



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2010 –

**« DEPISTAGE ET SURVEILLANCE EN MILIEU SCOLAIRE DES  
PROBLEMES DE SANTE ET DES TROUBLES DE  
L'APPRENTISSAGE DES JEUNES ENFANTS : QUELLE  
CONTRIBUTION A LA REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE  
ET D'ACCES AUX SOINS ? »**

– Groupe n° 15–

– **BADACH** Frédérique (D3S)  
– **BRIVE LEVILION** Michèle (MISP)  
–   
– **GOARIN** Marion (EDH)  
– **JULLIEN** Isabelle (D3S)

– **KRILL** Patricia (DS)  
– **MALAVERGNE** Nadine (DS)  
– **RAABON** Véronique (D3S)  
– **VERONES** Karine (IASS)  
– **WALLET** Olivier (D3S)

*Animateur :*  
**PARAPONARIS Alain**

---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'état de santé du jeune enfant est une préoccupation des pouvoirs publics .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 L'état de santé du jeune enfant : un contexte épidémiologique lié à des inégalités sociales préexistantes.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Le cadre législatif et réglementaire incarne une volonté de dépistage et de surveillance de l'état de santé du jeune enfant. ....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 En parallèle, les pouvoirs publics ont mis en place de nombreux programmes dont certains volets touchent directement le public des jeunes enfants : .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Des exemples régionaux illustrent des disparités de mise en œuvre et des difficultés de pilotage.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 L'enquête de terrain confirme les disparités régionales .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Des initiatives locales pallient un manque de pilotage du dépistage et du suivi de la santé du jeune enfant .....</b>	<b>17</b>
<b>3 Des pistes de réflexions se dessinent à la lumière d'exemples étrangers et de propositions faites par les acteurs de terrain pour réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Des propositions d'amélioration dans la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Des actions innovantes à l'étranger .....</b>	<b>25</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>28</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>29</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Remerciements

---

Nous tenons dans un premier temps à remercier M. Alain PARAPONARIS, enseignant chercheur à l'UMR INSERM 912 et à l'Université de la Méditerranée, pour sa disponibilité et ses conseils méthodologiques.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des professionnels que nous avons rencontrés au cours de notre démarche d'investigation pour le temps qu'il nous ont accordé malgré des emploi du temps chargés :

- Madame **BAROUX**, professeur des écoles
- Docteur **BERNARDIN**, PH neuropédiatre CH Hagenau
- Madame **CHANTELOT**, professeur des écoles, Maitre E
- Madame **CHARVET**, directrice d'école
- Monsieur **FAURE-SAULET**, MDPH de Marseille
- Docteur **GAUTIER CARBUCCIA**, médecin coordonnateur de PMI CG 04
- Madame **V. GUAGLIARDO**, Observatoire Régional de Santé de PACA
- Docteur **HENRY**, médecin coordonnateur des Hautes Alpes
- Docteur **HUMBERT**, médecin de PMI, CG 04
- Docteur **KUNTZ**, médecin de PMI, CMS Hagenau,
- Professeur **MANCINI**, PU-PH au CHU de la Timone
- Madame **MORGENTHALER**, professeur des écoles,
- Madame **OUACHTATI**, secrétaire de CH de Hagenau
- Docteur **PELLEING**, médecin à l'inspection d'académie Aix-Marseille
- Monsieur **PREVOSTO**, orthophoniste, Marseille
- Docteur **SCHEFFER**, médecin de PMI
- Docteur **SUZINEAU**, médecin de la PMI CG 13
- Docteur **TREVAL**, médecin de PMI, CG 84

---

## Liste des sigles utilisés

---

- AEEH** : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- ARTA** : Association pour la Recherche des Troubles de l'apprentissage\*
- AVS** : Auxiliaire de Vie Sociale
- BCG** : (vaccin) Bilié de Calmette et Guérin
- CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
- CFES** : Centre Français d'Education pour la Santé
- CIDE** : Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant
- CMU-C** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- CRTA** : Centre Référent des troubles de l'Apprentissage
- CSP** : Code de la Santé Publique
- DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale
- DGS** : Direction Générale de la Santé
- DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- DT Polio** : (vaccin) Diphtérie Tétanos Polio
- GRSP** : Groupement Régional de Santé Publique
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HCSP** : Haut Conseil en Santé Publique
- HPST** : Loi Hôpital Patient Santé Territoire
- INED** : Institut National des Etudes Démographiques
- INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- LAPE** : Lieux d'Accueil Parents/Enfants
- MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- PNNS2** : Programme National Nutrition Santé 2

**PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

**PRSP** : Programme Régional de Santé Publique

**RASED** : Réseau d'aide spécialisée aux Elèves en difficulté

**REP** : Réseau d'Education Prioritaire

**SROS** : Schéma Régional de Santé

**ROR** : (vaccin) Rougeole, Oreillons, Rubéole

**ZEP** : Zone d'Education Prioritaire

---

## G L O S S A I R E

---

**Tous les mots suivis de \* sont définis dans le glossaire.**

**Dyscalculie :** trouble sévère et durable des « *compétences numériques et des habiletés arithmétiques* » (citation de Temple). Elle concerne la construction du nombre, des opérations, et plus largement la structuration du raisonnement et l'utilisation des outils logiques et mathématiques.

