

La santé des enfants de 6 ans en Alsace

Analyse des bilans de santé scolaire 2000-2001

La mise en place, l'évaluation et le suivi de politiques de santé nécessitent des informations régulières sur l'état de la santé de la population, mais aussi sur les déterminants de santé (facteurs de risques biologiques, comportementaux, environnementaux ou socio-économiques, qualité de vie et accès aux soins). Ces informations restent insuffisantes dans de nombreux domaines dont en particulier l'enfance.

Il existe cependant des sources de données épidémiologiques qui méritent d'être davantage valorisées ; c'est le cas de la visite médicale d'admission à l'école élémentaire (VMA). En effet, la quasi-totalité des enfants de 5 à 6 ans de la région bénéficie d'un bilan de santé avant l'entrée au cours préparatoire (CP), réalisé par les services de :

- santé de la ville de Strasbourg (médecins et infirmiers) ;
- promotion de la santé en faveur des élèves du Bas-Rhin (médecins et infirmiers) ;
- promotion de la santé en faveur des élèves du Haut-Rhin (médecins et infirmiers) ;

Ce bilan, qui a pour objectif de repérer l'ensemble des problèmes pouvant être préjudiciables à une scolarité normale, est le seul touchant encore l'ensemble d'une tranche d'âge. Il constitue de ce fait une source potentielle extrêmement riche de renseignements épidémiologiques sur la santé des enfants, leur environnement ou encore leurs modes de vie.

C'est pourquoi, soutenu financièrement par la DRASS d'Alsace, l'ORSAL a étudié au cours de l'année scolaire 1999/2000 la faisabilité d'un recueil harmonisé d'informations entre ces trois services. Grâce à l'aide méthodologique et technique du Landesgesundheitsamt du Baden-Württemberg (LGA) et la participation active des services concernés, l'étude de faisabilité s'est révélée positive.

A la lumière de ces résultats, il a été décidé de réaliser, au cours de l'année 2000/2001, un recueil harmonisé d'informations sur la santé des enfants de 6 ans. Ce document présente les résultats de l'analyse de cette enquête.

Nous tenons à remercier les médecins et infirmiers ainsi que les secrétaires des services qui ont rendu possible ce travail. Nous remercions également ici la DRASS d'Alsace, l'URCAM d'Alsace, la CRAM-AM (Caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace-Moselle), le Conseil général du Bas-Rhin et la Ville de Strasbourg qui, par leur soutien financier, ont rendu possible la réalisation de cette étude.

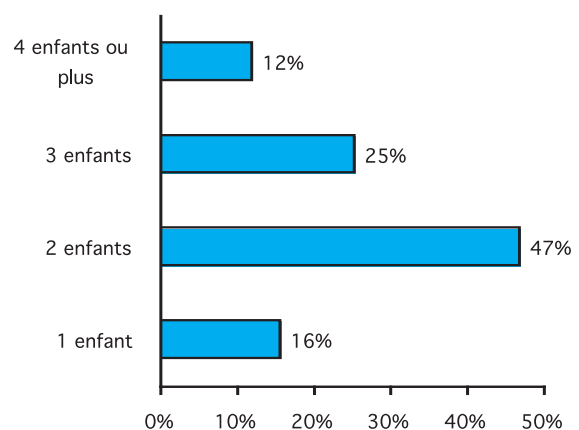
Une structure familiale qui reste très majoritairement classique...

Selon notre enquête, près de 9 enfants entrant en CP sur 10 vivent avec leurs deux parents biologiques, alors que seul 1 enfant sur 10 vit dans une famille monoparentale et 1 sur 30 dans une famille recomposée. Ainsi, bien que le nombre de familles monoparentales ou recomposées ne cesse d'augmenter, tant au niveau national que régional, la très grande majorité des enfants de cet âge vivent encore dans une famille " classique ".

Une majorité d'enfants vit dans une famille avec un second enfant

Une autre tendance de fond de notre société est la diminution de la taille des familles. Seules 12 % des familles comptent 4 enfants ou plus (graphique 1), familles nombreuses qui sont plus fréquemment rencontrées parmi les ouvriers, en milieu urbain et en ZEP. Ce sont à présent les familles de deux enfants (une famille sur deux) et de trois enfants (une famille sur quatre) qui prédominent.

Graphique 1 : Répartition des familles selon le nombre d'enfants



Un environnement social globalement favorable...

L'Alsace est en 2001 une des régions les plus dynamiques et riches de France, comme en témoigne son PIB par habitant (troisième rang national) et son revenu imposable moyen par foyer fiscal (le plus élevé de France après l'Ile-de-France).

Cette bonne santé économique associée au développement du travail frontalier se traduit par un taux de chômage particulièrement faible. Il n'était que de 5,3 % en fin 2001, contre 8,3 % en moyenne nationale. La situation des familles d'enfants de six ans est encore plus satisfaisante. Ainsi, selon la présente enquête, seuls 1,8 % des pères et 1,6 % des mères déclarent être à la recherche d'un emploi.

Les pères sont dans leur grande majorité professionnellement actifs (neuf pères sur dix). Les mères se subdivisent principalement en deux populations, celles des femmes en activité professionnelle (six sur dix) et celle des femmes au foyer (plus de trois sur 10).

...mais une grande mixité de situations

L'étude met cependant en évidence l'existence au sein de cette population d'une grande mixité de situations socioprofessionnelles. Si les familles d'employés sont les plus nombreuses (une famille sur trois), le nombre de familles d'ouvriers (une famille sur cinq) est pratiquement identique au nombre de familles de cadres (graphique 2).

