

Médecine scolaire: aspects dynamiques d'une discipline

P. Philippe¹

Depuis plus d'un siècle, la médecine scolaire évolue à l'instar de la médecine, et comme le reste du monde d'ailleurs. Cette évolution s'est faite dans l'intérêt de l'école et plus particulièrement des élèves. Nous pouvons ainsi distinguer plusieurs pistes d'évolution avec leur dynamique propre.

Première piste: l'évolution des connaissances scientifiques et celle de la pathologie

- a) La régression des maladies contagieuses avec certains développements inattendus, touchant la parasitologie, les maladies vénériennes.
- b) Le développement de situations médico-sociales dues à la transformation de notre société: puberté plus précoce, atomisation de la famille, toxicomanies, pathologie alimentaire (disparition des avitaminoses et prolifération de l'obésité), meilleure médicalisation de la population infantine.
- c) L'apparition d'une pathologie causée par l'école (accidents de sport et sur le chemin de l'école, fatigue scolaire, inadaptation scolaire physique et psychique).

Deuxième piste: le morcellement de la médecine scolaire,

à savoir les différentes spécialisations issues du tronc commun. Presque partout en Suisse on peut distinguer:

1. des médecins qui s'occupent de médecine scolaire somatique au sens strict du terme;
2. des médecins de services compétents pour le dépistage de la tuberculose;
3. des physiatres, physiothérapeutes et pédagogues spécialisés dans le traitement des troubles de la tenue, voire de la pathologie du rachis;
4. des psychiatres, psychologues, logopédistes, qui abordent l'aspect mental de la pathologie scolaire;
5. des équipes médico-pédagogiques s'occupant d'enfants inadaptés sur le plan neuro-orthopédique et sensoriel;
6. des équipes médico-pédagogiques s'occupant d'enfants inadaptés sur le plan psychique (institutions ou classes spéciales pour oligophrènes, autistes, psychopathes);
7. des médecins-dentistes touchant l'aspect odontologique et orthodontique;
8. des équipes thérapeutiques et prophylactiques de la carie dentaire (cliniques dentaires ambulantes, fluoroprophyllaxie);
9. des organisations médicales, paramédicales ou

- pédagogiques qui abordent les problèmes de la sexualité ou d'autres problèmes de santé;
10. enfin des médecins scolaires de campagne qui doivent s'occuper de tout, ou presque.

Troisième piste: la généralisation et l'universalisation de la médecine scolaire

Les périodes habituellement quadriennales de contrôle scolaire s'étendent actuellement à toute la période scolaire, voire préscolaire. Depuis plusieurs décennies et de façon générale, on contrôle en Suisse les enfants à l'entrée à l'école primaire, au milieu et en fin de scolarité obligatoire. De plus en plus, on insiste sur l'importance d'un contrôle en classe maternelle afin d'évaluer l'aptitude à entrer à l'école primaire. A l'autre extrémité de l'âge scolaire, les contrôles s'imposent, en classe moyenne supérieure, au lycée, à l'école professionnelle, avec un accent donné sur l'orientation professionnelle et l'adaptation médico-professionnelle. Ainsi voit-on l'enfant, dès la maternelle et jusqu'à l'entrée dans la vie active, pris dans un système médico-social.

Quatrième piste: l'engagement en médecine scolaire d'un éventail de collaborateurs toujours plus vaste

Les obligations légales, tant cantonales que fédérales, mettent à contribution toujours plus de médecins, de spécialistes paramédicaux et de pédagogues. Les médecins, pour leur part et quelle que soit leur formation ou spécialisation, se voient engagés comme médecin scolaire généraliste ou spécialiste.

Sur un autre plan, un clivage apparaît de plus en plus entre une médecine scolaire faite dans les grandes agglomérations par les médecins à plein temps de services structurés, et une médecine scolaire de campagne, faite par des médecins engagés à temps partiel, pour ne pas dire à temps minime. Il en résulte évidemment une grande variété dans la manière d'accomplir le travail et dans la compétence de chacun. Quelque 1700 médecins fonctionnent actuellement sur le territoire de la Confédération au titre de médecin scolaire «sensu stricto».

