

Utilité d'un réseau d'information et de consultation sur les vaccinations?

Premier bilan pour Infovac-Ped

Die deutsche Fassung dieses Artikels wird folgen

Introduction

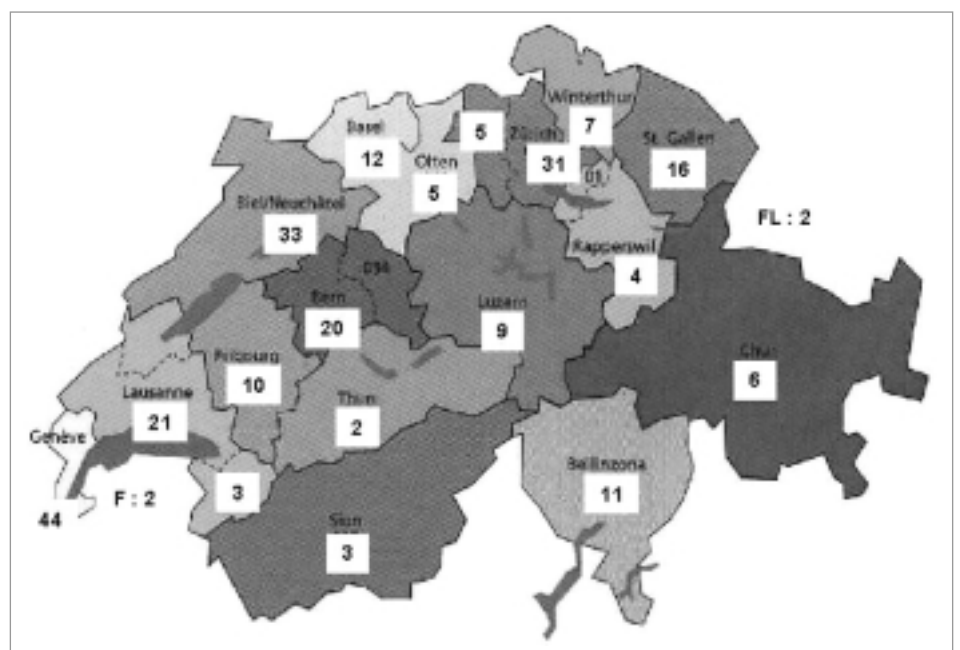
Il y a un peu plus d'un an naissait l'idée d'Infovac-Ped, un réseau d'information, de consultation et de formation continue dans le domaine des vaccinations de l'enfant et de l'adolescent. A la suggestion de la Société Suisse de Pédiatrie, un projet pilote était conçu par le Centre de Vaccinologie de l'Université de Genève et rapidement développé pour permettre aux pédiatres de mieux faire face au besoin d'information lié à la rapide évolution des vaccinations et aux questions spécifiques générées par les patients pour lesquels une adaptation des schémas de vaccinations (rattrapage, voyages...), des précautions particulières (effets secondaires?) ou le respect de certaines contre-indications sont nécessaires. Depuis le 1^{er} avril 2000, sous les auspices de la Société Suisse de Pédiatrie et de l'Office Fédéral de la Santé Publique, Infovac-Ped offre donc gratuitement un service de consultation (par courrier électronique à l'adresse unique infovac@medecine.unige.ch de préférence, ou par fax). Les réponses sont assurées par les pédiatres membres de la Commission Suisse des Vaccinations ou leurs collaborateurs directs, en leur nom propre et en toute liberté académique. Infovac-Ped prépare et distribue également des bulletins réguliers d'information sur les questions liées à l'enregistrement de nouveaux vaccins, à leurs recommandations, en réponse à l'actualité vaccinologique ou aux questions les plus fréquentes. Après quelques mois de fonctionnement en phase pilote est venu le temps du premier bilan, nécessaire afin de déterminer l'intérêt de cette «première», et donc son devenir possible.

Qui s'est intéressé à Infovac-Ped?

Afin d'éviter le risque de surcharge pendant la phase pilote, la création d'Infovac-Ped n'a été intentionnellement annoncée que par quelques canaux d'information: *Paediatrica* (et le site web de la Société Suisse de Pédiatrie), le journal du *Forum für Praxispädiatrie*, et un encart dans les documents remis lors du Congrès de la Société Suisse de Pédiatrie à Morges en juin 2000. Ceci a permis d'enregistrer 246 inscriptions (au 31 octobre 2000), le rythme moyen de 35 inscriptions par mois ne faiblissant nullement au cours du temps. Infovac-Ped ayant été initialement créé à l'intention des pédiatres, et annoncé uniquement dans les journaux suisses de Pédiatrie, les inscriptions reçues sont cel-

les de 200 pédiatres, essentiellement en pratique privée, auxquels s'ajoutent une vingtaine de médecins généralistes ainsi que quelques médecins de Santé Publique (médecins cantonaux, Service de Santé scolaire, etc.). La répartition géographique des médecins inscrits est indiquée dans la *figure 1*. Elle reflète actuellement apparemment assez directement la connaissance de l'existence d'Infovac-Ped (forte participation genevoise et vaudoise renforcée après le congrès de Morges...), plutôt que des différences réelles dans l'intérêt suscité. Ainsi, Infovac-Ped ne s'est de loin pas cantonné à la Suisse Romande: la majorité des médecins inscrits (135/246, 55%) utilisent l'allemand plutôt que le français comme langue de communication.

Figure 1: Répartition géographique des inscriptions à Infovac-Ped (au 31 octobre 2000)



L'inscription à Infovac-Ped s'est faite le plus souvent par courrier électronique (indiqué comme mode souhaité de communication, vu sa souplesse d'utilisation). Cependant, 46 médecins (18%) ne disposant pas encore d'accès au courrier électronique ont souhaité ne pas pour autant se priver d'accès à Infovac-Ped. Il nous semble vraisemblable que ce pourcentage de contacts par fax pourrait augmenter de façon significative si l'existence d'Infovac-Ped était plus largement diffusée.

Quelle activité pour Infovac-Ped?

Entre avril et octobre 2000, Infovac-Ped a préparé et distribué à l'ensemble des médecins inscrits 7 bulletins d'informations. Les nouvelles transmises par l'Office Fédéral de la Santé Publique et/ou les producteurs ont concerné l'enregistrement de nouveaux vaccins (v. conjugué contre les pneumocoques, vaccins combinés tétra- ou pentavalents), les arrêts de distribution d'autres vaccins (v. polio oral Berna, vaccin Acel-P, tuberculine). Infovac-Ped a également fait le point sur l'utilisation du Mantoux avant BCG, donné des informations sur une épidémie récente de rougeole en Hollande ou de méningocoques C dans l'entourage des pèlerins en retour de la Mecque, discuté de l'âge optimal pour les vaccins de la 2^e année de vie, expliqué le choix des voies d'immunisation (intramusculaire ou sous-cutanée selon les vaccins). Les experts d'Infovac-Ped ont expliqué les bases permettant la vaccination des adolescents contre l'hépatite B en 2 doses seulement (vaccin Gen-H-B-Vax adulte) et expliqué leur décision de ne pas recommander l'utilisation pédiatrique d'un nou-

veau vaccin nasal contre la grippe, malgré son enregistrement en Suisse dès l'âge de 6 ans. Enfin, des informations rapides ont pu être diffusées en réponse à des informations parues dans la presse, qu'il s'agisse du dédommagement de «victimes» de la vaccination contre l'hépatite B en France ou du retrait en Angleterre d'un vaccin polio dont il ne pouvait être exclu qu'il soit entré en contact avec du serum bovin britannique lors de sa préparation.

Mais Infovac-Ped a également permis de répondre à 346 questions, soit en moyenne 50 questions par mois. Toutes les réponses ont été envoyées dans les 48 heures, et le plus souvent dans les 24 heures après leur réception. L'analyse du nombre de questions envoyées par médecin (*figure 2*) indique que 106 (41%) pédiatres se sont inscrits à Infovac-Ped essentiellement pour être régulièrement informés des nouveautés dans le domaine des vaccinations pédiatriques, sans avoir encore adressé de question spécifique. D'autres médecins

ont profité du réseau pour adresser une (26%), 2 (13%) ou 3 (7%) questions, une petite minorité ayant bénéficié de réponses à plus de 7 questions au cours de la période de 7 mois entre avril et octobre 2000.

Les questions adressées à Infovac-Ped peuvent être analysées en fonction du type de vaccin concerné et du motif des questions (*tableau 1*). Il est intéressant de voir que l'ensemble des vaccins ont fait l'objet d'interrogations, la fréquence des questions reflétant beaucoup plus directement les incertitudes quant à la «bonne pratique vaccinologique» que la couverture vaccinale. Ainsi, le BCG ou le vaccin contre la grippe, pourtant réservés à un petit nombre d'enfants, ont soulevé autant de questions que les vaccins rougeole-rubéole-oreillons! De même, autant de questions ont concerné les vaccins hépatite A, hépatite B ou le vaccin combiné hépatite A / B que pour l'ensemble des vaccins combinés diphtérie-tétanos-coqueluche-polio-HIB des nourrissons!

