



## EXPLOITATION DES BILANS STANDARDS DE SANTÉ RÉALISÉS EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE EN LIMOUSIN (Bilans de 6 ans)



### Une exploitation réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin Pour l'Agence Régionale de Santé et le Rectorat de Limoges

à partir des données collectées par les services de Promotion de la Santé en faveur des élèves de l'Académie de Limoges  
Rapport n°252-6b - Mai 2016

Béatrice ROCHE-BIGAS, Dr Jean-Pierre FERLEY

Pilotage : Christine GARCIA, Elisabeth DEVAINE, Véronique BRUN, Martine FROIDEFOND et

Florence JUNIAT : Infirmières Conseillères techniques auprès du Recteur, Catherine DE BLOMAC, ARS, Direction de la Santé Publique

Remerciements aux 67 infirmier(e)s et aux médecins ayant participé au recueil ainsi qu'à tous les membres du comité de pilotage

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE



## CONTEXTE ET MÉTHODE

Face à la diminution du nombre de médecins de santé scolaire et à l'impossibilité d'assurer des visites médicales systématiques auprès des élèves à certains temps de leur cursus et dans un souci de complémentarité des interventions, le Rectorat de Limoges, ses conseillers techniques "santé" et les services de promotion de la santé en faveur des élèves ont conçu, à l'instar de ce qui se pratique dans de nombreuses autres académies, une organisation reposant sur la mise en place quasi systématique de bilans infirmiers à 2 niveaux : la grande section maternelle (bilan de 6 ans) et la 6<sup>ème</sup> (11 ans). En maternelle, le bilan est en grande partie basée sur le protocole BSEDS\* qui permet un regard croisé sur l'élève en situation de classe porté par l'enseignant et par les personnels de la mission de promotion de la santé. A la suite du bilan standard, les élèves chez qui des problèmes ont été repérés par les infirmiers sont vus dans un second temps par le médecin de santé scolaire (bilan approfondi), lequel a ainsi l'opportunité de concentrer son activité sur les enfants qui en ont le plus besoin. Il peut toutefois arriver (5% des cas) que le médecin remplisse lui-même des bilans standards (par exemple à l'occasion d'une intervention dans une école). Lors de ce bilan, le professionnel remplit une fiche qu'il conserve ensuite dans le dossier médical de l'enfant. Cette fiche permet de collecter différents types d'informations sur l'état de santé de l'enfant, le contexte familial, le contenu du bilan, les difficultés repérées, les orientations proposées, les avis donnés, etc. Jusqu'en 2012, aucune exploitation statistique n'avait été faite de ces fiches (remplies avec une exhaustivité supérieure à 80%) alors qu'elles contiennent des informations précieuses et permettent de mesurer certains indicateurs de la santé des enfants et des jeunes, tant au niveau régional, qu'au niveau départemental et infra-départemental. En 2012, L'Agence Régionale de Santé et le Rectorat de Limoges ont confié à l'O.R.S. le soin d'uniformiser le recueil, de collecter les données et d'en assurer la saisie et l'exploitation. Cette exploitation statistique n'est réalisée qu'une année sur deux, alternant la grande section de maternelle et la 6<sup>ème</sup>. A l'issue d'un travail avec les services de santé scolaire une fiche commune a pu être proposée. Celle-ci a été reproduite sous la forme de liasses auto-duplicantes en 3 exemplaires : l'original, nominatif, destiné à rester dans le dossier médical de l'enfant, un deuxième feuillet conservé par le professionnel, et enfin un troisième feuillet sans duplication du bandeau supérieur nominatif, destiné à l'ORS pour la saisie. A chaque début d'année scolaire, chaque infirmier et médecin de l'Education Nationale se voit remettre un stock de liasses et des enveloppes pour le retour vers l'ORS. Les parents ont été informés de l'exploitation anonyme qui sera faite du bilan et une autorisation de la CNIL a été obtenue. La présente analyse concerne la 2<sup>ème</sup> vague de notification en maternelle et se rapporte à l'année scolaire 2014-15. Toutefois, bien que fournissant les chiffres de cette 2<sup>ème</sup> vague, le choix a été fait de fusionner les 2 vagues pour l'analyse, doublant ainsi les effectifs étudiés.

