Observatoire local de la santé des élèves castelroussins

Classe d'âge des 5-6 ans

Année scolaire 2001-2002

Observatoire Régional de la Santé du Centre
: CHRO 1, rue Porte Madeleine BP 2439
45032 Orléans cedex 1
☎ : 02 38 74 48 80
: 02 38 74 48 81
Courriel : orscentre@aol.com - site : www.orscentre.org

Observatoire local de la santé des élèves castelroussins

Classe d'âge des 5-6 ans

Année scolaire 2001-2002

Etude financée par la mairie de Châteauroux

Réalisée par Céline LECLERC, chargée d'études à l'ORS Centre,
sous la direction du Dr Muriel BOIN, directrice de l'ORS Centre.

REMERCIEMENTS

L'ORS Centre remercie toutes les personnes qui se sont impliquées dans cette étude et plus particulièrement :

- Mme le Dr Denise Jamet et son équipe, service de PMI,
- Mme le Dr Joëlle Bonnisseau et son équipe, service de promotion de la santé en faveur des élèves,
- Mme Brigitte Monestier et son équipe, service de promotion de la santé en faveur des élèves,

qui ont contribué à l'élaboration des questionnaires, et permis le recueil des données.

- Mme le Dr Elisabeth Durieux-Roussel, adjointe au maire de Châteauroux,
- Mme le Dr Pascale Echard-Bézault, médecin territorial,
- Mme le Dr Michèle Ballanger, pédiatre,

qui ont contribué à la mise en place et la réalisation de ces enquêtes.

- Mlle Fabienne Antigny, ville de Châteauroux,
- Mlle Catherine Bégard, ORS Centre,
- M. Jean-Benoit Hardouin, ORS Centre,
- Mme Maina Pichard, ORS Centre,

pour leur aide logistique lors de ces études.

SOMMAIRE

I INTRODUCTION 5

II METHODOLOGIE 7
II.1 Partenaires de l'étude 7
II.2 Protocole 7
II.3 Elaboration du questionnaire 7
II.4 Recueil 8
II.5 Analyse des données 8

III RESULTATS 9
III.1 Caractéristiques de l'échantillon 9
III.1.1 Structure de l'échantillon 9
III.1.2 Langue parlée de l'enfant 10
III.1.3 Condition de l'examen 11
III.2 Environnement familial 12
III.2.1 Structure de la famille 12
III.2.2 Activité professionnelle des parents 14
III.3 Mode de vie de l'enfant 18
III.3.1 Le sommeil 18
III.3.2 Les temps de garde 19
III.3.3 Les trajets domicile - école 20
III.3.4 Les activités extrascolaires 22
III.3.5 Les repas 23
III.4 L'indice de masse corporelle (IMC) 26
III.4.1 Biométrie 26
III.4.2 L'IMC 26
III.5 Comportement de l'enfant 30
III.5.1 L'attention de l'enfant : avis du médecin 30
III.5.2 La spontanéité : avis du médecin 30

III.6 Examen psychomoteur et langage 31
III.6.1 Psychomotricité 31
III.6.2 Langage 31
III.6.3 Discours spontané 32
III.6.4 Latéralité 32
III.6.5 Propreté 32
III.7 Vaccination 34
III.7.1 Les vaccinations obligatoires 34
III.7.2 Les vaccinations recommandées 35
III.8 Antécédents médicaux 36
III.8.1 Nature des antécédents médicaux 36
III.8.2 Antécédents allergiques 36
III.9 Prises en charge 37
III.9.1 Les différentes prises en charge médicales ou paramédicales 37
III.9.2 Croisements avec d'autres variables 37
III.10 Hygiène bucco-dentaire 39
III.10.1 La dentition 39
III.10.2 Le brossage des dents 39
III.11 Examen sensoriel 40
III.11.1 L'audition 40
III.11.2 La vision 40
III.12 Examen somatique 43
III.12.1 Les pathologies dépistées 43
III.13 Les orientations 45
III.13.1 Les liaisons 45
III.13.2 Les suivis d'ordre médico-social 45
III.13.3 Les suivis d'ordre médical ou paramédical 45
III.13.4 Des liens entre les orientations et des variables sociologiques 46

IV CONCLUSION 49

V BIBLIOGRAPHIE 51

VI ANNEXES 53

I INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années la ville de Châteauroux, appartenant au réseau des villes santé de l'OMS, a su créer une dynamique locale sur le thème de la santé des jeunes. En effet, plusieurs initiatives de la ville ont témoigné de cet intérêt : création du Point Santé, en 1991, réalisation d'une enquête auprès des professionnels et des habitants sur la santé des 6-14 ans, en 1996, élaboration d'une convention de partenariat avec l'Éducation nationale, en 1999, …

L'étude de 1996, réalisée par « GRES Médiation Santé », a permis de dresser certains constats (issus pour la plupart du terrain), mais a également pointé l'insuffisance de la connaissance sur l'état de santé des enfants, particulièrement entre 6 et 14 ans.
Les bases de données, intéressant un micro-territoire (une commune, voire des quartiers) et une tranche d'âge ciblée, permettant de caractériser l'état de santé de la population, n'existent pas, aujourd'hui dans notre pays. Les gisements d'informations sont potentiellement présents, mais ils sont cloisonnés, difficiles à valoriser et à croiser entre eux (particulièrement entre secteurs médicaux et sociaux). En conséquence, décideurs et professionnels ne disposent pas d'outils d'aide à la décision et ne peuvent que très rarement, construire leurs actions sur des éléments objectifs.

C'est pourquoi, depuis la rentrée scolaire 2000-2001, l'Observatoire régional de la santé du Centre, mandaté par la ville de Châteauroux, travaille à l'élaboration d'un observatoire local de la santé des enfants scolarisés. Ses objectifs sont de repérer précocement les dysfonctionnements du développement de l'enfant, et d'améliorer les connaissances sur la santé des jeunes vivant à Châteauroux. Cette démarche est orientée vers l'action. L'observatoire constitue un outil au service des acteurs locaux et des politiques contractuelles.

L'année 2001 a été consacrée au recensement des données disponibles localement. Deux types de structures détenaient des données primordiales mais insuffisamment valorisées : les services de protection maternelle et infantile et de promotion de la santé en faveur des élèves. De nombreux partenaires œuvrant sur l'agglomération castelroussine ont été associés à la réflexion méthodologique lors de réunions et groupes de travail. Finalement, il a été décidé de valoriser les examens systématiques pratiqués à 4 âges clefs du développement de l'enfant, en milieu scolaire : 3-4 ans, 5-6 ans, 11-12 ans et 14-16 ans.

Les informations, recueillies lors de ces examens médicaux ou infirmiers, ont été consignées à l'aide d'outils spécifiques, mis au point par les professionnels eux-mêmes, en évitant un surcroît de travail par une double saisie.

Dès lors une base de données anonymisée était constituée permettant de connaître la santé des enfants à travers une approche globale intégrant les dimensions sociales, médicales et liées au mode de vie.

Les résultats présentés dans ce rapport concernent les enfants scolarisés en classe de grande section de maternelle (5-6 ans).

II METHODOLOGIE

II.1 Partenaires de l'étude

La ville de Châteauroux finance l'étude et en assure la coordination localement (convocations aux différentes réunions, liens avec les professionnels et les institutions,…). L'ORS assure l'appui méthodologique (création d'une base de données médico-sociales : recherche d'informations existantes, création des questionnaires, saisie et traitement des données). La mise en œuvre sur le terrain est réalisée par les médecins et infirmiers des services de PMI et de promotion de la santé en faveur des élèves et plus particulièrement, avec les médecins de la santé scolaire pour cette tranche d'âge.

II.2 Protocole

Le protocole de cette étude consiste en une enquête descriptive exhaustive à partir des examens de santé systématiques, pratiqués en milieu scolaire.

II.3 Elaboration du questionnaire

L'ensemble des informations recueillies au cours des examens médicaux par les médecins ou infirmiers des différents services a été analysé, confronté et harmonisé. A partir de ce travail, quatre questionnaires ont été créés (un pour chaque âgé étudié). Ces questionnaires comprennent les informations fondamentales nécessaires à la réalisation de ces différents bilans médicaux et infirmiers et facilitent la saisie pour constituer une base de données sanitaires et sociales.

Après une période de tests, des ajustements et leur validation par les professionnels des différents services, ces questionnaires étaient opérationnels pour la rentrée scolaire 2001-2002.

Les questionnaires sont joints en annexe.

II.4 Recueil

Les questionnaires ont été remplis par quatre médecins différents, affectés au secteur de Châteauroux. Les copies anonymisées ont été transmises à l'ORS Centre au cours des mois de juin et de juillet 2002.

La Commission nationale d'informatique et des libertés a contrôlé les conditions d'anonymat (modalité du recueil et base de données).

Cette étude porte sur 303 enfants, ce qui représente, environ, 49 % de la classe d'âge des enfants scolarisés en 2001-2002, dans le secteur public. N'ont pas pu être intégrés, dans cette enquête, ceux scolarisés dans un établissement privé.

II.5 Analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi-Info 6.04d. L'exploitation statistique a été réalisée au moyen du logiciel Stata version 7.

Des régressions logistiques ont été effectuées pour analyser les variables binaires et qualitatives. Cette analyse permet de mettre en valeur les variables qui sont corrélées avec la variable étudiée.
Seules les variables explicatives mettant en évidence des liens significatifs avec la variable à expliquer sont présentées pour alléger la lecture de ce rapport. De manière générale, les variables explicatives utilisées sont le sexe, les CSP des parents, l'activité des parents, la structure de la famille. D'autres variables ont été ajoutées aux régressions telles que le rang dans la fratrie, la qualification de l'appétit… en fonction de la variable à expliquer.

Les résultats ont été exploités séparément pour chaque tranche d'âge, faisant l'objet d'un rapport distinct.

III RESULTATS

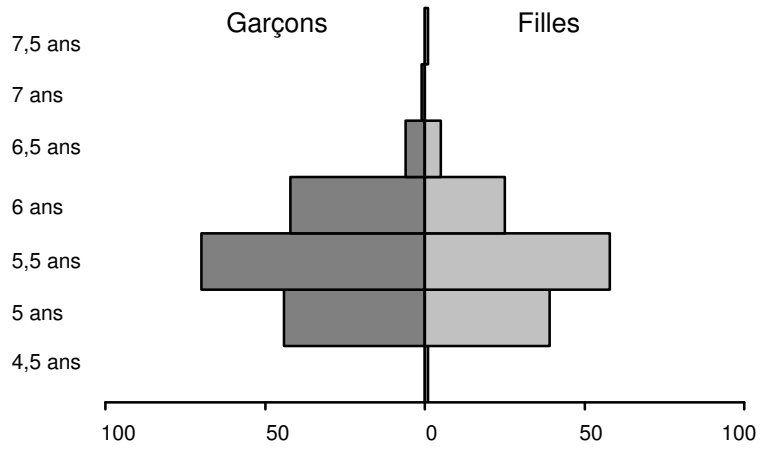
III.1 Caractéristiques de l'échantillon

III.1.1 Structure de l'échantillon

L'analyse porte sur 130 filles et 167 garçons (la variable sexe n'est pas renseignée dans six questionnaires). Le sexe ratio est de 0,78 fille pour un garçon.

Ces élèves sont en moyenne âgés de 5 ans et 9 mois (5,76 ± 0,04). 86 % des enfants sont nés en 1996 et 11 % en 1995. L'année de naissance n'a pas été indiquée dans quatre questionnaires.

