

Jean-Luc Baierlé

Institut de médecine sociale et préventive, Lausanne
Médecin cantonal, Delémont

Santé scolaire: Pour une nouvelle politique de la santé à l'école

Résumé

L'éducation, c'est la santé, en effet, il existe une corrélation entre le niveau d'éducation/de formation et l'état de santé d'une la population. Elle trouve son expression dans l'aggravation de l'état de santé des populations dites «défavorisées», qui cumulent une situation socioprofessionnelle peu enviable avec une santé altérée. L'inégalité entretient l'inégalité. La formation scolaire et professionnelle permet de contribuer à diminuer ces différences, de plus l'école peut être un lieu où l'on propose et réalise des actions qui contribuent à la promotion de la santé. Partant d'un constat critique de l'actuelle médecine scolaire tel qu'elle est pratiquée dans plusieurs de nos cantons, cet article propose de repenser le système en fonction d'objectifs visant à développer la protection et la promotion de la santé à l'école. Le rôle des différents intervenants, dont celui du médecin, est revu en fonction des problèmes spécifiques à chaque classe d'âge et d'un programme d'actions adaptées. Les contrôles somatiques périodiques passent au second plan et l'accent est mis sur la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) dans une optique bio-psycho-sociale. Le travail en réseau et en équipes interdisciplinaires doit être privilégié ainsi que la formation spécifique de tous les intervenants.

Une réflexion critique se développe dans le monde de l'éducation et de la santé publique: des projets de réforme scolaire, diverses formes de prévention et de promotion de la santé (PEPS) à l'école sont proposées, riches d'idées et d'actions novatrices. La *médecine scolaire* actuelle se doit de se remettre en question, et dans plusieurs cantons¹, la question se pose de

réformer le système en profondeur.

Le canton du Jura s'est montré créatif en la matière et a joué un rôle de pionnier en introduisant systématiquement dans les écoles l'éducation générale et sociale (EGS) et l'éducation sexuelle (avec l'information SIDA); en revanche, le *service médical scolaire* (SMS) actuel n'est plus adapté

aux réalités de santé publique, ni aux conceptions modernes de prévention et de promotion de la santé. De plus, le SMS est trop souvent externe à l'école et il y a lieu de mieux intégrer (approche interdisciplinaire²) les différents partenaires de la santé et de l'école³.

La prévention est entrée à l'école sous la forme de la *médecine scolaire*, née à une époque où les *maladies infectieuses*, dont la tuberculose, étaient les principaux problèmes d'hygiène publique; leur dépistage ainsi que leur traitement précoces étaient alors l'objectif prioritaire; il s'agissait alors de protéger le population contre les *épidémies*. Aujourd'hui, les *problèmes psychosociaux*, le *mal être* et les difficultés de développement personnel sont au premier plan, et le modèle biomédical doit céder le pas à une approche biopsychosociale, centrée sur la santé et le bien-être du jeune citoyen. La prévention des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers,...), des troubles du sommeil et de l'alimentation, des dépendances, des problèmes relationnels (violences), des accidents, des grossesses non désirées, des abus sexuels, des maladies sexuellement transmises, etc. doit être entreprise dès l'âge scolaire voire préscolaire. Le système actuel n'est

donc pas adapté pour aborder ces problèmes; le rôle du médecin et de l'appareil de prévention à l'école doit changer. Cette mutation, qui marquera une *présence de la santé* au sein même de l'école, mérite un nouveau label, pourquoi pas *Service de santé scolaire* (SSS) offrant un *Programme de santé scolaire* (PSS).

Objectifs

L'objectif d'un SSS est de contribuer à *protéger* et *promouvoir* la santé des enfants et adolescents. A cet égard, l'école est un lieu idéal pour entrer en contact avec toute cette population et lui offrir les contrôles et prestations de prévention jugés nécessaires, ainsi que la possibilité d'acquérir «savoir, savoir-faire, et savoir-être» (promotion de la santé). Le programme doit couvrir les étapes successives de la scolarité, y compris les périodes pré- et post-obligatoire. Il s'agira d'y intégrer des mesures collectives et individuelles, tout en vouant une attention particulière aux personnes et groupes dits «à risque».

Or, l'école est aussi le lieu où vont parfois apparaître des signes révélateurs d'un problème de l'enfant. Non reconnus, ils peuvent s'aggraver ou devenir chroniques; il faut apprendre à les reconnaître et savoir les interpréter. Une formation adéquate et une bonne capacité de communication sont ici indispensables. Ainsi, un regard attentif pourra être porté sur le *dépistage* précoce des difficultés psychosociales et des troubles du développement psychomoteur, souvent manifestés par des «learning disabilities» (difficultés d'apprentissage). Tous ces facteurs sont des déterminants importants de l'état de santé futur de l'enfant; l'échec scolaire et l'absentéisme sont des indicateurs «objectifs», mais parfois difficiles à décrypter, de ces difficultés. L'école doit donc être attentive au rôle de «l'affectif»

dans le développement de l'enfant, il faut s'y préparer.

Les problèmes somatiques sont en général dépistés et traités par le médecin de famille ou le pédiatre; le SSS ne focalisera donc pas son attention sur cet aspect, tout en veillant à ce que des élèves plus «défavorisés» (et/donc moins médicalisés) ne soient pas pénalisés.