**Dysgraphie :** anomalie du mouvement cursif, de la conduite du trait, qui se traduit par des difficultés de coordination, des irrégularités d'espacements entre les lettres et les mots, des malformations et des discordances de toutes sortes, souvent alliées à une qualité du trait défectueuse.

**Dyslexie :** trouble de l'apprentissage de la lecture, liée à une difficulté particulière à identifier les lettres, les syllabes ou les mots, et qui se manifeste en l'absence de tout déficit visuel, auditif ou intellectuel et malgré une scolarisation normale. La dyslexie entraîne souvent des difficultés dans l'écriture (dysgraphie).

**Dysphasie :** trouble central lié à la communication verbale. Elle peut cibler plus particulièrement l'expression (dysphasie expressive), la compréhension (dysphasie de réception) ou les deux à la fois (dysphasie mixte). Ce trouble a des répercussions de longue durée sur la communication du sujet atteint, puisqu'il s'agit d'un trouble structurel de l'apprentissage du langage, d'une anomalie du développement du langage. Elle peut être plus ou moins sévère et se présenter sous des formes diverses : paroles indistinctes, troubles de la syntaxe, expressions par mots isolés, discours plus ou moins construit, manque du mot, compréhension partielle du langage oral...

**Dyspraxie :** altération de la capacité à exécuter de manière automatique des mouvements déterminés, en l'absence de toute paralysie ou parésie des muscles impliqués dans le mouvement. Le sujet doit contrôler volontairement chacun de ses gestes, ce qui est très coûteux en attention, et rend la coordination des mouvements complexes de la vie

courante extrêmement difficile, donc rarement obtenue. C'est une apraxie d'origine développementale.

**Education et promotion de la santé :** l'éducation à/pour la santé vise à modifier les comportements nuisibles à la santé et à favoriser ceux qui lui sont bénéfiques. La promotion de la santé englobe l'éducation à la santé en lui ajoutant une dimension liée au rôle de l'environnement social, éducatif et culturel

**Epidémiologie :** science des épidémies qui étudie la fréquence des problèmes de santé au sein d'une population et les facteurs qui les favorisent. La détermination de l'incidence (fréquence de l'apparition des cas nouveaux) et de la répartition d'une maladie donnée (selon l'âge, le sexe ou la profession) peut fournir des renseignements sur ces causes. Grâce à l'épidémiologie, on peut déterminer si un groupe donné de personnes souffre à un niveau anormalement élevé de la maladie en comparaison de la population en général ou d'un groupe témoin.

**Mortalité infantile :** statistique servant essentiellement à juger de la qualité des soins obstétricaux et pédiatrique d'un pays. Elle est calculée en faisant le rapport entre le nombre d'enfants décédés avant l'âge de un an sur le nombre total de naissances concernées. Cette statistique est exprimée en pour 1000 naissances (‰).

**Parcours de soins :** institué par la loi du 13 août 2004, le parcours du soin coordonné oblige les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant de pouvoir consulter un spécialiste, sous peine d'une majoration de tarif. Cette obligation ne concerne toutefois ni les femmes enceintes, ni les enfants de moins de 16 ans, ni les consultations en urgence ou survenant lors de déplacement, ni certaines spécialités restées en libre accès

**Troubles comportementaux :** autisme, hyperactivité etc..

**Troubles de l'apprentissage :** selon l'ARTA (Association pour la Recherche des Troubles de l'apprentissage), ils peuvent être définis comme tous les troubles que peut présenter un enfant au cours de sa scolarité (lecture, écriture, orthographe, calcul) ou de ses fonctions cognitives (langage oral, coordination des gestes, repérage visio-spatial, attention, mémoire...). Ils regroupent les troubles dits « dys » : dyslexie, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie, dysorthographe...

- Les troubles peuvent être « spécifiques », c'est-à-dire ne toucher qu'un ou deux apprentissages (comme la lecture et l'orthographe), alors que les autres apprentissages et fonctions cognitives fonctionnent bien. Ils peuvent survenir sans raison apparente chez un enfant normalement scolarisé, sans particularité dans son environnement psychoaffectif ou socioculturel.