Graphique 1 : Pyramide des âges (effectifs)



La pyramide des âges, présentée ci-dessus, fait apparaître un "pic" à 5,5 ans quel que soit le sexe des enfants. L'âge des garçons comme des filles varie entre 5 et 7 ans et celui des filles entre 4,5 et 7,5 ans (l'âge est inconnu pour 4 élèves).

Un tiers des enfants a intégré le système scolaire en 1999 et près d'un quart en 1998. Cette variable n'est pas renseignée pour 128 enfants (42 %). Les enfants débutent leur scolarité entre deux ans et demi et trois ans.

III.1.2 Langue parlée de l'enfant

La grande majorité des enfants (74 %) ne parle que le français. Deux enfants n'ont pas encore acquis cette langue, en revanche, ils communiquent avec leur langue maternelle : l'arabe. 7,6 % des enfants cumulent l'apprentissage du français avec une autre langue. L'information est manquante pour les 17,5 % restants.

Tableau 1 : Langues étrangères parlées et associées au français

Langues	Effectifs	*Pourcentages*
Arabe	16	*5,3*
Turc	3	*1,0*
Vietnamien	1	*0,3*
Cambodgien	1	*0,3*
Chinois	1	*0,3*
Espagnol	1	*0,3*
Portugais	1	*0,3*
Malgache	1	*0,3*

Des différences selon la CSP des parents

Les enfants dont les parents sont ouvriers parlent plus souvent une seconde langue que les autres enfants (p=0,001). Parmi les ouvriers, près d'un enfant sur quatre communique en français et en une autre langue, contre seulement un enfant sur seize parmi toutes les autres catégories socioprofessionnelles.

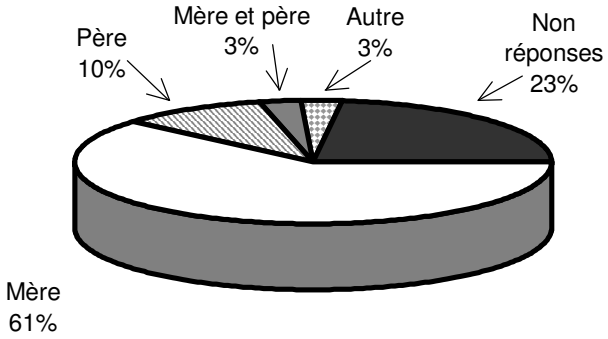
	Effectifs	% d'élèves pratiquant une langue étrangère	IC 95 %
Enfants dont les parents sont ouvriers	13	23,6	[12,0 – 35,2]
Enfants dont les parents ne sont pas ouvriers	12	6,2	[2,8 – 9,6]

4,6 % des mères (soit 14 mères) ne maîtrisent pas la langue française (11 d'entre-elles sont au foyer).

III.1.3 Condition de l'examen

Au cours de la visite médicale, c'est généralement la mère qui accompagne son enfant (dans 61 % des cas). 10 % des enfants sont venus avec leur père, 3 % étaient avec leurs deux parents. Quand les parents ne sont pas présents, les enfants suivent cette visite avec une tierce personne (2,6 %).

Graphique 2 : Répartition des enfants selon l'accompagnant



Au moins 78% des enfants se sont présentés à l'examen avec leur carnet de santé.

III.2 Environnement familial

III.2.1 Structure de la famille

Composition de la famille

Dans la présente enquête, 63 % des enfants vivent avec leurs deux parents, 18 % dans une famille monoparentale et 2 % dans une famille recomposée. Sur les 54 enfants vivant dans une famille monoparentale, 53 vivent avec leur mère. Pour 18 % des enfants, la situation n'est pas renseignée.

Tableau 2 : Structure de la famille

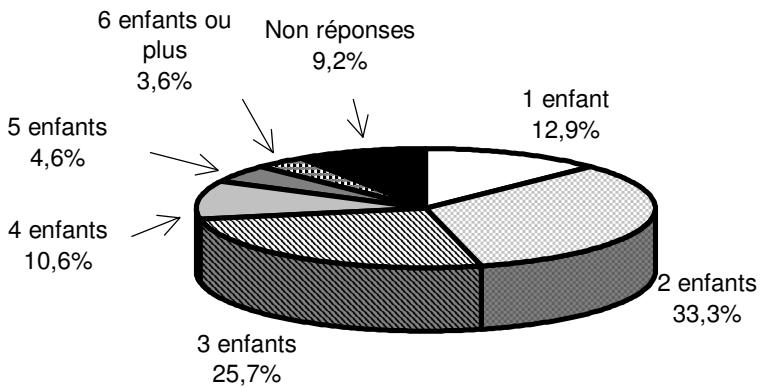
Structure de la famille	Effectifs	%
Vit avec les deux parents	191	*63.0*
Vit dans une famille monoparentale	54	*17,8*
Vit dans une famille recomposée	5	*1,7*
Non réponses	53	*17,5*
Ensemble	**303**	***100.0***

La situation familiale de l'enfant varie en fonction de la CSP de la mère. Des différences significatives sont constatées. En effet, tous les enfants dont la mère est cadre vivent avec leurs deux parents, contre 91 % des enfants dont la mère est de profession intermédiaire, 72 % chez les employées et 75 % chez les ouvrières. D'autre part, parmi les mères au foyer, 3 familles sur 10 se révèlent être des familles monoparentales.

La fratrie

Le nombre moyen d'enfants dans une famille est de 2,7. 78 % des enfants ont au moins un frère ou une sœur et 13 % sont des enfants uniques. Cette information n'est pas renseignée pour 9 % des enfants. Parmi les 230 enfants ayant un frère ou une sœur, 64 sont les aînés (28 %), 89 occupent le second rang (39 %) et 45 le troisième (20 %).

Graphique 3 : Répartition des élèves selon le nombre d'enfants dans la famille

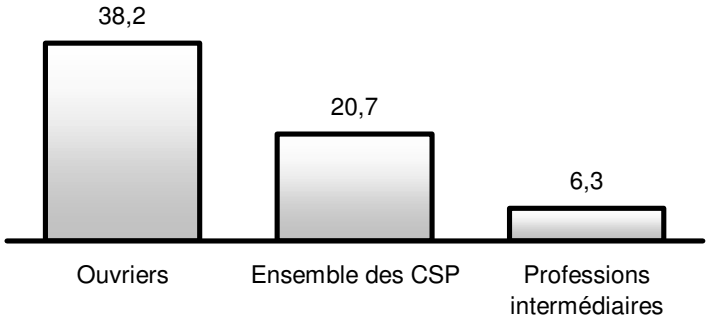


Il ressort de cette enquête une part relativement importante de familles nombreuses (ayant 4 enfants ou plus). Pour comparer ces résultats à ceux du département de l'Indre ou ceux de la région, seules les familles dont les enfants vivent avec leurs deux parents ont été étudiées. Ce choix a été effectué pour limiter les biais : enfants issus d'une autre fratrie quand il y a recomposition de la famille…
En région Centre, parmi les familles ayant au moins un enfant, 5,3 % ont 4 enfants ou plus. Dans le département de l'Indre, ce taux est de 4,9 %. Dans le cadre de notre étude, ce chiffre diffère selon l'âge de nos enquêtés mais est toujours supérieur aux moyennes régionale et départementale : 10,3 % pour les 3-4 ans, **9,1 % pour les 5-6 ans**, 10,4 % pour les 11-12 ans et 9,7 % pour les 14-16 ans.

Des différences selon la CSP des parents

Les familles dont le nombre d'enfants est de 4 ou plus sont significativement plus fréquentes parmi les ouvriers (p=0,0002) et moins fréquentes parmi ceux exerçant une profession intermédiaire (p<0,02).

Graphique 4 : Proportion de familles de 4 enfants ou plus selon la CSP des parents (%)



Des différences selon l'activité de la mère

La proportion de familles de 4 enfants ou plus est significativement plus importante parmi celles dont la mère est au foyer : 17 % de familles nombreuses contre 5 % quant la mère est active.

Tableau 3 : Proportion de familles nombreuses selon l'activité de la mère

	Effectifs	% d'élèves vivant dans une famille de 4 enfants ou plus	IC 95 %
Enfants dont la mère est en activité	9	5,0	[1,8 – 8,3]
Enfants dont la mère est au foyer	16	16,7	[9,1 – 24,3]

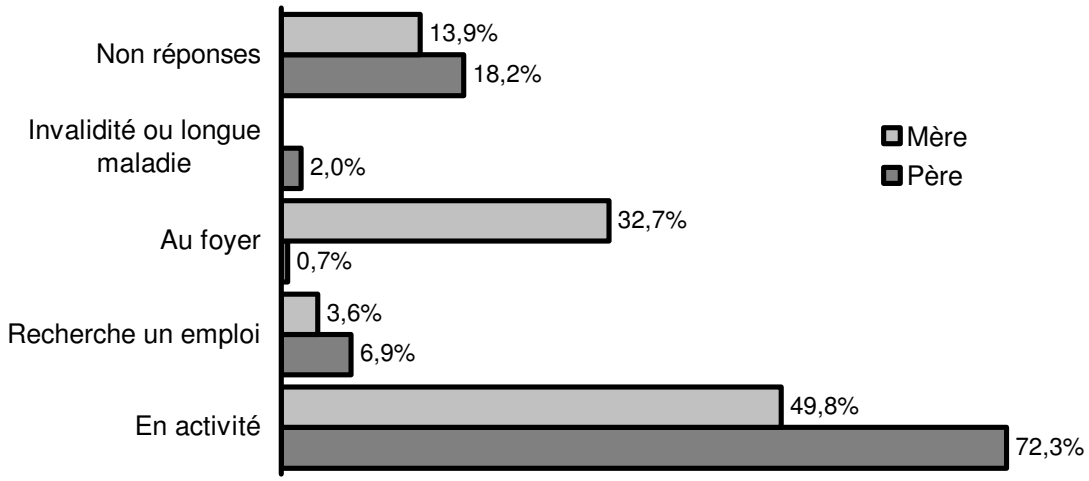
III.2.2 Activité professionnelle des parents

Activité professionnelle des parents

Parmi les hommes, 72 % sont en activité au moment de l'enquête. Cette proportion est bien plus faible en ce qui concerne les femmes (50 % d'entre elles).

Le taux de chômage est relativement bas, autour de 7 % pour les hommes et de 4 % pour les femmes. Ce constat est le même quelle que soit la tranche d'âge étudiée.

Graphique 5 : Répartition des enfants selon l'activité des parents (%)



Près d'un tiers des femmes sont mères au foyer (33 %), cette situation pour les pères reste très marginale (0,7 % d'entre eux). La proportion de mères au foyer est importante à cet âge comme pour les enfants âgés de 3-4 ans. Quand ils sont plus grands, les mères reprennent plus généralement une activité professionnelle. On constate en effet, que la proportion de femmes actives est de 53 % pour les enfants âgés de 3-4 ans, de 50 % pour ceux de 5-6 ans, de 66 % pour les 11-12 ans et de 65 % pour les 14-16 ans.

Catégories socioprofessionnelles du père et de la mère

Quelques précisions sur les intitulés utilisés

La catégorie socioprofessionnelle précisée doit correspondre au dernier emploi exercé par les parents. Dans le cadre de cette enquête, il est demandé de considérer comme père ou comme mère les adultes qui vivent avec l'enfant, c'est à dire parents biologiques, adoptifs ou conjoints.

