil, praticiens engagés à temps très partiel pour discuter de cas difficiles, participer aux discussions avec les directeurs d'établissement et planifier des actions de santé (Michaud, 1987, Michaud, Annaheim, Genton & Martin, 1987). Il s'agissait là de la première tentative de redéfinition du rôle des médecins scolaires dont s'inspireront d'autres cantons. Dans la foulée, le profil du poste d'infirmière scolaire, déjà présente il y a une quarantaine d'années, s'est modifié : auparavant, les infirmières travaillant en milieu scolaire étaient polyvalentes et menaient parallèlement des activités dans le secteur des soins.

L'éducation pour la santé a été introduite dès 1985 en milieu scolaire avec un accent mis sur la prévention primaire, la promotion d'un mode de vie sain selon une approche coordonnée et intégrée. C'est dans cette perspective qu'a été créée la fonction d'animateur de santé, fin 1986 : il s'agit d'enseignants qui ont suivi une formation en matière de santé et qui sont chargés de proposer et de coordonner diverses actions promotionnelles à destination des élèves. Les animateurs de santé ont été conçus sur le modèle des médiateurs mais couvrant le domaine de la prévention primaire. Cette activité de conseil correspondait à un besoin pour lequel les infirmières scolaires n'avaient pas le temps ni les compétences pour prendre en charge ce type de demande de la part des élèves.

Enfin, plus récemment (2000) était créé l'ODES (Office des écoles en santé), regroupant sous un même toit tous les intervenants chargés de santé scolaire : Médecins et infirmières, médiateurs, animateurs de santé. L'ODES, qui fait partie du Département de la formation et de la jeunesse du canton de Vaud, est chargé par le Conseil d'Etat vaudois de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire. Il présente ainsi ses buts : contribuer à maintenir et à accroître la santé physique, mentale et sociale des élèves et à mettre en œuvre différentes formes de prévention. De cette manière, il veille au bien-être de l'enfant et de l'adolescent, à son développement personnel et social en vue de son accession à la vie adulte ainsi qu'au bon fonctionnement de l'école. Cette mission incombe en premier lieu aux professionnels de l'enseignement et de la santé, travaillant en étroite collaboration et aidés par d'autres

professionnels, par les parents et par les élèves eux-mêmes ainsi que d'autres représentants de la communauté locale. L'ODES cherche à développer un partenariat éducatif entre l'école et la famille, impliquant les enseignants, les enfants ou adolescents et leurs parents.

Dans la pratique, on s'est aperçu que les jeunes consultaient les médiateurs pour des problématiques personnelles, relationnelles, familiales, scolaires sans évoquer directement la question des drogues. La figure du médiateur s'est généralisée à tout le canton. Parallèlement aux évolutions des besoins, le rôle du médiateur doit s'y adapter, à savoir : travailler d'avantage en réseau, avoir une action reconnue, axer son action sur la communication plutôt que sur la transmission et prendre en compte les compétences des élèves plutôt que de rester focalisé sur les problèmes. La tâche consiste, comme son nom l'indique, à animer et coordonner une équipe de santé d'établissement et de mettre en œuvre des programmes d'éducation pour la santé.

Dans le canton de Vaud, les équipes de santé regroupent le médecin scolaire, l'infirmière scolaire, le médiateur, le psychologue scolaire et l'animateur de santé. La fonction du médecin scolaire est essentiellement celle d'un médecin-conseil (son cahier des charges figure dans l'Annexe 2).

Durant l'année scolaire 2000-2001, l'Office des écoles en santé a mis en place un projet pilote "visites de santé à l'entrée en scolarité". Cette initiative repose sur le constat qu'une large majorité d'élèves ont déjà été vus par un médecin privé quand ils commencent l'école ; ainsi un simple examen somatique systématique fait à l'école ne semblait plus approprié tant sur le plan clinique qu'économique. Le médecin scolaire reçoit les familles avec leur enfant pour un entretien portant sur sa santé physique mais permettant également de présenter le service médical scolaire comme un lien de ressources pour les familles ; ce dernier rôle est assuré par l'infirmière scolaire tandis que le médecin scolaire prend en charge les enfants qui n'ont, par ailleurs, pas de suivi médical. Médecin et infirmière travaillent en étroite collaboration. Le maître mot de cette initiative est le travail en réseau, associant le secteur privé et celui de la santé scolaire.

7.2 GENEVE

Le Service de santé de la jeunesse dépend du Département de l'instruction publique.

Le (SSJ) a pour mission de viser le meilleur état de santé possible, actuel et futur, pour tous les jeunes du canton de Genève. Il énonce huit objectifs pour son action de santé scolaire (1998) :

- protection contre les négligences, abus violences,
- prévention primaire, secondaire et tertiaire,
- promotion de la santé,
- guidance : soutien, conseils, accompagnement,
- équité : porter une attention particulière aux jeunes vulnérables ; favoriser l'accès de tous aux soins ; promouvoir la qualité de vie et l'intégration scolaire et sociale de tous,
- santé dentaire,
- évaluation des besoins de santé,
- expertise, information.

Les changements intervenus dans les approches sanitaires dans les établissements scolaires sont issus d'une évolution importante dans les 20 dernières années. Les besoins de santé se sont modifiés avec l'apparition de nouvelles morbidités telles les dépendances, violences, maltraitance, anorexie, suicide, problèmes sociaux etc. Les services de santé au sens strict se sont développés : extension de la couverture par les pédiatres et services spécialisés pour les jeunes dans les hôpitaux. Les stratégies de santé publique ont évolué dans le sens d'approches communautaires pluridisciplinaires suscitant la participation des jeunes et à faire valoir leurs droits. Enfin, la situation économique a conduit à une diminution de ressources et à une plus grande fragilisation de groupes de jeunes défavorisés.

Comme dans le canton de Vaud, le SSJ a marqué l'évolution des conceptions de la santé : jusqu'en 1997 on parlait de **visites médicales** où l'objectif était de dépister une maladie, un problème avec le médecin en première ligne ; par la suite ont été instituées des **visites de santé** où il s'agit de faire un bilan des besoins et où le rôle du médecin passe au deuxième plan en tant qu'expert.

Les éducateurs à la santé ont un rôle important dans le dispositif de santé scolaire. Leur cahier des charges comprend les points suivants :

- Cours d'éducation à la santé et organisation d'actions/animations dans les établissements scolaires de l'école obligatoire et du post obligatoire.
- Information/formation des parents, enseignants et autres professionnels dans le domaine de la promotion de la santé.
- Mise en place et accompagnement d'un réseau interne de promotion de la santé (" groupes santé-bien-être ").
- Elaboration d'activités et de matériel et développement de projets de promotion de la santé dans une démarche intégrée d'Ecoles en santé.

Il y a actuellement 36 infirmières scolaires et 4.2 postes de médecins scolaires. Genève ne possède pas de médiateurs scolaires.

7.3 JURA

Dans le canton du Jura a eu lieu une réforme récente du système de médecine scolaire qui repose sur un certain nombre de principes directeurs (Baierlé, 1997, 2001). Ce travail a été réalisé par le Service de santé et le Service de l'enseignement. Le changement est d'abord sémantique et significatif puisqu'on parle de **santé scolaire** à la place de **médecine scolaire**. L'approche de ce domaine est résolument interdisciplinaire coordonnant différents partenaires de la santé et de l'école. La santé scolaire est orientée vers les besoins des usagers de l'école. Le nouveau système a démarré à la rentrée scolaire 2001 (Bulletin du Service de l'Enseignement, 2001).