- Ils peuvent aussi être « complexes » quand plusieurs apprentissages et/ou fonctions cognitives sont touchés et qu'ils s'inscrivent dans un environnement socio-familial et/ou psycho affectif plus précaire.

**Troubles cognitifs** : trouble de l'apprentissage (dyslexie, dysphasie, dyscalculie, dyspraxie, dysorthographe, troubles de l'attention...)

**Affections organiques et psychiques** : santé mentale, souffrance psychique, schizophrénie, dépression

**Retard de développement** : La déficience mentale est l'insuffisance du développement des facultés intellectuelles qui se manifeste dès la période infantile précoce, avant l'âge de 3 ans. On parle de « retard » des acquisitions ou du « développement » parce que leur éveil est en décalage avec celui des autres enfants de même âge. On évite aujourd'hui le terme de « déficience » mentale ou de « retardé mental » ou encore d'« arriération mentale » car chez le jeune enfant, le retard n'est pas fixé et l'évolution dépend pour beaucoup de la cause, de l'environnement, de la précocité du diagnostic, des soins, de l'implication des parents dans la prise en charge.



## Méthodologie

### Question de départ

« *Dépistage et surveillance en milieu scolaire des problèmes de santé et des troubles de l'apprentissage\* des jeunes enfants : quelle contribution à la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins* »

**Le groupe était composé de 4 EDESSMS, 2 DS, 2 IASS, 1 EDH, 1 MISP.** A noter la grande complémentarité du groupe qui, riche de sa composition multiprofessionnelle intégrant des logiques différentes, a su tirer partie de cette richesse pour la traduire dans l'élaboration du rapport.

### Fonctionnement du groupe

Sur les trois semaines, le découpage a été effectué selon ce modèle : la première semaine a consisté à l'appropriation du sujet, la définition de la méthodologie retenue et des règles de fonctionnement du groupe. La deuxième a été axée sur la phase de recherche, d'entretiens et d'enquêtes comprenant l'amorce de la rédaction du rapport. La troisième semaine a été consacrée à la rédaction du rapport après une mise en commun.

Après présentation du sujet par l'animateur, Monsieur PARAPONARIS, les membres du groupe ont interrogé le sujet, de manière à arriver à une compréhension commune des différents termes. Après appropriation de la thématique, une mise en commun des fiches de lecture de chaque texte a été effectuée : les contours de la problématique ont commencé à se dessiner.

Cette réflexion commune a permis de faire émerger :

- ***un constat d'inégalités d'accès aux soins mais surtout une inégalité de santé chez les jeunes enfants de 2 à 6 ans, en lien avec les conditions socio-économiques et sociales de leur environnement de vie.***
- ***une hypothèse de travail : le dépistage et la surveillance en milieu scolaire des problèmes de santé et des troubles des apprentissages du jeune enfant peuvent être améliorés afin de contribuer à la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins.***

Pour vérifier cette hypothèse, le groupe principal s'est scindé en deux sous groupes : l'un consacré aux enquêtes de terrain (4 personnes), le deuxième s'est penché sur la recherche bibliographique et les actions innovantes des terrains (6 personnes).

*Concernant l'enquête sur le terrain* : le choix des régions répond à deux préoccupations : explorer des actions innovantes en recueillant l'expression des acteurs dans des régions différentes sur le plan géographique, historique et culturel ce qui a motivé le choix de la région Alsace et la région PACA. Le choix de la Haute Savoie permet d'intégrer un territoire présentant un contexte logistique moins riche et un milieu rural plus marqué.

*Le groupe recherche bibliographique* était en charge du cadre réglementaire, de l'approche épidémiologique, des actions régionales, des stratégies développées à l'étranger.

Par ailleurs, ce sous groupe a travaillé à la rédaction du document. Pour ce faire, l'ensemble du travail rédactionnel des différents sous groupes a été centralisé par un membre du groupe en charge de l'harmonisation de l'écriture du rapport. De plus, les entretiens ont été formalisés et transmis par le biais du forum mis à disposition afin de faciliter l'appropriation des informations relevées par l'ensemble des membres du groupe. A noter le travail rédactionnel final a été effectué ensemble, permettant ainsi le partage de l'information et l'enrichissement mutuel de par nos formations complémentaires.

## Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé ne se réduit pas à la simple absence de maladie ou d'infirmité mais doit être considérée comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social* ». Cependant, elle insiste plus particulièrement sur le fait que ce sont les enfants qui doivent être placés au cœur de nos politiques de santé : « *L'avenir de toutes les sociétés repose sur les enfants, dont il faut absolument assurer la santé, la croissance et le développement* ». De plus, la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE), dont le préambule insiste sur la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant, a été signée par la France en 1990. En parallèle, les inégalités de santé sont devenues un objet d'études scientifiques inscrit dans le programme de l'OMS « la santé pour tous en l'an 2000 » et en 1984, le bureau Europe de l'OMS fixait un objectif de « réduction d'au moins 25 % des différences d'état de santé par l'amélioration du niveau de santé des populations défavorisées ». Cet objectif a été réaffirmé par l'OMS en 1999 (échéance 2020). Enfin, l'Union Européenne (UE) semble elle-même s'être saisie du problème si l'on se réfère aux différentes communications récentes et notamment au rapport produit en 2008 dans le cadre du sommet Commission Européenne/EPSCO (emploi, politique sociale, santé et consommateurs)<sup>1</sup>. Ce dernier identifie des thèmes prioritaires en matière d'actions relatives à la pauvreté des enfants, aux inégalités en matière de santé et d'accès aux soins de santé.

En France, les pouvoirs publics se sont emparés de cette question dès la fin de la seconde guerre mondiale. Cet intérêt a trouvé une traduction institutionnelle à travers la création en 1945 de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).<sup>2</sup> Un an plus tard, le Préambule de la Constitution de 1946 énonce des « *principes particulièrement nécessaires à notre temps* ». Il est notamment précisé que la Nation doit « *garantir le droit à la protection de la santé* », et « *l'égal accès de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, à la formation professionnelle et à la culture* ». C'est dans la philosophie posée par ce Préambule qu'ont été mis en place en France des politiques publiques et dispositifs appréhendant l'enfant non pas en tant que tel mais comme un être en devenir et un futur adulte : la santé de l'enfant et de l'adolescent, correspondant à 25 % de la population, conditionne celle de l'adulte. En cela, l'intérêt de l'enfant, et plus particulièrement du

---

<sup>1</sup> Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale du 29 février 2008

<sup>2</sup> Loi de la création PMI et de rattachement des CAF à la Sécurité sociale

jeune enfant<sup>3</sup>, est celui de la société toute entière. En effet, ce sont dès les premières années que se scellent les conditions d'une bonne santé tout au long de la vie.

Afin de garantir une bonne santé à tous les citoyens, il convient de détecter de manière précoce les problèmes de santé et les troubles de l'apprentissage\*<sup>4</sup> chez les jeunes enfants, à savoir la tranche d'âge de 2 à 6 ans. Le Code de la santé publique (CSP) prévoit vingt examens obligatoires entre la naissance et l'âge de 6 ans<sup>5</sup> ; ceux-ci sont réalisés par les médecins généralistes, les pédiatres ou médecins de PMI et pris en charge entièrement par l'Assurance Maladie. Pour autant, seul l'examen effectué au cours de la sixième année, prévu par le Code de l'éducation<sup>6</sup>, est très majoritairement pratiqué en milieu scolaire. Cette visite médicale systématique et obligatoire permet un repérage précoce des signes pouvant entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage et des problèmes de santé auxquels les enfants sont susceptibles d'être confrontés. Les secteurs impliqués dans les examens de santé des enfants comprennent la PMI, l'éducation nationale et la médecine libérale.

Bien que le rôle des parents paraisse essentiel dans le suivi de l'état de santé de leurs enfants, la communauté éducative participe également à la surveillance de la bonne santé des enfants accueillis. Dès lors, pour les pouvoirs publics, le milieu scolaire apparaît comme le lieu pertinent pour mener une politique publique de détection des problèmes rencontrés par les jeunes enfants. Le bilan effectué permet de dresser un tableau complet, à la fois physique et comportemental de l'enfant : affections organiques et psychiques, retards de développement et troubles comportementaux\*. Il permet également de détecter les troubles spécifiques du langage oral et écrit, l'état de la santé bucco-dentaire, la vaccination, la vue, l'audition, l'obésité/surpoids. L'analyse des données recueillies par ces bilans fait ressortir un lien direct entre situations socioéconomiques défavorisées, difficultés d'accès aux soins et inégalités de santé<sup>7</sup>. Elles peuvent être caractérisées par des facteurs de trois ordres inhérents à :

- des caractéristiques individuelles : hérédité, biologie, genre,
- l'environnement : cadre de vie, milieu scolaire, conditions socio-économiques,

---

<sup>3</sup> Nouveau né : enfant à partir de sa première heure de vie jusqu'au premier mois - Nourrisson : enfant de un mois à deux ans - Jeune enfant : de 2 à 6 ans.