La médecine scolaire est donc une discipline de la médecine sociale et préventive. Sujette aux évolutions de la science et de la société, s'infiltrant de plus en plus dans la vie de l'école avec une tendance à s'atomiser en diverses fonctions, à se généraliser géographiquement, tout en offrant, selon les régions, des prestations très diverses, elle nous force aujourd'hui à une réflexion quant à son identité et à sa dynamique propre.

En d'autres termes, peut-on, sur la base des quatre pistes de réflexion proposées, parler aujourd'hui d'une seule médecine scolaire? Pouvons-nous trouver un dénominateur commun entre nos activités, un langage

¹ D^r P. Philippe, pédiatre FMH, médecin des écoles, rue du Marché 2, CH-2800 Delémont.

commun? Je voudrais pouvoir dire oui, tout en mettant une limite à notre ambition, afin que soit assuré ce service rendu à nos enfants et à notre jeunesse.

Cela pourra paraître un truisme: le médecin d'école doit s'occuper de médecine scolaire. Il doit s'occuper d'enfants à l'école, pour autant qu'une pathologie en rapport avec l'école est envisagée. Ainsi, la médecine scolaire doit éviter deux écueils. Celui de se lancer dans la médecine générale, prenant ainsi la place du médecin de famille; celui également de céder aux tentations de la médecine collectiviste en raison du matériel d'observation privilégié qui s'offre à elle.

A l'avenir, le médecin d'école devra concentrer son attention sur les problèmes de l'adaptation de l'enfant aux conditions scolaires, du jeune homme ou de la jeune fille aux conditions d'apprentissage. Il doit ensuite se pencher sur l'adaptation de l'école ou de l'apprentissage aux conditions de notre jeunesse. Enfin, il doit être le protagoniste d'une politique de santé publique dans le cadre de l'école.

a) *L'adaptation de l'enfant aux conditions scolaires*

L'examen dès l'école infantine s'avère une prise de contact indispensable qui permet une bonne adéquation du futur élève à son milieu scolaire. Il me paraît important que le médecin commis à cette appréciation puisse le faire dans le cadre d'un examen de dépistage; son angle d'appréciation ne sera plus celui de la consultation privée. Le contact avec l'élève et l'enseignant, voire les parents, me paraît l'élément déterminant. Le médecin doit fournir une déclaration d'aptitude et proposer des mesures pour améliorer cette aptitude en cas de besoin. Même remarque pour la fin de la scolarité en ce qui concerne, sur le plan de la santé, le choix de la profession et l'adaptation à l'apprentissage.

b) *L'adaptation de l'école aux conditions de l'élève*

Le sujet est vaste et dépasse largement les trois visites médicales traditionnelles. Ce postulat mérite qu'on s'y arrête à l'avenir. Sans empiéter sur le domaine très discuté de la pédagogie, il nous paraît essentiel de constater et de dénoncer, le cas échéant, l'inadéquation de certains locaux scolaires, l'incompétence psychologique de certains enseignants, les programmes hypertrophiques abrutissants, l'exploitation des apprentis par les patrons. Sujet explosif s'il en est mais auquel nous ne devons pas nous dérober.

c) *Une politique de santé publique*

Dans le sens d'une promotion de l'enseignement des problèmes touchant à la vie et à la santé: éducation sexuelle, encouragement aux sports, prévention des toxicomanies, enseignement de l'hygiène en général.

Cette prétention à gérer à l'avenir les problèmes de médecine scolaire doit à tout prix replacer le médecin scolaire «sensu stricto» au centre d'intérêt et de décision. Il conservera l'initiative et la haute surveillance sur ce qui touche l'avenir médico-scolaire des élèves qui lui sont confiés.

A l'évolution des connaissances scientifiques et de la pathologie, il doit s'adapter par une formation post-graduée régulière.

Devant l'éclatement de la discipline, il doit faire un effort de synthèse par une surveillance longitudinale des élèves dont il est responsable. Certes il ne peut prétendre remplacer le dentiste, mais il se fera une vue d'ensemble de l'état dentaire de la population qu'il supervise. Certes l'enfant placé en institution lui échappera, mais il aura participé activement à son placement. Il conservera un droit de regard sur les contrôles radiophotographiques. Il n'abandonnera pas complètement aux psychiatres le soin des enfants difficiles, tant il est vrai que le corps et l'esprit ne font qu'un seul être humain.