Les contrôles somatiques ne sont plus systématiques et passent au deuxième plan en faveur d'un travail de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

L'objectif d'un service de santé scolaire est de protéger, maintenir et promouvoir la santé des enfants et des adolescents. Les buts spécifiques sont les suivants^c :

- élaborer une politique de santé scolaire,
- créer un environnement scolaire favorable aux apprentissages, au développement personnel et donc à la santé,
- contribuer à l'intégration (dans le groupe, dans la société),
- sensibiliser les personnels de l'école, les associer aux actions,
- offrir à chaque élève de recevoir une information (savoir) sur la santé ; acquérir des compétences personnelles (savoir-faire, savoir-être, *empowerment*, autonomie) ; demander et recevoir une aide individuelle.

Les moyens pour atteindre ces objectifs ont été la création d'une équipe de professionnels de la santé scolaire qui comprend :

- médecin scolaire,
- infirmière scolaire,
- médiateur,
- animateur de santé,
- maîtres,
- psychologue scolaire,
- spécialistes extérieurs.

Des enseignants motivés seront formés pour jouer le rôle de médiateur, d'animateur de santé, de relais de prévention ; ils auront un mandat clair et la reconnaissance officielle de leur rôle/fonction ainsi qu'une décharge horaire appropriée.

L'apparition de la fonction d'infirmière scolaire est une grande nouveauté dans le nouveau système. Sa mission est d'assurer la mise en place du service de santé scolaire dans les écoles en étroite collaboration avec les autorités scolaires locales, les enseignants et les médecins scolaires. Ses tâches consistent à entreprendre des actions de dépistage (taille/poids/vue/ouïe, etc.), de prévention, de conseil, d'information et d'éducation de la santé. Elle devra s'intégrer parfaitement à la structure et au personnel scolaire. Par sa présence régulière à l'école et sa disponibilité l'infirmière scolaire devrait permettre de répondre aux besoins d'information des jeunes dans une relation de confiance de la part d'une personne « neutre » (ni parent ni enseignant) tenue par le secret professionnel garantissant la confidentialité. Elle devrait avoir une formation en santé publique.

Les tâches du médecin scolaire sont précisées ainsi dans l'Ordonnance de 2000 :

- Il est le responsable médical du service de santé scolaire du secteur qui lui a été attribué.
- Il est le conseiller de l'autorité scolaire et du corps enseignant pour tout ce qui a trait à la santé.

^c Ces objectifs sont consignés dans l'Ordonnance concernant le service de santé scolaire du 5 décembre 2000 édictée par le Gouvernement de la République et Canton du Jura (36 articles).

- Il organise et effectue les vaccinations avec le concours de l'infirmière scolaire.
- Il collabore aux actions de prévention et de promotion de la santé organisées par l'école.
- Il s'occupe particulièrement des élèves victimes de troubles de santé, de développement ou de comportement, notamment en cas de maltraitance ou d'abus ; il prend ou propose des mesures propres à y remédier.

Le profil idéal des professionnels de la santé scolaire devrait inclure les aptitudes suivantes :

- Communiquer et négocier (avec la direction, les enseignants, les élèves etc.).
- (Re) connaître et savoir gérer des difficultés psychosociales.
- Comprendre et (re)connaître les troubles du développement de l'enfant.
- Travailler en équipe interdisciplinaire et en réseau.

Par rapport à l'infirmière, le médecin scolaire agit comme appui, soutien, conseil. Il n'est plus en première ligne dans le système mais reste le responsable de la santé dans l'établissement scolaire. Il est à la disposition des élèves en difficulté.

L'atout majeur du système jurassien est l'existence d'un Forum Santé, réseau et lieu de rencontre des principaux intéressés par la santé scolaire. Il est composé d'un

- Noyau dur formé par le médecin scolaire, l'infirmière, le médiateur qui constitue l'équipe de terrain et qui se réunit tous les deux mois ;
- Par des membres permanents : direction, enseignants, parents d'élèves, élèves, psychologues scolaires ;
- Par des membres invités : intervenants extérieurs spécialistes du sida, des dépendances, d'éducation sexuelle, de maltraitance, de sécurité routière, d'alimentation etc.. qui participent au forum en fonction des thèmes à traiter et des projets à élaborer.

En se réunissant de manière périodique (2-3 fois/année) il s'agit de favoriser :

- échanges et coordination d'un réseau interdisciplinaire,
- élaboration de la politique de santé du secteur,
- planification, organisation et coordination des activités de santé scolaire.

Cette mise en commun des questionnements, des problèmes qui se posent à la base -la présence d'élèves est très importante dans le forum santé- marque la volonté d'intégration des acteurs concernés pour permettre de trouver des solutions acceptées et acceptables aux questions de santé qui viennent à se poser dans une démarche qui part des besoins des acteurs.

7.4 ZURICH

Le Schulärztlicher Dienst (SAD) dépend du département de l'instruction publique. Les médecins scolaires sont rattachés avec les psychologues scolaires, les dentistes, les professionnels de la toxicodépendance au même organe : *Gesundheit + Prävention*. Le service a un quartier général et sept dépendances de quartier correspondant aux différents districts scolaires

A côté d'examens de classes^d correspondant à une couverture générale, les médecins scolaires ont des entretiens et une offre de conseil individuels. Le SAD prend en charge tous les examens nécessaires pour baser les décisions concernant le futur de la scolarité. Les psychologues scolaires travaillent en complémentarité à la détection précoce d'écoliers ayant des besoins spécifiques et des risques particuliers pour une prise en charge scolaire et/ou thérapeutique (handicaps, maladies chroniques etc.). Le travail en réseau occupe une place importante dans ce dispositif ; il mobilise les parents, les enseignantEs de tous les niveaux, les logopédistes et les psychomotriciennes.

Parallèlement le SAD a mis sur pied une série de projets de promotion de la santé et de prévention dans les domaines de l'éducation/conseil en matière de sexualité, de la surcharge pondérale (activités physiques et conseils diététiques destinés aux élèves et à leurs parents), offre bas seuil de consultation, enseignement touchant à des questions de santé, formation continue des maîtres.

Les médecins scolaires sont des fonctionnaires sans cabinet privé (actuellement ils sont 12). Ils ne font pas de thérapies mais réfèrent directement à des médecins privés. Il n'y a pas d'infirmières scolaires.

En contraste avec les autres modèles cités, Zurich maintient les examens somatiques en série traditionnels.

7.5 RESSOURCES

Etablir de manière comparable les ressources humaines et financières des différents modèles eût constitué une recherche en soi. Quelques données ont pu néanmoins être réunies à titre indicatif.

Dans le système vaudois, le coût annuel pour les médecins scolaires dans la scolarité obligatoire est de l'ordre de 500'000.- par année ; le coût annuel pour les médecins scolaires dans la scolarité post-obligatoire est d'environ 100'000.- par année.

Le budget global du Service de santé de la jeunesse genevois entre dans une fourchette de 10-12 millions de francs pour quelque 90 postes. Le coût de la médecine scolaire est de l'ordre de 700'000.- par année.

Dans le canton du Jura, le système actuel de médecine scolaire est de l'ordre de 500'000.- par année.