De nombreuses demandes ont eu pour motif une interrogation quant à une indication vaccinale (98 questions, soit 28%), et ce non seulement lors de voyages (7% seulement). De même, de nombreuses précisions ou informations ont été demandées concernant le nombre de doses minimales nécessaires, les intervalles de vaccination ou le calendrier optimal en fonction de l'âge (18%), et ce non seulement en situation nécessitant un rattrapage vaccinal (12%). Un nombre significatif de demandes (41, 12%) ont posé la question du lien causal éventuel entre une observation clinique et un effet indésirable possible d'une vaccination, d'autres sou-

Figure 2: **Distribution des questions par médecin inscrit à Infovac-Ped (au 31 octobre 2000)**

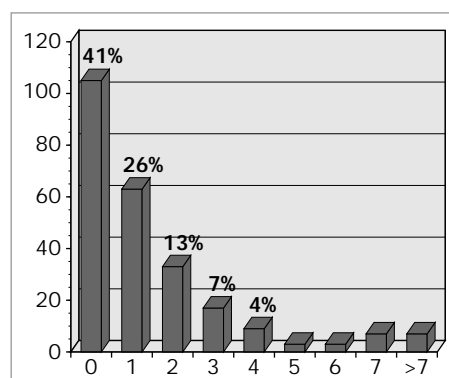


Tableau 1: Motifs des questions à Infovac-Ped (au 31 octobre 2000)

Vaccins concernés	N (%)	Motifs des questions	N (%)
DiTePa/IPV + - HIB	65 (19)	Indication vaccinale?	98 (28)
Hépatite A, hép. B	64 (18)	Nbe dose, intervalle?	64 (18)
R.O.R.	39 (11)	Effet secondaire?	41 (12)
BCG, Mantoux	39 (11)	Rattrapage vaccinal?	40 (12)
Grippe	36 (10)	Contre-indication?	29 (8)
Méningocoques	18 (5)	Voyage (indication)?	24 (7)
Poliomyélite	14 (4)	Compatibilité vaccinale?	19 (6)
F.S.M.E.	12 (3)	Autres motifs	31 (9)
Pneumocoques	12 (3)		
Coqueluche	11 (3)		
Tétanos	5 (1)		
Diphthérie	5 (1)		
HIB	4 (1)		
Varicelle	3 (1)		
Autres vaccins	19 (5)		
		Total des questions	346

haitant confirmer ou infirmer l'existence d'une éventuelle contre-indication vaccinale (29, 8%). Enfin, plusieurs médecins ont souhaité obtenir des informations concernant des inquiétudes ou des allégations mentionnées par les média ou évoquées par des parents.

Un premier bilan très positif

Bien qu'aucune étude d'impact n'ait encore été réalisée, le nombre élevé de questions reçues pendant cette phase pilote et de nombreux messages d'encouragement et de remerciements spontanément envoyés à Infovac-Ped semblent indiquer à quel point les pédiatres ont apprécié d'être soutenus dans leurs activités quotidiennes, de recevoir des réponses documentées et souvent dûment référencées. La simplicité du système (une adresse unique, laissant à l'expert «de garde» la tâche de trouver les réponses là où elles se trouvent!) semble être particulièrement appré-

ciée dans un domaine comptant autant de partenaires (producteurs, autorités de santé, consultants locaux...). De même, la réception des bulletins d'information directement dans une boîte aux lettres électronique, sans nécessité d'aller régulièrement vérifier si un site web contient de nouvelles informations, semble particulièrement appréciée.

Du côté des experts, le premier bilan est également positif. Nous avons pu évaluer le temps nécessaire à répondre à une question spécifique (souvent environ 15 minutes) et vérifié l'utilité de nous contacter de façon très régulière, parfois avant même de répondre à une question un peu complexe afin d'éviter que la réponse ne varie «selon à qui l'on s'adresse»... un problème fréquent chez les spécialistes! Les questions posées nous ont donné l'occasion d'apprendre toujours d'avantage, étant souvent stimulés à aller chercher des informations, des références ou à vérifier des notions tenues pour acquises. Nous avons

ainsi progressé dans notre compréhension de certains problèmes, ainsi que dans nos compétences linguistiques! En prenant soin de vérifier les sources de toutes nos informations, de faire valider nos bulletins par les membres de la Commission Suisse des Vaccinations, et en plaçant l'expertise scientifique et médicale au centre de nos préoccupations, en toute liberté académique, il semble que nous soyons en marche vers un de nos principaux objectifs: devenir une source académique indépendante et crédible d'information et de formation dans le domaine de la vaccinologie pédiatrique.

Après quelques mois de phase pilote, le bilan semble donc clairement positif. La Société Suisse de Pédiatrie et l'Office Fédéral de la Santé Publique ont confirmé leur soutien à Infovac-Ped et en étudient actuellement les modalités pratiques (rétribution forfaitaire des experts et soutien administratif, distribution des bulletins d'information à l'ensemble des membres de la Société Suisse de Pédiatrie, site web d'accès protégé, canaux de distribution, etc.). Par ailleurs, des contacts avec d'autres sociétés médicales (Collège des Médecins de Premiers Recours, Société Suisse de Médecine Générale, Tropimed, ...) sont prévus afin d'envisager les possibilités d'élargissement des prestations d'Infovac-Ped à l'ensemble des médecins qui souhaiteraient en bénéficier.

Il n'est donc pas trop tard pour s'inscrire!

Claire-Anne Siegrist, Genève
D. Desgrandchamps, Baar
U. Heininger, Bâle
B. Vaudaux, Lausanne

INFOVAC-PED¹: Ligne directe d'information sur les vaccinations pédiatriques

- Savoir comment reprendre une vaccination interrompue? Déterminer au mieux la probabilité qu'une réaction inattendue soit secondaire à une vaccination? Vérifier une contre-indication ou préciser une compatibilité vaccinale? Préciser comment vacciner dans un contexte d'allergie ou de maladie?

**ENVOYEZ VOS QUESTIONS
ET RECEVEZ LA REPONSE D'UN
EXPERT DANS LES 24-48 HEURES!**

- Pas certain des dernières recommandations pour la vaccination contre la polio? Ou contre la grippe?

**ENVOYEZ UN MESSAGE,
ET RECEVEZ LA REPONSE DANS
LES 24-48 HEURES!**

- Entendu quelque chose à la radio qui ressemblait à l'accusation d'un vaccin? Reçu de parents inquiets un article de presse accusant un vaccin? Désireux de pouvoir répondre à une question inattendue?

**ENVOYEZ VOS QUESTIONS,
OU CELLES DES PARENTS DE VOS
PATIENTS!**

- Sans question précise, mais désireux d'être informé du développement des vaccins, des changements de politique vaccinale, des réponses aux allégations des médias?

INSCRIVEZ-VOUS A INFOVAC-PED!

Une seule adresse pour toute la Suisse, par message électronique (de préférence!) ou par fax.

Questions possibles en français, allemand ou anglais.

Réponses en 24-48 heures par les pédiatres de la Commission Suisse pour les Vaccinations.

Inscription gratuite:

Envoyer ses coordonnées (Nom, Prénom, Titre FMH, Adresse, Téléphone, Fax, adresse e-mail) à infovac@medecine.unige.ch (ou par fax 022 702 58 01).

Prestations offertes par l'Université de Genève et la Fondation Mérioux, sous les auspices de la Société Suisse de Pédiatrie et de l'O.F.S.P.

¹ Pour une description détaillée du projet: voir Paediatrica Vol. 11, No. 2, p. 39-41 ou le site internet de la SSP: <http://www.ssp.hin.ch/paediatrica/vol11/n2/infovac-ped-fr.htm>

INFOVAC-PED¹: Informationen aus erster Hand über Kinderimpfungen

- Wie fährt man weiter nach einer früher begonnenen Impfung? Wie erfährt man, ob eine unerwartete Reaktion etwas mit der verabreichten Impfung zu tun hat? Ist eine Impfung kontraindiziert oder darf man impfen? Wie soll man bei Krankheit oder Allergien impfen?

SCHICKEN SIE UNS IHRE FRAGEN UND SIE ERHALTEN DIE ANTWORT EINES EXPERTEN INNERHALB VON 24–48 STUNDEN!

- Unklarheiten betreffend die neuesten Impfpfehlungen gegen Polio? Oder gegen Grippe?

SCHICKEN SIE UNS IHRE MITTEILUNG UND SIE ERHALTEN EINE ANTWORT INNERHALB VON 24–48 STUNDEN!

- Haben Sie im Radio einen impfkritischen Bericht gehört? Oder von Eltern einen Artikel mit impfkritischen Äusserungen erhalten? Möchten Sie differenzierter auf unerwartete Fragen reagieren können?

