

Editorial

La médecine scolaire suisse a l'heure du choix

La médecine scolaire est-elle appelée à disparaître? A discerner la crise profonde qu'elle a vécue dans de nombreux pays (1), on aurait pu le croire il y a quelques années encore. Doit-on au contraire s'attendre à la voir survivre, ou même revivre? Bien des indices sont en faveur de cette seconde hypothèse (2); mais pas dans n'importe quelles conditions, ni à n'importe quel coût, surtout en période de récession économique.

Une réorientation majeure nous semble s'imposer quant aux niveaux de l'intervention préventive et nous en rappellerons les méthodes à mettre en oeuvre.

Lorsque les services de médecine scolaire se sont créés, il était opportun de centrer leurs fonctions sur la prévention secondaire, c'est-à-dire sur le dépistage:

- à l'entrée à l'école: à la recherche d'anomalies avec impact fonctionnel - qui auraient passé jusque là inaperçues (p.ex. sensorielles);
- à la fin de la scolarité obligatoire: à l'affût notamment de contre-indications médicales à l'entrée en apprentissage (3);
- dans l'intervalle: à la recherche systématique et périodique d'affections intercurrentes (infectieuses, parasitaires), notamment d'une conversion du test tuberculinique, mais aussi d'anomalies ou d'affections survenues pendant l'accélération pubertaire de la croissance (attitudes scoliotiques ou scoliooses vraies, p.ex.).

Maintenant que la plupart des anomalies apparues dans la première enfance sont dépistées avant l'entrée à l'école, c'est davantage aux niveaux tertiaire et primaire de la prévention que doivent (et devront) fonctionner les services de santé scolaire.

Au niveau de la prévention tertiaire, il s'agit surtout de la prise en charge - ou du contrôle suivi de celle-ci - de handicapés de tous ordres (sensoriels, mentaux, moteurs ou multiples), mais principalement de degré léger, c'est-à-dire nécessitant une intégration scolaire normale, avec ou sans mesures spécifiques adaptées.

Au niveau de la prévention primaire, les développements sont plus variés - mais assez connus pour qu'on puisse se borner ici à les rappeler brièvement -. Les uns s'adressent aux conditions du travail scolaire: confort physique des classes (température, humidité, éclairage, mobilier, etc.), d'une part; optimisation de l'organisation du calendrier, de l'horaire et des contraintes psycho-sociales de "l'apprentissage" du métier d'écolier, d'autre part.

Les autres développements englobent les formes, classiques ou nouvelles de l'éducation pour la santé: classiques lorsqu'il s'agit de l'enseignement, dans les classes, des "sciences de la santé", notamment au niveau de la scolarité secondaire; nouvelles lorsqu'il s'agit, par exemple, d'introduire ce que l'on appelle, en France depuis 1977, les clubs de santé, "activité pédagogique originale, centrée sur un thème précis, à laquelle les adolescents adhèrent de façon facultative, en fonction d'un choix responsable" (4).

Quant aux méthodes à mettre en oeuvre, il faut rappeler ici qu'elles nécessitent une intégration particulière (presque spécifique aux services de santé scolaire)

- de la psychologie et de la clinique, surtout lors des consultations ouvertes aux écoliers;
- de l'épidémiologie, pour mettre en évidence l'évolution de l'incidence et de la prévalence des problèmes collectifs de santé, donc l'apparition de nouveaux besoins;
- de l'ergonomie, pour optimiser le cadre et l'organisation du travail scolaire;
- de la psycho-sociologie et de la pédagogie pour l'étude et la mise en oeuvre de programmes efficaces d'éducation à la santé en milieu scolaire (4), notamment ceux dans lesquels les membres de l'équipe de santé scolaire jouent le rôle de "conseillers ès santé" auprès des directions et des membres du corps enseignant, et ces derniers le rôle de "multiplicateurs" vis-à-vis des élèves.

Où le médecin praticien appelé à fonctionner à temps partiel comme médecin scolaire va-t-il trouver les références et les compétences méthodologiques intégrées nécessaires? D'abord, dans les services de santé scolaires urbains où se trouvent des collègues formés en santé publique; ensuite, dans les Instituts de médecine sociale et préventive, ainsi que dans des Unités ou Instituts autonomes de médecine et d'hygiène; enfin, au sein même de la Société suisse de médecine sociale et préventive, toute heureuse de voir réapparaître une structure propre aux médecins scolaires.

Placée récemment à la croisée des chemins, la médecine scolaire suisse saura-t-elle choisir la meilleure voie? La première réunion du groupe des spécialistes en médecine scolaire - organisée par son noyau dynamique dans le cadre des Journées scientifiques de la Société - et le succès qu'elle a rencontré auprès d'un grand nombre de médecins scolaires de notre pays, font bien augurer de ce choix. Les contributions qui constituent ce numéro permettront au lecteur de se faire une idée sur la pertinence des développements esquissés ci-dessus.

Olivier J e a n n e r e t , Prof. Dr méd.
Directeur de l'Institut de médecine sociale et
préventive de l'Université de Genève

Références bibliographiques

- 1) *La santé scolaire*. En: OMS. *Les services de santé en Europe*, 2ème éd. Copenhague, 1974, OMS Bureau régional de l'Europe
- 2) *Services de santé scolaire et universitaire*. En: Jeanneret O., Deschamps J.P., Manciaux M., Sand A.E. *Les adolescents et leur santé*, Flammarion, Paris, sous presse (chap. 20/I)
- 3) *Monde du travail*, *Ibidem*, chap. 20/II
- 4) *Education pour la santé*, *Ibidem*, chap. 24