Pour le canton de Zurich, le budget global du système *Gesundheit + Prävention* est d'environ 3.5 millions par année.

7.6 COMPARAISONS ET ECHANGES ENTRE DIFFERENTS MODELES DE MEDECINS SCOLAIRES

Sont résumés ici les points importants apparus lors de deux rencontres autour de la question de l'identité et du rôle du médecin scolaire (un cours de formation pour médecins scolaires au

^d *Kindergarten*, 1er année, 4e année, 8e année, classes spéciales accueillant les enfants étrangers.

Tessin avec une présentation des modèles jurassiens, genevois et zurichois et un workshop réunissant des médecins scolaires de 5 cantons suisses. Le détail est présenté dans l'Annexe 2).

Les thèmes qui sont apparus sont :

- le rôle de l'infirmière scolaire,
- la formation du médecin scolaire,
- les examens en série (approche somatique et psycho-sociale),
- les clients : élèves et enseignants,
- l'interaction avec l'école.

Au-delà des différences d'organisation et de contenu d'un modèle à l'autre (présence/absence d'un infirmière scolaire, maintien ou non d'examens somatiques systématiques, intégration dans le milieu scolaire) il y a un consensus pour souhaiter de la part du médecin scolaire une approche de santé publique, des compétences didactiques et relationnelles ; la tendance souhaitable pour le futur place le médecin scolaire dans un réseau de santé qui implique divers partenariats. Outre qu'il devrait être un animateur de ce réseau, le médecin scolaire fonctionnerait plutôt comme un médecin-conseil et reste en tout cas une figure de référence pour l'école. Aucune voix ne se fait entendre pour suggérer sa mise à l'écart voire sa disparition.

Lors de l'atelier de Gruyère on constate que des thèmes très similaires ont émergé du groupe de médecins scolaires réunis. Les points qui ont retenu l'attention ont été les suivants :

- Il existe des disparités cantonales : par exemple concernant le rôle des examens physiques.
- Les forums, les groupes interdisciplinaires d'intervenants de santé sont considérés comme très importants et utiles.
- Les rapports et la collaboration avec l'infirmière scolaire sont cruciaux mais il y a débat au sujet de sa présence lors des examens : dans le canton de Vaud l'infirmière est toujours présente ; dans le canton de Neuchâtel, le médecin scolaire ne souhaiterait pas la présence d'une infirmière mais un contact direct avec l'élève ; dans le Jura, il y a une personne qui voit les ados et deux les plus petits.
- Les questionnaires de santé sont considérés comme des instruments utiles au médecin scolaire.
- Les journées santé doivent se prolonger en des actions qui ont une pérennité, en tant que thème qui porte sur toute une année.
- Les cas de maltraitance peuvent être utilement gérés par des cellules de crise et un travail en réseau.
- Les "clients" des médecins scolaires sont les élèves et les enseignants.

8 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

8.1 LA SITUATION

La revue des différents programmes de santé scolaire en Suisse et à l'étranger ainsi que les entretiens menés au Tessin permettent de dégager quelques tendances qui déterminent le rôle des médecins scolaires.

- La santé scolaire doit être *au service* des élèves, des parents, de l'école et de la communauté. Elle ne saurait donc poursuivre des buts qui ne font pas l'objet d'un certain consensus, au niveau local et régional.
- Les enjeux en terme de santé publique et de santé scolaire ont évolué d'un paysage fortement médicalisé et marqué par les dépistages, les examens systématiques et les mesures d'hygiène vers des composantes de nature psychosociale visant :
 - la santé mentale (troubles du comportement, hyperactivité, dépression),
 - les styles de vie et la promotion de la santé,
 - l'intégration des enfants souffrant d'affection chronique,
 - le soutien des élèves et des parents en difficulté.
- Les nouvelles morbidités ne peuvent être abordées que dans une optique pluridisciplinaire, associant des professionnels du champ éducatif, social et sanitaire.
- La littérature portant sur l'évaluation des programmes de santé scolaire démontre la supériorité des approches menées à l'échelon des établissements, interactives et globales, s'inspirant de la notion de promotion de la santé (cf. concept de "*health promoting schools*" p. 14) sur des programmes de type purement individuel et ciblant des comportements précis.
- Les entretiens menés dans le canton du Tessin reflètent cette évolution : tant les enseignants que les médecins scolaires sont conscients de ces changements, même si certains d'entre eux restent attachés à une vision relativement traditionnelle de la santé scolaire, alors que d'autres ont déjà commencé à travailler dans une perspective plus globale et multidisciplinaire.
- Le rôle et le cahier des charge des médecins scolaires sont fortement conditionnés par les objectifs, le contenu et les structures des programmes de santé scolaire mis en place.

8.2 LES MODELES DE SANTE SCOLAIRE

La revue des pratiques de santé dans différents cantons suisses permet de dégager une typologie de fonctionnement de santé scolaire :

- A Un modèle axé avant tout sur la promotion de la santé fondé sur l'intervention de professionnels du champ médico-psycho-éducatif et dans lequel les examens de routine scolaires ont été supprimés et délégués au secteur ambulatoire libéral (pédiatres, généralistes). C'est le cas de certains cantons qui n'ont pas les moyens de mettre en place

de programme de santé scolaire en tant que tel . Le Tessin pourrait, dans une large mesure, correspondre à ce modèle.

- B Un modèle fondé sur une activité importante des médecins scolaires, responsables à la fois d'examens de routine et d'activités de prévention, activité complétée par les interventions d'autres professionnels comme le psychologues scolaires. C'est le cas du canton de Zürich.
- C Un modèle fondé sur l'activité en première ligne d'infirmières scolaires, secondées par des médecins scolaires et d'autres professionnels. C'est le cas du canton de Genève.
- D Un modèle fondé sur l'existence d'une équipe de santé scolaire comprenant infirmières, médiateurs, animateurs de santé, et dans lesquels le médecin joue plutôt le rôle d'un médecin conseil et ne mène pas d'activité médicale à proprement parler. C'est le cas du canton du Jura et, dans une certaine mesure, du canton de Vaud.

Il faut relever que, quel que soit le rôle dévolu au praticien de santé scolaire, certains cantons et surtout les grandes villes ont privilégié une relative professionnalisation de cette activité, ces praticiens travaillant dans ce cas à des taux de 30 à 100%, alors que dans d'autres cantons (souvent plus vastes géographiquement), on fait appel à des médecins pratiquant sur le lieu de l'école, à de très petits pourcentages (5-10% maximum) dans l'idée d'améliorer les aspects communautaires de leur activité. Le canton du Tessin a opté pour une solution intermédiaire, en diminuant le nombre des médecins scolaires, mais en limitant leur taux d'activité (5-10%).

8.3 LE PROGRAMME DE SANTE SCOLAIRE AU TESSIN

Il y a 4-5 ans, le canton du Tessin a pris la décision de supprimer les examens de routine à l'école et de concentrer les efforts sur quelques mesures préventives (vaccinations) mais surtout sur la promotion de la santé. S'il est prouvé que les examens physiques de routine ont un rendement très faible, leur suppression totale devrait peut-être faire l'objet d'une réflexion à l'avenir :

- Les enfants et les adolescents de milieux défavorisés (notamment certains migrants) ont en effet un accès limité aux soins et la suppression de toute forme de bilan de santé peut s'avérer à terme problématique.
- L'expérience acquise dans divers programmes de santé scolaire montre que des bilans de santé effectués en collaboration avec le corps enseignant et les parents permettent d'identifier des situations problématiques du point de vue social (maltraitance). Chez les adolescents, ils permettent de dépister des problèmes de santé mentale à un stade auquel les jeunes qui en sont affectés ont souvent de la peine à demander de l'aide (notamment dans le domaine de la sexualité, de l'usage de drogue, de la dépression et des conduites suicidaires).