<sup>4</sup> Les mots ou groupes de mots suivis de \* sont définis dans le glossaire

<sup>5</sup> Code de la santé publique : art L 2132-2 et art R 2132-1

<sup>6</sup> Code de l'éducation (art L 541-1)

<sup>7</sup> GUIGNON N., *Etudes et résultats : l'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions*, DREES, n°250, juillet 2003

- l'organisation du système : accès aux soins facilité, offre de soins adaptée ou insuffisante posant la question de la répartition géographique des différents professionnels concernés par les prises en charge.

D'après l'INSEE, 1,6 million d'enfants en France sont dans une situation de pauvreté (niveau de vie du foyer inférieur à 50 % du revenu médian<sup>8</sup>). La proportion d'enfants pauvres est de 8 % dans notre pays. Elle est donc supérieure à celle des adultes pauvres (6%). Dans un tel contexte, il s'agit, pour les politiques publiques, de prévenir la transmission intrafamiliale et intergénérationnelle d'inégalités sociales et de santé. La prise en compte de la fracture sanitaire dès la petite enfance est un enjeu majeur pour lutter contre la production ou la reproduction de ces inégalités. De plus, une croissance insuffisante ou une carence affective du jeune enfant pendant cette période augmente le risque d'une santé physique déficiente et réduit les capacités physiques, intellectuelles et affectives au cours de la vie adulte. Actuellement en France, près de 100 % des enfants sont scolarisés à l'âge de 3 ans<sup>9</sup>, ce qui fait de l'école maternelle un lieu idoine pour le dépistage précoce des problèmes de santé et des troubles de l'apprentissage\*.

En outre, la coordination des actions de tous les acteurs (dans les secteurs sociaux, éducatifs et sanitaires) est aujourd'hui un objectif prioritaire des politiques publiques, mission importante des Agences Régionales de Santé<sup>10</sup>.

Par conséquent, l'enjeu de la réflexion consiste, dès lors, à déterminer quelles seraient les interventions les plus efficaces pour « *protéger la santé de l'enfant dans sa globalité*<sup>11</sup> ». **Dans un tel contexte, il convient d'envisager en quoi le dépistage et la surveillance en milieu scolaire des problèmes de santé et des troubles de l'apprentissage\* du jeune enfant peuvent être améliorés afin de contribuer davantage à la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins.**

Si les pouvoirs publics ont pris conscience des liens entre inégalités sociales et inégalités de santé – en témoigne l'existence d'un cadre législatif et réglementaire pour réduire ces dernières (1) – cette volonté se heurte au niveau local tant à des difficultés de pilotage qu'à des disparités de mise en œuvre, nonobstant des initiatives innovantes (2). De

---

<sup>8</sup> Source INSEE : Le seuil de pauvreté est égal à 757 euros par mois pour une personne seule en 2007

<sup>9</sup> Source INSEE 2006

<sup>10</sup> Dans : BASSET B., *Agences Régionales de Santé – Les inégalités sociales de santé*, INPES, 2008

<sup>11</sup> SOMMELET D., *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 2006, p.26

ce fait, il est possible d'imaginer et de proposer un certain nombre de pistes, notamment à la lumière des exemples étrangers, pour que ces orientations soient à l'avenir plus effectives (3).

## **1 L'état de santé du jeune enfant est une préoccupation des pouvoirs publics**

Les liens existant entre inégalités sociales et inégalités de santé (1.1.) sont encadrés par un dispositif législatif et réglementaire développant une politique de dépistage et de surveillance de l'état de santé du jeune enfant. (1.2.).

### **1.1 L'état de santé du jeune enfant : un contexte épidémiologique lié à des inégalités sociales préexistantes**

#### **Le surpoids et l'obésité**

La surcharge pondérale est le problème médical le plus fréquent sur le territoire européen<sup>12</sup>. La prévalence était de 10 % dans les années 1980 et de 20 % à la fin des années 1990<sup>13</sup>. Afin d'enrayer la situation, l'Union Européenne (UE) a lancé une série d'initiatives destinées à informer les consommateurs sur la composition nutritionnelle de leurs aliments, à encourager un mode de vie actif et à améliorer la santé des jeunes. En 2005, 3 millions d'écoliers dans l'UE étaient considérés comme obèses, un chiffre qui s'accroît de 85 000 chaque année<sup>14</sup>. Les recherches démontrent que ces jeunes sont plus susceptibles de développer des maladies chroniques avant ou pendant l'âge adulte. Suite à la publication du Livre Vert « Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique » en décembre 2005, l'UE a lancé une large consultation publique et a reçu d'importantes contributions de tous les pays membres, tant du secteur industriel que des Organisations Non Gouvernementales (ONG), de la société civile ou du grand public.

En France, l'excès de poids touche près de 20 % des enfants. De plus, un sur dix est obèse avant l'âge de 10 ans<sup>15</sup>. Il a été démontré que le surpoids de l'enfant conditionne

---

<sup>12</sup> DANZON M., *L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des population*, Rapport sur la santé en Europe 2005, 143p.