Les items proposés sont les suivants :

⇨ *Agriculteurs exploitants*

⇨ *Artisans, commerçants et chefs d'entreprise*

artisans, commerçants et chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus

⇨ *Cadres et professions intellectuelles supérieures*

professions libérales, cadres de la fonction publique (professeurs, professions scientifiques), professions intellectuelles et artistiques (professions de l'information, des arts et des spectacles), cadres d'entreprise

⇨ *Professions intermédiaires*

professions intermédiaires de l'enseignement (instituteurs et assimilés) de la santé et du travail social, de la fonction publique et assimilés, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise

⇨ *Employés*

employés de la fonction publique, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce, personnels des services directs aux particuliers

⇨ *Ouvriers*

ouvriers qualifiés, ouvriers non qualifiés, ouvriers agricoles

⇨ *Autres*

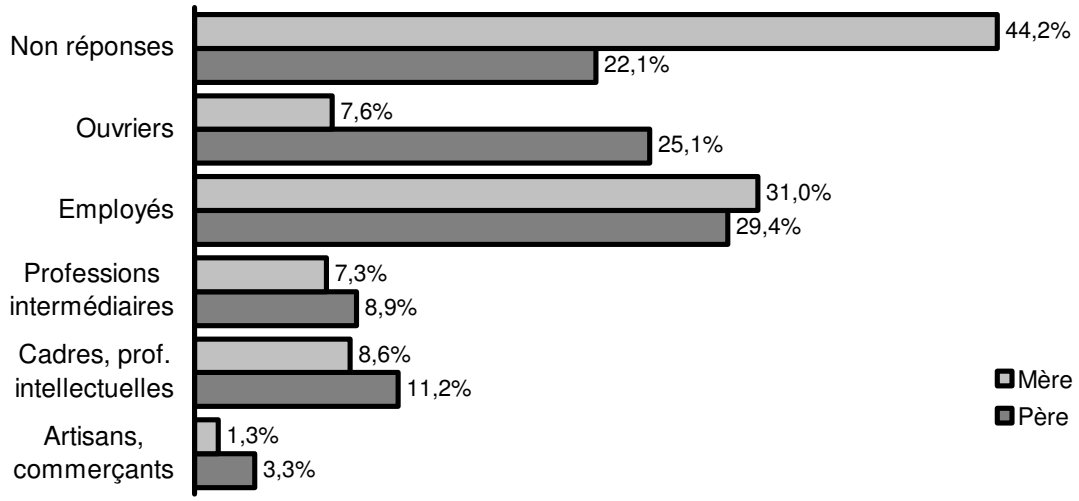
autres personnes sans activité professionnelle : chômeurs ou femmes au foyer n'ayant jamais travaillé, inactifs divers (autres que retraités), militaires du contingent, élèves, étudiants

Quelques résultats sur Châteauroux

Parmi les 303 enfants examinés, 89 d'entre eux ont un père employé (29 %) et 76 ont un père ouvrier (25 %). Cumulées, ces deux catégories socioprofessionnelles représentent 54,5 % de cette population. Viennent ensuite les cadres et les professions intermédiaires, puis les artisans ou commerçants. Aucun père n'est agriculteur exploitant. Le taux de non réponses est de 22 % et correspond dans un peu plus d'un tiers des cas à l'absence du père (famille monoparentale, recomposée,…).
Concernant les mères, une femme sur trois est une employée (31 %). La seconde catégorie la plus représentée est celle des ouvrières (8 %) suivie de très près par les professions intermédiaires (7 %). Chez les femmes, on enregistre un taux de non réponses de 44 %. Ce taux correspond majoritairement aux femmes au foyer (64 % des mères pour lesquelles la CSP n'est pas connue).

Comparativement à la région Centre et au département de l'Indre (comparaison effectuée à partir des données INSEE, au RP 1999, parmi les actifs ayant un emploi, âgés entre 30 et 49 ans), notre échantillon présente une sur représentation de la catégorie "employés" chez les hommes (+ 18 points par rapport à l'Indre et + 19 par rapport à la région). En revanche, chez les femmes, notre échantillon comporte une sous représentation de quasi toutes les catégories socioprofessionnelles. Les femmes, étant toutes ici des mères de famille, la proportion de mères au foyer est donc plus importante que pour la population générale.

Graphique 6 : Répartition des élèves selon la CSP de leurs parents (%)



Catégories socioprofessionnelles "du couple"

En croisant les catégories socioprofessionnelles des deux parents, on constate une certaine homogénéité sociale dans le couple.

En conséquence, une variable "CSP du couple" a été créée et cette nouvelle variable permet également de réduire le taux de non réponses pour effectuer certains croisements avec d'autres variables. Le taux de non réponses est de 22 % en ce qui concerne la CSP du père (44 % pour la mère), il est de 19 % pour "le couple".

Tableau 4 : Croisement de la CSP du père avec celle de la mère (effectifs)

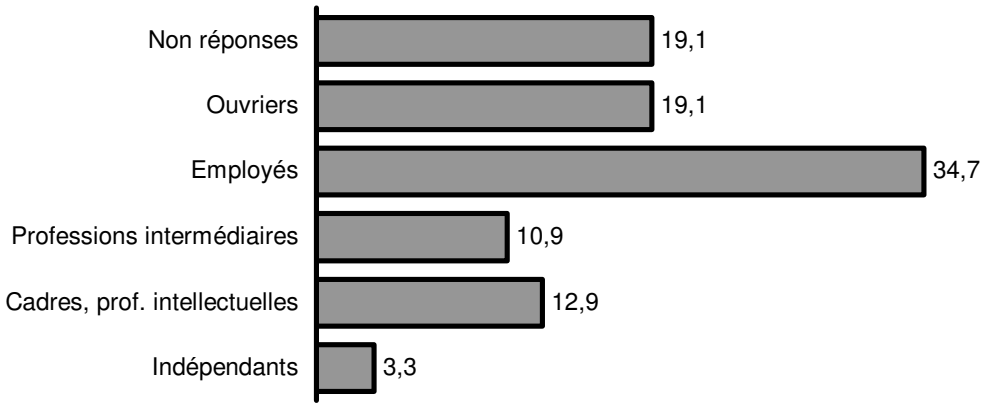
		CSP de la mère								
		Agricultrices exploitantes	Artisans, commerçants	Cadres, prof. intellectuelles	Professions intermédiaires	Employées	Ouvrières	Autre	Non réponses	Total
CSP du père	Agriculteurs exploitants									**0**
	Artisans, commerçants		**3**	1		3		1	2	**10**
	Cadres, prof. Intellectuelles			**20**	5	7			2	**34**
	Professions intermédiaires			1	**10**	6			10	**27**
	Employés			2	3	**57**	4		23	**89**
	Ouvriers		1	2	3	9	**18**	4	39	**76**
	Autre					1		**3**	2	**6**
	Non réponses				1	11	1		**48**	**61**
	Total	**0**	**4**	**26**	**22**	**94**	**23**	**8**	**126**	**303**

La variable a été construite de la façon suivante :

Pour alléger la lecture du rapport, a été nommé "indépendants", le regroupement des professions artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

- ***Indépendants*** : au moins un des deux parents est indépendant, quelle que soit la catégorie à laquelle l'autre membre du couple appartient,
- ***Cadres*** : au moins un des deux parents est cadre et aucun n'est indépendant,
- ***Professions intermédiaires*** : au moins un des deux parents est de profession intermédiaires et aucun n'est indépendant ou cadre,
- ***Employés*** : au moins un des deux parents est employé et aucun n'est indépendant, cadre ou de profession intermédiaire,
- ***Ouvriers*** *:* au moins un des deux parents est ouvrier et aucun n'est indépendant, cadre, de profession intermédiaire, ou employé.

Graphique 7 : Répartition des enfants selon la CSP du couple (%)



Il faut lire : 35 % des enfants ont au moins l'un des deux parents qui est employé, aucun des deux n'étant indépendant, ni cadre, ni profession intermédiaire.

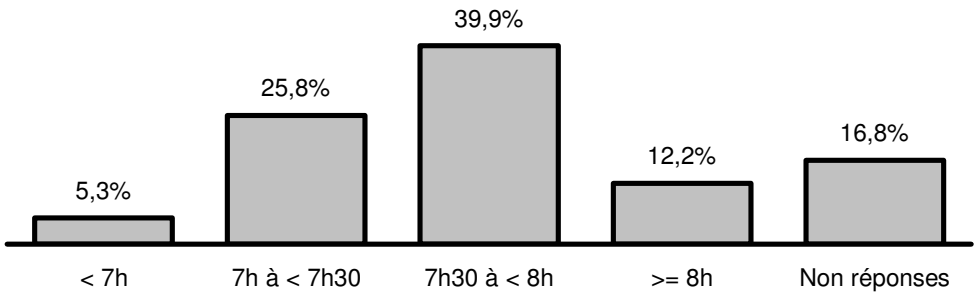
III.3 Mode de vie de l'enfant

III.3.1 Le sommeil

L'heure du lever

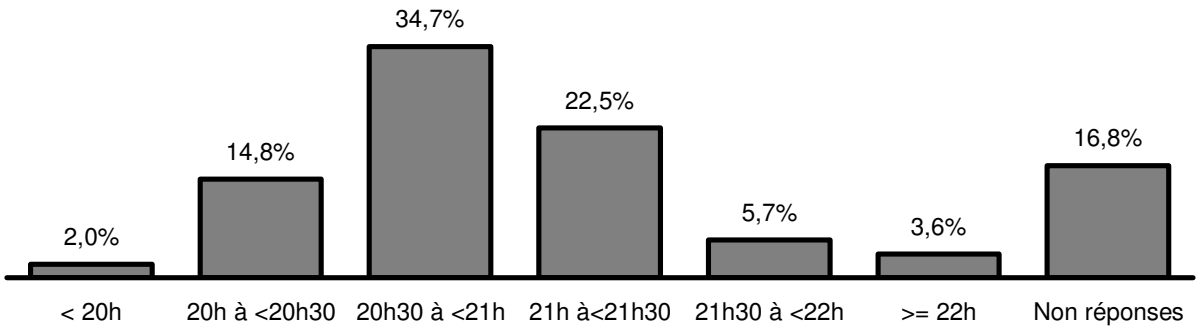
En moyenne, les élèves se lèvent à 7h24, l'heure du lever la plus matinale étant 6h, la plus tardive 8h15 et la plus fréquente 7h30.

Graphique 8 : Répartition des élèves selon l'heure du lever



L'heure du coucher

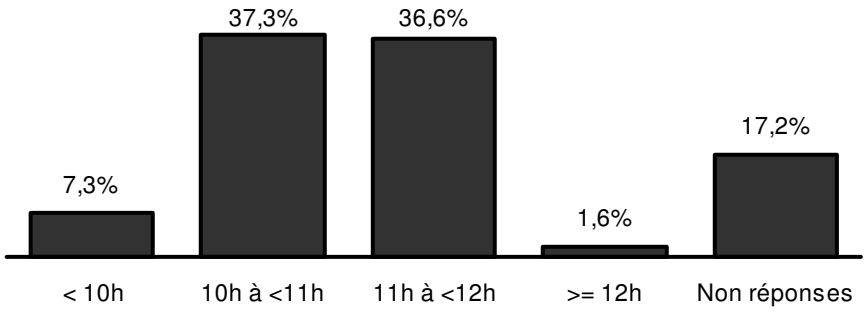
Généralement, l'heure du coucher se situe entre 20h30 et 20h45, toutefois, 11 enfants vont au lit après 22 heures. Les horaires du coucher varient entre 19h et 22h30.



La durée de sommeil

Les enfants dorment en moyenne 10h42 (± 5 min). Toutefois, la durée de sommeil est très variable d'un enfant à l'autre : 8h45 à 12h30. A cet âge, aucune différence significative n'est mise en évidence.