Il est possible à l'avenir que les autorités cantonales se penchent à nouveau sur l'opportunité d'étoffer les activités de santé scolaire plus strictement sanitaires, et qu'elles se posent la question de la création de postes d'infirmières scolaires, comme l'a récemment fait le canton du Jura. En attendant, les propositions qui suivent se centrent sur le rôle du médecin scolaire dans la situation actuelle.

8.4 RÔLE DU MÉDECIN SCOLAIRE

Le médecin scolaire n'est plus un praticien qui vient effectuer à l'école des gestes qu'il pratique, par ailleurs, à son cabinet, mais plutôt un médecin conseil, qui se tient à disposition de l'établissement pour fournir des orientations générales, intervenir en cas de problème particulier, faire le lien avec le secteur ambulatoire libéral et les hôpitaux. Plus spécifiquement, ses tâches futures peuvent être décrites de la manière suivante :

- Organiser (éventuellement évaluer) des mesures préventives traditionnelles comme les campagnes de vaccination.
- Intervenir lors de problèmes de santé particuliers d'un élève et faire le lien avec le réseau de soins (jeune avec un diabète, maltraitance). Au besoin, effectuer le même travail auprès d'enseignants qui rencontreraient des difficultés de santé interférant avec leur travail. Ce travail devrait être mené en collaboration avec les directions d'établissement, le secteur de soins somatiques et psychiatrique et les services sociaux.
- Intervenir comme personne ressource en situation de crise (accident grave, suicide, catastrophe naturelle, etc.).
- Participer à la réflexion concernant la promotion de la santé à l'école : journées spéciales, attitudes de l'établissement face au tabac, collaboration avec des institutions de prévention (planning familial, etc.).

Le contenu de ce cahier des charges devrait aussi être soumis à des représentants des parents (associations cantonales ou régionales).

8.5 QUELQUES PISTES POUR L'AVENIR

La question de la formation est absolument cruciale, comme l'ont relevé plusieurs des spécialistes interrogés. Au débat opposant les tenants d'une formation spécifique pour les médecins à ceux qui lui préfèrent une formation multidisciplinaire (favorisant les échanges avec d'autres professionnels engagés dans les mêmes types d'activité) la meilleure solution se situe probablement à mi-chemin, avec des cours et modules de formation destinés spécifiquement aux médecins scolaires et des modules ouverts à d'autres acteurs (infirmières scolaires, psychologues, pédagogues, etc.). Il existe déjà de nombreuses possibilités de formation dans différents domaines, mais il resterait à initier un parcours de formation qui ne soit pas trop lourd ! Relevons que plusieurs cantons francophones (Jura, Vaud) planchent actuellement sur cette question et que la mise sur pied de cours à l'échelon romand et tessinois constituerait sans doute la solution la plus économique et rationnelle à cette demande.

Le contenu de cette formation devrait être défini en accord avec des représentants du monde de l'enseignement et des professionnels du secteur social. Il pourrait notamment couvrir

Au niveau d'un cursus :

- une introduction aux bases de la médecine de l'adolescent,
- une solide formation dans le domaine de la santé publique : épidémiologie, prévention, promotion de la santé, évaluation,

- une introduction au travail avec la famille, (approche systémique), un approfondissement de la conduite d'entretien avec les adolescents (techniques de communication, techniques d'entretien).

Au niveau de notions :

- une introduction aux bases de la pédagogie active,
- une sensibilisation aux besoins de santé différents correspondant aux stades décrits par les grandes théories de la psychologie du développement,
- des connaissances approfondies en matière de santé psychique et sexuelle,
- une pratique du travail multidisciplinaire et de réseau.

A partir de là, il importe de définir un profil du médecin scolaire : parmi les aptitudes que laisse supposer les entretiens menés au Tessin, on retiendra :

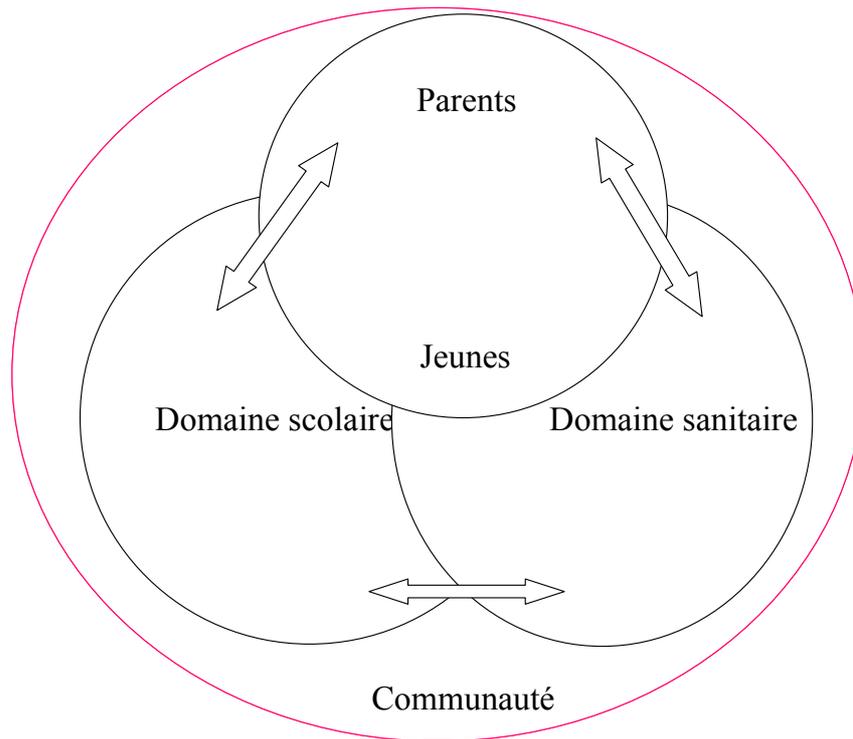
- un intérêt pour la santé des enfants et des adolescents et une solide formation en pédiatrie et en médecine de l'adolescent,
- des connaissances de base et éventuellement une pratique de l'épidémiologie et de la santé publique,
- intérêt pour et une expérience du travail interdisciplinaire,
- de bonnes capacités de gestion et d'animation, si possible une pratique de la pédagogie.

Un médecin scolaire doit pouvoir, afin d'acquiescer une certaine crédibilité, consacrer un minimum de temps à ses activités au sein de l'école et de la communauté avoisinante. Un minimum nous paraît être de l'ordre de 15-20%, un idéal serait aux alentours de 30%.

Le nombre de médecins scolaires du Tessin étant restreint, ces médecins devraient pouvoir se retrouver sur une base régulière (4 fois l'an) pour mettre en commun les expériences faites dans les différentes régions dont ils sont responsables. **Leur activité devrait toucher le secteur de la scolarité obligatoire et post obligatoire** (gymnasiens et apprentis). L'idéal serait que cette activité soit placée sous la responsabilité d'un médecin, engagé à 40-50%. Ces médecins devraient, en collaboration étroite avec les instances de l'éducation, élaborer un cahier des charges type dont le contenu définitif pourrait être modulé en fonction des problèmes et attentes rencontrés dans les différentes régions. Celui-ci devrait recevoir l'aval des autorités cantonales (sanitaires et scolaires).