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> *Nutrition et Prévention de l'obésité*, fiche d'information commission européenne, Direction générale santé et protection des consommateurs, fiche d'information septembre 2006

<sup>15</sup> <http://www.diabetendurance.org/obesite.html>

l'obésité de l'adulte et que le taux d'adolescents de plus de 15 ans en surpoids est passé de 6,9 % en 1990 à 11,3 % en 2003<sup>16</sup>.

Dans une enquête réalisée en classe de CM2 en 2004-2005, « 16 % des enfants ont un surpoids modéré et 3,7 % sont obèses. La proportion d'enfants en surcharge pondérale est restée stable entre 2002 et 2005, mais les écarts se sont accrus au détriment des enfants dont le père est ouvrier par rapport à ceux dont le père est cadre<sup>17</sup> ». De plus, la prévalence de surpoids varie également en fonction des régions : elle est estimée à 11 % en Pays de Loire contre 22 % en Corse<sup>18</sup>. Cette enquête établit également un parallèle chez les jeunes enfants scolarisés en Zone d'Education Prioritaire (ZEP) et les autres : 17,3 % des enfants en ZEP contre 13,9 % des enfants hors ZEP sont détectés en surpoids.

### **La vaccination**

La vaccination apparaît comme un enjeu de protection des enfants situé sur les plans individuels et collectifs dès lors qu'il s'agit à la fois de protéger les personnes les plus fragiles et de limiter la diffusion d'une infection à l'ensemble d'une population.

Selon une enquête scolaire réalisée entre 1999 et 2000<sup>19</sup> chez les enfants de 5-6 ans, la couverture vaccinale est considérée comme globalement satisfaisante. Ainsi, le taux de vaccination globale en France est très proche des recommandations de l'OMS (95 %). La France s'est engagée à éliminer la rougeole et la rubéole à compter de 2010. En revanche, elle est en retard par rapport aux autres pays européens et à l'objectif prôné par l'OMS d'une couverture vaccinale supérieure à 95 % par le vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole), qui permettrait d'interrompre la transmission de ces maladies.

De plus, le taux de vaccination élevé en France cache une réalité multiple : 99 % pour le BCG, 93 % pour le ROR, 80 à 96 % pour le DT Polio, 87 % à 92 % pour la coqueluche. En effet, si les chiffres sont satisfaisants pour la première dose, l'observance des rappels pourtant nécessaires à l'obtention d'une couverture totale est encore insuffisante et ce, malgré leur caractère obligatoire. La persistance de certaines maladies comme la coqueluche serait la conséquence directe d'une non-observance des rappels.

---

<sup>16</sup> SOMMELET D., *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 2006, p.48

<sup>17</sup> GUIGNON N., *Etudes et résultats : la santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats*, DREES, n°632, avril 2008 p.1

<sup>18</sup> GUIGNON N., *Etudes et résultats : l'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions*, DREES, n°250, juillet 2003, p.11

<sup>19</sup> Ibid

La carte vaccinale fait également apparaître des disparités régionales. En particulier, il existe une proportion d'enfants non vaccinés supérieure à la moyenne : 8 à 10 % dans toutes les régions du sud de la France, sans que pour autant ce phénomène soit réductible à des facteurs socioéconomiques. Ainsi, le fait de résider en ZEP ne semble pas constituer un facteur pénalisant en matière de vaccination. Les études lient plus volontiers ce dernier résultat au rôle majeur joué en matière de vaccination par les services de la PMI dans ces zones.

Enfin, les résultats des enquêtes menées font ressortir d'autres points faibles de la vaccination des jeunes enfants. En effet, les priorités doivent davantage porter sur la vaccination contre l'hépatite B qui reste problématique et dont le taux est relativement faible (38,9 %) malgré la mise en place de la recommandation de vaccination des nourrissons.

### **La santé bucco-dentaire**

Une étude de la DREES<sup>20</sup> sur la santé bucco-dentaire des enfants de 5 à 6 ans menée dans les régions françaises montre une grande hétérogénéité régionale en ce qui concerne l'état des dents des enfants et le recours aux soins dentaires. La plus faible proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées se situe ainsi sur le littoral atlantique alors que les régions où cette proportion est la plus forte sont les régions du Nord de la France (Nord- Pas de Calais, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne et Picardie) ainsi que les Départements d'Outre Mer (DOM). Le rapport Sommelet<sup>21</sup> précise ainsi que « 20 à 25 % ont des caries et que 40 % de ces caries sont soignées. Il existe d'importantes disparités régionales : par exemple en Aquitaine, 22 % d'enfants porteurs de caries et 60 % soignés ; dans le Nord- Pas de Calais, 32 % porteurs de caries et 30 % soignés ».