Graphique 9 : Répartition des enfants selon leur temps de sommeil



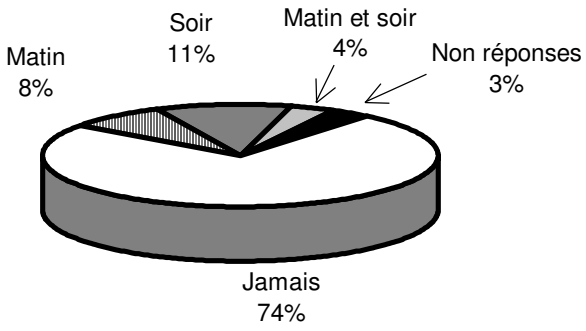
Les problèmes de sommeil

En tenant compte uniquement des questionnaires remplis (17 % de non réponses), on constate que 14 % des enfants ont des difficultés pour s'endormir, 18 % se réveillent la nuit et 1 % prend des médicaments pour dormir. Ces enfants dorment significativement moins que ceux sans problème de sommeil (10h32 contre 10h45).

III.3.2 Les temps de garde

Près d'un enfant sur quatre est gardé le matin, le soir ou matin et soir, soit par une assistante maternelle, soit dans une garderie périscolaire. Le moment de garde le plus fréquent est celui du soir.

Graphique 10 : Moments de garde (n=303)

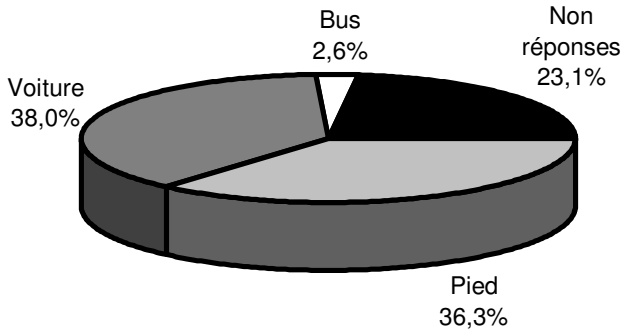


Les enfants dont la mère est au foyer fréquentent significativement moins souvent les garderies que ceux dont la mère est active (8 % contre 31 %).

III.3.3 Les trajets domicile - école

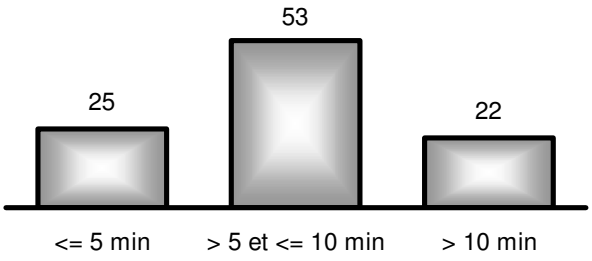
A cet âge, les enfants vont à l'école le plus souvent en voiture ou à pied. Moins de 3 % d'entre eux utilisent les transports en commun et aucun n'utilise la bicyclette.

Graphique 11 : Répartition des enfants selon le mode de transport utilisé pour aller à l'école



Le temps moyen du trajet est de 12 minutes, le temps minimum étant de 5 minutes et le maximal de 60 minutes.

Graphique 12 : Répartition des enfants selon les temps de trajet domicile - école (%)



Des différences selon la CSP des parents

Les enfants dont les parents sont cadres vont à l'école significativement plus fréquemment en voiture (p=0,0002) et moins souvent à pied (p=0,02). 64 % des enfants de parents "cadres" se dirigent à l'école en voiture, contre 35 % pour les autres CSP et à l'inverse, seulement 26 % des enfants de parents "cadres" viennent à pied à l'école, contre 43 % pour l'ensemble des autres CSP.

Tableau 5 : Moyens de transport utilisés pour aller à l'école selon la CSP des parents

Mode de transport	Enfants dont les parents sont cadres		Enfants dont les parents ne sont pas cadres	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
En voiture	64,1	[48,3 – 79,9]	34,8	[29,1 – 40,6]
A pied	25,6	[11,3 – 40,0]	42,8	[36,8 – 48,8]

Des différences selon l'activité de la mère

69 % des enfants dont la mère est au foyer vont à l'école à pied et seulement 18 % y vont en voiture. En revanche, quant la mère a une activité professionnelle, 27 % des enfants viennent à pied et 49 % en voiture. Ces différences sont significatives (p=0,0001).

Tableau 6 : Moyens de transport utilisés pour aller à l'école selon l'activité de la mère

Mode de transport	Enfants la mère est au foyer		Enfants dont la mère n'est pas au foyer	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
En voiture	18,2	[10,5 – 25,9]	48,5	[41,6 – 55,4]
A pied	68,7	[59,4 – 78,0]	27,0	[20,8 – 33,1]

Des différences selon la présence d'un enfant unique

Les enfants qui n'ont ni frères ni sœurs se déplacent significativement plus souvent en voiture (p<0,001) et moins fréquemment à pied (p<0,02) que ceux vivant avec une fratrie. En effet, 64 % des enfants uniques vont à l'école en voiture contre 40 % de ceux ayant un frère ou une sœur.

Tableau 7 : Moyens de transport utilisés pour aller à l'école selon la présence d'une fratrie

Mode de transport	Enfants sans fratrie		Enfants avec fratrie	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
En voiture	64,1	[48,3 – 79,9]	37,7	[31,5 – 43,9]
A pied	28,2	[13,4 – 43,0]	46,2	[39,8 – 52,6]

Une analyse "toutes choses égales par ailleurs" confirme les différents liens : l'utilisation de la voiture avec le fait d'avoir des parents cadres, une mère en activité ou d'être sans fratrie.

III.3.4 Les activités extrascolaires

De façon certaine, 29,7 % des enfants pratiquent une activité extrascolaire et 49,8 % n'en font aucune. En revanche, pour les 20,5 % restants, l'information est manquante. A cet âge, aucune différence significative selon le sexe n'est mise en évidence.

Parmi les 90 élèves ayant une activité extrascolaire, 75 font du sport (soit 83 % de ceux ayant une activité), 8 de la musique et 14 une autre activité (sans précision).

Des différences selon la CSP des parents

Selon la catégorie socioprofessionnelle des parents, les enfants pratiquent plus ou moins fréquemment une activité extrascolaire. Ces différences s'accentuent particulièrement parmi les enfants dont les parents sont cadres ou ouvriers. En effet, 72 % des enfants dont les parents sont cadres ($p<0,0001$) pratiquent une activité extrascolaire, cette proportion passe à 14 % quant les parents sont ouvriers ($p<0,002$).

Tableau 8 : Pratique d'une activité extrascolaire selon la CSP des parents

	Effectifs	% d'enfants pratiquant une activité extrascolaire	IC 95 %
Enfants dont les parents sont cadres	28	71,8	[57,0 – 86,6]
Enfants dont les parents sont ouvriers	8	13,8	[4,6 – 22,9]
Ensemble des enfants	90	29,7	[24,5 – 34,9]

Des différences selon l'activité de la mère

Les enfants dont la mère est au foyer pratiquent significativement moins souvent une activité extrascolaire (13 %) par rapport à ceux dont la mère est active (38 %).

Tableau 9 : Pratique d'une activité extrascolaire selon l'activité professionnelle de la mère

	Effectifs	% d'enfants pratiquant une activité extrascolaire	IC 95 %
Enfants dont la mère n'est pas au foyer	77	37,7	[31,0 – 44,5]
Enfants dont la mère est au foyer	13	13,1	[6,4 – 19,9]

Des différences selon la structure de la famille

Les enfants vivant dans une famille monoparentale ou recomposée déclarent significativement moins souvent pratiquer une activité extrascolaire que ceux vivant avec leurs deux parents (p<0,01), ils sont respectivement 22 % et 39 % à faire du sport, ou de la musique.

Tableau 10 : Pratique d'une activité extrascolaire selon la structure de la famille

	Effectifs	% d'enfants pratiquant une activité extrascolaire	IC 95 %
Enfants vivant dans une famille biparentale	74	38,7	[31,8 – 45,7]
Enfants vivant dans une famille monoparentale	13	22,0	[11,1 – 32,9]

III.3.5 Les repas

La prise d'un petit déjeuner

79 % des enfants prennent un petit déjeuner tous les matins et 12 % ne le prennent que de façon irrégulière. Ceux qui ne prennent jamais de petit déjeuner sont très marginaux : 1,3 %. Pour les 8 % restants, les questionnaires ne contiennent pas cette information. A cet âge, aucune différence significative selon le sexe n'est mise en évidence.

Les repas à la cantine

Un enfant sur deux déjeune au moins une fois par semaine à la cantine scolaire (soit 52,5 %). En revanche, 25,1 % des enfants n'y vont jamais. Cette information n'est pas renseignée pour 68 élèves (22,4 %).
Parmi les 159 enfants prenant au moins un repas à la cantine, 71 % d'entre eux y déjeunent tous les jours (4 fois par semaine).

Des différences selon l'activité professionnelle de la mère

Les enfants dont la mère est au foyer déjeunent significativement moins souvent à la cantine : 59 % y déjeunent contre 73 % des enfants dont la mère a une activité professionnelle (p<0,01).

Tableau 11 : Proportion d'enfants déjeunant au moins fois par semaine à la cantine selon l'activité professionnelle de la mère

	Effectifs	% d'élèves déjeunant à la cantine	IC 95 %
Enfants dont la mère est en activité	111	72,5	[65,4 – 79,7]
Enfants dont la mère est au foyer	48	58,5	[47,6 – 69,4]

Des différences selon la CSP des parents

Selon la CSP des parents des différences significatives apparaissent, en particulier pour la catégorie des ouvriers (p=0,05). 59 % des enfants dont les parents sont ouvriers déjeunent au moins un fois par semaine à la cantine. Cette proportion passe à 70 % pour l'ensemble des autres catégories socioprofessionnelles confondues.

Tableau 12 : Proportion d'enfants déjeunant au moins fois par semaine à la cantine selon la CSP des parents

	Effectifs	% d'élèves déjeunant à la cantine	IC 95 %
Enfants dont les parents ne sont pas ouvriers	128	70,3	[63,6 – 77,0]
Enfants dont les parents sont ouvriers	31	58,5	[44,8 – 72,2]

Des différences selon la structure de la famille

Les enfants vivant dans une famille monoparentale ou recomposée déjeunent significativement plus souvent à la cantine que les enfants résidant avec leurs deux parents : 78 % contre 64 % (p<0,03).

Tableau 13 : Proportion d'enfants déjeunant au moins fois par semaine à la cantine selon la structure de la famille

	Effectifs	% d'élèves déjeunant à la cantine	IC 95 %
Enfants vivant dans une famille biparentale	107	63,7	[56,3 – 71,0]
Enfants vivant dans une famille monoparentale ou recomposée	42	77,8	[66,3 – 89,2]

Qualification de l'appétit

Par le biais de quelques questions comme : que manges-tu, aimes-tu les légumes, les fruits ?… les médecins doivent estimer quelle qualification correspond au mieux à l'appétit des enfants. Pour 63 % des enfants, l'appétit a été défini correct, pour 16 % sélectif et pour 0,7 % anorexique (2 enfants). L'information n'a pas été renseignée dans 21 % des cas.

III.4 L'indice de masse corporelle (IMC)

III.4.1 Biométrie

Quel que soit l'âge, les garçons pèsent, en moyenne, 20,59 kg (± 0,51) et les filles, 20,54 kg (± 0,61). Le poids des garçons varie entre 14 et 32 kg, et celui des filles entre 15 et 32,5 kg. A cet âge, la taille diffère très peu selon le sexe : 1,142 m (± 0,008) pour les garçons et une moyenne légèrement moindre pour les filles : 1,134 m (±, 0,010).