Les efforts de création d'un forum à l'échelle cantonale ayant pour objectif de rapprocher les deux cultures (l'école et la santé) devraient être soutenus ; il serait utile que les différentes représentations soient connues et mises à plat pour entrevoir des améliorations des collaborations futures. Il faut que le scolaire et le médical soient prêts à aller au-delà de leurs territoires traditionnels. Le forum, à l'instar de ce qui se met en place dans le canton du Jura pourrait s'élargir à tous les *stakeholders* ayant partie prenante dans la santé scolaire. Le schéma suivant en définit les contours.

Le réseau de synergies et partenaires de référence autour de la question de la santé à l'école peut être décrit ainsi.



Il s'agit d'impliquer les élèves et les parents autour d'objectifs de responsabilisation, *empowerment*, autonomie, initiative.

Enfin, il s'agirait de pouvoir établir des *guidelines*, bonnes pratiques concernant les interventions du médecin scolaire à partir d'évaluations. Des échanges portant sur les questions de santé à l'école pourraient s'instaurer à un niveau intercantonal pour apprendre l'un de l'autre et aller vers une harmonisation accrue qui limiterait le danger d'inégalités dans ce domaine.

9 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ackermann-Liebrich U, Sennhauser R. Prise de position concernant l'offre en matière de médecine scolaire en Suisse. *Bulletin des médecins suisses* 2001;82(14):715.
- Amstad H, Braun-Fahrländer C, Mühlemann R. Schulärztliche Tätigkeit : Reformen sind notwendig. *Bulletin des médecins suisses* 1999;80(6):340-8.
- Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco : Jossey Bass ; 1979.
- Arnal S. L'espion qui venait dans les préaux. *l'Hebdo*. 2000 ; 14 (6 avril).
- Assailly J-P. *La mortalité chez les jeunes*. Paris : Presses Universitaires de France (PUF) ; 2001.
- Baierlé J-L. Pour la santé scolaire. *Bulletin des médecins suisses* 2001;82(5):189-92.
- Baierlé J-L. Santé scolaire : pour une nouvelle politique de la santé à l'école. *Soz -Präventivmed* 1997;42:332-41.
- Bouvier P, Jeanneret O. Dépistage et pédiatrie : aspects psychosociaux et approches éthiques. *Médecine et Hygiène* 1998;56:317-25.
- Bouvier P. Dépistages non volontaires de drogues à l'école : sont-ils utiles, sont-ils acceptables? A propos de l'introduction de dépistages dans des écoles privées en Suisse romande. *Médecine et Hygiène* 1998;56:2282-90.
- Braun-Fahrländer C, Amstad H. Umwelt und Gesundheit : Langzeitbeobachtungen bei Schulkindern. *Schweiz Aerztezeitung* 1998;79:2177-9.
- Buddeberg-Fischer B, Ritzmann P, Eds. *Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Schule : ein Bericht auf dem Schulalltag*. Bern : Paul Haupt ; 2000.
- Burgher MS, Rasmussen Barnekow V, Rivett D. *The alliance of education and health*. Copenhagen : International Planning Committee ; 1999. (The European network of health promoting schools).
- Carvalho J, Maitrot C. Médecins de l'Education nationale : enjeux et perspectives pour un nouveau métier. *Santé Publique* 1998;10(3):269-85.
- Cassis I, Frey D. Replik der SGPG. *Schweiz Aerztezeitung* 2001;82:39.
- Cassis I, Guidotti F, Macchi S, Giambonini S. *La riforma della Medicina scolastica*. Bellinzona : Ufficio del medico cantonale, Ufficio di sanità, Collegio dei medici delegati e scolastici ; 1998.
- Cortolezzis C, Muheim D. Les médecins et l'éducation sexuelle en milieu scolaire dans le canton de Vaud. *Rev Med Suisse Romande* 2000;120(12):983-9.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J, editors. *Health and Health Behaviour among young people*. Copenhagen : World Health Organization ; 2000.
- Ecoles et santé : un programme-cadre/impulsion de l'Office fédéral de la santé publique, de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique et de la Fondation pour la promotion de la santé. Berne : Office fédéral de la santé publique ; 2001.
- Education pour la santé en milieu scolaire à Genève. Genève : Service de santé de la jeunesse ; 1998.
- Fontana E, Nicod P-A, editors. *Prévention et santé dans les écoles vaudoises : travail en réseau et interdisciplinarité*. Lausanne : Réalités Sociales ; 1996.
- Galfetti A, Lazzaro M, Bianchetti L, Delgrosso I, Raggi M, Cassis I. *La vaccinazione contro l'epatite B nella scuola media : pianificazione e realizzazione di una campagna di vaccinazione*. Bellinzona : Ufficio del Medico cantonale, Dipartimento delle opere sociali ; 1999.
- Geiges H. Gesundheitsvorsorge im Schulalter : Bedürfnisse der Schüler und Wünsche der Eltern ernst nehmen. *Forum News* 2000;2:13-6.

- Geiges H. Schularztwesen : Lichtenstein bestätigt Schweizer Resultate. Forum News 2001;4:16-8.
- Hagmann A. Les jeunes et la santé : les écoliers ont la parole. Focus 2001;9:19-20.
- Hagquist C, Starrin B. Health education in schools : from information to empowerment models. Health Promotion International 1997;12(3):225-32.
- Hall D, Elliman D. Health for all children. 4 ed. Oxford : Oxford University Press ; 2002.
- Hascher T, Suter T, Kolip P. Terminologie-Dossier zur Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung des Themas "Bewegung" und des Settings "Schule". Universität Bern, Universität Bremen, Schweizerische Stiftung für Gesundheitsforschung ; 2001.
- Hofer J. Enquête sur l'état actuel de la médecine scolaire. Prévention im Kindesalter : Bausteine zum gesetzlichen Fundament. Verlag Praxispädiatrie 1997;32-51.
- Michaud P-A, Annaheim J, Genton A, Martin J. Le programme 'Jeunesse et Santé' : bilan de trois ans d'activité de prévention et de promotion de la santé pour les apprentis et les gymnasiens vaudois. Rev Med Suisse Romande 1987;107:611-20.
- Michaud P-A, Martin J. Un projet de service de santé scolaire pour les adolescents de 16 à 19 ans. Médecine et Hygiène 1984;42:437-42.
- Michaud P-A. Description et évaluation d'une activité de conseil et d'écoute menée par des infirmières de santé publique auprès d'apprentis et de gymnasiens vaudois : le programme "jeunesse et santé". Médecine sociale et préventive 1987;32:280-85.
- Mise en place du Service de santé scolaire : tout démarre à la rentrée scolaire 2001. Bulletin du Service de l'enseignement 2001;9(juin):16.
- Muheim D, Cortolezzis C. Trente ans d'éducation sexuelle en milieu scolaire dans le canton de Vaud (1969-1999) : de la sexualité heureuse à la sexualité dangereuse? Nourrisson D, Ed. Rennes : ENSP ; 2002.
- Müller M. Obligatorische schulärztliche Untersuchungen als Grundrechtsfrage. Bernische Verwaltungsrechtsprechung (BVR) 1993;3.
- Narring F, Michaud P-A. Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 1998. (Raisons de santé, 24).
- Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International 1998;13(4):349-64.
- Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa : World Health Organization ; 1986.
- Pellaud N. Ecoliers au cabinet du pédiatre : où récupérer les enfants et les problèmes non suivis? Paediatrica 2001;12(3):62.
- Reinhard P. Stellungnahme zur schulärztlichen Versorgung in der Schweiz. Schweiz Aerztezeitung 2001;82(39):2100.
- Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1997. Neuchâtel : Office Fédéral de la Statistique ; 2000.
- Schär B, Vuille J-C, Westkämpfer R. Argumente und Grundlagen für eine kontinuierliche Erfassung sozialer Unterschiede in der Gesundheit der Schweizer Kinder. Soz -Präventivmed 1999;44:193-203.
- Schulärztlicher Dienst : Empfehlungen des Gesundheitsamtes und der Aerzte-Gesellschaft des Kantons Solothurn. Kanton Solothurn ; 1999.
- The pediatrician and the "new morbidity" : Committee on psychosocial aspects of child and family health. American Academy of Pediatrics 1993;92:731-3.
- Vuille J-C. Ecoliers au cabinet du pédiatre. Paediatrica 2000;11(6):56-60.
- Zumstein M. Schulkinder in der pädiatrischen Praxis. Bern : Universität Bern ; 2000.