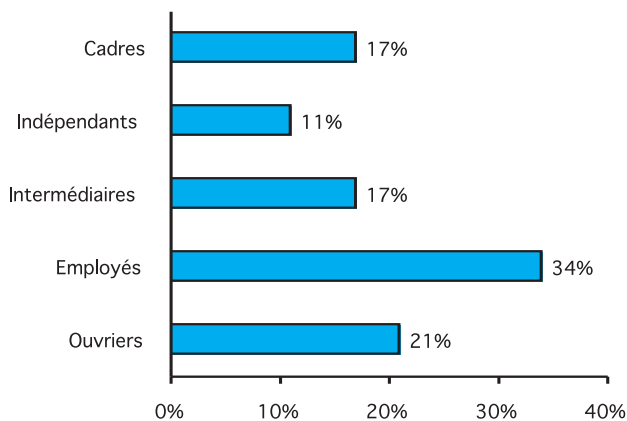
Il se peut d'ailleurs que par un effet de déclaration, notre enquête sous-estime le nombre de familles d'ouvriers, au regard des résultats du recensement de la population de l'INSEE de 1999 (26 %).

Mixité sociale mais également mixité culturelle. Ainsi, dans plus du tiers des familles, le français n'est pas la seule langue utilisée, sachant que la pratique exclusive d'une autre langue

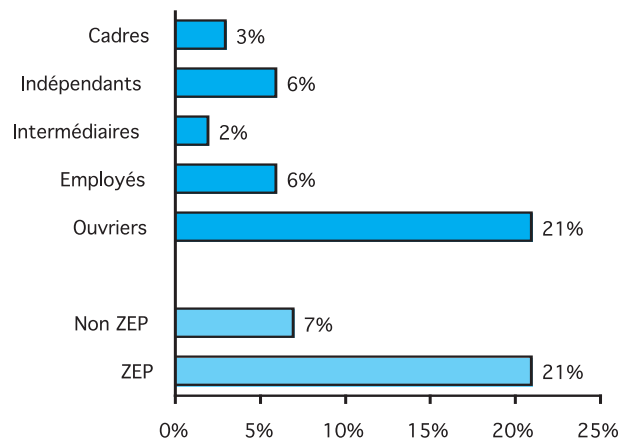
(y compris l'alsacien) reste très rare (3 % des familles). Selon son motif, l'utilisation d'une autre langue peut aussi bien correspondre à un handicap (non maîtrise du français dans la famille) qu'à une chance pour l'enfant (choix pédagogique par exemple).

Il est néanmoins très probable que pour les 8 % d'enfants dont la mère ne maîtrise pas le français à l'écrit, cela constitue un facteur de moindre chance de réussite scolaire (graphique 3). La non maîtrise du français concerne majoritairement les populations les moins favorisées (familles d'ouvriers, familles dont l'enfant est scolarisé en ZEP, familles nombreuses).

Graphique 2 : Répartition des familles selon la CSP (en %)



Graphique 3 : Mères ne sachant pas écrire le français (en %)



Méthode

La méthode d'enquête a été développée grâce au soutien du Landesgesundheitsamt du Baden-Württemberg. La fiche de recueil a été élaborée en étroite collaboration avec les services concernés.

Les données ont été recueillies au cours des examens préélémentaires entre le mois d'avril et le mois de juin 2001. Le mode d'échantillonnage diffère selon le département. Pour le Bas-Rhin y compris la ville de Strasbourg, l'ORSAL a réalisé un sondage aléatoire stratifié géographiquement et sur le critère ZEP / non ZEP avec un taux de sondage de 25 %. Pour le Haut-Rhin, en raison de la seule participation des médecins, un échantillonnage au 10ème a été réalisé.

La saisie automatisée des questionnaires (lecture optique) a été réalisée par l'ORSAL dans les locaux et grâce au matériel du Landesgesundheitsamt du Baden-Württemberg. Au total les données recueillies concernent 3 744 enfants en présence de leurs parents.

Pour plus de précisions consultez le rapport complet de l'étude sur le site internet de l'ORSAL : www.orsal.org

La cantine et la garde hors du domicile ne concernent qu'une minorité d'enfants

L'enquête apporte également de nombreux renseignements sur la vie quotidienne des enfants, dont en particulier l'usage de la cantine et le mode de garde ou encore les loisirs et la télévision.

Pour les enfants de 5-6 ans, le recours à un mode de garde hors du domicile des parents (3 enfants sur 10) ou au restaurant scolaire (2 enfants sur 10) est relativement peu fréquent (tableau 1).

Tableau 1 : Nombre de jours de restaurant scolaire par semaine et nombre de demi-journées de garde (en %)

| Restauration scolaire | | Garde hors du domicile parental | |
|-----------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| Jamais | 82% | Jamais | 71% |
| 1 fois | 3% | 1 à 3 fois | 8% |
| 2 ou 3 fois | 6% | 4 à 7 fois | 13% |
| 4 ou 5 fois | 9% | 8 à 10 fois | 8% |
| Ensemble | 100% | Ensemble | 100% |

L'usage de la restauration scolaire, faible en dehors des grandes agglomérations, est un phénomène qui concerne plus spécifiquement les familles dont les 2 parents travaillent.

La garde hors domicile est plus fréquemment utilisée par les mères professionnellement actives et les familles monoparentales.

Soulignons également que ce sont les milieux les moins favorisés (ouvriers, mères ne maîtrisant pas le français écrit) qui recourent le moins souvent à la garde hors domicile ou à la cantine.

Télévision, activités extrascolaires et durée de sommeil fortement liées

Plus d'un enfant sur deux (57 %) passe une heure ou plus par jour devant la télévision, alors que seul un enfant sur trois (37 %) a des activités extrascolaires. Rappelons cependant que de nombreuses activités extrascolaires ne s'adressent qu'à des enfants plus âgés.