Tableau 14 : Mesures moyennes selon l'âge et le sexe

	Effectifs		Poids (kg) [IC 95 %]		Taille (m) [IC 95 %]	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
5 ans	43	36	20,0 [19,1 – 21,0]	20,2 [19,1 – 21,3]	1,12 [1,10 – 1,13]	1,11 [1,10 – 1,13]
5,5 ans	68	57	20,4 [19,6 – 21,1]	20,7[19,7 – 21,8]	1,14 [1,12 – 1,15]	1,13 [1,12 – 1,15]
6 ans	41	25	21,5 [20,4 – 22,7]	20,6 [19,3 – 22,0]	1,17 [1,15 – 1,19]	1,16 [1,14 – 1,18]
6,5 ans	5	5	20,6 [18,3 – 22,9]	20,4 [17,3 – 23,5]	1,18 [1,11 – 1,24]	1,16 [1,13 – 1,20]
Ensemble	160	126	20,6 [20,1 – 21,1]	20,5 [19,9 – 21,2]	1,14 [1,13 – 1,15]	1,13 [1,12 – 1,14]

III.4.2 L'IMC

Définition

L'indice de masse corporelle permet d'estimer la quantité de masse grasse de l'organisme. Cet indice est le rapport du poids (exprimé en kg) sur le carré de la taille (exprimée en mètre). L'IMC se calcule avec une formule mathématique simple : IMC = poids/taille².

La mesure de l'IMC permet d'estimer l'état nutritionnel d'un individu. C'est un moyen simple et fiable pour dépister une surcharge pondérale chez l'adulte (hommes ou femmes) entre 18 et 65 ans.

L'obésité correspond à une augmentation excessive de la masse grasse de l'organisme, dans une proportion telle qu'elle peut avoir une influence sur l'état de santé.

Une personne est considérée en situation de surpoids dès lors que son IMC est égal ou supérieur à 25 kg/m², en situation de d'obésité à partir de 30 kg/m² et en obésité sévère par un IMC supérieur à 40 kg/m².

Tableau 15 : Définition des seuils internationaux chez l'adulte

Classification	IMC (kg/m²)
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 à 24,9
Surpoids	25 à 29,9
Obésité	> = 30
Obésité sévère	> = 40

Source : OMS

L'interprétation de cette classification n'est applicable que chez l'adulte de 18 à 65 ans. Ces seuils ne sont pas valables chez l'enfant, la femme enceinte ou certaines personnes très musclées. Il n'existe pas de définition consensuelle de l'obésité chez la personne âgée.

Le cas particulier des enfants et adolescents

Pour l'enfant, l'obtention des différentes classifications est plus complexe en raison de l'évolution du rapport entre son poids et sa taille au cours de sa croissance. Par conséquent, la classification est établie en fonction de différents seuils définis pour chaque âge (à 6 mois près) et pour chaque sexe.
Par exemple, à l'âge de 5,5 ans, pour un garçon, l'obésité est définie, par une valeur de l'IMC supérieure ou égale à 17,89 kg/m². Si ce garçon mesure 1,14 m, son poids ne doit pas atteindre 23,250 kg.

Tableau 16 : Seuils de l'IMC pour définir le surpoids et l'obésité chez l'adolescent (Table Rolland-Cachera)

	IMC du surpoids		IMC de l'obésité	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
5 ans	17,08	16,85	17,89	17,70
5,5 ans	17,07	16,81	17,89	17,68
6 ans	17,09	16,83	17,95	17,72
6,5 ans	17,18	16,91	18,08	17,83
7 ans	17,31	17,03	18,25	17,99

L'IMC croît au cours de la première année de la vie pour diminuer continuellement jusqu'à 6 ans. A cet âge, il augmente à nouveau, caractérisant ce que l'on appelle le rebond d'adiposité. Plus l'âge au rebond est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé.

Situation à Châteauroux

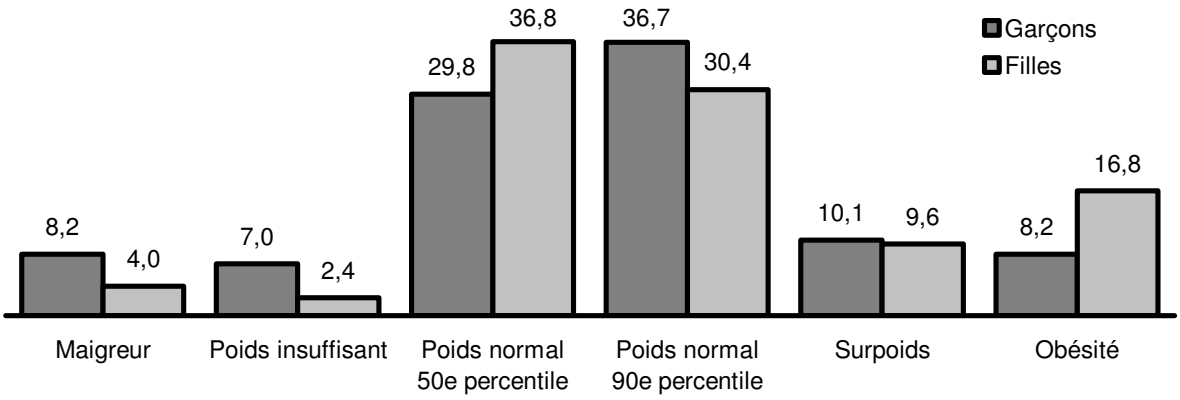
L'analyse porte sur les 283 enfants pour lesquels le sexe, l'âge exact, le poids et la taille ont été renseignés.
62 % des enfants ont un poids normal, 6 % sont maigres et 5 % ont un poids insuffisant. Cependant, à cet âge le fait d'être maigre n'est pas un signe de problèmes futurs. En revanche, 21,9 % (± 4,8) des élèves présentent une surcharge pondérale : 9,9 % (± 3,5) sont en surpoids et 12,0 % (± 3,8) obèses.

L'étude de la DREES sur la santé des enfants de 6 ans à travers les bilans scolaires fait apparaître un taux important d'enfants en surcharge pondérale : 10 % en surpoids (même constat sur Châteauroux) 4 % en obésité (contre 12 % à Châteauroux !).
D'autre part, une même étude menée en Alsace montre que 12 % des enfants âgés de 6 ans sont en situation de surpoids et 5 % sont obèses.
Cette situation sur Châteauroux est en partie liée à un biais de sélection de notre population. Il semblerait que notre échantillon comprenne toutes les classes localisées en zone d'éducation prioritaire et peu de classes hors ZEP. Or l'étude de la DREES met en évidence le fait que la proportion d'enfants en surcharge pondérale apparaît plus importante en ZEP. Elle atteint 17,3 % contre 13,3 % dans les autres zones. Même si toutes les classes situées en ZEP sont incluses dans notre étude, le taux d'élèves en surcharge pondérale est tout de même supérieur à celui relevé par la DREES, ce qui paraît inquiétant (21,9 % contre 17,3 %). L'an prochain, cette distinction ZEP/hors ZEP sera possible (rentrée scolaire 2002-2003).

<u>Des différences selon le sexe</u>

La proportion d'enfants en surpoids ou obèses diffère selon le sexe (p=0,05). Les filles sont plus souvent obèses que les garçons : 16,8 % contre 8,2 %. Cette constatation est également faite dans l'étude de la DREES : les filles sont 4,4 % à être obèses, contre 3,3 % des garçons.

Graphique 13 : Répartition des élèves par sexe selon l'IMC (%)



Des différences selon la CSP des parents

Peu d'enfants dont les parents sont cadres présentent une surcharge pondérale, comparativement aux autres catégories socioprofessionnelles (p=0,01). En effet, la proportion d'enfants en surpoids ou obèses est de 8 % parmi les enfants de parents cadres, elle passe à 24 % quant les parents ne sont pas cadres.

Tableau 17 : Proportion d'enfants présentant une surcharge pondérale selon la CSP des parents

	Effectifs	% d'enfants présentant une surcharge pondérale	IC 95 %
Enfants dont les parents sont cadres	3	8,1	[0,0 – 17,3]
Enfants dont les parents ne sont pas cadres	59	24,0	[18,6 – 29,4]

Une analyse "toutes choses égales par ailleurs" confirme le lien entre le fait de moins souvent présenter une surcharge pondérale et le fait d'être un garçon ou d'avoir des parents cadres.

Enfin, l'étude de la DREES a pu également démontrer les liens entre le surpoids et le caractère urbanisé de la commune de domicile : 3,6 % d'enfants en situation d'obésité en milieu rural contre 5 % en agglomération parisienne. Cette étude montre également l'existence de lien entre le surpoids et le fait d'être le premier d'une fratrie. Cette dernière relation a pu être mise en évidence dans notre enquête castelroussine, mais uniquement pour la tranche d'âge 11-12 ans.

III.5 Comportement de l'enfant

Les médecins doivent émettre un avis relatif au comportement de chaque enfant (attentif / dissipé et spontané / timide), mais doivent également retranscrire celui de l'enseignant et celui des parents. Pour ces deux dernières précisions, l'information est manquante dans 90 % des questionnaires. Par conséquent, seuls les résultats relatifs aux avis des médecins sont présentés.

III.5.1 L'attention de l'enfant : avis du médecin

Pour les médecins, 10 % des enfants étaient dissipés au moment de l'examen. En revanche, 59 % semblaient attentifs aux consignes. Les médecins ne se sont pas prononcés pour 31 % d'entre eux.

Des différences selon le sexe

Les garçons sont significativement plus souvent perçus comme étant dissipés que les filles. En effet, 15 % des garçons sont jugés dissipés au moment de l'examen contre seulement 4 % des filles (p=0,0008).

Tableau 18 : Proportion d'enfants perçus dissipés par le médecin

	Effectifs	% d'enfants dissipés	IC 95 %
Garçons	25	15,0	[9,5 – 20,4]
Filles	5	3,8	[5,0 – 7,2]

III.5.2 La spontanéité : avis du médecin

Un peu plus de 23 % des enfants seraient timides selon les médecins lors de l'examen et 52 % seraient spontanés. L'information est manquante pour un quart des enfants. Aucune différence significative selon le sexe n'est mise en évidence, on relève toutefois que la proportion de filles jugées timides (27 %) est supérieure de 6 points à celle observée pour les garçons (21 %).

III.6 Examen psychomoteur et langage

Les taux de non réponses étant parfois importants pour certaines questions de ce chapitre (75 % pour les items sur le langage) une exploitation fine des données n'a pas pu être réalisée. Par conséquent, seule une présentation des tris à plat est produite à titre indicatif.

III.6.1 Psychomotricité

Au moins 61,7 % des enfants ont effectué correctement l'épreuve sur le graphisme, 15,5 % ont réalisé ce test avec difficultés et l'information est manquante pour les 22,8 % restants.

Concernant l'épreuve "orientation temps – espace", au moins 64,3 % des enfants l'ont effectuée correctement, 9,9 % avec difficultés et pour 25,7 % cette question reste sans réponse.