10 ANNEXES

L'annexe 1, en fin de volume, présente un synopsis des entretiens menés avec les divers intervenants et professionnels tessinois interrogés ainsi que la liste des personnes interviewées.

L'annexe 2 est disponible sur demande (IUMSP, Lausanne), et comprend la liste du réseau suisse d'écoles en santé, des documents sur la question du dépistage, des exemples de questionnaires utilisés auprès des élèves, un exemple de cahier des charges du médecin scolaire (Vaud, Jura, Genève, Zürich), et le résumé d'un atelier tenu en 2002 consacré au rôle du médecin scolaire (Société romande de médecine de premier recours, Gruyère).

Annexe 1 Résultats des entretiens menés avec les acteurs de santé scolaire au Tessin

	Acteurs dans le domaine de la MEDECINE SCOLAIRE	Acteurs dans le domaine de la PROMOTION DE LA SANTE	Acteurs dans le domaine du MILIEU SCOLAIRE
Réforme de la médecine scolaire			
Au plan général	<i>Appréciation positive ; ... avant on faisait trop de travail inutile ; aujourd'hui nous avons une très bonne couverture médicale ;</i>	<i>Dès 1981 il y a eu une crise financière ; la question se posait : est-ce qu'avec un million de moins on peut fonctionner, la réponse a été oui ; cela a montré qu'on ne donnait pas un rôle très important aux MS pour lâcher ainsi sur les ressources ; ... avec la réforme c'est moins facile ; avant les MS voyaient tous les élèves ; au début les MS voyaient toutes les composantes de l'école : hygiène, enseignants, élèves, environnement physique, environnement social etc. ; ils voient moins les élèves ; souvent ils savent pas ce qu'est la promotion de la santé</i>	<i>La réforme était très très positive au niveau théorique ; elle répondait aux exigences de l'école ; ... les prémisses de cette réforme étaient très intéressantes ; après deux ans de fonctionnement le bilan est mitigé ; Les bases sont OK mais la réforme n'a pas tenu ses promesses ; il faut que les deux partis soient impliqués ;</i>
	<i>La réforme était un challenge ; le MS doit s'intéresser à d'autres problèmes que le strict médical ; la difficulté pour le MS c'est d'aller au-delà ; ... avec la réforme il y a eu une réduction des effectifs de MS : maintenant il y en a 19 mais avant il fallait contrôler chaque enfant ; maintenant on ne va plus dans chaque école ;</i>	<i>Dans les années 70-90, le mandat des MS consistait essentiellement à s'occuper de vaccinations, de détection de poux, de verrues, d'hygiène en général ; il y avait une visite annuelle routinière à l'école ; souvent les familles ont un pédiatre (ou médecin de famille), et cela faisait double emploi ; En 91 une réflexion a été engagée pour réformer la MS ; il fallait aller dans le sens d'une professionnalisation en abordant les champs psychosociaux, le problème des violences, apporter moins de médecine somatique ; il y a eu une résistance de la part des médecins qui craignaient une étatisation de la médecine ; ... il y a eu des réticences de la part du milieu scolaire envers les MS en arguant que d'autres professionnels s'occupent du psychosocial.</i>	
	<i>Très bien ; jusqu'ici cela devenait quelque chose d'inutile avec le temps ; il s'agissait surtout de contrôles somatiques ; il y a suffisamment de pédiatres, il y a une couverture suffisante ; avec</i>		<i>Le rôle du MS a changé ; il regardait tous les élèves avant ; il y avait les vaccinations, la gymnastique corrective, maintenant cela a disparu ; maintenant le MS reste la personne disponible en cas de besoin ; pour moi</i>

	Acteurs dans le domaine de la MEDECINE SCOLAIRE	Acteurs dans le domaine de la PROMOTION DE LA SANTE	Acteurs dans le domaine du MILIEU SCOLAIRE
	<i>la réforme le MS est devenu un conseiller des enseignants et est destiné principalement à faire de la médecine préventive ;</i>		<i>c'était mieux avant ; tout le monde ne va pas chez le médecin ; je regrette que le contrôle systématique ne se fasse plus ; le changement a eu lieu pour des motivations financières ; avant le MS connaissait tous les élèves, cela a disparu ; en dehors de l'école certains élèves ne voient pas de médecin ; avant, même si c'était des interventions somatiques c'était aussi de la prévention et impliquait des discussions sur les habitudes de vie etc. ; certains parents ne s'occupent pas de la santé de leur enfant ; je regrette le contrôle qui était fait par le MS ;</i>
	<i>La réforme a des points très positifs mais il manque une approche individuelle des enfants ; les visites systématiques à l'école permettaient cela ; lorsqu'il y a mal-être il faut pouvoir intervenir de manière individuelle ;</i>		<i>Il y a eu un bon accueil de la réforme des MS, mais avoir des MS à plein temps ce serait fantastique ;</i>
	<i>L'aspect positif du nouveau système c'est l'intérêt pour la promotion de la santé ; le problème c'est la question du temps ; l'aspect positif c'est la liberté dont on dispose ; il faut donner au système plus de structure ;</i>		
Campagne de vaccination hépatite B	<i>La campagne contre l'hépatite B était une sorte de cheval de Troie pour faciliter l'entrée dans les écoles ; ... avec l'hépatite les rôles étaient clairs ; ... l'important c'est d'entrer dans l'école.</i>	<i>Cette intervention a été bien perçue et a contribué à la réduction des barrières psychologiques de la part du monde scolaire</i>	<i>La campagne fédérale contre l'hépatite était toute conçue, emballée ; nous avons été surpris ; cela n'a pas très bien fonctionné niveau timing ; il n'y a pas toujours eu un accueil à bras ouverts ; on a questionné la valeur scientifique de cette campagne ; pour finir on a décidé de la prendre ; dans sa réalisation le bilan est mitigé ; l'école est une bête à fonctionnement spécial ; tout cela s'est fait sans véritable préparation et peu de consultation ; cela était un peu abrupt et il y a eu des réactions ; il y a eu des oppositions sur l'idée de vaccination de la part de familles, parents, enseignants ; dans l'ensemble ça s'est bien passé ; mais pour le MS cela n'était pas la meilleure introduction ; il y a eu des réactions très différentes ; les enseignants étaient ouverts à d'autres problèmes plutôt que l'hépatite ;</i>