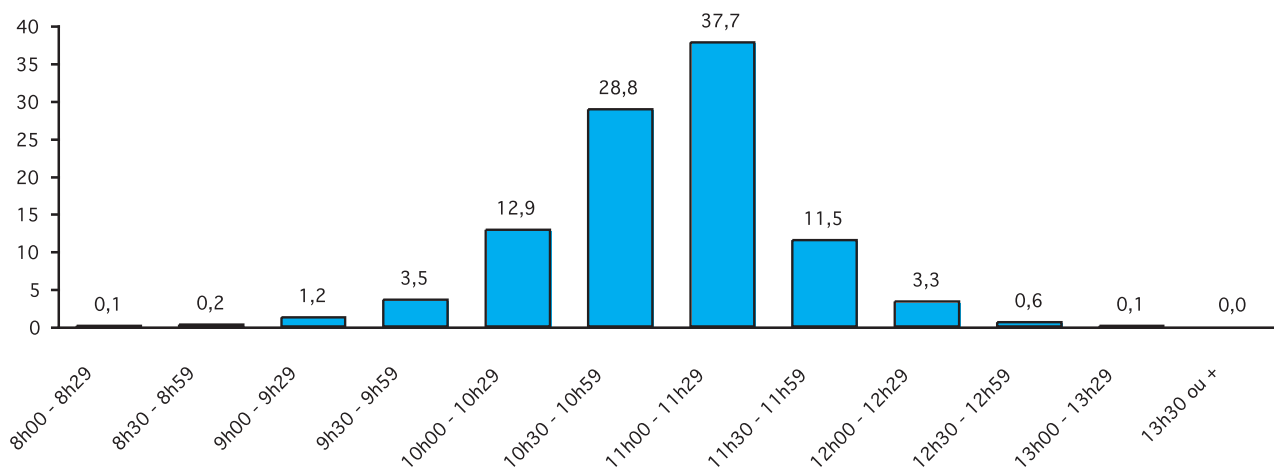
Le temps consacré à la télévision est inversement proportionnel à celui consacré aux activités extrascolaires et au sommeil. Ainsi, par exemple, 46 % des enfants pratiquant une activité extrascolaire passent plus d'une heure devant la télévision alors que ce taux est de 62 % chez les enfants ne pratiquant pas d'activités extrascolaires.

Par ailleurs, le temps consacré à la télévision ou aux activités extrascolaires varie considérablement selon le milieu social. Les enfants d'ouvriers et les enfants dont la mère ne maîtrise pas le français écrit " consomment " beaucoup de télévision. A l'inverse, les enfants de cadres et les enfants dont la mère maîtrise le français écrit bénéficient le plus d'activités extrascolaires. Plus précisément, 34 % des enfants de cadres regardent la télévision plus d'une heure par jour, 71 % des enfants d'ouvriers, 76 % des enfants dont la mère ne parle pas le français alors que 40 % des enfants de cadres, 82 % des enfants d'ouvriers et 85 % des enfants dont la mère ne parle pas le français n'ont pas d'activités extrascolaires.

Les différences entre catégories sociales se retrouvent également sur d'autres plans, dont en particulier la prise de petit déjeuner. Ainsi, un enfant sur dix (11 %) ne prend pas de petit déjeuner, phénomène plus marqué chez les enfants dont la mère ne maîtrise pas le français écrit (18 %) et, dans une moindre mesure, les enfants d'ouvriers (13 %) ou dont la mère est professionnellement inactive (13 %).

De même, la proportion d'enfants qui dorment moins de 10 heures 30 par nuit (17 % en moyenne), est particulièrement élevée lorsque la mère ne maîtrise pas le français écrit (33 %), dans les familles nombreuses (24 %), pour les enfants dont l'établissement scolaire est situé en ZEP (22 %) et les enfants d'ouvriers (22 %). Néanmoins, il n'existe pas de norme concernant le nombre d'heures de sommeil et si l'on considère la proportion d'enfants qui dorment moins de 11 heures, les différences évoquées ci-dessus disparaissent.

Graphique 4 : Répartition des enfants selon la durée de sommeil (%)



Un état de santé globalement satisfaisant...

Globalement l'état de santé des enfants entrant en CP est bon. Aucune pathologie nouvelle n'est dépistée pour 82 % des enfants vus par les services de santé scolaire et aucune contre-indication à l'entrée au CP n'est formulée pour 96 % des enfants.

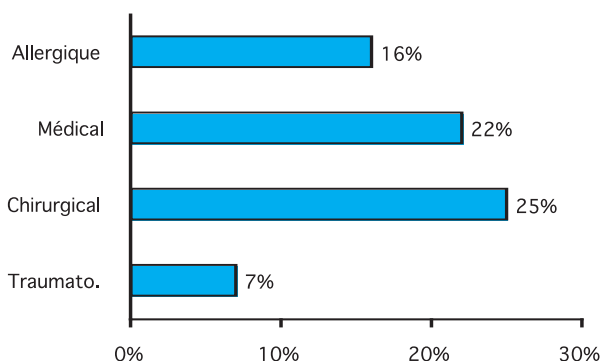
Pour autant, les problèmes ne sont pas rares dans la mesure où, au moment de l'examen, environ un enfant sur deux souffre d'un problème de santé. Il s'agit cependant de problèmes pour la plupart peu graves et pouvant en général faire l'objet d'une prise en charge efficace. Les problèmes de santé les plus souvent relevés concernent :

- Les caries (21 % des enfants ont au moins une carie soignée ou non),
- Les déficiences visuelles (25 % des enfants souffrent d'un problème de vision : myopie, hypermétropie, vision des couleurs, vision binoculaire ou strabisme),
- Les déficiences auditives (6 % des enfants).