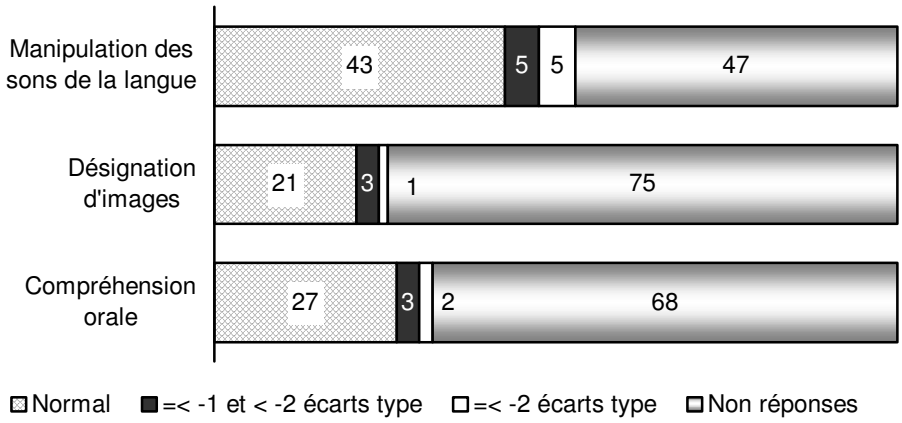
Le test de coordination a été réalisé sans difficultés par 65,4 % des enfants, 8,3 % avec difficultés et pour 26,4 % la réponse n'a pas été apportée.

Enfin, 66,3 % comprennent correctement des consignes, 8,9 % avec difficultés et le taux de non réponses est de 24,8 %.

III.6.2 Langage

Les taux de non réponses sur ce chapitre atteignent 47 % jusqu'à 75 %. Par conséquent, aucune interprétation des résultats ne sera établie :

Graphique 14 : Répartition des enfants selon les tests de langage (%)

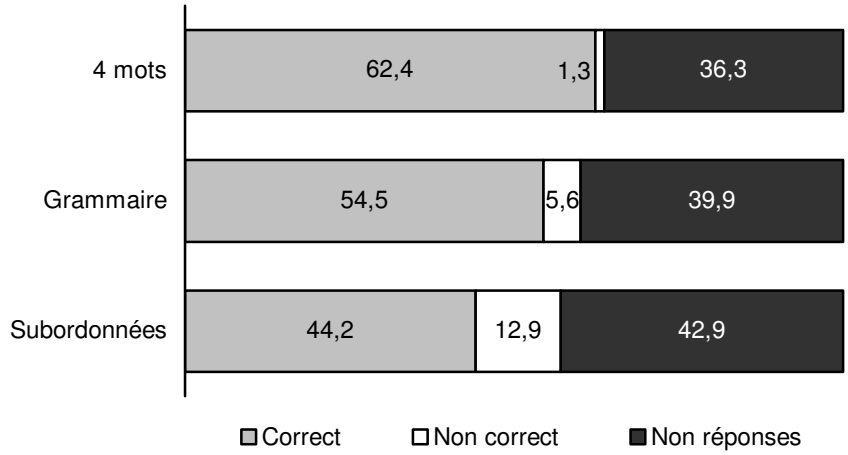


Entre -1 et -2 écarts-type, il est nécessaire d'effectuer d'autres tests pour affirmer la présence d'une anomalie chez l'enfant. En revanche, dès -2 écarts-type, l'anomalie est établie : l'enfant doit être orienté pour bénéficier d'une prise en charge spécialisée.

III.6.3 Discours spontané

Cette évaluation comprend quatre épreuves, celle des "4 mots", celle sur la "grammaire" et celle des "subordonnées". Les taux minima d'enfants n'ayant pas réussi ces épreuves varient entre 1,3 % et 12,9 %.

Graphique 15 : Répartition des enfants selon les tests sur le discours spontané



III.6.4 Latéralité

La latéralité est majoritairement fixée à droite et très rarement indéterminée.

Tableau 19 : Répartition des enfants selon la fixation de la latéralité

Latéralité	Oeil		Main		Pied	
	Effectifs	*%*	Effectifs	*%*	Effectifs	*%*
Droite	157	*51,8*	228	*75,3*	208	*68,7*
Gauche	93	*30,7*	25	*8,3*	34	*11,2*
Indéterminée	0	*0,0*	1	*0,3*	0	*0,0*
Non réponses	53	*17,5*	49	*16,2*	61	*20,1*
Total	303	*100,0*	303	*100,0*	303	*100,0*

III.6.5 Propreté

6 enfants souffrent d'encoprésie, 17 élèves n'ont pas encore acquis la propreté diurne et 31 nocturne.

Tableau 20 : Nombre d'enfants n'ayant pas encore acquis la propreté

Nombre d'enfants	Enurésie diurne	Enurésie nocturne	Encoprésie
27		×	
13	×		
3	×		×
1	×	×	×
1		×	×
1			×

III.7 Vaccination

Les résultats exposés ci-après incluent uniquement les enfants ayant apporté leur carnet de santé le jour de cet examen médical, soit 236 élèves.

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose sont obligatoires. En revanche, celles contre la coqueluche, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'haemophilus influenzae type b ne sont que recommandées.

III.7.1 Les vaccinations obligatoires

Le BCG

De façon certaine, 93,2 % des enfants sont vaccinés contre la tuberculose (soit 220 élèves). En revanche, pour 2,1 %, il semblerait que la vaccination antituberculeuse par le BCG n'ait jamais été effectuée. L'information est manquante pour 4,7 % des enfants. En ce qui concerne le test tuberculinique, la proportion d'enfants présentant un contrôle effectué et positif est nettement plus faible (60,2 %). Dans 46,5 % des cas, ce test a été réalisé par multipuncture et pour 2,6 % par IDR (50,9 % de non réponses).

Tableau 21 : Test tuberculinique

Test BCG	Positif	Négatif	Non effectué	Non réponses	Total
Effectifs	142	20	43	31	236
Pourcentage	*60,2*	*8,5*	*18,2*	*13,1*	*100*

Le DTP

Parmi les 236 enfants ayant présenté leur carnet de santé, deux (soit 0,9 %) n'étaient pas à jour de leur vaccination antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique. En revanche, le nombre d'injections était suffisant pour 94,9 % d'entre eux. L'information est manquante pour les 4,2 % restants.

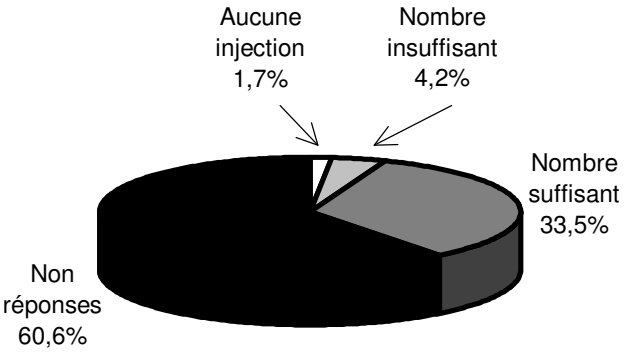
III.7.2 Les vaccinations recommandées

La très grande majorité des enfants a été vaccinée contre la coqueluche (85,1 % d'entre eux). Même si ce vaccin n'est que recommandé, le taux de couverture est très bon car les injections sont pratiquement toujours associées à celles de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite.

Concernant les ROR, 62,3 % des enfants ont reçu la première injection et 29,7 % la seconde. Seul un élève n'a jamais été vacciné contre ces trois maladies. Pour les 7,6 % restants, aucune information n'a été apportée.

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, le taux de couverture est relativement faible puisqu'un tiers seulement présente un nombre d'injections suffisant (33,5 % d'enfants vaccinés).

Graphique 16 : Injections pour la vaccination antihépatite B



III.8 Antécédents médicaux

III.8.1 Nature des antécédents médicaux

33 % des enfants présentent au moins un antécédent médical. A cet âge, les antécédents les plus souvent signalés sont les pathologies ORL et nettement plus rarement les antécédents respiratoires, digestifs, génito-urinaires et ostéo-articulaires.

Tableau 22 : Enfants concernés par un antécédent médical selon la nature de cet antécédent

Nature de l'antécédent médical	Effectifs	Pourcentages
ORL	77	*25,4*
Respiratoire	9	*3,0*
Digestif	9	*3,0*
Génito-urinaire	4	*1,3*
Ostéo-articulaire	4	*1,3*
Cardio-vasculaire	1	*0,3*
Autre	11	*3,6*

III.8.2 Antécédents allergiques

13 % des enfants présentent un antécédent allergique. Parmi ces 40 élèves, 14 sont affectés par des allergies cutanées et 19 par des allergies respiratoires (dont 11 ont de l'asthme et 6 des symptômes asthmatiformes).
Les autres informations apportées correspondent aux causes de ces réactions allergiques. Ces éléments ont été précisés pour 8 élèves seulement. Pour 4 enfants l'allergie est d'origine médicamenteuse et 4 alimentaire.

Pour cette classe d'âge, aucun lien n'a pu être mis en évidence entre le fait d'être affecté par une allergie et une autre variable.

III.9 Prises en charge

III.9.1 Les différentes prises en charge médicales ou paramédicales

26 % des enfants bénéficient d'au moins une prise en charge médicale ou paramédicale (soit 80 élèves). Pour 36 % des enfants, les parents n'ont déclaré aucune prise en charge et l'information manque pour 38 % des élèves. Généralement, les prises en charge spécialisées sont relativement rares, excepté celles relatives aux troubles du langage et de la vision : 7,9 % des enfants consultent un orthophoniste et 7,6 % un ophtalmologiste.

Tableau 23 : Elèves concernés par une prise en charge selon les spécialités (n=303)

Spécialistes consultés	Effectifs	Pourcentages
Orthophonistes	24	*7,9*
Ophtalmologistes	23	*7,6*
Oto-rhino-laryngologistes	13	*4,3*
Orthoptistes	4	*1,3*
Kinésithérapeutes	4	*1,3*
Orthopédistes	3	*1,0*
Autres	30	*9,9*

Les autres spécialistes que consultent les enfants régulièrement sont des psychologues ou psychiatres (4 enfants), des neurologues (1 enfant) et homéopathes (1 élève). D'autre part, dans ce chapitre du questionnaire, des prises en charge médico-sociales ont été précisées : 17 enfants sont suivis en CAMSP, 1 en RASED et 1 en SESSAD.

III.9.2 Croisements avec d'autres variables

Des liens significatifs sont mis en évidence avec certaines variables sociologiques dans une analyse "toutes choses égales par ailleurs".

Des différences selon le sexe

Les garçons bénéficient significativement plus souvent d'une prise en charge médicale ou médico-sociale que les filles ($p<0,003$) : 33 % des garçons contre 19 % des filles.

Tableau 24 : Proportion d'enfants bénéficiant d'une prise en charge selon le sexe

	Effectifs	% d'enfants bénéficiant d'une prise en charge	IC 95 %
Garçons	55	32,9	[25,7 – 40,1]
Filles	24	18,5	[11,7 – 25,2]

Des différences selon la CSP des parents

En fonction de la CSP des parents, les enfants bénéficient plus ou moins d'une prise encharge, et plus spécifiquement les enfants dont les parents sont employés : 33 % de ceux dont les parents sont employés contre 23 % pour les autres CSP (p=0,02).

Tableau 25 : Proportion d'enfants bénéficiant d'une prise en charge selon la CSP des parents

	Effectifs	% d'enfants bénéficiant d'une prise en charge	IC 95 %
Enfants dont les parents ne sont pas employés	45	22,7	[16,8 – 28,6]
Enfants dont les parents sont employés	35	33,3	[24,2 – 42,5]

Des différences selon la structure de la famille

41 % des enfants vivant dans une famille monoparentale ou recomposée ont un suivi médical ou médico-social. Cette proportion est significativement plus importante que celle enregistrée pour les enfants vivant avec leurs deux parents : 25 % d'entre eux (p=0,01).