SCHICKEN SIE UNS IHRE FRAGEN ODER DIEJENIGEN IHRER PATIENTEN!

- Sie haben keine besonderen Fragen, möchten aber über Entwicklungen im Bereiche der Impfungen, Änderungen der Impfpolitik und Antworten auf Behauptungen in den Medien informiert sein?

SCHREIBEN SIE SICH EIN BEI INFOVAC-PED!

Eine einzige Adresse für die ganze Schweiz, via e-mail (vorzugsweise!) oder Fax.

Ihre Fragen werden auf Deutsch, Französisch und Englisch beantwortet.

Antworten innerhalb 24–48 Stunden durch einen Pädiater aus der Schweizerischen Kommission für Impffragen.

Einschreibung gratis:

Senden Sie Ihre Angaben (Name, Vorname, FMH-Titel, Adresse, Telefon, Fax, e-mail-Adresse) an infovac@medecine.unige.ch (oder via Fax an 022 702 58 01).

Ein Angebot der Universität Genf und der Fondation Mérieux, unter der Schirmherrschaft der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie und des BAG.

¹ Für eine genaue Beschreibung des Projekts siehe Paediatrica, Vol. 11, No. 2, S. 42–44, oder Website der SGP: <http://www.ssp.hin.ch/paediatrica/vol11/n2/infovac-ped-ge.htm>

Schulkinder in der pädiatrischen Praxis (SPP)¹

Zusammenfassung

Anlass zum Projekt «Schulkinder in der pädiatrischen Praxis» gaben die Beobachtungen einiger Kinderärzte, dass durch schulische Stressoren verursachte psychosomatische Probleme immer häufiger werden. Gleichzeitig setzte sich in der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) die Meinung durch, der Pädiater habe sich, nebst der Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern, mehr mit der Situation der Schulkinder und Jugendlichen zu befassen, was sich u. a. in der Änderung des Facharztstitels «Facharzt für Säuglings- und Kinderkrankheiten» zum «Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin» niederschlug. Da in der Schweiz aber keine aktuellen Daten zur tatsächlichen Beschäftigung der Pädiater mit Kindern im Schulalter zur Verfügung standen, wurde auf Initiative von Dr. J. Klingler, Biel, eine Projektgruppe gebildet mit dem Ziel, solche Daten für den Kanton Bern zu beschaffen². Der Artikel fasst die Resultate zusammen, die von M. Zumstein im Rahmen einer Dissertation erarbeitet wurden¹⁾. Die Originalarbeit steht auf der Homepage der SGP (www.sgp.hin.ch) und auf CD (bestellen beim Sekretariat der SGP: Postfach, 3000 Bern 25, zum Preis von Fr. 25.– inkl. Versandkosten) zur Verfügung.

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit bestand darin, die von Kinderärztinnen und Kinderärzten in verschiedenartigen Praxen

betreute Schülerpopulation zu erfassen und quantitativ sowie qualitativ zu beschreiben. Insbesondere interessiert, wie hoch der Anteil dieser Kinder in einer pädiatrischen Praxis ist und mit welcher Art und Häufigkeit von Beschwerden und Problemen die Kinderärzte und Kinderärztinnen aufgesucht werden. Ein besonderes Augenmerk galt den durch soziale Faktoren bedingten Störungen.

Studienplan und Stichprobe

Die erste Erhebung fand in einer Periode ohne schulische Selektionsverfahren zwischen Woche 42 des Jahres 1993 und Woche 41 des Jahres 1994, die zweite genau zwei Jahre später statt. Während der zweiten Erhebungsperiode wurden im Hinblick auf die Selektion für die Sekundarschule erstmals zwei Vergleichsarbeiten (identische Prüfungsaufgaben in allen 6. Klassen des Kantons am selben Tag) durchgeführt.

Von den 54 Pädiatern und Pädiaterinnen, welche 1993 in einer Privatpraxis im Kanton Bern tätig waren, erklärten sich 34 KollegInnen aus 32 Praxen zur Mitarbeit bereit (63%). Elf Praxen waren in einer Stadt lokalisiert, 14 in der Agglomeration oder anderen grossen Zentren, 6 in ländlichen Gebieten.

Jedem/jeder teilnehmenden Kollegen/Kollegin wurde alle 14 Tage ein bestimmter Tag zugewiesen, an welchem er/sie alle Schulkinder, welche die Praxis betraten, mittels vorgegebenem Datenblatt erfassen sollte. Auf einem Begleitblatt wurden die Zahl aller Praxiskonsultationen und die Öffnungs-

zeiten der Praxis vermerkt. Von den eingesandten 6573 Datenblättern mussten 602 (= 9,16%) wegen unvollständigen oder missverständlichen Angaben ausgeschlossen werden, so dass für die Analyse schliesslich Daten von 5971 Konsultationen zur Verfügung standen: 3133 aus der ersten und 2838 aus der zweiten Erhebungsperiode. Die untersuchte Population bestand aus 52,5% Mädchen und 47,5% Knaben.

Methoden

Primärdaten

Das für jedes Schulkind an den zugewiesenen Tagen auszufüllende Datenblatt erfasste nebst Personalien die Konsultationsgründe und Diagnosen sowie die subjektiven Beurteilungen der Pädiater bezüglich der familiären und schulischen Situation des Kindes sowie allfälliger Zusammenhänge der medizinischen Befunde mit den Umfeldbedingungen Familie, Schule und Freizeit.

Externe Daten

Die VISANA Versicherungen als zum Zeitpunkt der Erhebung grösste Versicherung im Kanton Bern stellte ihre Daten über Arztkonsultationen von Versicherten im Schulalter freundlicherweise zur Verfügung. Als weitere Vergleichsdaten konnten Informationen des «Instituts für medizinische Statistik» (IMS) in Cham herangezogen werden.

Ärzte-Interviews

Nach der zweiten Datenerhebung wurden alle am Projekt teilnehmenden Kinderärzte und Kinderärztinnen in einem semistrukturierten Interview über ihre allgemeine

¹ Mit finanzieller, resp. personeller und logistischer Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, der Vereinigung kantonaler-bernerischer Kinderärzte, der Erziehungsdirektion des Kantons Bern und des Gesundheitsdienstes der Stadt Bern.

² Mitglieder der Projektgruppe: J. Klingler (Vorsitz), R. Carrel, M. Ryffel, L. Salm, U. Tschanz, J.-C. Vuille, R. Westkämper, M. Zumstein.

Einstellung zur medizinischen Betreuung von Schulkindern, zu ihrer Beschäftigung mit sozialen und schulischen Fragen und zu ihren Kriterien bei der Beantwortung «weicher» Daten des Protokollblattes befragt. Die Ergebnisse wurden an anderer Stelle publiziert²⁾.

Resultate

Schulkinder im Praxisalltag

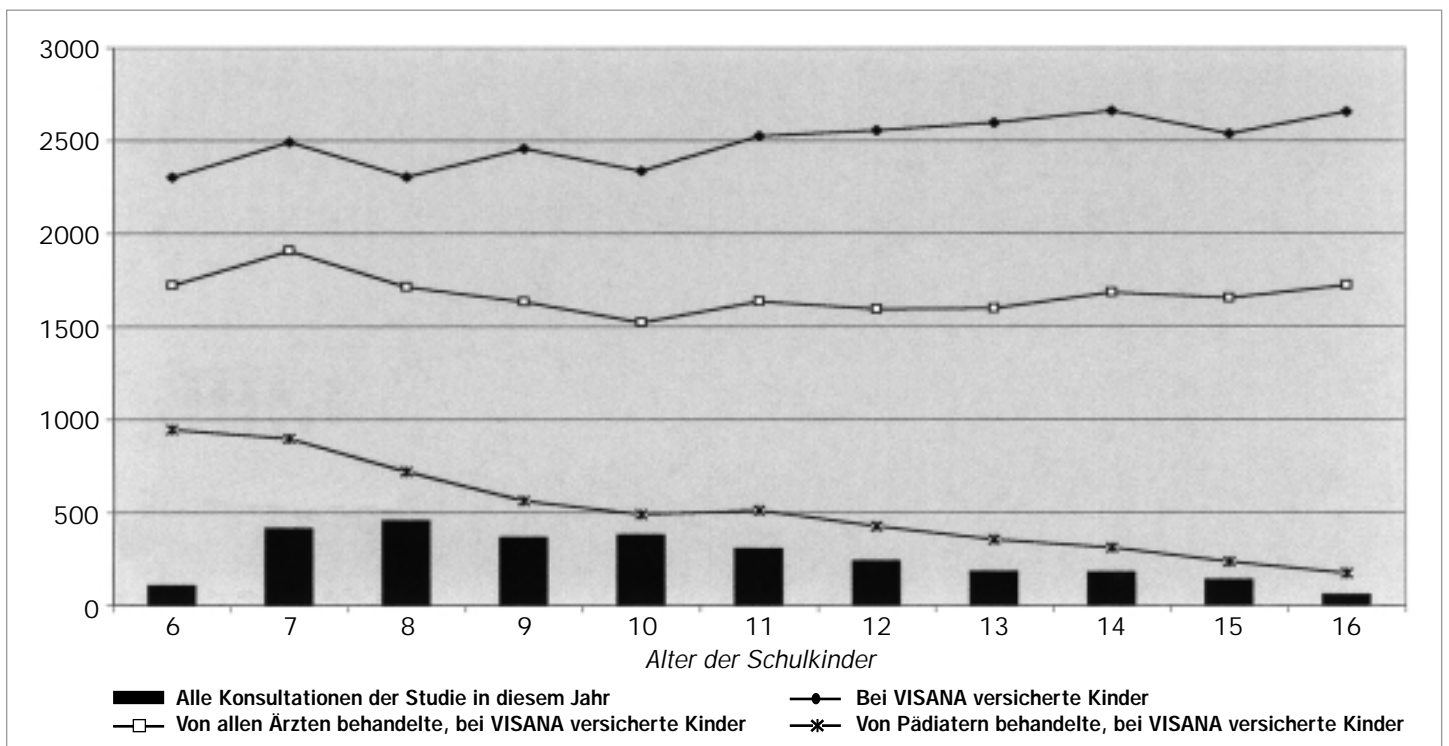
Jedes 5. in einer pädiatrischen Praxis untersuchte Kind war ein Schulkind, 18% davon Ausländer. Der Anteil Schulkinder an der gesamten Klientel war in der Stadt höher als auf dem Land. Dieser Unterschied vergrösserte sich mit zunehmendem Alter der Kinder. In der Stadt waren über 30% der untersuchten Schulkinder Ausländer, auf dem Land bloss 6,5%.