Face à la généralisation des contrôles scolaires à tous les niveaux il doit assurer, par des dossiers efficaces, simples et transmissibles, la poursuite de l'observation de chaque écolier, gardant à l'esprit la qualité personnelle de l'acte médical et évitant l'écueil de la carte perforée et de la vaine statistique. Les adolescents auront sa toute particulière sollicitude, ces clients qui ne veulent plus du pédiatre (qui n'arrive pas à s'imposer en tant qu'«éphébiatre»), alors qu'ils n'intéressent pas, voire qu'ils intimident, le médecin d'adultes.

Enfin, le groupe de médecine scolaire de la SSMSP se doit d'assurer une liaison permanente entre le médecin scolaire à temps minime et les services permanents des grands centres. On évitera ainsi une rupture qui serait préjudiciable à une bonne médecine scolaire: d'une part les médecins de campagne tentés de bagatelliser une fonction qu'ils ont peut-être acceptée de plus ou moins bon gré, d'autre part les médecins à plein temps tentés de justifier leur engagement par une activité qui déborderait le cadre qui leur est assigné. Mais, précisément, ces derniers sont les seuls à pouvoir informer par une étude systématique les confrères qui sont dans le terrain.

En conclusion, je propose que nous posions le dilemme suivant:

Admettre qu'à la périphérie on fasse une médecine scolaire réduite à des automatismes et que, dans les centres, l'élève soit réduit à un numéro de fiche perforée, ou alors, promouvoir en toutes circonstances une médecine attentive à la personnalité de chaque élève, grâce à l'appui et à l'encouragement de nos confrères travaillant à plein temps.

Résumé

La médecine scolaire évolue au gré des connaissances nouvelles, des variations de la pathologie et de l'épidémiologie, d'une dispersion des responsabilités quant au diagnostic et au traitement, de l'emprise progressive de la médecine dans les structures scolaires et de la formation très variée des médecins engagés. Discipline de la médecine sociale et préventive, répond-elle encore à un dénominateur commun? L'affirmer c'est donner au médecin scolaire «sensu stricto» sa place primordiale. Mais encore faut-il formuler de nouvelles consignes à la lumière d'une réflexion permanente, ce que les jeunes attendent du médecin dans leur situation d'élèves. Aujourd'hui c'est l'adaptation de l'élève à l'école, celle de l'école

face à notre jeunesse qui prime, avec un apport pédagogique spécifiquement médico-social de prévention primaire. Une prise de conscience collective des médecins d'école sous l'égide de la SSMSP est la bienvenue.

Zusammenfassung

Schularzt heute, immer noch eine dynamische Tätigkeit

Die schulärztliche Tätigkeit entwickelt sich in Abhängigkeit von den neuen wissenschaftlichen Kenntnissen, den wechselnden pathologischen und epidemiologischen Gegebenheiten, der Aufsplitterung in diagnostische und therapeutische Verantwortungsbereiche sowie je nach dem Anteil der schulärztlichen Tätigkeit und der unterschiedlichen Ausbildung der Schulärzte. Gesteht man diesem Fach der Sozial- und Präventivmedizin auch heute noch einen gemeinsamen Nenner zu, so nimmt der Schularzt wieder seine ursprüngliche Schlüsselstellung ein. Um dieser Aufgabe und den Bedürfnissen der Schüler in der jeweiligen Situation gerecht zu werden, müssen jedoch die Prioritäten und die Methoden der schulärztlichen Tätigkeit dauernd neu überdacht werden. Entscheidend ist heute die Anpassung des Schülers an die Schule, aber auch die Haltung der Schule gegenüber der Jugend; an die Schule wird die Forderung

nach einer den sozialmedizinischen Gegebenheiten entsprechenden und auf primäre Prävention ausgerichteten Gesundheitserziehung der Jugend gerichtet. Eine neue, gemeinsame Bewusstseinsbildung der Schulärzte im Rahmen der SGSPM wäre zu begrüssen.