Tableau 26 : Proportion d'enfants bénéficiant d'une prise en charge selon la structure de la famille

	Effectifs	% d'enfants bénéficiant d'une prise en charge	IC 95 %
Enfants vivant dans une famille biparentale	48	25,1	[18,9 – 31,3]
Enfants vivant dans une famille monoparentale ou recomposée	24	40,7	[27,8 – 53,6]

III.10 Hygiène bucco-dentaire

III.10.1 La dentition

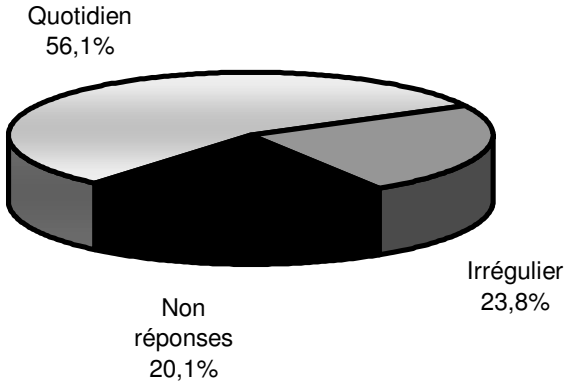
Pour chaque enfant, il était demandé au médecin de préciser pour chaque dent si elle était cariée et non soignée, absente ou obturée.

8 % des enfants présentent au moins une dent cariée et non soignée le jour de l'examen. A cet âge, seulement 16 % des enfants déclarent avoir consulté un dentiste antérieurement au jour de l'examen (ils sont 55 % à 11-12 ans et 70 % à 14-16 ans). Contrairement à leurs aînés, les enfants de 5-6 ans ne bénéficient pas encore de suivis orthodontiques du fait de leur jeune âge. D'autre part, la mise en place du dépistage bucco-dentaire sur Châteauroux n'est pas encore faite de façon exhaustive pour cette tranche d'âge mais le sera très prochainement.
A 5-6 ans, ils sont encore 15 % à avoir au moins une dent absente (généralement 4). Par ailleurs, 4 % des enfants ont au moins une dent obturée (ils sont 15 % à 11-12 ans et 30 % à 14-16 ans).

III.10.2 Le brossage des dents

56 % des enfants se brossent les dents quotidiennement, 24 % de temps en temps et aucun n'a déclaré ne jamais se les brosser. Ces données sont issues de la déclaration certainement faite par les parents des enfants, auprès des médecins et non de l'observation des comportements.

Graphique 17 : Répartition des enfants selon la fréquence du brossage des dents

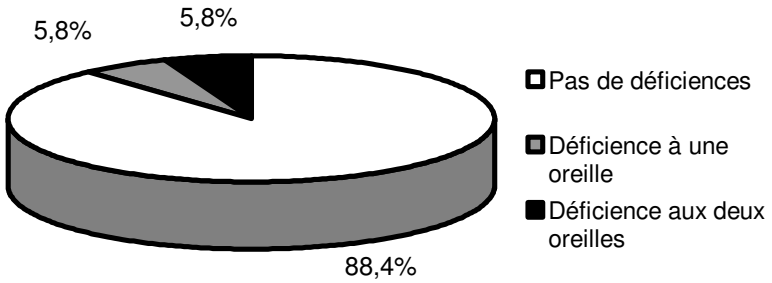


III.11 Examen sensoriel

III.11.1 L'audition

Les tests sont effectués à l'aide d'un audiomètre. En éliminant tous les enfants pour lesquels l'acuité auditive n'était pas évaluable, tous ceux pour lesquels l'information est manquante, 11,6 % des enfants auraient une déficience auditive au moins à l'une des deux oreilles (soit 32 enfants).

Graphique 18 : Répartition des élèves selon leur audition (n=276)



Parmi les 32 enfants ayant un problème auditif, une pathologie ORL a été décelée le jour de l'examen chez 7 élèves.

Aucun enfant ne semble avoir de prothèse auditive : 41 n'en ont pas de façon affirmative et pour 262, aucune réponse n'a été apportée. Par ailleurs, trois enfants portent un drain à une oreille (soit 1 %) et un des drains bilatéraux (soit 0,3 %). Il est signalé également que 2 % des enfants souffrent d'otites à répétition.

III.11.2 La vision

Anomalies décelées antérieurement à cet examen médical

12,2 % des élèves présentent une déficience visuelle déjà connue antérieurement à l'examen (soit 37 enfants). En revanche, 76,9 % des enfants n'ont pas d'anomalie constatée avant cet examen et l'information est manquante pour les 10,9 % restants.
Très peu de précisions ont été apportées quant à la nature des déficiences déjà connues antérieurement à cet examen. Les données présentées ci-après sont indiquées à titre informatif.

Tableau 27 : Anomalies visuelles connues antérieurement à l'examen (n=558)

Nature de l'anomalie	Effectifs	*Pourcentages*
Hypermétropie	7	*2,3*
Astigmatisme	6	*2,0*
Myopie	3	*1,0*
Strabisme	3	*1,0*
Ambyopie	0	*0,0*

Anomalies connues chez les parents

28 % des élèves déclarent qu'au moins l'un des deux parents présente une anomalie visuelle. Ces précisions ne concernent que 22 mères et 18 pères, pourtant les parents sont généralement présents à cet examen. L'anomalie la plus fréquemment citée est la myopie.

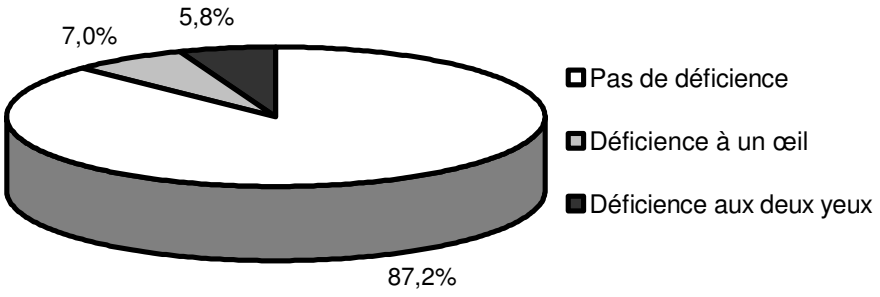
Tableau 28 : Anomalies visuelles précisées pour les parents

Nature de l'anomalie	Nombre de mères concernées	Nombre de pères concernés
Myopie	13	15
Astigmatisme	5	3
Hypermétropie	2	
Myopie et astigmatisme	3	

Evaluation de l'acuité visuelle de loin

Cette analyse porte sur les 243 enfants ne portant pas de lunettes et pour lesquels les résultats de l'évaluation ont été retranscrits sur le questionnaire. 87 % des élèves présentent une vision normale de loin (8/10 minimum aux deux yeux).

Graphique 19 : Répartition des enfants ne portant pas de lunettes selon l'acuité visuelle (n=243)



Parmi les 29 enfants portant des lunettes, 79 % les ont présentées le jour de l'examen, soit 23 enfants. Parmi ces derniers, 20 avaient une vision normale aux deux yeux (8/10 minimum) avec correction.

Autres constats

3 % des enfants présentent une vision binoculaire anormale, soit 9 enfants et 1,7 % une vision anormale des couleurs (5 garçons).
Par ailleurs, cinq enfants ont été diagnostiqués comme étant hypermétropes le jour de l'examen.

III.12 Examen somatique

III.12.1 Les pathologies dépistées

Pour 14 % des enfants une pathologie a été dépistée le jour de l'examen médical. Parmi les 42 enfants concernés, 21 nécessitent un suivi ophtalmologique et 10 des soins oto-rhino-laryngologiques.

Tableau 29 : Nombre d'élèves pour lesquels une pathologie a été dépistée (n=303)

Nature de la pathologie	Effectifs	*Pourcentages*
Ophtalmologique	21	*6,9*
Oto-rhino-laryngologique	10	*3,3*
Cardio-vasculaire	2	*0,7*
Génito-urinaire	1	*0,3*
Ostéo-articulaire	1	*0,3*
Dermatologique	1	*0,3*
Neurologique	0	*0,0*
Digestif	0	*0,0*
Respiratoire	0	*0,0*
Autre	9	*3,0*

Parmi les 9 enfants pour lesquels une pathologie, autre que celles citées, a été dépistée, les médecins ont relevé 2 élèves en surcharge pondérale dont un en obésité, 2 nécessitant des soins dentaires, 2 un suivi orthophonique et 1 ayant des troubles du comportement.

Des différences selon la CSP des parents

Selon la CSP des parents et plus particulièrement en fonction de l'appartenance du couple à la catégorie "ouvrier", il est diagnostiqué plus ou moins souvent une pathologie au cours de l'examen. En effet, 28 % des enfants dont les parents sont ouvriers présentent une pathologie contre 10 % des enfants appartenant aux autres catégories socioprofessionnelles.

Tableau 30 : Proportion d'enfants nécessitant un soin selon la CSP des parents

	Effectifs	% d'enfants présentant un trouble	IC 95 %
Enfants dont les parents sont ouvriers	16	27,6	[15,7 – 39,4]
Enfants dont les parents ne sont pas ouvriers	25	10,2	[6,4 – 14,0]

Pour les enfants dont les parents sont ouvriers, les médecins ont plus souvent détecté des pathologies ophtalmologiques (10 % des enfants "d'ouvriers" contre 6 % de l'ensemble des autres CSP) et des pathologies ORL (10 % contre moins de 2 % pour l'ensemble des autres CSP).

III.13 Les orientations

III.13.1 Les liaisons

A l'issue de l'examen médical, les médecins orientent les enfants, si besoin est, vers un professionnel de santé. Il est donc proposé aux parents de consulter un spécialiste au regard des pathologies ou troubles que peut avoir leur enfant.

Pour plus d'un enfant sur quatre (27 %), le médecin a rédigé un avis à destination de la famille et pour 16 % un avis à un médecin. Le nombre de liaisons rédigées devrait être au moins égal voire supérieur au nombre d'orientations (suivis à prévoir) émis. Dans ce rapport, les résultats montrent une tendance inverse car les médecins ont plus souvent pensé à cocher la nature de l'orientation plutôt que le fait d'avoir établi une liaison (acte systématique dès lors qu'une orientation est souhaitée).

III.13.2 Les suivis d'ordre médico-social

Pour 11 enfants, une orientation vers au moins un dispositif médico-social est conseillée (soit 3,6 %). 8 enfants sont orientés vers un CAMSP et 3 en RASED.

Tableau 31 : Nombre d'enfants ayant eu ou ayant un suivi médico-social

Suivis	Antérieurs	A poursuivre	A prévoir	Nb total d'enfants	%
CAMSP	4	16	8	28	*9,2*
RASED		2	3	5	*1,7*

III.13.3 Les suivis d'ordre médical ou paramédical

Toutes orientations confondues, pour 32 % des enfants il est indiqué un suivi à prévoir, 10 % un suivi à poursuivre et 4 % ont bénéficié d'un suivi par le passé.

15 % des enfants ont été suivis, sont suivis ou devraient être suivis par un orthophoniste ou un ophtalmologiste, sachant que pour la majorité de ces enfants, le suivi est à prévoir. Viennent ensuite les mises à jour de vaccins, les soins dentaires, les suivis auditifs et psychologiques.

Les autres suivis conseillés par les médecins (non prévus dans le questionnaire) sont des consultations auprès de nutritionnistes ou diététiciens et d'orthopédistes pour les suivis médicaux et paramédicaux. Concernant les suivis médico-sociaux, les orientations sont dirigées vers les CMPP et SESSAD (2 enfants).

Tableau 32 : Nombre d'enfants ayant eu ou ayant un suivi médical ou paramédical

Suivis	Existants	A poursuivre	A prévoir	Nb total d'enfants	%
Orthophonique	6	9	30	45	*14,9*
Ophtalmologique	2	12	30	44	*14,5*
Vaccinal		1	33	34	*11,2*
Dentaire		1	17	18	*5,9*
Psychologique	1	4	4	9	*3,0*
Auditif	1		8	9	*3,0*
Médical	2	1	2	5	*1,7*
Orthoptique		3	1	4	*1,3*
Pédagogique		2		2	*0,7*
Autre	2	3	3	8	*2,6*

III.13.4 Des liens entre les orientations et des variables sociologiques

En fonction de certaines caractéristiques des enfants, la fréquence d'orientations varie significativement. Sont analysés dans ce chapitre uniquement les suivis à prévoir.