Par ailleurs, la moitié des enfants ne déplore aucun antécédent au moment de la visite d'admission, qu'il soit médical, allergique, traumatologique ou chirurgical (graphique 5).

Parmi les antécédents chirurgicaux, les plus fréquents sont les interventions ORL (15 % des enfants sont concernés). Dans la catégorie des antécédents médicaux, les otites et bronchites à répétition (respectivement 10 et 9 % des enfants) sont les plus fréquents.

Graphique 5 : Proportion d'enfants comptant au moins un antécédent par catégorie d'antécédents



... mais des situations individuelles difficiles

Cette bonne impression collective ne doit pas occulter des situations individuelles difficiles ou graves. Un enfant sur vingt-cinq est concerné par une pathologie chronique qui justifie la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI). Ces projets permettent d'intégrer en milieu scolaire ordinaire les enfants concernés et ce, en fonction de leurs capacités. L'asthme est la pathologie chronique la plus fréquente (2,7 %). Il est plus rarement fait état d'allergies alimentaires, de diabète, d'épilepsie ou de cardiopathies et exceptionnellement d'autres pathologies (arthrite chronique juvénile, mucoviscidose, myopathie, cancers, insuffisance rénale...).

Un enfant sur dix est concerné par un suivi médical, social ou pédagogique

Un enfant sur dix (10 %) bénéficie d'au moins un suivi au moment de l'examen (Tableau 2) : 6 % des enfants étaient suivis par un orthophoniste, 4 % par un RASED (cf. encadré ci-dessous) et 2 % par un pédopsychiatre. Les autres modes de suivi concernent au plus un enfant sur cent (CCPE, CAMSP, AEMO, CDES, Cf. encadré).

Si les suivis orthophoniques sont plus fréquents chez les garçons (7 % versus 4 % pour les filles), le RASED, suivi d'une nature pédagogique, se rencontre essentiellement en ZEP (11 %, Tableau 2), dans les familles dont la mère ne maîtrise pas le français écrit (9 %), dans les familles d'ouvriers (8 %) et dans les familles monoparentales (7 %).

Tableau 2 : Suivi actuel suivant la localisation en ZEP (en %)

| Suivi actuel | non ZEP | ZEP | Total |
|-----------------------|---------|------|------------|
| Orthophoniste | 5,6 | 5,3 | 5,7 |
| RASED | 2,9 | 10,6 | 3,7 |
| Pédopsychiatre | 1,5 | 2,4 | 1,6 |
| CCPE | 0,9 | 2,7 | 1,0 |
| CAMSP | 0,3 | 0,7 | 0,4 |
| AEMO | 0,1 | 2,2 | 0,3 |
| CDES | 0,2 | 1,2 | 0,3 |

Suivis médicaux et sociaux

- **CCPE** (Commission de circonscription pour l'enseignement préscolaire et élémentaire). Elle est chargée de décider de l'orientation des enfants (jusqu'à 12 ans). Son rôle est d'assurer la prévention et/ou le dépistage des inadaptations, le maintien autant que possible dans un milieu de vie habituel, l'intégration scolaire, l'orientation vers les structures appropriées et l'obtention des aides adéquates à l'intérieur de l'établissement ou au sein des structures spécialisées publiques ou privées, la préservation de la continuité des soins, la révision annuelle des mesures prises.
- **CDES** (Commission départementale d'éducation spéciale). La CDES est chargée de coordonner les multiples actions permettant que soit assurée l'éducation des enfants et adolescents handicapés (jusqu'à 20 ans) : aides financières à la famille, aides éducatives, orientations.
- **RASED** (Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté). Dispositif mis en place par l'Education Nationale depuis 1990 dans les écoles maternelles et élémentaires, sous la responsabilité de l'Inspecteur de l'Education Nationale. Il a pour principale mission l'aide aux élèves en difficulté scolaire par une équipe spécialisée comprenant enseignant, psychologue scolaire et rééducateur en psychopédagogie.
- **CAMSP** (Centre d'aide médico-sociale précoce). Le CAMSP reçoit les enfants de la naissance à 6 ans présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels avec ou sans difficultés relationnelles associées.
- **AEMO** (Aide éducative en milieu ouvert). Les services d'AEMO interviennent à domicile auprès des mineurs en danger et de leur famille en vue de leur apporter une aide psychologique, éducative et éventuellement matérielle. L'objectif est d'exercer une action préventive pour éviter un retrait d'enfant du milieu familial. On distingue 2 sortes d'AEMO, l'AEMO judiciaire mise en place lorsque " la santé, la sécurité, la moralité du mineur sont en danger ou que les conditions de son éducation sont compromises" et l'AEMO administrative, décidée par les services l'Aide sociale à l'enfance (Conseil général) avec accord parental, qui est proposée à la famille, se veut préventive et se structure autour d'un contrat qui ne se limite pas à l'enfant en particulier.

Surpoids et obésité particulièrement fréquents en Alsace

La bonne impression collective ne doit pas non plus masquer le problème particulièrement préoccupant du surpoids et de l'obésité. Même si, comme le souligne la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), les enfants en surcharge pondérale ne seront pas tous obèses plus tard, être précocement en situation de surpoids constitue un facteur prédictif d'obésité à l'âge adulte.

Nous ne disposons pas ici de recul pour juger de l'évolution du phénomène en Alsace, mais toutes les enquêtes nationales mettent en évidence une augmentation des taux de surpoids et d'obésité. Ajoutons à cela que le problème est fréquent en Alsace (18 % d'enfants souffrant d'une surcharge pondérale contre 14 % en moyenne métropolitaine selon la DREES). Seule la Corse enregistre un taux encore plus élevé (22 %). C'est une situation qui est synonyme de conséquences sur la qualité de vie (obésité) mais également sur l'état de santé (diabète de type 2, maladies cardio-vasculaires, cancers digestifs).