Enseignement, éducation et prévention

Le cadre scolaire n'est pas infiniment extensible et le mandat de l'école consiste d'abord à enseigner (transmettre un savoir); or, il lui est par ailleurs demandé de développer aussi l'aspect *éducatif* de sa mission; cette polarité de rôles «éducation ↔ enseignement» alimente un vif débat («conflit des missions»). L'adjonction de programmes consacrés à la prévention et à la santé est certes légitime, mais elle ne doit pas contribuer à la surcharge (pathogène!) des programmes scolaires.

Objectifs spécifiques, quelques exemples:

- Inciter et aider la Direction à mener une *politique de santé* au sein de l'établissement.
- Créer un *environnement scolaire favorable* à l'apprentissage, à un développement personnel harmonieux et/donc à la santé.
- Offrir à chaque élève, au cours de sa vie scolaire, la possibilité de:

1. Recevoir une information adéquate sur les problèmes de santé qui le concernent ou pourront le concerner (= *savoir*), et sur la manière de les prévenir.
2. Acquérir des compétences personnelles (*savoir-faire, savoir-être*) permettant de mieux affronter les situations à risque, les conflits, les pressions (des pairs, du groupe, des médias, etc.), et les exercer. Développer sa capacité de discernement (*Qu'est-ce qui est bon pour moi?*) et la découverte de ses

propres ressources; apprendre à se connaître et à se faire confiance, oser dire *oui* et oser dire *non*.

3. Demander et recevoir une *aide individuelle*, des conseils pour résoudre un problème le concernant (relation d'aide individuelle, écoute active, médiation, ...).

- *Intégrer* enfants et adolescents dans le groupe et les aider à préparer leur intégration sociale.
- Sensibiliser l'ensemble des *personnels* de l'établissement, les informer et les convaincre du bien-fondé des actions proposées.
- Les enfants malades chroniques (diabétiques, asthmatiques, ...) doivent pouvoir fréquenter l'école normalement, le SSS leur offrira, ainsi qu'à leurs enseignants, un soutien adapté.

Pour atteindre ces objectifs, des *moyens* adéquats doivent être mis en oeuvre, par exemple:

- Désigner et former des enseignants (motivés) pour jouer le rôle de *médiateur, d'animateur de santé, de relais de prévention*, et leur donner un *mandat clair*, la *reconnaissance* «officielle» de leur rôle/fonction, ainsi qu'une *décharge* horaire adéquate.
- Mettre en place les conditions permettant la constitution d'une *équipe interdisciplinaire* de santé scolaire, fonctionnant en *réseau*, à l'interne comme avec l'extérieur.
- Mise à disposition de *structures* adéquates (locaux, «conseil» de santé scolaire, etc.).

A qui s'adresse le programme de santé scolaire? Les publics-cible

Le programme de santé scolaire s'adresse en premier lieu aux élèves, au travers de prestations adaptées à chaque classe d'âge. Les professionnels de l'école (directeur, enseignants, administratifs, concierges etc.) doivent y être impliqués; il s'agit en premier lieu de les tenir informés, mais aussi d'obtenir leur adhésion voire leur soutien. Une sensibilisation aux pro-

blèmes de santé et une formation à l'observation attentive des difficultés de leurs futurs élèves devrait être intégrée à la *formation de base* des enseignants.

Le rôle des *parents*, premiers responsables de l'éducation de leurs enfants, est à prendre en compte, et on doit les inviter à jouer un rôle actif dans le système (au travers des associations de parents d'élèves, APE). Les problèmes individuels de leur enfant leur seront communiqués, afin qu'ils prennent le relais, en vue des mesures diagnostiques/thérapeutiques proposées.

Les enfants de moins de 6 ans

La période de l'école enfantine est propice à des activités favorisant le développement psychomoteur, la découverte de la vie sociale et l'apprentissage des relations de groupe. Des activités de promotion de la santé peuvent y être intégrées de manière naturelle, sous forme de jeu, en utilisant des techniques d'animation simples*; il est possible d'aborder les thèmes de l'alimentation, du sommeil, de l'hygiène, de la violence, de la relation à l'autre, etc.

Il est important d'être ici attentif aux troubles du développement de l'enfant; le rôle de la maîtresse est alors primordial et le personnel spécialisé (infirmière, psychologue et médecin scolaires) doit intervenir en appui. Des situations de violences ou d'abus sexuels pourront être suspectées/découvertes; il importe dès lors de fournir une aide à l'enseignante afin qu'elle sache comment faire face à ces situations et à qui s'adresser pour en parler, voire pour signaler un cas. La prévention des abus sexuels

devrait donc déjà être abordée à cet âge-là.

Le dépistage des troubles de la vue et de l'ouïe doivent également y être effectués.

Les 6-16 ans, la scolarité obligatoire

La période de la scolarité est capitale pour le développement psychosocial et psychoaffectif de l'enfant (découverte des valeurs sociales). C'est aussi l'âge où les *difficultés d'apprentissage* attirent l'attention de l'enseignant, il s'agira de savoir les interpréter; de même que l'absentéisme scolaire qui peut être le révélateur d'une situation personnelle ou familiale difficile. La confrontation au risque de même que les essais de consommation de produits psychotropes (alcool, drogues, médicaments, etc.) y sont fréquents; les accidents et le suicide sont une cause de morbidité/mortalité importante de cet âge. Les enfants malades peuvent présenter alors une phase de *rejet* vis-à-vis de leur maladie, et risquent dès lors de négliger leur traitement. L'irruption de la *puberté*, véritable *tempête hormonale*, aura sur la vie de ces jeunes un impact nécessaire, mais parfois difficile. Il faut aussi aider les élèves à apprendre à reconnaître leurs propres difficultés et à (oser) les verbaliser.