Des différences selon la CSP des parents

Il existe des différences significatives selon la CSP des parents et plus particulièrement celle des ouvriers (p=0,01). En effet, 45 % des enfants dont les parents sont ouvriers nécessitent un suivi médical ou paramédical contre 29 % des élèves dont les parents appartiennent à une autre CSP.

Tableau 33 : Proportion d'enfants nécessitant un suivi selon la CSP des parents

	Effectifs	% d'enfants nécessitant un suivi	IC 95 %
Enfants dont les parents ne sont pas ouvriers	72	29,4	[23,6 – 35,1]
Enfants dont les parents sont ouvriers	26	44,8	[31,6 – 58,0]

Des différences selon l'activité de la mère

Les médecins rédigent significativement plus souvent une orientation à destination des enfants dont la mère est au foyer (p<0,0001). 48 % des enfants dont la mère est au foyer nécessitent au moins un suivi médical ou paramédical contre 25 % des enfants dont la mère est en activité.

Tableau 34 : Proportion d'enfants nécessitant un suivi selon l'activité de la mère

	Effectifs	% d'enfants nécessitant un suivi	IC 95 %
Enfants dont la mère est au foyer	47	47,5	[37,5 – 57,5]
Enfants dont la mère n'est pas au foyer	51	25,0	[19,0 – 31,0]

Des différences selon la structure de la famille

Les enfants vivant dans une famille monoparentale ou recomposée nécessitent significativement plus souvent un suivi médical ou paramédical (p=0,03) : 46 % contre 33 % des enfants vivant dans une famille biparentale.

Tableau 35 : Proportion d'enfants nécessitant un suivi selon la structure de la famille

	Effectifs	% d'enfants ayant une orientation	IC 95 %
Enfants vivant dans une famille monoparentale ou recomposée	27	45,8	[32,7 – 59,9]
Enfants vivant dans une famille biparentale	62	32,5	[25,8 – 39,2]

Des différences selon le sexe

Une orientation vers un professionnel de santé est plus souvent proposée aux filles (p=0,001). En effet, 42 % d'entre elles ont reçu un avis contre 26 % des garçons.

Tableau 36 : Proportion d'enfants nécessitant un suivi selon le sexe

	Effectifs	% d'enfants nécessitant un suivi	IC 95 %
Garçons	41	26,3	[19,4 – 33,3]
Filles	54	41,5	[33,0 – 50,1]

Une analyse "toutes choses égales par ailleurs" confirme les liens entre le fait d'avoir une orientation avec le fait d'avoir une mère au foyer et d'être une fille. En revanche, le lien avec la structure de la famille et la CSP des parents n'est plus retrouvé.

Une analyse plus fine réalisée en fonction des différents suivis à prévoir permet de mettre en évidence les faits suivants :

Concernant les vaccinations, ce sont les enfants dont les parents sont cadres ou de professions intermédiaires qui nécessitent le plus souvent une mise à jour des vaccins : 21 % des enfants dont les parents sont de professions intermédiaires, 13 % quand les parents sont cadres contre 4 % parmi les ouvriers.

Pour les suivis ophtalmologiques, cette tendance est inversée : 24 % des enfants dont les parents sont ouvriers doivent consulter un ophtalmologiste contre 12 % pour l'ensemble des autres CSP.

Il existe également des différences significatives selon le sexe pour ces deux types de suivi : les filles nécessitant le plus souvent une mise à jour des vaccins (18 % contre 6 % des garçons) ou une consultation ophtalmologique : 19 % d'entre elles contre 11 % des garçons.

IV CONCLUSION

Bien qu'il ne soit pas possible d'effectuer des comparaisons entre la situation socio-sanitaire de ces enfants à celle du département ou de l'hexagone (en raison de la méthodologie utilisée pour cette étude), il ressort cependant que la situation n'est pas toujours satisfaisante. Certains constats sont préoccupants, parfois même alarmants :

- plus d'un élève sur cinq présente une surcharge pondérale : 9,9 % sont en surpoids et 12,0 % obèses. Des études ont révélé que les enfants grandissent mais aussi grossissent de génération en génération. On peut alors s'inquiéter, au vu de ces résultats, des années à venir, étant donné l'incidence de l'obésité sur l'état de santé : augmentation du risque de diabète, d'hypertension artérielle, d'accidents cardio-vasculaires, de certains cancers et d'affections respiratoires…

- l'examen sensoriel a permis de révéler que 11,6 % des élèves ont une déficience auditive le jour de l'examen et 12,8 % une déficience visuelle. Ces résultats concernent des enfants qui commencent l'apprentissage de la lecture et de l'écriture !

Par ailleurs,
- 20 % vivent dans une famille monoparentale ou recomposée,
- 13 % ne prennent pas de petit déjeuner tous les matins
- 8 % souffrent d'au moins une dent cariée et non soignée,
- 32 % sont orientés vers un professionnel de santé (médical ou paramédical).

Même s'il est difficile d'établir un lien de cause à effet, on peut toutefois constater qu'indépendamment de l'âge, les enfants dont les parents appartiennent à la catégorie socioprofessionnelle "ouvrier", dont la mère est au foyer, vivant dans une famille monoparentale, recomposée ou dans une famille nombreuse, pratiquent moins souvent d'activités extrascolaires, lisent plus souvent avec des difficultés, sont plus souvent en situation de surpoids ou d'obésité, ou encore, sont plus souvent affectés par une pathologie et relèvent plus souvent d'une prise en charge médicale, paramédicale ou médico-sociale.

Les résultats de cette étude ont fait réagir les professionnels de santé, tant sur le contenu des examens que sur certains points marquants de l'état de santé des enfants. C'est en cela que l'on peut dire que l'observatoire local de Châteauroux a rempli l'un de ses premiers objectifs. En effet, depuis la mise en place de l'OLS, accentuée par la communication des premiers résultats des quatre études, un travail en réseau de différents professionnels se développe : échanges d'informations, de référentiels, de techniques et d'outils de travail, …

Espérons maintenant qu'à partir de ces constats, de ces dynamiques d'acteurs et d'échanges professionnels, pourront être impulsées des actions de prévention, afin de permettre, à tous, l'égal accès à la santé.

V BIBLIOGRAPHIE

ARENES J., JANVRIN M.P., BAUDIER F., Baromètre santé jeunes 97/98, CFES, 1999, 328 p.

BECK, F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P., Regards sur la fin de l'adolescence, consommations de produits psychoactifs dans l'enquête, ESACPAD 2000, OFDT, décembre 2000, 213 p.

BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire), Calendrier vaccinal 2003, avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France, 17 janvier 2003, N°06/2003, 33-40 p.

GODIN I., LEVEQUE A., BERGHMANS L., Tableau de bord de la santé des jeunes, Observatoire de la santé du Hainaut, septembre 1997, 38 p.

GUIGNON N., La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire, DREES, N°155, janvier 2002, 8 p.

GUILBERT P., BAUDIER F., baromètre santé, premiers résultats 2000, synthèse consommation d'alcool, CFES, CNAM, septembre 2000, 4 p.

INVS (institut de veille sanitaire), Surveillance de la rougeole en France, journée de réflexion du 28 février 2001 - Saint Maurice, novembre 2001, 40 p.

INVS (institut de veille sanitaire), Mesure de la couverture vaccinale en France, bilan des outils et méthodes en l'an 2000, février 2001, 56 p.

IREB (institut de recherches scientifiques sur les boissons), Les adolescents français face à l'alcool, comportement et évolution, 1998, 119 p.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Rapport "Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France", 2000.

ORSAL (observatoire régional de la santé d'Alsace), La santé des enfants de 5-6 ans en Alsace, premiers résultats, mai 2002, 58 p.

ORS Languedoc-Roussillon, Observatoire régional d'épidémiologie scolaire, résultats 1999-2000, 66 p.

ORS Nord-pas-de-Calais, La santé des jeunes de 14-15 ans, 1998, 143 p.

ORS Haute-Normandie, Semaine de la santé à Caudebec-les-Elbeuf, rapport de l'enquête environnementale, décembre 1999, 66 p.

VEBER F., RINGARD J.C., Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'Education nationale, Mars 2001, 65 p.

VI ANNEXES

Sont présentés dans cette annexe :

- le questionnaire des examens médicaux des enfants âgés de 3-4 ans,

- le questionnaire des examens médicaux des enfants âgés de 5-6 ans,

- le questionnaire des bilans infirmiers des élèves âgés de 11-12 ans,

- le questionnaire des examens médicaux des adolescents âgés de 14-16 ans.

Résumé

303 enfants, scolarisés en grande section de maternelle, âgés de 5 ans et demi pour la plupart, ont été inclus dans cette étude. En plus du français, 8 % s'expriment dans une autre langue. Si 63% vivent avec leurs deux parents, ils sont 18 % à vivre dans une famille monoparentale. 13% n'ont ni frère, ni sœur.
Concernant le mode de vie, les enfants de cette classe d'âge dorment en moyenne 10h40, la plupart se levant entre 7h30 et 8 heures et se couchant entre 20h30 et 21 heures (14 % ont des difficultés pour s'endormir). Un enfant sur quatre est accueilli dans une garderie périscolaire ou par une assistante maternelle. Le temps de trajet pour se rendre à l'école est de 12 minutes en moyenne et il est généralement effectué en voiture ou à pied.

A cet âge, la pratique d'une activité extrascolaire est encore peu courante (30 %), dans plus de 83 % des cas, il s'agit de sport. Cependant, cette pratique est plus ou moins fréquente selon la catégorie socioprofessionnelle des parents : 72 % des enfants de parents "cadres" en exercent une contre seulement 14 % parmi les "ouvriers".

Au moins 13 % des enfants ne prennent pas de petit déjeuner quotidiennement. Un peu plus d'un enfant sur deux déjeune au moins une fois par semaine, à la cantine.
La surcharge pondérale est une problématique récurrente et touche 22 % des enfants (9,9 % en surpoids et 12,0 % en obésité). Le taux d'enfants obèses est nettement supérieur à celui de l'énquête DREES, pour cette même tranche d'âge (12 % à Châteauroux contre 4 % au niveau national). Même si les résultats ne sont pas vraiment comparables (population non représentative), l'écart reste inquiétant.

La plupart des jeunes sont à jour des vaccinations obligatoires (93 %) mais ils ne sont que 34 % à être vaccinés contre l'hépatite B, et 62 % contre les ROR.

33 % des élèves ont un antécédent médical : il s'agit d'une pathologie ORL dans un quart des cas. Par ailleurs, 26 % des enfants bénéficient d'au moins une prise en charge médicale ou paramédicale, celles étant les plus répandues sont liées aux troubles du langage (7,9 %) et de la vision (7,6 %).
Pour 14 % des élèves une pathologie a été dépistée le jour de l'examen médical. En outre, certains suivis médicaux ne sont pas optima : 12,8 % ont une déficience visuelle non corrigée, 11,6 % une déficience auditive et 8 % sont porteurs d'une carie non soignée.

5-6 ans

Observatoire Régional de la Santé du Centre
: CHRO 1, rue Porte Madeleine BP 2439
45032 Orléans cedex 1
☎ : 02 38 74 48 80
: 02 38 74 48 81
Courriel : orscentre@aol.com - site : www.orscentre.org