Die Aufschlüsselung nach dem Alter ergab nach einer leichten Zunahme vom 7. zum 8. Lebensjahr eine kontinuierliche und markante Abnahme bis zum Alter von 16 Jahren. Wie die Daten der VISANA in der untenstehenden Grafik zeigen, nimmt der Anteil der versicherten Schulkinder, die pro Jahr einen Arzt konsultieren, mit zunehmendem Alter nur unwesentlich ab. Relativ steil, und praktisch parallel mit den Daten der vorliegenden Studie, gehen aber die pädiatrischen Konsultationen zurück. Ein sehr ähnliches Bild zeigten die in der ganzen Schweiz erhobenen Daten des IMS. Die Schlussfolgerung, dass im Verlauf des Schulalters eine markante Abwanderung in andere Praxen stattfindet, ist damit gut dokumentiert. Eine verfeinerte Analyse der IMS-Daten zeigte, dass von dieser Wanderbewegung vor allem die anderen

Grundversorger, aber auch eine ganze Reihe von Organspezialisten profitieren, wobei Kinder mit chronischen Krankheiten noch am ehesten dazu tendieren, bis zum Ende der Schulzeit bei ihrem Pädiater zu bleiben²⁾.

Konsultationsgründe und Diagnosen

Als Konsultationsgründe wurden überwiegend chronische (42%) und akute (33%) Krankheiten angegeben, während Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen zusammen lediglich bei 8% zur Konsultation geführt hatten. Bei den Diagnosen standen Infektionen der Luftwege mit grossem Abstand an erster Stelle, gefolgt von Asthma und Pollinosis. Die häufigsten, nicht mit den Luftwegen assoziierten Diagnosen stellten Warzen und leichtere Verletzungen dar. Ausser Verletzungen fand sich keine der



psychosomatisch relevanten Diagnosegruppen unter den Top Ten (siehe nachstehender Abschnitt: «Psychosomatisch relevante Diagnosegruppen»).

Soziale Faktoren

Bei über 60% der Konsultationen kannten die Kinderärztinnen und Kinderärzte die soziale Lage der betreffenden Schulkinder gut, bei 30% weniger gut und nur bei 10% überhaupt nicht. Pädiater in der Stadt gaben signifikant häufiger eine gute Kenntnis der sozialen Situation an als ihre Kollegen auf dem Land oder in der Agglomeration ($p < 0,01$). Bei 20% aller untersuchten Schulkinder stellten die Kinderärzte eine familiäre Problemsituation und bei 3,8% eine ungenügende Betreuungssituation fest (signifikant häufiger in der Stadt als auf dem Land). Diese Probleme standen aber nur selten als Hauptgrund für die medizinische Konsultation. Eine Diagnose aus der Kategorie «soziale Probleme» wurde nur bei insgesamt 26 Konsultationen (0,4% aller Diagnosen) gestellt. Wie zu erwarten war, kannten die Pädiater die schulische Situation wesentlich schlechter als die familiären Verhältnisse: 35% gut, 40% weniger

gut und 25% gar nicht. Auch hier gaben die städtischen Kinderärzte signifikant häufiger eine gute Kenntnis an als die Kollegen in der Agglomeration oder auf dem Land. Ein Einfluss der Schule bei der Entstehung des aktuellen Problems wurde in 29,4% der Fälle vermutet, wenn die familiäre Betreuung gut war, hingegen bei 45,7% im Falle ungenügender Betreuung ($p < 0,01$). Hier zeigt sich also in der Beurteilung durch die Pädiater eine deutliche Interaktion zwischen dem familiären und dem schulischen Umfeld.

Psychosomatisch relevante Diagnosegruppen

Psychosomatische Leiden im engeren Sinne wurden gar nicht so häufig rapportiert wie ursprünglich vermutet: Lediglich 3,9% aller Diagnosen waren dieser Gruppe zuzuordnen. Für die weiteren Analysen wurden deshalb auch andere Diagnosen einbezogen, bei deren Entstehung psychische und soziale Faktoren häufig mitbeteiligt sind: Schmerzen ohne eindeutige organische Grundlage, Adipositas, Pubertätsprobleme, schulische und soziale Probleme sowie Verletzungen.

Die Tabelle 1 fasst die Anteile der verschiedenen psychosomatisch relevanten Diagnosegruppen an sämtlichen Diagnosen aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter zusammen. Auch wenn es sich dabei um die Jahresprävalenzen innerhalb der pädiatrischen Praxisklientel und nicht um Häufigkeiten in der Gesamtpopulation handelt, widerspiegeln die Zahlen die echten Geschlechts- und Altersunterschiede relativ gut. So kommen Schmerzen und Pubertätsprobleme (inkl. Anorexie und Bulimie) bei Mädchen häufiger vor, während Knaben öfter wegen Verletzungen und Schul- und Verhaltensproblemen gesehen werden. Eine signifikante Zunahme mit dem Alter wurde bei allen psychosomatisch relevanten Diagnosen festgestellt, wobei schulische und Verhaltensprobleme am häufigsten bei Kindern der Mittelstufe diagnostiziert wurden. Möglicherweise ist dies ein Hinweis auf erhöhte Belastung im Zusammenhang mit dem Selektionsprozess in der 6. Klasse³. Soziale Probleme als Hauptdiagnose kamen so selten vor (0,44%), dass eine weitere Aufschlüsselung aus statistischen Gründen nicht möglich war. Die Verteilung auf die einzelnen Schultypen

Tabelle 1: Psychosomatische relevante Diagnosegruppen (in % aller Konsultationen)

	nach Geschlecht			nach Alter			
	Mädchen	Knaben	p	6–9 J.	10–12 J.	13–16 J.	p
Psychosomatische Beschwerden	4,1	3,6	0,304	2,6	4,6	7,3	< 0,001
Schmerzen	6,5	5,0	0,021	4,0	7,7	9,3	< 0,001
Adipositas	1,6	1,3	0,520	0,8	2,5	2,4	< 0,001
Pubertätsprobleme, inkl. Anorexie und Bulimie	1,4	0,5	< 0,001	0,3	0,9	3,4	< 0,001
Verletzungen	10,7	13,0	0,008	6,4	16,6	26,1	< 0,001
Schul- und Verhaltensprobleme	1,7	3,9	< 0,001	2,4	3,8	3,1	0,016
Anzahl Konsultationen	2850	3121		3585	1538	848	

folgte im wesentlichen der Altersverteilung, mit Ausnahme der schulischen Probleme, bei welchen Schüler und Schülerinnen aus Kleinklassen dominierten. Eine Aufteilung nach Praxisstandort ergab deutliche Unterschiede insofern, als sich Kinderärzte in der Stadt wesentlich häufiger mit unbestimmten Schmerzen, Pubertäts- und Schulproblemen konfrontiert sahen, während auf dem Land öfter als in der Stadt Verletzungen zu behandeln waren. Auffallend an den Gesamtprävalenzen ist die geringe Anzahl Fälle mit den Diagnosen «Adipositas» und «soziale Probleme», welche die tatsächlichen Häufigkeiten in der Gesamtpopulation massiv unterschätzen.