Les plus de 16 ans

Les adolescents ont la vie difficile, c'est bien connu. La confrontation avec la nécessité de (déjà!) faire un *choix de vie* (d'études ou de profession), peut engendrer des tensions, personnelles ou familiales et des réactions parfois inadéquates. Se pose alors le problème de l'adaptation socioprofessionnelle, qui lorsqu'elle ne s'effectue pas «comme il faut», peut favoriser l'émergence de troubles de comportement, voire de troubles psychosociaux potentiellement graves, tels que la consommation de substances psychotropes, légales ou

illégalles, les fugues, les violences sur soi-même ou sur autrui, etc. Plusieurs enquêtes⁴ ont montré qu'une part importante des jeunes de cet âge se disent *mal dans leur peau*. La confrontation avec la société, c'est aussi la *confrontation avec la norme* et avec la pression très forte qu'elle exerce sur l'individu; la prévention et la promotion de la santé doivent à tout prix éviter ici le piège d'une approche normalisatrice.

La *quête de l'identité*, cruciale, passe par des phases d'affirmation de soi, parfois désordonnées, et de rejet, souvent violent, du modèle familial et social; démarche indispensable et salutaire, et qui comporte aussi un besoin de se confronter au *risque*, sous diverses formes; ces «conduites d'essai» (experimental behaviour) peuvent passer par la pratique de sports *extrêmes*, par des *vitesse excessives* sur la route, mais aussi par la consommation de produits dont les dangers, et leur (illusoire) maîtrise, peut être perçue comme une valeur positive. Il s'agit dès lors, *non pas d'interdire le risque*, mais d'offrir au jeune de l'accompagner dans sa démarche et de mettre en place avec lui les moyens (éducatifs, techniques, etc.) qui permettront d'en limiter les conséquences néfastes⁵.

C'est aussi l'âge où les adolescents souffrant de maladies chroniques ou de handicaps risquent de passer par des phases de *rejet* ou de *déni* de leur problème de santé, avec leurs conséquences néfastes (par ex. l'asthmatique qui troque son aérosol contre une cigarette).

Les PSS qui s'adressent aux adolescents devront tenir compte de leurs *perceptions* individuelles, de leurs *représentations* sociales et de la santé, ainsi que des problèmes qu'ils jugent eux-mêmes prioritaires⁶. Les projets seront d'autant mieux acceptés que les adolescents auront été *consultés* sur leur contenu et qu'ils intègrent leur vision du monde et de la santé.

* Exemple: Le «cercle magique» est une technique utilisée dans le cadre des leçons EGS; c'est un moment de libre parole de la classe réunie en cercle et où chacun peut exprimer ce qu'il ressent, en toute confidentialité; on ne coupe pas la parole et on ne porte aucun jugement.

Les adultes de l'école

Les adultes de l'école peuvent ne pas être a priori convaincus du bien-fondé du SSS. Or chacun a un rôle potentiellement important à jouer dans la politique de santé de l'établissement. Le rôle et l'attitude du directeur seront déterminants pour créer une ambiance favorable à la démarche. Ses collaborateurs pourront ensuite être sensibilisés, car *tous les personnels de l'école sont des relais* et des multiplicateurs de l'action préventive. Leur attitude sera pour beaucoup dans la création d'un état d'esprit favorable à ces activités, donc au développement d'un climat harmonieux pour les enfants.

Les parents

Les parents sont les premiers responsables de l'éducation de leur enfant, et c'est au sein de sa famille qu'il acquerra «la confiance en soi et une image positive et valorisante de soi-même»⁷. A cet égard, l'école peut jouer un rôle renforçateur, et le PSS agir en complément de l'action familiale. Une information régulière des parents est nécessaire, il est indispensable de les associer à part entière à la réflexion et à la mise sur pied des programmes de PEPS.

L'environnement scolaire

Un environnement scolaire favorable à la santé, au développement et à l'épanouissement personnel ne peut que faciliter les apprentissages. Cette ambiance positive résultera de la conjonction d'une volonté «politique» de la direction et de l'engagement des personnes concernées à la soutenir. Cela suppose une forte motivation de l'ensemble des équipes, un grande capacité d'innovation et de remise en question, allant parfois jusqu'à oser envisager une révision de certains fonctionnements de l'école. Un tel terrain sera propice

à la fois à l'enseignement et à l'implantation de programmes de prévention et de promotion de la santé.

L'environnement scolaire doit être compris dans un sens large, incluant notamment:

- Les transports publics et scolaires, avec leur composante de déplacement des populations des jeunes de la campagne à «la ville».
- Le temps libre occupé à «magasiner», à aller au bistrot, en ville etc.
- Les possibilités de nouvelles rencontres, et d'ouverture sur le monde.
- La chute des activités des mouvements de jeunesse et le regain d'intérêt pour les attitudes et les comportements en rapport avec le magico-spirituel, etc.