L'étude tente d'expliquer la prévalence élevée des problèmes bucco-dentaires dans les régions du Nord par un nombre important de ZEP qui accueillent des enfants dont les parents ont un niveau de vie inférieur à ceux hors ZEP. Il existe donc une corrélation entre le nombre de caries et un faible niveau socio-économique.

La réduction de l'indice carieux constitue ainsi un objectif de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et tient également une place centrale dans le plan de prévention bucco-dentaire annoncé par le ministre de la santé en novembre 2005. La loi

---

<sup>20</sup> Ibid

<sup>21</sup> SOMMELET D., Op cit. p.39



fixe un objectif quantifié de réduction de 30 % de l'indice CAO<sup>22</sup> mixte moyen à l'âge de 6 ans c'est-à-dire de passer de 1,7 à 1,2 en 2008. En 2006, l'indice CAO mixte moyen est estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans (1,23 chez les enfants de 12 ans). Cette évolution peut s'expliquer par de nombreux facteurs parmi lesquels le progrès de l'hygiène bucco-dentaire, l'effet préventif des fluorures, les habitudes alimentaires par exemple.

Malgré cette amélioration générale, des inégalités de santé bucco-dentaire demeurent prégnantes. La carie dentaire reste une pathologie très répandue et supérieure à la moyenne (37 % des enfants de 6 ans atteints) dans certaines catégories socioprofessionnelles : les enfants d'agriculteurs (55 %), d'ouvriers (50 %), d'inactifs (58 %), de même que les enfants situés en zone d'éducation prioritaire (52 %) ou en zone rurale (52%)<sup>23</sup>.

### **Les troubles de l'apprentissage\*<sup>24</sup>**

En 1999, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a publié un dossier<sup>25</sup>, dans lequel les troubles de l'apprentissage\* sont décrits et présentés comme un véritable problème de santé publique<sup>26</sup>. Ils préoccupent les pouvoirs publics car ils préfigurent des échecs scolaires parfois irréversibles et responsables ensuite de difficultés d'insertion sociale : *« les enfants qui n'acquièrent jamais le langage écrit (entre 5 et 10 % de la population scolaire) se retrouvent en quasi-totalité au chômage et les personnes qui ont les plus faibles capacités de lecture et d'écriture sont 4 à 12 fois plus exposées au chômage que les autres »*.

En termes de prévalence, ces troubles concernent 4 à 5 % d'enfants par classe d'âge et, parmi eux, 1 % sont atteints de formes sévères. Une classe d'âge compte entre 700 000 et 750 000 enfants. Cela signifie que 30 000 d'entre eux sont atteints d'un trouble du langage plus ou moins important, dont 5 à 6 000 enfants atteints d'une forme sévère<sup>27</sup>. Autrement dit, un à deux enfants seraient concernés par classe, sans que ceux-ci soient

---

<sup>22</sup> L'indice CAO est l'indicateur permettant de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire le plus couramment utilisé au niveau international. L'indice CAO moyen est la moyenne qui résulte du nombre total de dents Cariées Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement, d'une population donnée rapportée au nombre de personnes examinées. L'indice CAO mixte moyen est établi en tenant compte des dents temporaires et permanentes de l'enfant.

<sup>23</sup> Dossier DGS/GTND0 : [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/64buccodentaire.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/64buccodentaire.pdf), mis à jour 20 juillet 2003

<sup>24</sup> Définition des troubles de l'apprentissage\* dans le glossaire.

<sup>25</sup> *Les troubles de l'apprentissage\* – Un problème de santé publique ?* Actualité et Dossier en Santé Publique n°26, mars 1999

<sup>26</sup> A titre d'exemple, d'après l'INSERM (enquête 2007), en 2004, sur 733 000 jeunes hommes et femmes de France métropolitaine, de 17 ans ou plus, de nationalité française, ayant participé à la journée d'appel et de préparation à la défense, il apparaît encore que : 79,5 % des jeunes français sont des lecteurs habiles, 11 % rencontrent des difficultés de compréhension notables, 9,5 % constitue un groupe de lecteurs médiocres.

nécessairement identifiés comme tels et d'après un récent rapport publié par l'INPES, ces chiffres sont toujours d'actualité<sup>28</sup>.