Vermutete Umfeldeinflüsse

Auf dem Datenblatt war bei allen Diagnosen anzugeben, ob nach Ansicht des behandelnden Arztes ein Zusammenhang mit dem familiären oder dem schulischen Umfeld, mit der Freizeit oder anderen Umwelteinflüssen vorlag. In Bezug auf die psychosomatisch relevanten Diagnosegruppen trauten sich die Pädiater in 75% der Fälle eine Beurteilung zu. Mit Ausnahme der Verletzungen und der schulischen Probleme erkannten die Pädiater bei 50–60% dieser Diagnosen einen Zusammenhang mit dem familiären Umfeld. Die Schule dominierte naturgemäss als Ursache bei schulischen Problemen, ihr Einfluss wurde aber auch bei 20–40% der anderen psychosomatisch relevanten Diagnosen vermutet. Verletzungen entstanden hauptsächlich in der Freizeit und in der Schule.

Diskussion

Eines der auffälligsten Ergebnisse des SPP-Projekts ist die Erkenntnis, dass bernische

Kinderärzte und Kinderärztinnen sich auch Mitte der 90er Jahre noch überwiegend mit Säuglingen und Kleinkindern beschäftigten. An den zugelosten Erhebungstagen war nur jedes 5. Kind ein Schulkind. Trotzdem ergibt eine einfache Hochrechnung, dass ein bernischer Pädiater jedes Jahr durchschnittlich 1000-mal von einem Schulkind konsultiert wird und dass sich diese Berufsgruppe im Verlauf der Jahre somit eine ansehnliche Erfahrung mit Problemen der Schulkinder erwirbt. Die Häufigkeit der pädiatrischen Konsultationen fiel nun aber vom 1. zum 9. Schuljahr als Folge einer sukzessiven Abwanderung der älter werdenden Kinder vom Pädiater zum Allgemeinpraktiker oder Spezialisten deutlich und praktisch linear ab. Dieses Phänomen wurde von den teilnehmenden Ärzten bzw. Ärztinnen in den Interviews sehr unterschiedlich beurteilt²⁾. Auch wenn sich einzelne gerne noch mehr mit älteren Kindern beschäftigen würden, erkennen viele in diesem Ergebnis keine Notwendigkeit für standespolitische Aktionen oder für spezielle Anpassungen ihrer eigenen Praxisstruktur an die Bedürfnisse der älteren Kinder und Jugendlichen. Nach Haldi und Bubenhofer gibt es im Kanton Bern einen Pädiater auf 13 600 Einwohner (ganze Schweiz: 1 pro 12 000), und der Nachwuchs in den Weiterbildungsstätten wird nicht einmal genügen, um in den nächsten Jahren die altersbedingten Abgänge zu kompensieren geschweige denn, um pädiatrische Dienstleistungen in Zukunft einem erweiterten Personenkreis zugänglich zu machen⁴⁾. Um die Schulkinder in der Schweiz trotzdem in den Genuss einer optimalen medizinischen Betreuung kommen zu lassen, müsste sich die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie überle-

gen, auf welche Weise sie dazu beitragen könnte, die pädiatrische und adoleszenzmedizinische Kompetenz der übrigen Grundversorger auf einen genügend hohen Stand zu bringen.

Während präventive Massnahmen (Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen) im Säuglings- und Kleinkindalter noch einen erheblichen Anteil pädiatrischer Tätigkeit ausmachen⁵⁾, waren von den Konsultationen durch Schulkinder in der vorliegenden Studie nur noch knapp 8% dieser Kategorie zuzurechnen.

Die Annahme, dass sich die Pädiater als «Hausärzte für die Kinder» in der familiären Situation ihrer Patienten gut auskennen, scheint durch die SPP-Studie bestätigt zu werden. Die im Vergleich mit den Kollegen auf dem Land und in der Agglomeration viel grössere Vertrautheit der städtischen Ärzte und Ärztinnen mit der familiären Situation ihrer Patienten widerspricht prima vista dem Cliché der Anonymität in der Stadt. Der Unterschied könnte u. a. dadurch bedingt sein, dass viele Familien die Stadt genau in dem Zeitpunkt verlassen, in dem die Kinder in die Schule eintreten. Damit wird auf dem Land ein grösserer Anteil der Schulkinder in pädiatrischen Praxen zu neuen Patienten als in der Stadt. Es ist an sich bekannt, dass die Stadt für sozial Benachteiligte als Wohnort in mancher Hinsicht attraktiver ist. Deshalb könnte der Befund eines höheren Anteils von Kindern mit belasteter Familiensituationen in städtischen als in ländlichen Praxen durchaus auf realen Unterschieden beruhen. Zusammen mit dem wesentlich höheren Anteil Ausländer in der städtischen

Klientel legen solche Beobachtungen die Vermutung nahe, dass der pädiatrische Praxisalltag in der Stadt stärker durch nichtmedizinische Faktoren geprägt wird als auf dem Land. Was die Schulsituation betrifft, war der Kenntnisstand – ganz gemäss den Erwartungen – generell wesentlich schlechter als bei der Familiensituation.

Schmerzen und psychosomatische Störungen im engeren Sinne wurden bei je rund 5% der Patienten diagnostiziert. Selbst unter Beachtung der leichten Zunahme mit dem Alter machen derartige, gelegentlich unter dem Schlagwort der «new morbidity»⁶⁾ zusammengefasste Probleme somit nach wie vor nur einen kleinen Teil der Tätigkeit eines Kinder- und Jugendarztes aus. Auch wenn die hauptsächlich in der Pubertät vorkommenden und deshalb unter *Pubertätsproblemen* subsumierten Störungen wie Anorexie oder Bulimie dazugezählt werden, präsentiert sich weniger als jedes zehnte Schulkind in der pädiatrischen Praxis mit einem derartigen Problem.

Bei Befragungen repräsentativer Gruppen von Schulkindern und Jugendlichen wurde wiederholt bei insgesamt gutem allgemeinem Gesundheitszustand eine hohe Prävalenz von Befindlichkeitsstörungen im psychosomatischen Bereich und ein grosser Bedarf an Hilfe und Beratung gefunden^{7) 8) 9) 10) 11)}. Psychiatrisch verifizierte Depressionen liegen bei ca. 6% aller Jugendlichen vor, und es ist anzunehmen, dass sich hinter einem erheblichen Anteil der vorgebrachten psychosomatischen Beschwerden eine larvierte Depression versteckt¹²⁾. Diese Diagnose wurde aber von den Pädia-

tern bei insgesamt 6000 Konsultationen nicht ein einziges Mal gestellt! Die Diagnose einer Depression hätte bedeutende präventive (Suizid) und therapeutische Implikationen und sollte deshalb im Rahmen der Fortbildung vermehrt thematisiert werden.

Der geringe Anteil von nur 2,8% *Schul- und Verhaltensprobleme* dokumentiert, dass auch diese Diagnosegruppe in den teilnehmenden Praxen noch eher ein Randthema ist und dass das Potenzial, das in einer guten ärztlichen Beratung liegt, erst in Ansätzen genutzt wird.

Soziale Probleme sind per definitionem aus schlechten sozialen Verhältnissen heraus entstehende Probleme. In der sehr geringen Anzahl von nur 0,4% Diagnosen aus diesem Bereich zeigt sich zweifellos eine massive Unterschätzung der tatsächlichen Problematik. Dass es den Kinderärzten und Kinderärztinnen nicht an der Wahrnehmungsfähigkeit für soziale Problemsituationen fehlt, zeigt die Tatsache, dass sie immerhin bei 20% der von ihnen betreuten Schulkinder derartige Schwierigkeiten registrierten, aber eben nicht als hauptsächlich zur Diskussion stehende Thema, sondern eher als Begleitumstand bei anderen Diagnosen. Es müsste unter Berücksichtigung des besonderen Charakters der pädiatrischen Dreiecksbeziehung Kind – Eltern – Arzt/Ärztin offen diskutiert werden, ob es überhaupt zu den Aufgaben des Pädiaters gehört, sich in solchen Situationen ungefragt einzumischen und wie die Zusammenarbeit mit sozialen Institutionen unter Wahrung des Arztgeheimnisses gestaltet werden könnte. In einer separaten Publikation wird dieser Fragenkomplex

ausgehend von den Daten der Ärzte-Interviews diskutiert¹³⁾.