## EXHAUSTIVITÉ DU RECUEIL

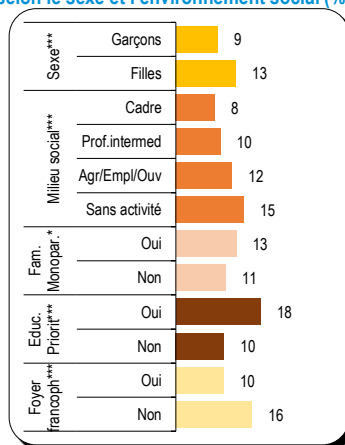
Près de 7 500 élèves étaient solarisés en 2014-15 en grande section (GSM) dans les 416 écoles maternelles du Limousin (dont 337 élèves dans les 18 écoles privées). Au total, 5 585 fiches (dont 200 dans le privé) ont été remplies, essentiellement par des infirmiers (95%), mais parfois par un médecin de l'Education Nationale (217 fiches). Sur cette année de recueil, le **taux de retour est de 75%** avec des variations départementales (de 65% à 93%), probablement à mettre en relation avec les disparités relevées en termes d'effectifs professionnels. On observe une baisse de 10% de ce taux entre les deux vagues (83% précédemment). En cumul sur les deux années de recueil, le taux de retour est de **79%** et l'analyse porte sur **11 725 fiches**.

## EXPLOITATION DES BILANS

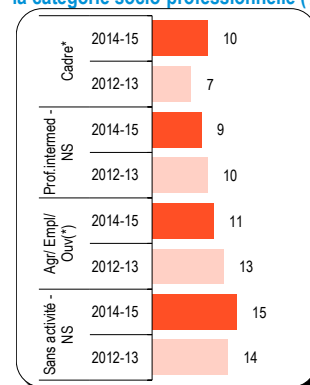
**L'un des principaux constats reste la forte relation existant entre l'environnement socio-culturel et certains indicateurs** : surcharge pondérale, pratique d'activités sportives, hygiène nutritionnelle, appareillage oculaire et auditif, hygiène bucco-dentaire, ou encore troubles à retentissement scolaire (comportement, langage...).

Sur les données des deux vagues cumulées, la **surcharge pondérale**, établie à partir du poids et de la taille mesurés par le professionnel, touche 11% des enfants de 6 ans, sans évolution entre les deux vagues (13% dans certains territoires). Elle demeure plus fréquemment retrouvée dans les milieux populaires (12%) ou précarisés (15%) que dans les milieux aisés (8%). Elle touche 16% des enfants de familles non francophones et 18% de ceux scolarisés dans un secteur d'éducation prioritaire. **L'obésité** concerne 3% des enfants et atteint 6% dans les écoles de zones d'éducation prioritaire. On relève également que la proportion d'enfants déclarant ne pratiquer aucune **activité sportive** extra-scolaire (58% globalement) est beaucoup plus importante dans les milieux défavorisés (78%), dans les familles monoparentales (66%), dans les familles non francophones (70%) et dans les secteurs d'éducation prioritaire (79%), sans changements entre les deux périodes d'analyse en fonction du milieu social et familial. La prise quotidienne d'un **petit déjeuner** (97% des enfants globalement) est le fait de 99% des enfants de cadres et de seulement 94% des enfants dont les parents ne travaillent pas, proportion s'abaissant à 92% dans les secteurs d'éducation prioritaire et 93% dans les familles où une langue étrangère est parlée, sans évolutions notables.