Acteurs dans le domaine de la MEDECINE SCOLAIRE	Acteurs dans le domaine de la PROMOTION DE LA SANTE	Acteurs dans le domaine du MILIEU SCOLAIRE
		<i>certains étaient enthousiastes ; il y avait une certaine liberté de communiquer son opinion ; en rétrospective, il faut néanmoins dire que les MS n'ont pas bénéficié de cette campagne ; il aurait été plus intéressant de partir de questionnements de l'école ; ce qui était positif c'est que cela a permis aux enseignants de connaître le MS ;</i>
		<i>En ce qui concerne la campagne de l'hépatite l'école n'était pas prête d'opérer avec les façons de faire des MS ; ils ont décidé sans concertation, c'était inadéquat ;</i>
		<i>Lors de la campagne de l'hépatite B, le MS était disposé à parler avec les élèves mais rien n'était organisé formellement ; il donnait des réponses aux questions formulées de manière spontanée ;</i>
		<i>Le MS a fait la campagne de l'hépatite qui a eu un grand succès ; on a vacciné en deux ans tous les élèves ;</i>
Premier secours et pharmacie	<i>(Les projets hépatite et) pharmacie étaient des projets à contenu somatique ; c'étaient des bonnes idées pour se faire connaître et accepter ; cela a créé une certaine façon de travailler avec cette piste.</i>	<i>Il y a eu un bon feed-back ; cela a contribué à instaurer un climat de confiance à l'école.</i>
	<i>Les cibles principales de cette action étaient la direction, le concierge, les secrétaires mais pas les enseignants ; c'était une déception ; c'était peut-être utile et pratique mais les retombées étaient moins évidentes ; les informations étaient minimales ;</i>	<i>Les pharmacies c'était le dernier problème de l'école.</i>
	<i>La présentation des urgences médicales à l'école, ça a marché ;</i>	<i>On demande beaucoup aux enseignants ; il y a des classes à grands effectifs, des migrants de cultures différentes ; il faut s'ouvrir sur l'extérieur ; en restant à l'intérieur de l'école la discussion tourne en rond ; il faut des experts extérieurs, cela rassure les enseignants l'apport d'un regard externe, c'est positif ; sinon il peut arriver que les enseignants culpabilisent, se sentent dépassés.</i>
Visions de l'école	<i>L'école même a comme finalité la prévention de différentes choses ; du somatique il faut élargir au préventif, des maladies aux problèmes comportementaux ... les enseignants me voient comme quelqu'un qui est là pour soigner le corps, ils voient le MS sous cet angle ; de plus chaque enseignant croit qu'il a une expertise psychosociale ; les territorialités sont fortes ... La gestion du temps des enseignants est différente de celle des médecins qui doivent avoir des réactions immédiates ; le temps de l'école est autre, il faut ajuster ces temporalités, apprendre à mieux se connaître ;</i>	

Acteurs dans le domaine de la MEDECINE SCOLAIRE	Acteurs dans le domaine de la PROMOTION DE LA SANTE	Acteurs dans le domaine du MILIEU SCOLAIRE
<p><i>L'école est ouverte ; le niveau de compétence des enseignants laisse à désirer ; il y a du ras-le-bol, du stress ; les enseignants sont démissionnaires et moins disponibles ; l'école n'est plus ce qu'elle était ; la qualité de l'enseignement n'est pas bonne ; il faudrait que l'école se regarde davantage ; la réforme scolaire n'est pas très bonne ;</i></p>	<p><i>Les enseignants ont des burn-out, c'est pas normal ; il faut interroger les conditions de travail, discuter avec les syndicats.</i></p>	<p><i>C'est important une école qui s'ouvre et aborde les problèmes liés aux formes de prévention ; au Tessin il n'y a pas d'infirmière scolaire ; ici l'école a cherché à limiter le nombre d'acteurs différents à l'intérieur de l'école ; on a surtout misé sur la responsabilité des enseignants ; l'aspect psychologique, orientation professionnelle sont des casquettes coiffées par les enseignants ; au Tessin il y a eu un choix politique de fond concernant les élèves en difficulté ; on a misé sur une politique d'intégration : 99% des enfants et ado tessinois sont dans le système scolaire normal ; nous avons mis sur pied un service de soutien pédagogique, le Servizio di sostegno pedagogico réalisé par des enseignants sans statut ni identité de psychologue (plus proche de la figure du médiateur) ; cela représente une charge certaine sur eux ; mais les intervenants extérieurs sont vécus comme trop extérieurs ; c'est une tradition au Tessin que les enseignants endossent différentes casquettes ;</i></p>
<p><i>L'école c'est un peu comme le Vatican, c'est un monde clos et les enseignants croient tout savoir.</i></p>	<p><i>Les responsables de l'école ont à cœur de contrôler qui vient à l'école ; ils sont sensibles à la thématique de la santé ;</i></p>	<p><i>L'école c'est une petite société ; l'école en tant que société doit se préoccuper de prévention, de bien-être, porter une responsabilité pour l'état et la famille ; l'école et le sanitaire ont des rythmes temporels différents ; l'école est le seul lieu institutionnel par lequel tout le monde passe ; c'est un point de repère de la société ; l'école c'est un grand territoire difficile à comprendre ; pour un bon dialogue il faut le temps ; cela dépasse les possibilités du MS ; L'école seule ne peut gérer des interventions spécifiques ; il faut coordonner les actions et développer une vision globale sur ces questions ; avant tout était trop morcelé : les milieux de la police envoient des intervenants contre la violence, d'autres groupes font des interventions concernant la drogue etc. il faut des projets en commun, une planification des interventions, une information réciproque ;</i></p>