Insgesamt liegt die Häufigkeit der Diagnosen im psychosozialen Bereich in der pädiatrischen Praxis mit Ausnahme der Verletzungen deutlich unter den aufgrund epidemiologischer Studien zu erwartenden Zahlen. Bei gewissen Diagnosen (z. B. Adipositas, Depression) mag das z. T. durch die Erhebungsmethode bedingt sein: es wurden hauptsächlich Konsultationsgründe registriert, während die Angabe eines allfälligen Grundleidens oft unterblieb. Immerhin darf davon ausgegangen werden, dass diejenigen Leiden, mit denen sich der Arzt während der aktuellen Konsultation aktiv beschäftigte – ob das nun der eigentliche Konsultationsgrund war oder nicht –, auf dem Protokollblatt notiert wurden. Es wäre aber sicher ein Kurzschluss, aus der geringen Häufigkeit der entsprechenden Diagnosen zu folgern, die Kinderärzte und Kinderärztinnen seien nicht fähig oder nicht willens, sich der psychosozialen Probleme bei Schulkindern anzunehmen. Wenn Jugendliche in schriftlichen Befragungen oder im Rahmen des schulärztlichen Dienstes gefragt werden, wo sie sich für diese Probleme Hilfe holen, stehen fast immer an erster Stelle die Kameraden und an zweiter Stelle die Eltern, während professionelle Beratung nur sehr selten spontan in Anspruch genommen wird^{7) 12)}. Obschon ein grosses Hilfebedürfnis ausgedrückt wird, ist es im Einzelfall äusserst schwierig, einem Jugendlichen die Notwendigkeit einer professionellen Behandlung plausibel zu machen. Man leidet zwar, will aber trotzdem stark, selbständig und gesund sein und wehrt sich gegen die befürchtete Abhän-

gigkeit von Erwachsenen. Was schliesslich von der ganzen Problematik in der pädiatrischen Praxis auftaucht, ist höchstens die Spitze eines Eisbergs, und es wäre aus den bereits dargelegten Gründen unrealistisch zu erwarten, dass der grosse Hilfs- und Beratungsbedarf im Rahmen der pädiatrischen Versorgung befriedigt werden könnte. Immerhin wäre es wünschenswert, wenn die gesammelten pädiatrischen Erfahrungen auf diesem Gebiet für die Weiterentwicklung der adoleszentenmedizinischen Versorgung nutzbar gemacht werden könnten.

Literatur

- 1) Zumstein M. Schulkinder in der pädiatrischen Praxis. Institut für Sozial- und Präventivmedizin. Bern: Universität Bern, 2000.
- 2) Carrel R, Klingler J, Ryffel M et al. The paediatrician's role in ambulatory health care of the older child in Switzerland. *Amb Child Health* 2000; 6: 27–37.
- 3) Tschanz U, Salm E, Zumstein M. Wie hat sich die Schulreform auf das Befinden der Schulkinder ausgewirkt? Teilauswertung des Projekts «Schulkinder in der pädiatrischen Praxis». Bern: Amt für Bildungsforschung, Erziehungsdirektion des Kantons Bern, 1998: 1–30.
- 4) Haldi H, Bubenhofer A. Demographie der Schweizer Pädiater. *Paediatrica* 1997; 8: 4–8.
- 5) Largo R, Diethelm M, Kessler R, Suter F. Prospektive Studie über die Tätigkeit des praktizierenden Kinderarztes. *Helv Paediatr Acta* 1986; Suppl 51: 1–73.
- 6) Haggerty R, Roghman K, Pless I. *Child health and the community*. New York: John Wiley & sons, 1975.
- 7) Narring F, Tschumper A, Michaud P et al. Die Gesundheit der Jugendlichen in der Schweiz. Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20-Jähriger. In: IUMSP, ed. *Cahiers de recherches et de documentation*. Vol. 113c. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994.
- 8) Felder W. Wie gesund sind unsere Jugendlichen? In: Grob A, ed. *Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet?* Chur / Zürich: Rüegger AG, 1997.
- 9) Berg-Kelly K, Ehrver M, Erneholt T, Grundevall C, Wennerberg I, Wettergren L. Self reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in western Sweden. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80: 837–43.
- 10) Alfvén G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas. *Acta Paediatr* 1993; 82: 484–7.
- 11) Steinhausen H, C WM. Youth Self-Report of Behavioral and Emotional Problems in a Swiss Epidemiological Study. *J Youth Adolescence* 1998; 27: 429–41.
- 12) Olsson G. Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress and social network. Department of Child Psychiatry. Uppsala: University of Uppsala, 1998.
- 13) Carrel R, Klingler J, Ryffel M et al. The Swiss pediatrician and the psychosocial environment of the schoolchildren. *Amb Child Health* 2000.

J.-C. Vuille, Bern

Ecoliers au cabinet du pédiatre (ECP)¹

Résumé

L'étude «Ecoliers au cabinet du pédiatre» fait suite aux observations de quelques pédiatres, constatant que les problèmes psychosomatiques engendrés par le stress de l'école devenaient toujours plus fréquents chez leurs patients. A la même époque, au sein de la Société suisse de Pédiatrie (SSP) s'exprimait l'opinion que les pédiatres, en plus de la prise en charge des nourrissons et des petits enfants, devaient plus s'intéresser à la santé des écoliers et des adolescents; ceci se traduisait entre autre par la modification de l'appellation allemande de la spécialité en «Médecin spécialiste d'enfants et d'adolescents». Etant donné qu'en Suisse, il n'existait aucune statistique quant à la proportion des consultations de pédiatrie consacrée à des enfants d'âge scolaire, Jean Klingler de Bienne suscita la naissance d'un groupe d'étude² se donnant pour but de constituer de telles statistiques pour le canton de Berne. L'article ci-après résume les résultats de cette étude, dont l'analyse a fait l'objet d'une thèse du Dr Zumstein. La publication originale, en langue allemande, peut être consultée sur le site Internet de la SSP (www.ssp.hin.ch) ou commandée sous forme de CD au secrétariat de la SSP à Berne.

Les buts de l'étude étaient d'enregistrer le profil et le nombre de consultations consacrées à des enfants d'âge scolaire dans

différents types de cabinets. En particulier, il s'agissait d'analyser: la proportion de ces enfants dans les consultations pédiatriques; le genre d'affections ou de problèmes rencontrés; la fréquence de ces différentes pathologies. Une attention spéciale était portée aux troubles d'origine psychosociale.

Matériel et méthodes

Période d'observation et échantillons

Les premières données ont été relevées durant un an, entre septembre 1993 et août 1994. La deuxième série exactement deux ans plus tard. Durant la première période d'enregistrement, les élèves n'avaient pas à affronter d'épreuve de sélection; en revanche, entre 95 et 96, deux examens avaient été introduits (épreuves identiques le même jour dans toutes les classes de 6^e du canton), dont les résultats servaient à orienter les enfants dans les différentes sections secondaires.

Parmi les 54 pédiatres ayant une consultation privée dans le canton de Berne en 1993, 34 (63%) ont été d'accord de collaborer; 11 cabinets étaient en ville, 14 en région suburbaine, et 6 en zone rurale.

Chaque participant devait relever durant une journée toutes les deux semaines tous les enfants d'âge scolaire se présentant en consultation. Pour chacun de ces patients, un questionnaire spécial était rempli et, parallèlement, le nombre total de consultations du cabinet et les heures de travail étaient enregistrées sur

un autre formulaire. Sur 6573 questionnaires envoyés, 602 (9.16%) ont dû être exclus parce qu'incomplets. L'analyse a donc porté sur les données de 5971 consultations, dont 3133 durant la première période et 2838 durant la deuxième année d'étude. Parmi les écoliers enregistrés, 52.5% étaient des filles et 47.5% des garçons.

Enregistrement des données

Données primaires

Le questionnaire rempli pour les écoliers consultant au jour test mentionnait, à côté des données d'état civil, le motif de la consultation, le diagnostic, ainsi que l'évaluation subjective du pédiatre concernant la situation scolaire et familiale de l'enfant; les éventuelles relations entre les observations médicales et l'environnement familial, scolaire ou les loisirs étaient également précisées.

Données externes

L'assurance VISANA, plus grosse assurance du canton à l'époque de l'étude, a mis ses données statistiques concernant le nombre de consultations médicales d'enfants d'âge scolaire durant la période considérée à disposition. D'autres données statistiques comparatives ont pu être obtenues de l'Institut de Statistiques médicales (ISM), à Cham.

Interview des médecins participants

Après la deuxième période d'étude, tous les pédiatres ayant participé ont été interrogés de manière plus ou moins systématique quant à leurs opinions sur la prise en charge des enfants d'âge scolaire, leur intérêt pour les questions sociales et

¹ Avec le soutien financier et l'appui personnel et logistique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, de la Société Suisse de Pédiatrie, de l'Association bernoise de pédiatrie, du Département de l'Instruction Publique du canton de Berne et du Service de Santé de la ville de Berne.

² Membre du groupe de pilotage: J. Klingler (président), R. Carrel, M. Ryffel, L. Salm, U. Tschanz, J.-C. Vuille, R. Westkämper, M. Zumstein.

les problèmes d'école, et leurs critères de jugement pour les questions subjectives du questionnaire (les résultats de ces interviews ont été publiés séparément).

Résultats

Fréquence des consultations d'écoliers

Un enfant sur cinq consultant un pédiatre était en âge scolaire, dont 18% d'étrangers. La proportion d'écoliers était plus élevée en ville qu'à la campagne, différence qui augmentait avec l'âge des enfants. En ville, 30% de ces écoliers étaient étrangers, alors qu'en campagne, ils n'étaient plus que 6.5%.