Les auteurs du projet GASPARG⁶, de Lille (F) définissent ce que l'on peut entendre par une politique de prévention (ici pour les toxicomanies, mais le modèle n'est pas exclusif): «Par politique de prévention nous entendons une attitude cohérente des personnels à trois niveaux:

- au *niveau individuel*: reconnaître que tous les élèves n'ont pas la même capacité à résister à la pression de leur environnement,
- au *niveau des groupes*: reconnaître que l'identité sociale de bon nombre de jeunes passe par l'identification à un groupe. La formation et la reconnaissance de délégués (ados-relais) est un élément déterminant,
- au *niveau de la communauté scolaire*: il ne peut y avoir de politique de prévention que s'il y a cohérence entre les attitudes et les comportements des tous les personnels d'une part, que si toutes les orientations et décisions (concernant le cadre de vie, les locaux, les emplois du temps, le règlement intérieur) d'autre part, ont le même souci: *permettre à chacun, élèves et personnels, de se sentir accueilli, enten-*

du et compris dans l'établissement, et de s'y rendre avec plaisir».

Programme et activités

Globalement, la politique de santé à l'école s'organise autour de trois axes:

- *Action collective* de promotion de la santé, générale ou spécifique (en interdisciplinarité)
- *Soutien individuel* aux élèves (et aux enseignants et autres personnels de l'école).
- *Contrôles de santé, dépistages*, notamment des problèmes auprès des enfants «à risque», et possibilité de faire les *vaccins* ou rappels recommandés.

Les programmes de PEPS à l'école devront faire l'objet d'une surveillance stricte, notamment au plan médical, afin d'éviter les dérapages (par ex. idéologiques). Il est aussi primordial d'utiliser au mieux les compétences des enseignants qui introduisent ou ont déjà introduit ces notions dans leur travail. Le *service dentaire scolaire*, qui doit être maintenu, n'est pas discuté ici.

Promotion de la santé et développement personnel

L'information sur les questions de santé est nécessaire, elle n'est pas suffisante. Il faut dès lors envisager des moyens d'animation et d'éducation adéquats, si l'on veut *agir sur les comportements*. Le programme jurassien d'éducation générale et sociale⁸ (EGS) en est un exemple; il permet à l'élève d'acquérir des compétences en termes de *développement personnel, d'acceptation de soi et des différences*, et de *résolution des conflits* dans les trois sphères de la vie «Moi», «Moi et les Autres», «Moi et l'Environnement». Cette approche répond adéquatement aux recommandations actuelles⁵ qui préconisent une intervention de prévention précoce, tout au long de

la scolarité, de type *non-spécifique* et à *large spectre*. Le programme est assuré par les *maîtres EGS*, qui sont des maîtres de classe formés à cette discipline.

D'autres programmes pourront être inventés ou introduits dans l'école, au gré des idées et propositions de l'équipe-santé (*Healthy School/OMS*⁹, approche *événementielle*¹⁰, etc.).

Des thèmes comme l'alimentation, la consommation de psychotropes, la gestion du stress, le rapport à la violence pourront être intégrés à ces approches.

Education à la santé: les interventions spécifiques

Certains thèmes nécessitent la contribution d'intervenants spécialisés, sous une forme intégrée au programme scolaire ou dans une leçon EGS, et pourra aborder entre autres:

- Education sexuelle/Information sida
- Education routière
- Information/éducation alimentaire, diététique, santé dentaire
- Prévention des dépendances
- Le sommeil, ses bienfaits, ses troubles et les moyens (artificiels et naturels) de les influencer.

Les intervenants spécialisés doivent être en contact étroit et interactif avec les enseignants de l'école. Ces derniers deviennent ainsi progressivement des «adultes relais» avec le réseau de spécialistes extérieurs. Dans l'établissement, les responsables de la prévention (médiateurs scolaires, animateurs de santé, ...) jouent aussi un rôle spécifique en relation avec la PEPS.

Contacts/entretiens individuels

Les jeunes doivent pouvoir trouver au sein de l'école une écoute attentive, discrète et compétente. Plusieurs personnels peuvent y répondre, du maître (EGS) de classe

à l'infirmière scolaire, en passant par le médiateur. Il ne s'agit pas de faire ici de la «médecine aux pieds nus» mais d'offrir une possibilité d'entretiens d'orientation, de l'aide, des conseils, voire une médiation au sens concret du terme (avec un autre enseignant, avec la direction, avec un spécialiste externe, etc.). Il y a là un rôle de *plaque tournante* important à jouer, et de mise en contact avec les services extérieurs à l'école; d'où l'importance du *travail en réseau*.

L'expérience a montré¹¹ que ce type de service peut être le lieu d'une première confiance d'un jeune souffrant de problèmes graves tels que violences, sévices sexuels, dépression avec envie de suicide, toxicomanie, etc. C'est également dans ce cadre que l'infirmière ou le médecin scolaire pourront offrir à l'élève qui souffre d'un problème de santé chronique une aide ou un appui, en complément de l'action de son médecin traitant (voire en contact avec lui). Ce type de travail doit également faire l'objet d'une supervision.

Contrôles, dépistages et bilans de santé

Le rôle du médecin de famille est primordial pour tout ce qui relève du dépistage des problèmes somatiques. Dans le contexte actuel, on peut douter de l'utilité du maintien d'une visite médicale scolaire visant au dépistage de troubles physiques tels que ceux de la statique vertébrale ou de la tension artérielle¹². On pourrait cependant apprendre aux infirmières scolaires (ou aux enseignants en éducation physique) à dépister de manière simple une scoliose grave et conserver un contrôle de TA lors de la dernière année scolaire.