Un développement psychomoteur en rapport avec la prématurité

Au moment de la visite médicale, 71 % des enfants ont acquis tous les items psychomoteurs recherchés. La latéralité est généralement déjà fixée, majoritairement à droite. L'item psychomoteur le plus fréquemment signalé comme étant " non acquis " concerne l'orientation temporelle : 16 % des enfants sont concernés (tableau 3). La seconde place est occupée par les items de l'élocution et du rythme.

Les enfants nés prématurément présentant un moindre développement psychomoteur. Ainsi, les items psychomoteurs ne sont pas acquis pour 44 % des enfants prématurés contre 29 % des enfants nés à terme. Par ailleurs, les enfants nés prématurément marchent en moyenne plus tardivement. Ainsi, si la grande majorité des enfants examinés ont commencé à marcher entre leur 11ème et 13ème mois, les enfants nés avant terme ont en moyenne marché 1 (pour les prématurés) à 2 mois (pour les grands prématurés) plus tard.

Tableau 3 : Items psychomoteurs non acquis (% d'enfants concernés)

| Items psychomoteurs | Non acquis |
|------------------------|------------|
| Orientation temporelle | 16,5 |
| Rythme | 8,5 |
| Elocution | 8,2 |
| Orientation spatiale | 6,3 |
| Aptitudes graphiques | 4,5 |
| Langage | 3,8 |
| Equilibre sur un pied | 2,5 |
| Coordination | 2,1 |
| Marche talon-pointe | 1,0 |
| Motricité globale | 0,9 |

Accès et recours aux soins et aux dépistages : des situations contrastées

Selon les déclarations des parents, les obstacles financiers à l'accès aux soins sont quasiment inexistantes pour les enfants de 6 ans. Ainsi, moins d'un pour cent des parents déclarent avoir eu à renoncer à des soins pour des raisons financières. A titre de comparaison, selon l'enquête Santé, soins, protection sociale 2000 du CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé), au niveau national, 15 % des personnes de 16 ans ou plus déclarent avoir renoncé (pour eux-mêmes) à des soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières. Ces chiffres ne peuvent directement se comparer. En effet l'enquête du CREDES ne mesure que le renoncement aux soins d'adultes pour eux même et non pas pour leurs enfants, alors que ces derniers peuvent bénéficier de consultations gratuites dans les services de PMI. Par ailleurs, l'enquête du CREDES concerne la population nationale, qui ne bénéficie pas pour sa plus grande part des meilleurs taux de remboursement du régime local (Alsace-Moselle). Néanmoins, il est également légitime de se demander si les conditions de l'enquête (répondre aux questions d'un médecin ou infirmier scolaire) n'ont pas entraîné de sous-déclaration.

Par ailleurs les taux de couverture en matière de vaccinations obligatoires sont très élevés. Ils atteignent 94 % pour la coqueluche, 95 % pour le BCG et 97 % pour le DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite). Concernant la vaccination ROR (rougeole, oreillons, rubéole), non obligatoire en France mais recommandée par l'OMS, 90 % des enfants ont reçu au moins une injection. Seuls les taux de couverture vaccinale contre l'Hépatite B (43 %) et dans une moindre mesure l'*Haemophilus influenzae* (75 %) peuvent être considérés comme faibles.

N'en concluons pas hâtivement que l'accès aux soins et aux dépistages est garanti dans la région. Au contraire, de réels problèmes existent, comme le montrent les indicateurs :

- de santé bucco-dentaire (11 % des enfants présentent au moins une carie non soignée pour d'autres raisons que le choix thérapeutique du chirurgien dentiste),
- de dépistage visuel (10 % des enfants souffrent d'une myopie non corrigée ou insuffisamment corrigée, 11 % d'une hypermétropie),
- de dépistage auditif (près de 6 % des enfants souffrent d'une déficience auditive au moment de l'examen et pour plus de la moitié de ces enfants, la déficience n'était pas connue avant l'examen).

Le très faible taux de renoncement aux soins évoqué ci-dessus nous invite à penser qu'il ne s'agit pas là de difficultés liées à des problèmes financiers, mais plutôt à d'autres difficultés d'accès aux soins qu'il serait intéressant d'analyser plus en détail (culture de la prévention et de l'utilisation du système de soins).

Il reste toutefois également possible que notre enquête sous-estime la fréquence de renoncement aux soins, comme nous l'avons indiqué ci-dessus.

Des inégalités de santé déjà très marquées à 6 ans

Chez les adultes, les inégalités de santé sont, de façon notoire, particulièrement importantes. A titre d'exemple, rappelons qu'entre 25 et 55 ans, le taux de mortalité des ouvriers est, en Alsace, quatre fois supérieur au taux de mortalité des cadres.

Si les inégalités sociales de santé entre adultes sont connues de longue date, la situation restait très peu documentée pour ce qui concerne les enfants de six ans.

Catégories socioprofessionnelles de la famille : un cumul d'indicateurs négatifs dans les familles d'ouvriers

La présente étude apporte un éclairage nouveau sur ce sujet. Elle montre que sur certains points, les enfants d'ouvriers ne se distinguent pas des autres enfants. Ainsi, les taux de vaccination sont comparables à ceux observés en moyenne régionale, les antécédents traumatologiques, chirurgicaux et médicaux ne sont pas particulièrement fréquents. Les antécédents allergiques sont même moins souvent relevés, phénomène peut-être lié à un dépistage moins fréquent de ces pathologies.