L'analyse par tranche d'âge montre une légère augmentation entre 7 et 8 ans, puis une diminution continue et relativement

rapide jusqu'à l'âge de 16 ans. Cet abaissement du nombre de consultations avec l'âge n'est pas retrouvé dans les données de l'assurance (*figure ci-dessous*). En réalité, ce sont les consultations chez le pédiatre qui diminuent, observation qui rejoint les données statistiques de l'ISM. On confirme donc l'impression préliminaire que, durant l'âge scolaire, les enfants vont progressivement consulter de plus en plus chez d'autres médecins que le pédiatre. Les enfants atteints de maladies chroniques restent les plus fidèles à leur pédiatre, alors que les autres vont se répartir entre les généralistes et différents médecins spécialistes de l'adulte.

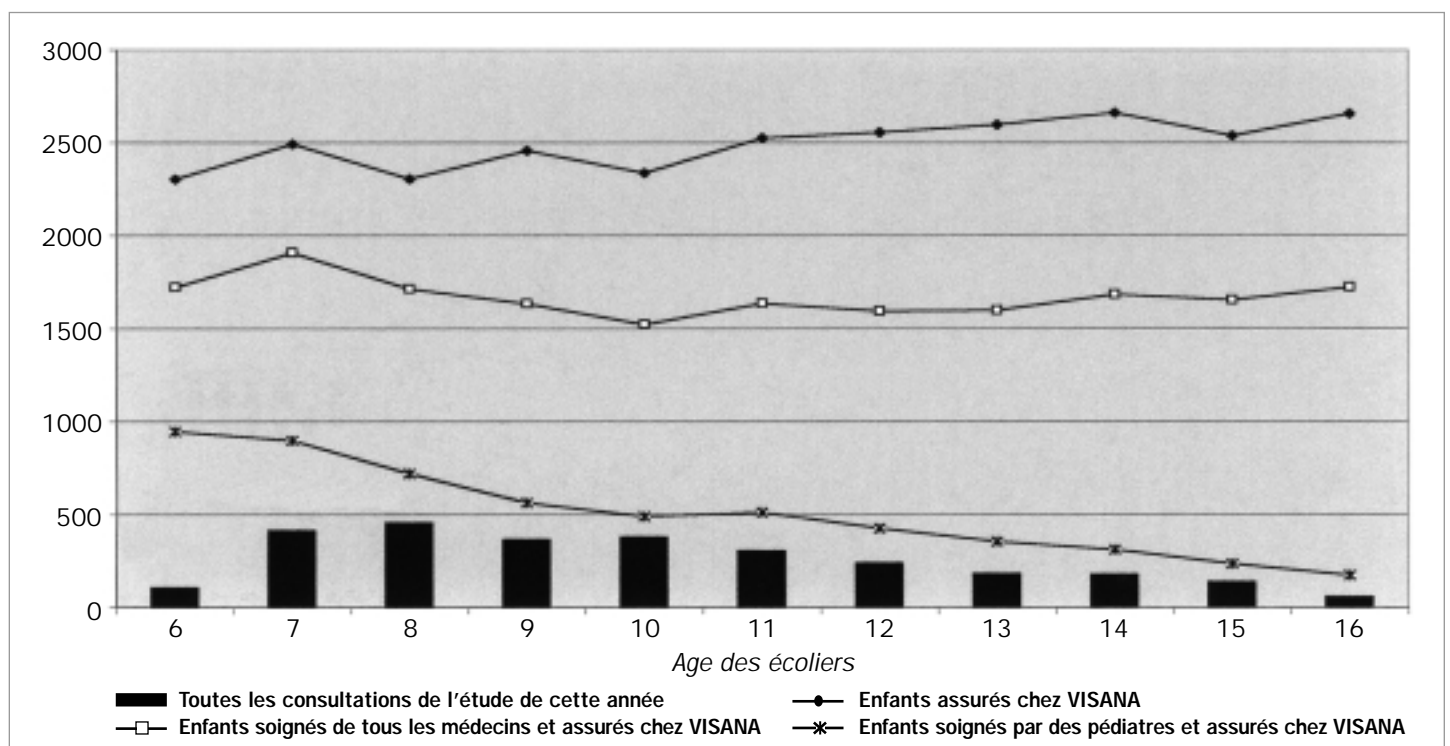
Motif de consultation et diagnostic

42% des consultations sont dues à des affections chroniques, alors que 33% font

suite à une maladie aiguë. Les examens de dépistage et les vaccinations ne représentent plus que 8% des consultations des écoliers. Les infections des voies respiratoires se situent nettement en première place suivies par l'asthme et les allergies polliniques. Viennent ensuite les verrues et les petites blessures. En dehors des accidents, aucune affection à caractère psychosomatique ne se trouve parmi les dix diagnostics les plus fréquents.

Facteurs sociaux

Dans plus de 60% des cas, le pédiatre estimait bien connaître la situation sociale de l'écolier; dans 30% des cas, il s'estimait moins bien orienté; alors que dans 10% des cas, il l'ignorait totalement. Les pédiatres de la ville étaient généralement mieux informés sur les conditions sociales



de l'enfant que leur collègues de l'extérieur. Dans 20% de toutes les consultations d'écoliers, le pédiatre estimait que la situation familiale était à risques et dans 3.8% des cas, que l'enfant n'était pas correctement entouré (plus fréquemment en ville qu'à la campagne). Ces problèmes n'étaient cependant que rarement en relation avec le motif principal de consultation. Un diagnostic de problème social n'a toutefois été posé que pour 26 consultations (0.4% de tous les diagnostics). En général, les pédiatres estimaient moins bien connaître la situation scolaire que la situation familiale: 35% pensaient être bien au courant du contexte scolaire, 40% moins bien et 25% pas du tout. Là aussi, les pédiatres de la ville se trouvaient mieux renseignés que les pédiatres de l'extérieur. Lorsque l'encadrement familial était bon, seul 29.4% des patients semblaient avoir un problème susceptible d'être lié à l'école; en revanche, si l'enfant était moins bien encadré dans sa famille, ce taux montait jusqu'à 45.7%. De l'avis des pédiatres, il existerait donc une relation nette entre les environnements familiaux et scolaires.

Affections à caractère psychosomatique

Des plaintes de type réellement psychosomatique n'ont pas été observées aussi fréquemment qu'on le supposait: seuls 3.9% de tous les diagnostics ont été rangés dans ce groupe. Aussi, pour compléter l'analyse, d'autres affections pouvant avoir un rapport avec des facteurs psychiques ou sociaux ont été incluses dans l'étude: douleur sans signes cliniques, excès pondéral, problèmes pubertaires, problèmes scolaires et sociaux, accidents.

Le *tableau 1* résume les différents diagnostics à tendance psychosomatique classés par sexe et par âge. Bien que cet échantillon ne représente que les consultations d'écoliers chez le pédiatre, il peut être considéré comme représentatif de la fréquence de ces affections dans la population d'âge scolaire en général. Ainsi, les douleurs et les problèmes de puberté, y compris anorexie et boulimie, sont plus fréquents chez les jeunes filles, alors que les garçons consultent plus pour des accidents ou pour des problèmes comportementaux en rapport avec l'école. Avec l'âge, on observe une augmentation significative

des consultations liées à des problèmes psychosomatiques, tandis que les problèmes scolaires et de comportement se rencontrent plus fréquemment chez les écoliers des degrés primaires supérieurs. Ceci paraît être la confirmation d'une surcharge des enfants causée par les processus de sélection introduits en 6^e année. Des problèmes sociaux comme cause principale de la consultation n'ont été enregistrés que très rarement (0.44%), ce qui excluait une analyse plus fine. La répartition des diagnostics en fonction des différents degrés suivait à peu près l'évolution de l'âge des enfants, à l'exception des problèmes scolaires rencontrés plus fréquemment dans les petites classes. La répartition selon l'emplacement du cabinet montre que les pédiatres en ville rencontrent plus fréquemment des problèmes de douleurs, de puberté ou d'école, alors que leurs collègues de la campagne voient plus souvent des accidents. Il est frappant de constater le petit nombre de consultations pour des problèmes d'excès pondéraux ou des problèmes sociaux, malgré la prévalence de ces affections dans la population générale.