Les *contrôles de santé* périodiques doivent être maintenus; effectués par l'infirmière, ils pourraient porter sur l'examen des éléments suivants:

- Vue (acuité visuelle, Daltonisme, microstrabismes, etc.)
- Ouïe
- Poids
- Taille

Le programme devra en être établi sur des bases objectives, les examens seront standardisés et un matériel adéquat mis à disposition. Tous les résultats pathologiques seront transmis au médecin qui rencontrera les élèves qui en ont besoin et/ou qui le désirent. Le dépistage (ciblé) de la tuberculose se fera conformément aux recommandations de l'Office Fédéral de la Santé Publique.

Pour faciliter l'approche des plus grands à l'occasion de cet examen, qu'il faut concevoir comme un *bilan de santé*, des questionnaires leur seront proposés que l'infirmière pourra utiliser ensuite comme guide d'entretien. Chaque élève doit pouvoir s'entretenir *en privé* avec l'infirmière à cette occasion; il lui permettra de mieux connaître l'enfant et ses éventuelles difficultés, et à l'élève de faire connaissance avec une personne à laquelle il sait qu'il pourra se confier s'il le souhaite; à cette occasion un message de prévention pourra être inclus dans la conversation et l'élève pourra aussi poser les questions qui le préoccupent.

Vaccinations

Bien que la nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMal) rembourse les vaccinations des enfants, nous nous rallions à l'avis de la Société suisse de médecine sociale et préventive (SSMSP) qui recommande le *maintien de la vaccination scolaire* pour garantir le meilleur taux de couverture possible dans la population.

En effet, si les enfants d'âge pré-scolaire ont en général une couverture vaccinale adéquate, il est démontré que son taux diminue avec le temps. Un SSS permet de pallier cette lacune et d'offrir les

rappels ou rattrapages. Ainsi, toute la population qui sortira de l'école aura une couverture vaccinale adéquate. Les vaccins et rappels seront gratuits pour l'élève, ils seront faits avec l'accord des parents et selon le plan de vaccination défini par l'OFSP. Ils seront effectués par l'infirmière (tâche déléguée), sous la responsabilité du médecin.

Intervenants

Le travail en santé scolaire est un *travail d'équipe*, et il est bon que tous les intervenants concernés se familiarisent avec les concepts *d'interdisciplinarité* et de *travail en réseau*; cela contribue à la création d'un environnement favorable au bon déroulement du programme, donc à son efficacité. Il est primordial que l'école dans son ensemble soit acquise à cette idée et que le directeur et tous les enseignants partagent la conviction du bien-fondé de cette «philosophie» de *l'école en santé*. Les *autorités scolaires* doivent être averties, sensibilisées, voire partie prenante de ces programmes. Les *psychologues scolaires* et *conseillers en orientation* scolaire et professionnelle ont bien sûr leur place dans ce dispositif.

Par ailleurs, les *professionnels de la santé scolaire*, le médecin mais surtout l'infirmière, devront être intégrés au fonctionnement et à la vie de l'école, notamment en participant à certaines réunions (d'enseignants, de parents, de classe, de commission scolaire ...).

Directeur

Il est évidemment un personnage clé de l'école. De par son autorité pédagogique, administrative et personnelle, il a un impact sur l'établissement, mais aussi vers l'extérieur. On peut donc attendre de lui qu'il joue un rôle de catalyseur et qu'il définisse, avec le

concours de ses collaborateurs et d'autres spécialistes extérieurs, la *ligne politique* de l'école en matière de santé. Son attitude permettra de mettre en place l'environnement adéquat, les conditions et les moyens pour réaliser les objectifs définis.

Enseignants

Tous les enseignants doivent être informés et si possible associés à la démarche, et il est souhaitable qu'ils participent aux activités, selon leurs affinités. Il serait aussi judicieux qu'ils reçoivent, lors de leur formation de base, une sensibilisation à ces approches et méthodes.

Le dépistage des *cas à problèmes* ne saurait se faire sans eux, car ils sont au premier rang pour observer leurs élèves; un maître de classe attentif est souvent le meilleur *dépisteur*; il faut donc les sensibiliser à la manière (signes/symptômes) dont les difficultés peuvent se manifester, et leur offrir un soutien afin qu'ils sachent où et à qui s'adresser, le cas échéant.

Il faut ici rappeler que l'enseignant(e) peut aussi être *client(e)* du SSS, et que ce dernier est à sa disposition pour des contrôles voire pour y *décharger* des problèmes personnels, surtout et d'autant plus s'ils sont liés à l'exercice de sa profession.

Enseignants et animateurs/trices «spécialisé(e)»

A l'intérieur de l'école, certains enseignants ont accepté une tâche particulière dans le domaine de la PEPS; mais leur premier rôle reste celui de pédagogue, et leur engagement dans la médiation ou la prévention est un aspect marginal de leur activité; ce ne sont pas des «therapeutes aux pieds nus» ni des assistants sociaux «au rabais»:

– Les *médiateurs scolaires*: sont à la disposition des élèves pour des

contacts individuels, et leur offrent une écoute active, des conseils, voire une orientation sur un service spécialisé.

– Les *animateurs de santé*: ils imaginent, proposent, organisent, etc. des actions et des programmes de PEPS pour l'ensemble de l'établissement.

– Les *mâitres EGS*, animent, dans leur classe, l'heure hebdomadaire consacrée à l'EGS, et ce avec les *outils* acquis lors de leur formation, et le matériel didactique mis à disposition.