Il ne s'agit cependant que d'exception tant la population des enfants d'ouvriers se caractérise par un cumul d'indicateurs négatifs. Ils concernent :

- les modes de vie comme nous l'avons déjà vu (plus de temps passé devant la télévision, moins de temps passé en activités extrascolaires, moins de prise du petit déjeuner),
- la découverte plus fréquente de pathologies qui n'avaient pas été dépistées avant l'examen préélémentaire (21 % des enfants d'ouvriers, contre 15 % des enfants de cadres et 13 % des enfants de " professions intermédiaires "),
- la surcharge pondérale, deux fois plus fréquente chez les enfants d'ouvriers (graphique 6),
- la présence de caries dentaires soignées ou non soignées (graphique 7),
- le développement psychomoteur (graphique 8),
- le taux d'orientation en CP adapté et le maintien en maternelle (9 % des enfants d'ouvriers : taux quatre à cinq fois supérieur à celui des enfants de professions intermédiaires, d'indépendants ou de cadres).

Les enfants de cadres connaissent une situation exactement inverse et présentent d'une façon globale des indicateurs positifs sur la majorité des plans évoqués précédemment.

Concernant les autres populations les situations sont moins marquées. Les enfants des catégories socioprofessionnelles intermédiaires présentent des indicateurs qui sont soit proches de ceux des enfants de cadres, soit dans la moyenne régionale, les indicateurs des enfants d'employés et d'indépendants sont pratiquement toujours proches de cette moyenne.

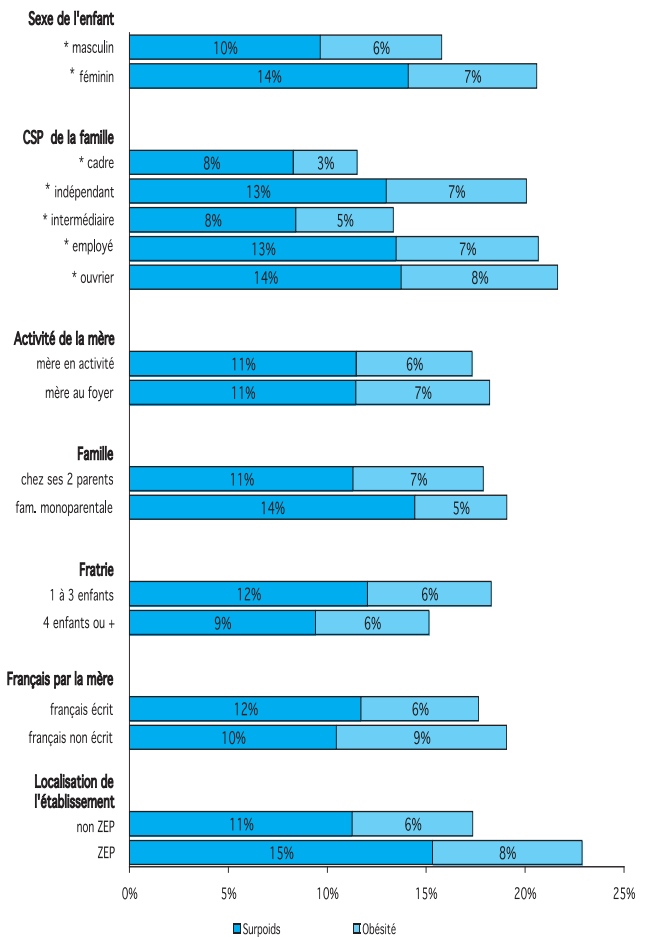
Maîtrise du français écrit par la mère : une situation comparable à celle des ouvriers pour les enfants dont la mère ne sait pas écrire le français

Comme entre enfants d'ouvriers et de cadres, un contraste très net apparaît selon la maîtrise ou non du français écrit par la mère. Ainsi, exclusion faite de la surcharge pondérale, les enfants dont la mère ne sait pas écrire le français présentent globalement des indicateurs négatifs.

Familles monoparentales : une situation en demi teinte

La situation des enfants de familles monoparentales diffère en certains points de celle des enfants vivant chez leurs deux parents. Scolarisés plus précocement, ils fréquentent plus régulièrement la garderie et la restauration scolaire, pratiquent moins d'activités extrascolaires. Cependant, ils ne consacrent pas plus de temps à la télévision, prennent aussi régulièrement un petit déjeuner et dorment autant que les autres enfants. Sur le plan de la santé, leur situation est comparable à celle des enfants vivant avec leurs deux parents à une exception près : ils ne souffrent pas plus souvent de caries dentaires, mais ces dernières sont moins fréquemment soignées.

Graphique 6 : Enfants en surpoids ou obèse (en %)¹



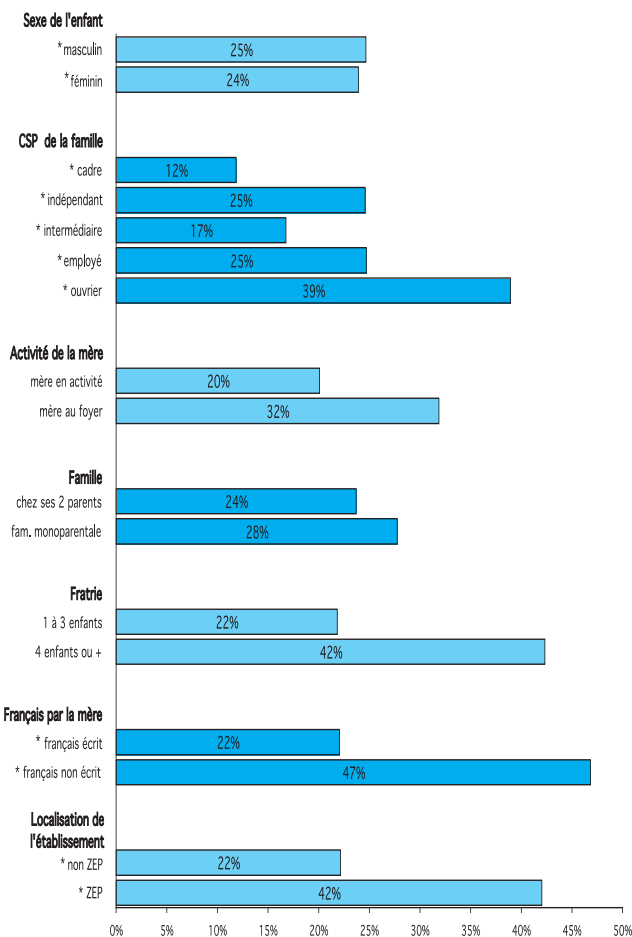
* Les variables socio-démographiques dont les modalités sont précédées d'un astérisque sont celles pour lesquelles il existe une différence significative.