	Acteurs dans le domaine de la MEDECINE SCOLAIRE	Acteurs dans le domaine de la PROMOTION DE LA SANTE	Acteurs dans le domaine du MILIEU SCOLAIRE
Liens Ecole-Santé	<i>Chaque MS a la liberté de discuter à l'école de problèmes importants : obésité, drogue, cigarettes...</i>	<i>En 2000, il y a eu un forum pour la promotion de la santé à l'école avec une mise en commun de différents acteurs de santé dans des groupes de travail ;</i>	<i>Bonnes relations avec le MS qui habite à 5km (cabinet privé) ; il vient dans les classes ; il est appelé quand il y a un problème quelconque, et se met à la disposition des enseignants ; ... il ne faut pas de grands projets formels mais un travail par des interventions quotidiennes ; il faut être présent ;</i>
	<i>Les rapports avec les écoles ne sont pas faciles ; ils ont leurs propres représentations ; moi j'ai un bon contact, et me sens proche des enseignants ; parfois l'école c'est un peu fermé ; ... au début quand j'ai essayé d'entrer dans l'école j'étais un peu naïf ; j'ai organisé des discussions avec des groupes d'enseignants qui étaient peu disponibles ; ils attendaient un projet clair et complet qu'ils pourraient s'approprier ... être MS c'est un contact sur l'extérieur avec la réalité, de surcroît avec le monde de l'école.</i>	<i>Ecole et santé, il n'y a pas de méfiance particulière mais pas non plus de volonté innée de collaborer ;</i>	<i>Dans nombre de situations la présence, les échanges avec et les indications du MS sont importantes et utiles ; le MS est un partenaire intéressant ; il est important que le MS ait des liens plus étroits avec l'école, qu'il soit rapidement disponible, qu'il intègre l'école ; le MS peut contribuer de manière positive et apporter des compétences que l'école n'a pas ; ... il y a des actions qui se mettent en place ; dans certains établissements on a organisé des soirées, des débats avec la présence du MS ; cela dépassait le pur médical et couplait le sanitaire à l'éducatif ; ... les compétences du MS sont très importantes ;</i>
	<i>Le contact école-sanitaire n'est pas un problème ; les directeurs n'attendent que le contact avec les MS ; les directeurs me demandent de traiter un certain nombre de thèmes avec les élèves et/ou les parents, comme par exemple le stress ; les MS interviennent sur demande, à la carte, sur appel ; ... je trouve un très bon accueil dans les écoles et je suis bien accepté ;</i>	<i>Projet de mise en place d'un forum école et santé ; le Forum a pour objectif de faire de la promotion de la santé dans les écoles ; réunir le monde de l'école et celui de la santé publique est une idée ancienne ; il y avait déjà eu des collaborations, notamment une commission d'éducation sexuelle ; cette idée a été élargie à l'éducation de la santé puis la promotion de la santé ; mais il y a certains blocages du côté de l'école, des réticences à s'engager ; il y a des aspects de territorialité avec un questionnement : quels projets de l'extérieur accepter ?</i>	<i>Le sanitaire entre dans notre territoire : il faut trouver des collaborations ; les attentes sont parfois différentes de celles d'il y a 15 ans ; les attentes de l'école c'est que les MS soient mieux intégrés dans le système et ne restent pas des personnes qui vont et viennent ; le MS doit être connu des enseignants et lui doit connaître l'école ; ... il faudrait clarifier les tâches des MS et des enseignants ; il faut que les MS coordonnent mieux leurs interventions par rapport à des objectifs d'éducation à la santé ;</i>
	<i>Les contacts avec les écoles sont très bons, il a fallu les construire, établir des rapports de confiance ; mais trop est laissé à l'initiative personnelle ;</i>		<i>Le MS habite à deux minutes de l'école ; tout le monde connaît le MS, il connaît toutes les familles, s'il y a des problèmes il vient (par ex. problèmes de poux) ; Il fait un travail avec les enseignants par exemple des discussions sur la santé psychique, cela permet de se connaître ;</i>

	Acteurs dans le domaine de la MEDECINE SCOLAIRE	Acteurs dans le domaine de la PROMOTION DE LA SANTE	Acteurs dans le domaine du MILIEU SCOLAIRE
Profil du MS : lacunes et atouts	<p><i>Le MS a-t-il encore une raison d'être ? Si on fait de l'éducation à la santé on peut en douter ; mais si on élimine cette figure on ne peut pas la réintroduire ; le MS devrait faire de l'éducation à la santé ; le MS devrait faire quelque chose de plus que de soigner ; il y a les problèmes de prévention ; c'est un problème politique : on ne peut pas éliminer toute une organisation mais voir ce qu'on peut faire en plus ; la formation continue est importante ;</i></p>	<p><i>L'approche interdisciplinaire est largement inconnue des MS ; ... le problème c'est qu'ils n'ont pas de formation en santé communautaire ou santé publique ; ... les MS devraient être des partenaires à l'école pas des leaders ; il faut agir avec une certaine prudence, éviter le top-down ; ... les MS auraient envie de mieux définir leur rôle ; ils ont conscience de lacunes dans leur formation</i></p>	<p><i>Le MS reste la personne disponible en cas de besoin ; L'école a besoin des MS.</i></p> <p><i>A-t-on besoin des MS ? ça dépend de ce qu'on veut obtenir ; des interventions plus systématiques seraient utiles ;</i></p>
	<p><i>Il est important de noter qu'on doit se former soi-même ; la moitié des MS sont des généralistes ; il faut une formation pour un public d'enfants-ado ; il faut s'intéresser aux problèmes de l'adolescence : sexualité, conception, image du corps sont des thèmes qui devraient être abordés avec des spécialistes ; les pédiatres peuvent apporter cette expérience ; il n'existe pas de formation spécifique pour la fonction de MS.</i></p>	<p><i>Le MS a un rôle qui est très différent de celui de l'enseignant ; il faudrait qu'il soit une sentinelle, qu'il signale les cas ; dans certaines situations, les MS n'ont pas envoyé de signaux aux autorités sanitaires ; il est important pour la médecine publique d'avoir le feed-back des MS ; ... Si les MS connaissent pas assez bien les problèmes (anorexie, obésité) qu'ils se forment ! C'est alors un problème de compétence ; Le grand problème c'est la formation des MS ; le MS devrait être une sentinelle, observer les trends.</i></p>	<p><i>Il faut une évolution des MS par rapport à il y a 10 ans où ils s'occupaient d'hygiène et de peser les élèves ; ils devraient être des consultants, des personnes ressource ; les MS on ne peut pas s'en passer mais il faut une évolution avec d'autres figures par rapport au monde de l'école ; le MS soit être un point de référence mais il ne peut pas avoir des réponses à tout ; l'activité du MS est toujours à côté de quelque chose d'autre, son cabinet où l'intérêt professionnel se porte sur l'individu ; ... il faut qu'il réponde à l'attente des familles, qu'il soit présent aux soirées d'école, qu'il soit disponible ; ... un bon pédiatre ne suffit pas pour faire un bon MS ; il faudrait un perfectionnement professionnel, une formation continue ; ... le MS peut-être se mettre en deuxième ligne derrière d'autres professionnels de la santé comme les infirmières scolaires qui ont plus de temps et coûtent moins d'argent ; il faudrait trouver au plan structurel des évolutions qui ne nient pas la figure du MS.</i></p>

Acteurs dans le domaine de la MEDECINE SCOLAIRE

Le gros problème c'est le temps : il n'y en a pas assez avec en parallèle le travail au cabinet ; il faudrait être MS à 50% voire 100% ; il faut professionnaliser la fonction, avoir une meilleure planification, voir à long terme ; il y aurait énormément à faire.

Des infirmières scolaires seraient souhaitables, elles seraient intégrées, elles pourraient filtrer les cas, faire de la prévention primaire ; si on veut un service de MS utile il faudrait ça ; les pédiatres font peu de prévention ;

En tant que MS on a accès à de l'information qu'auparavant on n'avait pas : vaccinations, politiques de l'école, enfants battus, dynamique dans le canton, réseaux etc. ; tout médecin devrait pouvoir disposer de ce type d'information.

Les MS ne sont pas des super spécialistes et il ne faut pas pénétrer dans les écoles pour imposer une vision ex cathedra.

Acteurs dans le domaine de la PROMOTION DE LA SANTE

Acteurs dans le domaine du MILIEU SCOLAIRE

Quel devrait être le rôle du MS dans une école en santé ? C'est difficile, seulement comme MS on gagne pas beaucoup d'argent ; on peut pas lui demander d'être plus là ; le rôle du MS a changé, il regardait tous les élèves avant, il y avait les vaccinations, la gymnastique corrective, maintenant cela a disparu ; maintenant le MS reste la personne disponible en cas de besoin ; Un MS de proximité est souhaitable.