D'autres intervenants (*spécialistes* en général *externes*), interviennent à l'école. Pour toutes les interventions mentionnées ci-dessous, et tout particulièrement dans le domaine des dépendances, il est important qu'elles soient préparées et abordées en collaboration avec les enseignants dans une *optique d'établissement*, qui tienne compte des réalités et du vécu de l'école concernée. Exemples:

– Les *animatrices en éducation sexuelle*

– Les *intervenant(e)s en toxicomanies*

– Les agents de la *prévention routière*

– D'autres professionnels pourront être appelés à présenter un problème spécifique: les personnels du *planning familial*, *policiers*, *travailleurs sociaux*, *médecins*, *psychologues scolaires*, *conseillers en orientation professionnelle*, etc.

Infirmière scolaire

L'infirmière scolaire est un personnage clé du dispositif; elle devra être *intégrée* à la structure et au personnel scolaire; il est primordial qu'elle soit clairement *identifiée* dans sa fonction, *reconnue* dans son rôle et qu'elle puisse être régulièrement *disponible* dans l'école, même à temps (très) partiel. Son statut de *non enseignante* pourra faciliter l'approche de certains élèves, et le secret profes-

sionnel auquel elle est soumise doit garantir une totale confidentialité; cette confiance que les élèves doivent avoir en elle les aidera aussi à faire le premier pas. En tant qu'unique *professionnelle de la santé* de l'établissement, elle aura un rôle important de *relais* à jouer (avec le médecin scolaire et le réseau des services extérieurs, relais aussi entre élèves et enseignants). Son cahier des charges peut se résumer comme suit:

- Contrôles de santé des élèves et dépistages selon programme (taille/poids/vue/ouïe, etc.).
- Entretiens individuels systématiques au cours de certaines années scolaires, et à la demande pour tous les élèves (permanence hebdomadaire par exemple).
- Annonce au médecin scolaire des résultats des contrôles et des situations rencontrées.
- Contacts et attention particulière pour les enfants malades, notamment chroniques.
- Vaccinations selon programme (tâche déléguée par le médecin).
- Gestion du dossier - santé/de la fiche médicale de élèves.
- Statistique des activités, contrôles, vaccinations, etc. (*Epidémiologie scolaire*).
- Participation à des projets de recherche et évaluation des activités du PSS.
- Relais avec le médecin pour les cas signalés par les enseignants, et orientation.

- Contribution à la réflexion/conception/réalisation/animation des programmes de PEPS de l'établissement, ainsi qu'à la sensibilisation des enseignants aux problèmes de santé.

Médecin scolaire

Dans un SSS tel que présenté ici, le médecin joue un rôle important d'appui, de conseil et de soutien; s'il est moins présent en première ligne, par exemple pour les contrôles de dépistage, il reste néanmoins le responsable et le conseiller médical de l'établissement. Il est en contact (et en confiance!) avec la direction qu'il aura à conseiller dans la conception et la réalisation de sa politique de santé. Il sera aussi disponible pour apporter son concours, son appréciation et son aide afin de trouver des solutions pour les cas qui lui seront signalés. A cet égard, il est donc primordial qu'il développe une bonne collaboration avec l'infirmière de l'école. Son intervention sera plus personnalisée (et personnelle!) que dans le système actuel. Il est souhaitable que le médecin scolaire consacre à cette activité un *temps suffisant* afin de s'y sentir à l'aise, de participer à des réunions de *travail interdisciplinaire* (réseau) ainsi qu'aux activités de PEPS, et de pouvoir justifier d'un temps de *formation continue* adéquat; une organisation par région avec des

médecins scolaires à temps partiel serait préférable. Les infirmières et des médecins scolaires formeraient ainsi une *équipe* qui pourrait coordonner le travail et participer aux activités des écoles où ils interviennent. Ces réunions permettraient de définir une unité de doctrine et une pratique commune, et de parfaire la formation continue.

Compétences et formation

La formation doit être promue, donc facilitée, et si possible exigée, en y incluant également des possibilités de *supervision*. La formation de base de l'enseignant, du médecin ou de l'infirmier ne donne à aucun de ces professionnels les compétences spécifiques nécessaires pour un travail adéquat dans le domaine de la santé scolaire. Il est donc souhaitable, voire indispensable, que les infirmières aient une formation en santé publique, et que les enseignants qui acceptent de telles tâches bénéficient de possibilités de perfectionnement, telles que par exemple les formations de médiateur ou d'animateur de santé.

La formation de base des enseignants devrait inclure une sensibilisation à l'observation et au dépistage des problèmes de développement de l'enfant, ainsi qu'une réflexion sur la santé, sur soi-

Intervenants Formation	Enseignant «spécialisé»	Infirmier(ère) scolaire	Médecin scolaire
- de base	pédagogie	soins infirmiers	médecine
- spécialisée	branche/discipline animateur santé médiateur	santé publique pédiatrie psychiatrie	pédiatrie médecine générale médecine interne
- spécifique	formations (si possible en commun) en promotion de la santé, communication, animation, EGS, sida, résolution de conflits, etc.		

Tableau 1. Formation.

même, son corps etc. Cela aiderait l'enseignant à acquérir, en plus du savoir et du savoir-faire, un authentique *savoir-vivre/savoir-être*.

Pour les médecins, il n'existe pas de «FMH en médecine scolaire», mais des connaissances de pédiatrie (développement psychomoteur de l'enfant), de psychologie, de pédagogie, voire de communication sont indispensables.