1. Ce graphique en barres est présenté en distinguant le surpoids de l'obésité, mais la significativité est testée à partir de la surcharge pondérale qui tient compte simultanément du surpoids et de l'obésité.

Localisation de l'établissement en ZEP

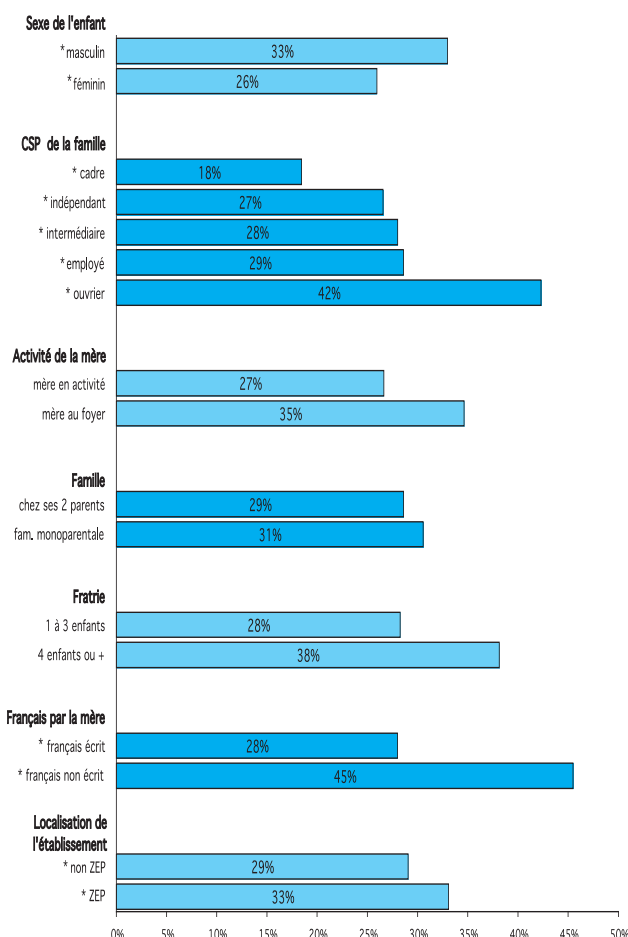
Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, la situation des enfants scolarisés dans des établissements situés en ZEP n'est, sur de nombreux plans, pas plus mauvaise que celle des autres enfants. Ils exercent certes moins d'activités extrascolaires, consacrent davantage de temps à la télévision et sont, de façon marquée, fréquemment atteints de carie(s). Cependant, ils dorment aussi longtemps que les autres enfants, prennent aussi fréquemment un petit-déjeuner, présentent des taux de vaccination comparables à ceux de la population générale. Ils ne se différencient pas non plus des autres enfants du point de vue de leur développement psychomoteur, des pathologies dépistées ou des conclusions du bilan de santé.

Graphique 7 : Enfants atteints de carie(s) (en %)



* Les variables socio-démographiques dont les modalités sont précédées d'un astérisque sont celles pour lesquelles il existe une différence significative.

Graphique 8 : Enfants pour lesquels au moins un item psychomoteur n'est pas acquis (en %)



* Les variables socio-démographiques dont les modalités sont précédées d'un astérisque sont celles pour lesquelles il existe une différence significative.

Déjà à 6 ans l'état de santé des garçons est moins bon que celui des filles

Un certain nombre d'indicateurs de santé diffèrent de façon statistiquement significative suivant le sexe. Ainsi, au niveau des antécédents relevés, dans les catégories "antécédents médicaux" et "allergies", nous observons plus de garçons touchés que de filles (respectivement 24 versus 18 % et 18 versus 14 %). La différence est nettement plus marquée au niveau des antécédents chirurgicaux (32 versus 18 %) qui sont, rappelons-le, essentiellement des interventions ORL. De la même façon, les petits garçons sont plus nombreux à présenter un asthme ou des signes évocateurs d'asthme (9 % versus 6 % des filles). Ils sont également plus nombreux à n'avoir pas acquis au moins un item psychomoteur (33 % versus 26 % des filles).

A l'inverse, si garçons et filles sont égaux devant l'obésité (respectivement 6 et 7 %), une différence significative apparaît pour le surpoids : 14 % des filles sont en situation de surpoids contre 10 % des garçons. Aucune différence n'apparaît cependant entre les sexes quant aux facteurs de risques connus de la surcharge pondérale et recueillis dans le cadre des VMA, à part une plus grande proportion de garçons consacrant plus d'une heure quotidienne à la télévision.

Synthèse et conclusion

Une nécessaire approche globale

En synthèse, les enfants de 6 ans sont dans leur très grande majorité en bonne santé et les problèmes relevés lors de l'examen, s'ils ne sont pas rares, sont généralement bénins et peuvent faire l'objet d'une prise en charge. Ainsi un enfant sur quatre (25 %) a des problèmes de vision, un sur cinq (21 %) a au moins une carie (soignée ou non), un sur vingt une déficience auditive (6 % des enfants). Pour autant, certains de ces problèmes ne sont pas anodins et peuvent entraîner, s'ils ne sont pas diagnostiqués et pris en charge, des difficultés d'apprentissage. Dans ce cadre, l'examen d'entrée en CP joue un rôle important, puisqu'il permet avant le début de la scolarité de dépister chez 7 % des enfants des troubles ophtalmologiques non connus, chez 4 % des troubles ORL non connus.