Tableau 1: Affections à caractère psychosomatique (en % de toutes les consultations)

	selon le sexe			p	selon l'âge			p
	Filles	Garçons			6-9 ans	10-12 ans	13-16 ans	
Troubles psychosomatiques	4.1	3.6	0.304	2.6	4.6	7.3	< 0.001	
Douleurs	6.5	5.0	0.021	4.0	7.7	9.3	< 0.001	
Excès pondéral	1.6	1.3	0.520	0.8	2.5	2.4	< 0.001	
Problèmes liés à la puberté (y c. anorexie et boulimie)	1.4	0.5	< 0.001	0.3	0.9	3.4	< 0.001	
Accidents	10.7	13.0	0.008	6.4	16.6	26.1	< 0.001	
Difficultés scolaires et troubles du comportement	1.7	3.9	< 0.001	2.4	3.8	3.1	0.016	
Nombre de consultations	2850	3121		3585	1538	848		

Influence possible de l'environnement

Pour chaque diagnostic, les médecins devaient signaler sur les questionnaires, s'ils estimaient voir une relation avec l'environnement familial, scolaire ou de loisirs, ou avec d'autres circonstances liées à la vie de l'enfant. En ce qui concerne le groupe des affections à caractère psychosomatique, les pédiatres ont estimé y voir une relation avec l'environnement dans 75% des cas. A l'exception des accidents et des problèmes scolaires, 50 – 60% des pathologies semblaient d'abord en relation avec l'environnement familial. L'école était naturellement responsable des problèmes scolaires, mais aussi de 20 à 40% des autres affections à caractère psychosomatique. Les accidents étaient liés soit aux loisirs, soit à l'école.

Discussion

Un des résultats les plus nets de cette étude a été de montrer que, au milieu des années 90, les pédiatres du canton de Berne s'occupent encore très majoritairement de nourrissons et de petits enfants, et qu'ils ne consacrent que 20% de leur temps de consultation à des écoliers. Malgré cela, une estimation rapide montre que chaque pédiatre du canton de Berne est consulté en moyenne 1000 fois par année par des enfants d'âge scolaire, ce qui lui permet d'acquérir rapidement une solide expérience professionnelle relative aux enfants de cet âge. Entre la première et la neuvième année d'école, les enfants vont toutefois progressivement quitter le pédiatre pour se rendre chez le généraliste ou le spécialiste et cela sans seuil d'âge net. Cette situation a été appréciée de manière

très variée par les différents praticiens interviewés. Si quelques-uns se sont déclarés prêts à s'investir plus activement pour conserver la clientèle des enfants plus âgés, beaucoup ne voient pas, dans cette érosion régulière de la population pédiatrique, de raisons suffisantes pour une action de politique professionnelle ou pour un aménagement particulier de leur cabinet ou de leur temps de travail visant à attirer les 8 à 10 ans ou les adolescents. Selon l'étude de Haldi et Bubenhofer, il y a dans le canton de Berne un pédiatre pour 13 600 habitants (pour toute la Suisse: 1 pour 12 000) et les jeunes médecins en formation ne suffiront pas pour compenser les départs à la retraite qui seront enregistrés au cours des prochaines années. Il ne saurait donc être question d'élargir la couverture pédiatrique à un groupe plus étendu de patients. Pour que les enfants d'âge scolaire puissent quand même bénéficier d'une couverture médicale optimale, la SSP devrait réfléchir aux mesures propres à maintenir un haut niveau de compétence des autres médecins de premier recours dans les domaines de l'enfant d'âge scolaire et de l'adolescent. (NdT: Favoriser une meilleure collaboration entre pédiatres et généraliste pour cette classe d'âge serait une autre stratégie à explorer, p.e. par l'intermédiaire du Collège de Médecine de premier recours.) Alors que les examens de dépistage et les vaccinations représentent un pourcentage important des consultations du nourrisson et du petit enfant, pour les écoliers, cela ne représente plus que 8%.

L'étude ECP confirme que le pédiatre, en tant «médecin de famille des enfants», a de bonnes connaissances de l'environne-

ment familial de l'enfant. Cette connaissance est même meilleure en ville, ce qui contredit la vieille idée de relation plus «anonyme» en ville. Cette différence pourrait être due au fait que beaucoup de familles semblent quitter la ville au moment où les enfants atteignent l'âge scolaire, raison pour laquelle les pédiatres de la campagne enregistrent une plus haute proportion d'écoliers se présentant comme nouveaux patients à leur cabinet. Le fait que l'on rencontre plus de situations sociales défavorables en ville qu'à la campagne semble lié aux conditions générales de vie en ville qui se reflètent sur les enfants. C'est donc plus le niveau socio-économique des familles qui semble être la cause de la plus haute prévalence de ces problèmes en milieu urbain qu'une véritable différence d'environnement. Ceci semble confirmé par la plus haute proportion d'étrangers en ville qu'à la campagne. Globalement, les pédiatres de ville rencontrent donc plus de pathologies induites par des facteurs non médicaux que leur collègues de la campagne. En ce qui concerne l'environnement scolaire, comme prévu, les connaissances des pédiatres étaient en général nettement moins bonnes que pour l'environnement familial.

Les syndromes algiques et les perturbations psychosomatiques au sens strict n'ont été observés que dans 5% des consultations. Ainsi, même en observant une légère augmentation de ces pathologies avec l'âge, ces problèmes parfois qualifiés de «pathologies nouvelles» ne représentent qu'une petite proportion de l'activité du pédiatre. Quant aux problèmes de puberté, même en leur ajoutant les affec-

tions de type anorexie et boulimie, ils ne représentent que moins d'un dixième des consultations des écoliers.

Les enquêtes menées auprès de groupes représentatifs d'écoliers et d'adolescents ont fait ressortir de manière répétée que même s'ils jouissent en général d'une bonne santé, ces jeunes se plaignent souvent de petits troubles psychosomatiques et recherchent de l'aide ou des conseils. L'incidence de la dépression dans cette population est évaluée à environ 6% et les plaintes psychosomatiques en sont souvent une traduction. Pourtant ce diagnostic n'a pas été fait une seule fois par les pédiatres en 6000 consultations! Etant donné les implications thérapeutiques et préventives d'un diagnostic précoce de la dépression, il conviendrait de mieux former les pédiatres à en reconnaître les signes, dans le cadre de la formation post-graduée et continue.

L'incidence très marginale des problèmes scolaires et comportementaux (2.8%) comme motif de consultation, rend l'intervention du médecin peu efficace pour leur prévention et leur prise en charge dans la population des écoliers en général.

Les problèmes sociaux liés par définition à des conditions sociales défavorables ne représentent que 0.4% des diagnostics, ce qui démontre combien cette problématique est totalement sous-estimée. Le fait que des difficultés sociales sont signalées dans 20% des consultations d'enfant d'âge scolaire, montre que les pédiatres restent attentifs à ces situations, même si elles ne sont évoquées que subsidiairement, en annexe au motif principal de consultation.

Dans ce domaine, le rôle dévolu au médecin reste d'ailleurs mal défini. Il nous faut donc réfléchir, s'il n'appartient pas à la fonction du pédiatre, dans le cadre de la relation triangulaire particulière qu'il entretient avec l'enfant et ses parents, de s'inquiéter spontanément du cadre social de ses patients; parallèlement, il faut aussi définir comment coordonner le travail avec les institutions sociales, tout en garantissant aux familles le respect du secret médical. Cette question complexe a fait l'objet d'une publication séparée, fondée sur les réponses reçues au cours des entretiens avec les médecins.

Globalement, la fréquence des diagnostics à caractère psychosociaux rencontrés en consultation pédiatrique, à l'exception des accidents, s'est située nettement en dessous des chiffres attendus en fonction des données épidémiologiques. Pour certains diagnostics comme l'excès pondéral ou la dépression, il peut s'agir d'un biais lié à la rédaction du questionnaire: celui-ci enregistre d'abord le motif de consultation «principal», alors qu'une pathologie de base n'était souvent pas signalée. On peut cependant en conclure que le diagnostic noté sur le questionnaire était celui dont le médecin s'était activement préoccupé durant la consultation considérée, qu'il soit ou non le motif primaire ayant amené le patient à consulter. Dédire de la faible incidence des diagnostics psychosociaux dans cette enquête que les pédiatres ne seraient pas capables ou pas intéressés à les identifier ou à les prendre en charge chez les enfants d'âge scolaire serait certainement un raccourci excessif. Lorsque les adolescents sont interrogés par écrit

ou lors d'entretiens avec les services de médecine scolaire et qu'on leur demande où ils cherchent de l'aide pour de tels problèmes, il placent en premier rang leurs camarades, puis leurs parents, et ne pensent que très rarement à consulter des professionnels. Quand bien même certains expriment une demande claire, il est en général difficile de convaincre un adolescent de la nécessité d'une prise en charge ou d'un traitement par des spécialistes. On souffre, mais on veut malgré tout paraître fort, indépendant et en bonne santé et on se défend de vouloir encore dépendre des adultes. Ce qui finalement ressort de la problématique psychosociale rencontrée à la consultation pédiatrique n'est probablement que la pointe d'un iceberg et il serait irréaliste, pour les raisons précitées, de penser que les importants besoins d'aide et de conseils de cette classe d'âge puissent être comblés par un élargissement de la couverture pédiatrique des écoliers. Il serait cependant souhaitable que les expériences accumulées par les pédiatres dans ce domaine soient utilisées pour le développement de la médecine de l'adolescent.

Littérature

Voir le texte allemand.

J.-D. Vuille, Berne

Traduction: A. Regamey, Morges