En fonction des compétences que l'on peut attendre des professionnels de la santé scolaire, il convient d'imaginer et d'offrir des modules de formation ad hoc.

Car le profil idéal de ces personnes suppose de bonnes aptitudes à :

- 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 (pédiatrie).
- Travailler en équipe interdisciplinaire et en réseau (donc aussi un bon carnet d'adresses).

La participation à des formations communes faciliterait l'apprentissage de *l'interdisciplinarité*; bien travailler ensemble suppose un minimum d'outils communs et une *base culturelle*/un langage partagés par tous; les contacts créés à ces occasions ne pourraient que renforcer les liens du réseau.

Coordination intra- et extra-scolaire

Le travail en équipe interdisciplinaire et en réseau est ressenti comme une nécessité, il faut donc s'en donner les moyens. La formation en est une des bases, et la coordination permet sa concrétisation. A cet égard, le rôle de tous les intervenants cités plus haut est déterminant, et leur capacité à communiquer entre eux ne l'est pas moins; à l'intérieur de l'école, les rencontres, les échanges et la communication ne fonctionneront que si

une structure adéquate est mise en place. Un groupe constitué, réunissant les principaux professionnels concernés, les élèves, les parents, etc. pourrait être chargé d'une réflexion/coordination commune à l'établissement, et serait l'organe de contact avec l'extérieur; on pourrait ainsi créer un *Conseil de santé scolaire*, qui jouerait ce rôle. Les services cantonaux (de l'enseignement, de la santé, etc.) seraient chargés d'assurer la coordination par le biais d'une *commission cantonale de santé scolaire* (voire de «santé jeunesse»), regroupant tous les partenaires. Cette commission serait en contact, par ses membres et représentants de divers services/ligues/associations/institutions, avec les milieux de la PEPS du canton. Elle jouerait donc aussi un rôle de relais. Il serait souhaitable que cette commission soit également associée à la mise en place des mesures préventives destinées à la jeunesse en général, y compris en dehors du cadre scolaire.

Un autre groupe réunirait les médecins et infirmières scolaires; lieu d'échanges et de formation continue, il pourrait contribuer à évaluer et définir les mesures à intégrer dans les contrôles, les programmes d'activités etc. Finalement, l'ensemble du système bénéficierait de la présence d'une

personne extérieure et *neutre* et qui apporterait une aide en termes de conseil, d'analyse et de réflexion sur la pratique voire de supervision; cette fonction nouvelle (le «régulateur du système»¹³), qui suppose des compétences et une formation en éducation, en psychologie et en communication pourrait aider les enseignants et autres intervenants à (se voir) fonctionner.

Communication – information – échanges

Les échanges et contacts avec d'autres professionnels et établissements sont indispensables afin de développer de nouvelles activités, les échanger, les confronter etc. Le groupe de coordination aura donc une tâche de récolte, classification, évaluation et diffusion d'information. Le progrès naîtra de l'échange d'expériences, de la confrontation de méthodes et de concepts (lors de séances de formation, colloques, congrès, etc.); des réseaux existent, où il est possible de s'intégrer (REFIPS¹⁴, REES¹⁵, par ex.) et de trouver des idées, des matériels, des personnes ressource, etc. (évaluation d'expériences menées ailleurs et de l'intérêt de leur introduction dans nos écoles, *import-export* des idées, concepts et matériels).

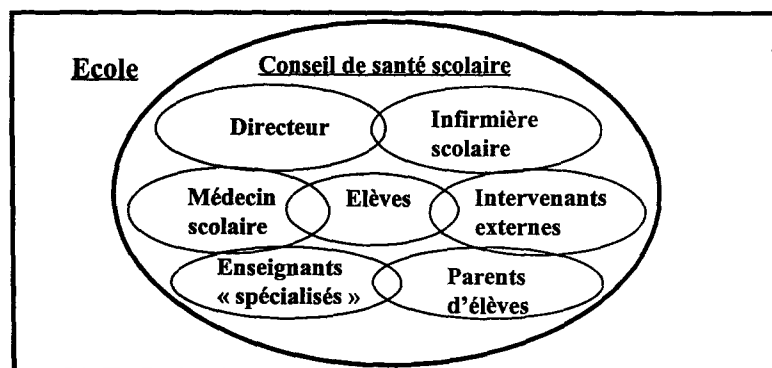


Figure 1. Le conseil de santé scolaire.

En guise de conclusions

Les problèmes de santé publique que nous connaissons actuellement sont bien différents de ceux qui ont présidé à la mise du pied du service médical scolaire tel qu'il existe et fonctionne encore aujourd'hui; une réforme en profondeur s'impose, qui va mettre en avant la prévention primaire de maladies souvent chroniques et non transmissibles; la prévention des épidémies cède le pas à la promotion de la santé; certaines maladies infectieuses et transmissibles, tel que le SIDA doivent faire l'objet d'une attention particulière et d'une prévention spécifique. Le dépistage médical/somatique individuel, n'est plus l'outil principal

d'un dispositif qui intègre une approche bio-psycho-socio-culturelle (sic!) et un travail en collaboration inter-disciplinaire. Il faut considérer que cette tâche n'est pas exclusivement celle des parents ou des enseignants ou des médecins et autres professionnels de la santé, mais qu'elle incombe à tous ceux-là en souhaitant qu'ils travaillent de plus en plus ensemble et en bonne coordination.