Proportion d'enfants en surcharge pondérale selon le sexe et l'environnement social (%)



Evolution de la surcharge pondérale selon la catégorie socio-professionnelle (%)

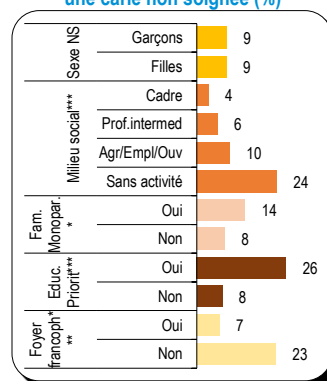


Lecture : NS - Non significatif ; \* p < 0,05 ; \*\* p < 0,01 ; \*\*\* p < 0,001  
Education Prioritaire (REP / REP+)

\* BSEDS : Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité, Laboratoire Cogni-Sciences de l'Université de Grenoble proposant soit un bilan standard réalisé par un infirmier, soit un bilan approfondi réalisé par un médecin

La présence de **dents cariées** (soignées ou non) demeure l'un des marqueurs socio-sanitaires les plus forts : 13% des enfants de 6 ans en présentent mais cette proportion est 5 fois plus élevée dans les milieux défavorisés et en secteur d'éducation prioritaire que chez les enfants de cadres (respectivement 30% et 33% versus 6%). Les écarts sont même encore plus importants s'agissant des **dents cariées non soignées**. Globalement, 9% des enfants limousins de 6 ans sont dans ce cas, avec une évolution positive significative entre les deux analyses (8% vs 10% en 2014-15). La proportion est un peu plus importante en Creuse. Si elle n'est que de 4% chez les enfants de cadres, elle atteint 24% dans les familles défavorisées, 23% dans les foyers où une langue étrangère est parlée, et même 26% dans les secteurs d'éducation prioritaire. Une hygiène bucco-dentaire insuffisante (brossage moins de deux fois par jour) apparaît également liée au milieu social et familial : c'est le fait de 62% des enfants de foyers défavorisés mais de seulement 42% des enfants de cadres. L'imputabilité d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire dans la survenue de caries est vérifiée avec une observation de dents cariées (soignées ou non) deux fois plus fréquente chez les enfants reconnaissant ne pas se brosser les dents deux fois par jour (11% vs 6%).

Proportion d'enfants présentant au moins une carie non soignée (%)

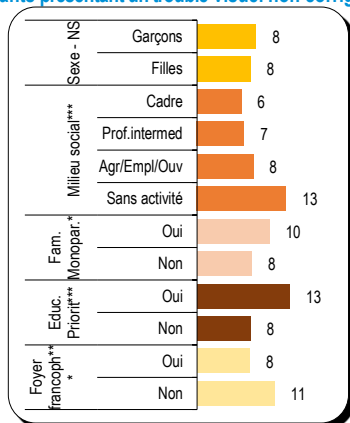


Le **port de lunettes** (16% des enfants limousins de 6 ans, 19% en Corrèze) apparaît également lié à l'environnement social : il est moins répandu dans les secteurs d'éducation prioritaire (10%), ou encore dans les foyers non exclusivement francophones (12%). En corollaire, une **baisse de l'acuité visuelle non corrigée** (< 8/10 sur au moins un œil sans port de lunettes), relevée chez 8% des enfants, est notifiée chez 13% dans les familles défavorisées ainsi que dans les secteurs d'éducation prioritaire. Un peu moins de 1% des enfants de 6 ans portent un **appareil auditif**, proportion sans évolution depuis la dernière analyse, et 7% présentent un **trouble de l'audition non corrigé**, dont plus de la moitié ont été détectés de l'examen en 2014-15.

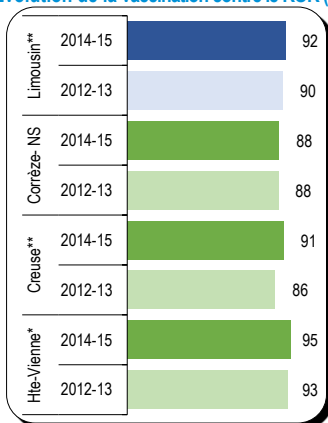
Les **troubles à retentissement scolaire** (trouble du langage, du comportement...), tels qu'identifiés (sans définition précise proposée) par les professionnels ayant réalisé le bilan, sont également fortement liés au milieu social : repérés chez 10% des enfants globalement, leur signalement est en augmentation depuis l'analyse précédente (9% vs 11%) et notamment en Corrèze (8% vs 11%), mais c'est toujours en Creuse qu'ils sont le plus fréquemment rapportés (12%). Ils sont plus souvent décrits dans les familles où une langue étrangère est parlée (12%) et, d'une manière générale, dans les milieux défavorisés (18%) et les foyers monoparentaux (13%). Les garçons sont également plus touchés (13% vs 7% chez les filles).