Par ailleurs, et c'est la première fois qu'une étude le démontre aussi clairement, les inégalités sociales de santé, qui sont particulièrement marquées en France, sont déjà observables chez des enfants de 6 ans. Certes, au regard des antécédents médicaux, chirurgicaux ou traumatologiques, l'état de santé des enfants issus des populations les moins favorisées est comparable à celui de l'ensemble de la population. Néanmoins, pour la plupart des autres indicateurs, nous enregistrons des différences marquées. Par exemple, l'état dentaire des enfants d'ouvrier ou de mère ne maîtrisant pas le français est plus mauvais que celui des enfants de cadre. De même, chez ces enfants, les médecins et infirmiers découvrent plus fréquemment des pathologies non encore dépistées. D'autres éléments, comme une fréquence de surcharge pondérale particulièrement élevée, conduisent à penser que les enfants issus des populations les moins favorisées vont, à l'âge adulte, être confrontés plus fréquemment à des problèmes de santé que les autres. Il est donc légitime de craindre que les inégalités sociales de santé ne soient pas en passe de se réduire, bien au contraire. Néanmoins, il ne faut pas tomber dans l'excès inverse et stigmatiser certaines catégories de populations ou concentrer sur elles seules les efforts. Les problèmes de santé, s'ils concernent plus spécifiquement certaines populations, touchent des enfants de toutes les classes sociales. Ainsi, les problèmes de vue, d'audition ou de santé bucco-dentaire sont dépistés dans toutes les couches sociales de la population, même s'ils sont plus fréquents dans certaines d'entre-elles.

Cette étude qui valorise le travail effectué par les services de promotion de la santé en faveur des élèves confirme si besoin était :

- l'utilité du dépistage systématique qui pourrait même être plus précoce, certaines pathologies dépistées lors de cet examen bénéficieraient plus tôt d'une prise en charge adaptée ;
- l'importance de ne pas se limiter à des actions de promotion et d'éducation pour la santé en direction des élèves mais de mettre en place, avec l'ensemble des partenaires locaux, des actions en direction des parents.

Les résultats de cette étude conduisent également à se poser la question de la nécessité d'une approche globale de la santé dans le cadre de ces actions. L'approche qui ne doit pas se limiter à la seule prévention d'une pathologie ou d'un problème de santé spécifique doit surtout porter sur les représentations de la santé, en particulier la notion de " bonne santé " différente de " l'absence de maladie ". Ainsi il serait possible de promouvoir, auprès des parents, des comportements favorables à une bonne santé pour leurs enfants qui comprendraient à la fois des actions de prévention mais aussi des actions autour de modes de vie favorables à la santé (hygiène de vie).

Un autre point mérite d'être mis en avant : l'Alsace est une des régions de France où la proportion d'enfants en surpoids ou obèses est la plus élevée (18 % contre 14 % en moyenne nationale). Il s'agit là d'une situation inquiétante, lorsque l'on sait les conséquences que l'obésité peut avoir à long terme (risques accrus d'affections cardio-vasculaires, de diabète de type II, de certains cancers). Ce constat a amené le comité de pilotage de cette étude à poursuivre ce travail en 2001/2002 par une enquête plus approfondie sur la nutrition et les modes de vie des enfants. Mais cette étude a également des limites, en particulier elle ne permet pas d'évaluer la suite donnée à la VMA. Les enfants pour lesquels un dépistage a été fait sont-ils réellement pris en charge ? Quel suivi de cette prise en charge peut être réalisé ?

Pour conclure, ce travail montre tout l'intérêt qu'il y a à recueillir de façon systématique et régulière des données dans le cadre des examens de santé. Ainsi, ces données :

- permettent de connaître finement l'état de santé et les modes de vie d'une population pour laquelle nous ne disposons jusqu'à présent que de peu d'informations. Ceci est fondamental pour les décideurs de santé publique, lorsqu'il s'agit de définir des politiques publiques spécifiques à cette population,
- permettent aux services de promotion de la santé en faveur des élèves et plus généralement aux acteurs de santé publique de mieux définir les actions à mettre en place et en particulier les actions de prévention à développer (éducation pour la santé, modification de l'environnement de l'enfant, prise en compte de certains facteurs sociodémographiques....),
- participent à l'évaluation des politiques, mais aussi des actions de santé mises en place, à condition que l'observation soit reconduite.

Cette étude a été réalisée grâce au soutien de

et au soutien technique et méthodologique du

The image displays a collection of logos for the study's sponsors and technical partners. On the left, under the heading 'Cette étude a été réalisée grâce au soutien de', are the logos for the République Française (Liberté • Egalité • Fraternité), URCAM ALSACE, and the Conseil Général du Bas-Rhin. On the right, under the heading 'et au soutien technique et méthodologique du', are the logos for the Caisse Régionale d'Assurance Maladie Alsace-Rhône-Strasbourg and the LandesgesundheitsAmt Baden-Württemberg. The Strasbourg logo is positioned centrally below the other logos.

Le rapport complet est disponible sur le site Internet de l'ORSAL

O b s e r v a t o i r e R é g i o n a l d e l a S a n t é d ' A l s a c e

4, rue de Lausanne 67000 STRASBOURG ■ Tél. 03 88 36 53 12 ■ Fax 03 88 35 60 82

e-mail : info@orsal.org

site internet : www.orsal.org