Summary

School Health and its present Evolution

School health is evolving according to new knowledge, variations of pathology and epidemiology, scattering of responsibilities as to diagnosis and treatment, progressive coverage of school career, and diverse professional training of the physicians involved. As part of social and preventive medicine does it still correspond to a common denominator? If we pretend so we give the school physician "sensu stricto" a primordial position. But then we ought to formulate new directions inspired by the light of permanent reflexion what youth are expecting from the physician in their situation of students. Today pupil adaptation to school and adaptation of the latter to our young pupils ranks first, with a specific medico-social and pedagogical assistance focused on primary prevention. Therefore collective awareness of school physicians under the auspices of the Swiss Society of Social and Preventive Medicine is welcome.

Augenuntersuchungen im Kindergartenalter

(ein neuer Test zur Untersuchung des Stereosehens)

J. Lang

Es wird allgemein anerkannt, dass die ersten Untersuchungen der Sehfunktion bereits vor Schulbeginn durchgeführt werden sollen. Dadurch ist es möglich, Untersuchungen und Behandlungen, die das Kind belasten und sein Sehen beeinträchtigen, während der Schulzeit weitgehend zu vermeiden. Das gilt vor allem für Brillenverordnungen in Atropisation und für Amblyopie- und Schielbehandlungen. Reihenuntersuchungen der Sehfunktionen sollten deshalb bereits im Kindergarten durchgeführt werden.

In bezug auf die Methode der Visusprüfung herrscht weitgehend Klarheit. Am besten und wissenschaftlich einwandfrei sind die Prüfungen mit den E-Haken. Hier kann man vielleicht unterschiedlicher Ansicht sein über jene Visusverminderung, die eine Überweisung zum Augenarzt nötig macht. Soll man alle Kinder überweisen, die 1,0 nicht erreichen, oder darf man mit einem schwächeren Visus zufrieden sein? Im allgemeinen ist man der Ansicht, dass man Kinder überweisen soll, die den Visus von 0,8 nicht erreichen. Man darf dieses Problem nicht überschätzen, denn der Unterschied zwischen 0,8 (Auflösungsvermögen 1,25 Bogenminuten) und 1,0 (1 Bogenminute) ist sehr gering, und der Visus von 0,9 wird zum Beispiel in den USA, wo man von 20/20 und 20/25 (feet!) spricht, vernachlässigt. Grössere Probleme treten auf, wenn man die Untersuchung des Binokularsehens prüfen soll. Hier gibt es Untersuchungsmethoden mit speziellen Apparaten, die aber dem Spezialarzt vorbehalten sind, oder mit besonderen Tests, die das Aufsetzen einer polarisierenden Brille oder einer Rot-Grün-Brille erfordern

und die deshalb etwas umständlich sind und vermehrt Zeit erfordern.

Gleichwohl wäre eine Untersuchung des Binokularsehens wünschenswert, denn es gibt Schiefälle, welche kosmetisch unauffällig und gleichwohl behandlungsbedürftig sind, zum Beispiel den Mikrostrabismus.

Der Nachteil der meisten Tests liegt, wie schon gesagt, darin, dass sie eine polarisierende Brille oder eine Rot-Grün-Brille erfordern. Nicht alle kleinen Kinder lassen sich jedoch ohne weiteres eine Brille aufsetzen. Manche kann man dazu überreden, aber bei anderen hat man zum vorneherein verspielt, wenn man ihnen mit einer Brille zu nahe tritt. Dabei ist in der Prophylaxe der Störungen des Binokularsehens gerade die Erfassung von Kleinkindern besonders wichtig.

Um die Untersuchungen in diesem Alter zu erleichtern, haben wir einen vollkommen neuen Test geschaffen, den sogenannten Lang-Stereotext [3].

Er beruht auf einer Kombination der Methode der stochastisch angeordneten Punkte nach Julesz [2] mit dem Zylinderrasterverfahren von W. R. Hess [1], das auch Panographie genannt wird.

Die sogenannten random-dots oder zufällig (stochastisch) angeordneten Punkte von Julesz erfreuen sich zunehmender Beliebtheit zur Prüfung der Stereopsis. Sie haben den Vorteil, dass sie bei monokularer Darbietung keine Figuren erkennen lassen, dass sie aber bei binokularer Betrachtung bestimmte Formen zeigen, die in unterschiedlicher Entfernung erscheinen. Kinder, die monokular sind, die schielen oder deren Visus auf einem Auge stark herabgesetzt ist, sehen also nur ein Punktmuster. Kinder mit normalem beidäugigen Sehen können Formen erkennen.