Il faut ici rappeler la nécessité de procéder systématiquement à l'évaluation des programmes et des actions mises en place à l'école; on s'intéressera autant à l'évaluation des processus et fonctionnements qu'à celle des résultats, pour autant qu'ils puissent être mesurés.

Ce besoin légitime et reconnu de réforme ne doit pas nous amener à «jeter le bébé avec l'eau du bain» et les acquis et compétences qui ont été développés doivent être mis en valeur et intégrés dans ce concept. Tout changement porte en lui une certaine dose de risque et il faudra être attentif à ne pas démobiliser des forces voire des enthousiasmes mais au contraire à les réorienter dans une nouvelle dynamique. Le plus important est de ne pas perdre de vue l'objectif de l'exercice qui est de donner aux citoyen-ne-s de demain des moyens et des compétences afin qu'ils puissent eux-mêmes préserver, développer et gérer au mieux le *capital santé* qu'ils ont reçu à la naissance.

Zusammenfassung

Schulgesundheitswesen: Für eine neue Gesundheitspolitik in der Schule

Erziehung ist Gesundheit, denn es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und dem Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Er findet seinen Ausdruck in der Verschlechterung des Gesundheitszustandes der sogenannten „benachteiligten“ Bevölkerungsschichten, bei denen sich eine wenig beneidenswerte sozioprofessionelle Lage und eine beträchtliche Gesundheit vereint finden. Ungleichheit erhält und fördert Ungleichheit. Die Schul- und Berufsbildung trägt zum Abbau dieser Unterschiede bei; auch kann die Schule ein Ort sein, wo man Aktionen zur Gesundheitsförderung anbietet und durchführt. Ausgehend von einer kritischen Bestandsaufnahme der derzeitigen schulärztlichen Dienste und deren Arbeitsweise in den Kantonen schlägt die vorliegende Studie eine Systemreform vor mit dem Ziel, Gesundheitsschutz und -förderung in der Schule zu stärken. Die Rolle der verschiedenen Akteure, insbesondere jene des Schularztes, wird aufgrund altersspezifischer Probleme und adäquater Aktionsprogramme überarbeitet. Die periodischen somatischen Untersuchungen werden zweitrangig, und der Schwerpunkt liegt auf der (primären, sekundären und tertiären) Prävention unter einem bio-psycho-sozialen Ansatz. Vernetztes Arbeiten in interdisziplinären Teams sowie die spezifische Ausbildung aller Beteiligten sind zu fördern.

Summary**Healthy school: For a new health politic in school**

Education promotes health: this long standing observation is based on numerous population-based observations relating the education level with overall welfare and poor socioprofessional abilities with diminished health status. To achieve health promotion through education, health promotion programs must be integrated within schooling system and professional education. An analyse of the current program of school medicine in several Swiss cantons is presented. Critics and proposals aimed to a reform of the system are discussed. The major objective of these proposals is to increase health protection at school. The education and training of physician acting in the schools must be better defined. Less emphasis should be given to screening and assessment of somatic conditions. The teachers must be given a larger place in health promotion. The programs have to be adapted to the specific problems of each age. The key of success is a networking, with interdisciplinary teams, well educated and highly motivated.

Références

- 1 Borel B. Santé scolaire: courte revue de littérature et aspects de pratiques cantonales. Université de Genève, 1996.
- 2 Fontana E, Nicod P-A. Prévention et santé dans les écoles vaudoises: Travail en réseau et interdisciplinarité, Réalités sociales, Lausanne, 1996.
- 3 Baierlé J-L. Médecine scolaire en mutation, Coordination, CDIP, No 45, Déc. 1996.
- 4 Gutzwiller F & coll. La santé des jeunes de 20 ans en Suisse. IMSP-Zurich, avril 1996.
- 5 Actes du Colloque de l'ISPA, Lausanne, avril 1996.
- 6 Michaud P-A, Narring F. Enquête sur la santé des adolescents, IUMSP-Lausanne, 1994.
- 7 Fortin J. L'école et les drogues: la prévention à quel prix? Santé publique 1995, No 2, pp. 221–227 (Projet G.A.S.P.A.R., Académie de Lille/F).
- 8 Girardin M. Education Générale et Sociale, Objectif Grandir. SEN-Jura, 1993.
- 9 OMS: Organisation Mondiale de la Santé: Programme Healthy School.
- 10 Cordonnier D. Evénements quotidiens et bien-être à l'adolescence. Ed. Médecine et Hygiène, 1996.
- 11 Michaud PA & coll. Le Programme «Jeunesse et santé». Rev. Méd. S. Rom, 1995.
- 12 Guide canadien de médecine clinique préventive. Ed. Santé Canada, 1994.
- 13 Humair M. Prévention des troubles de la personnalité au travers du système scolaire. CEFOPS, 1996.
- 14 Réseau francophone international de promotion de la santé (REFIPS).
- 15 Réseau Européen d'Ecoles en santé (REES).

Remerciements

Merci à Bernard Borel, Jean Martin et Pierre-André Michaud pour leur lecture attentive et critique et pour leur conseils, ainsi qu'aux membres de la Commission du Service Médical et Dentaire Scolaire du Jura pour leur participation active à l'élaboration de ce texte.

Adresse pour correspondance

Dr. Jean-Luc Baierlé
Institut de médecine sociale et préventive
Université de Lausanne
Rue du Bugnon 17
CH-1005 Lausanne