La relation entre **couverture vaccinale** et milieu social est moins forte mais néanmoins souvent vérifiée avec des taux de couverture légèrement moins bons dans les milieux défavorisés pour le ROR, le DTP, le pneumocoque et la coqueluche et au contraire meilleurs pour l'hépatite B dans les secteurs d'éducation prioritaire, dans les foyers non francophones ou sans activité professionnelle. Entre les deux périodes, certains taux de vaccination ont augmenté : ceux contre le ROR et notamment en milieu rural, mais surtout ceux pour l'hépatite B dans tous les milieux sociaux.

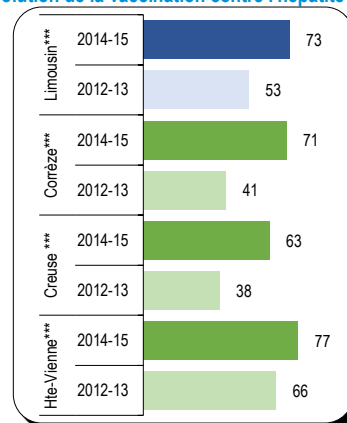
Enfants présentant un trouble visuel non corrigé (%)



Evolution de la vaccination contre le ROR (%)



Evolution de la vaccination contre l'hépatite B (%)



## CONCLUSIONS

Les données recueillies au terme de cette deuxième exploitation des bilans de santé réalisés en grande section de maternelle offrent une intéressante photographie de l'état de santé des enfants de 6 ans dans les trois départements de l'académie de Limoges et de l'environnement dans lequel ils évoluent. L'exhaustivité du recueil demeure excellente (79% sur l'ensemble des deux vagues et 80% si l'on ne considère que les établissements publics), malgré une baisse entre les deux années (-10%). L'analyse, conduite sur une classe d'âge entière et sur deux années scolaires (2012-13 et 2014-15), permet de mesurer la fréquence de certains troubles, d'en repérer les variations territoriales et leur distribution dans différents milieux. Tant l'exhaustivité du recueil que l'effectif disponible (près de 12 000) fournissent un très riche matériel d'étude.

L'exploitation réalisée met en lumière le travail effectué par les personnels de la mission de promotion de la santé de l'Education Nationale et témoigne de l'intérêt de ces bilans dans le repérage de certains troubles, en particulier les troubles sensoriels ou les troubles à retentissement scolaire (troubles du langage ou du comportement en particulier). Elle pointe également la fréquence des avis spécifiques donnés à l'issue du bilan, que ce soit aux acteurs de l'Education Nationale ou aux familles.

La restitution des résultats de son propre secteur à chacun des infirmiers de l'Education Nationale constitue certainement un outil précieux permettant à ces professionnels de terrain de pointer les priorités locales, de suivre les tendances et d'évaluer, le cas échéant, l'impact des actions entreprises, d'autant plus que l'hétérogénéité de notification constatée sur certains indicateurs semble en atténuation. On ne peut que souligner la plus-value apportée par cet outil dont se sont dotés, dans le cadre de leur partenariat, le Rectorat de Limoges et l'Agence Régionale de Santé. On mesure tout l'intérêt que représente l'exploitation des données recueillies en grande section de maternelle et en 6<sup>ème</sup> pour améliorer les connaissances sur l'état de santé de la population enfantine et pré-adolescente, pour guider les politiques publiques, les orienter vers les territoires ou les populations les plus concernés et poursuivre le travail d'observation afin de surveiller l'évolution dans le temps des indicateurs recueillis.