Selon une enquête réalisée en 2000-2001<sup>29</sup>, la prévalence des retards des troubles du langage chez les enfants de 6 ans, apparaît plus élevée chez les élèves scolarisés en ZEP : 85 % des enfants hors ZEP sont jugés aptes à élaborer des phrases correctes contre 75 % pour des enfants en ZEP. Dans les grandes sections de maternelle, la maîtrise du discours spontanée y est moins bonne (la fréquence des difficultés est deux fois supérieure à celle des autres grandes sections de maternelles) et ces difficultés sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

Pendant l'année scolaire 2005-2006<sup>30</sup>, une autre expérimentation a été menée sur 1020 enfants de CE1 dans 20 écoles parisiennes. Les premières analyses publiées montrent que les difficultés d'apprentissage dépendent de l'environnement socioculturel de l'école dans laquelle sont scolarisés les enfants. Trois zones avaient été définies selon que les enfants appartenaient ou non à un Réseau d'Education Prioritaire (REP) :

- zone non REP : zone dans laquelle le pourcentage d'élèves dont le chef de famille appartient à un milieu défavorisé est inférieur à 25 %,
- zone REP 1 : zone dans laquelle le pourcentage d'élèves dont le chef de famille appartient à un milieu défavorisé est inférieur à 45 %,
- zone REP 2 : zone dans laquelle le pourcentage d'élèves dont le chef de famille appartient à un milieu défavorisé est supérieur ou égal à 45 %.

L'étude montre que le pourcentage d'enfants sans difficultés en zone REP 2 est nettement plus faible : 53,8 % comparé à 82,7 % en zone non REP et 80,5 % en REP 1.

Il est intéressant de noter qu'en 2007-2008, dans l'académie de Rennes, 89,6 % les enfants scolarisés en grande section de maternelle ont bénéficié d'une évaluation parmi lesquels 20 % présentent des troubles susceptibles de perturber les apprentissages scolaires. En Ile et Vilaine, 8,6 % des élèves scolarisés ont bénéficié d'une guidance pédagogique individualisée (contre moins de 2% en 2005-2006)<sup>31</sup>.

---

<sup>27</sup> RINGARD JC. , *À propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*, Rapport de février 2000

<sup>28</sup> DELAHAIE M., *L'évolution du langage de l'enfant – De la difficulté au trouble*, INPES, 2009

<sup>29</sup> Dans : GUIGNON N. *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire*, DREES, Etudes et résultats n°155, janvier 2002. Enquête établie à partir d'une population dite de référence : 1076 enfants de maternelles de l'académie de Grenoble, échantillon représentatif des caractéristiques de la France métropolitaine (sexe, CSP, ZEP ou non ZEP)

<sup>30</sup> *Dyslexie, Dysorthographe, Dyscalculie, Bilan des données scientifiques*, Rapport INSERM, 2007

<sup>31</sup> Conférence *Troubles du Calcul ou Dyscalculie ? Comprendre et agir*. Intervention le 7 mars 2009 du Docteur Claire Maitrot, Médecin Conseiller Technique auprès de Monsieur le Recteur de l'Académie de Rennes

La prise en charge précoce de l'ensemble de ces troubles et l'égal accès aux soins constituent un enjeu majeur pour la société. Les pouvoirs publics se sont emparés de cette question de santé publique en mettant en place une politique adaptée.

## **1.2 Le cadre législatif et réglementaire incarne une volonté de dépistage et de surveillance de l'état de santé du jeune enfant.**

A la Libération, la politique de santé des jeunes enfants se structure dans un **cadre législatif et réglementaire** : la PMI, créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945, a pour objectif de réduction des inégalités de santé. En complément de l'action de la PMI, la médecine scolaire voit son rôle renforcé par l'ordonnance du 18 octobre 1945.

**Afin de réduire les inégalités de la santé**, différentes politiques ont été mises en place. D'une part, à travers la création de la PMI, la protection des enfants et la lutte contre la mortalité infantile \* et maternelle devient une priorité nationale. Une surveillance médicale généralisée et systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge est alors instaurée : elle conditionne notamment l'octroi d'allocations. La gratuité des consultations dans les centres de PMI doit permettre de renforcer l'accessibilité de la population à ces mesures. Le 19 décembre 1989, la loi relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance précise les missions de la PMI : la prévention de la maltraitance, la prise en charge des enfants de moins de six ans, l'agrément et la formation des assistantes maternelles.

D'autre part, la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions conforte l'accessibilité du système de santé par la création de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et crée les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins<sup>32</sup> (PRAPS) en direction des personnes en situation de précarité.

---

<sup>32</sup> Les PRAPS sont institués par la loi du 29 juillet 1998 puis la Circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité

Ils ciblent ainsi les populations les plus vulnérables parmi lesquelles se trouvent de nombreux enfants.

Puis, la loi de santé publique du 9 août 2004 dispose, en son article 2, que les enjeux de santé pour les enfants sont les suivants : la réduction de la mortalité prématurée et des inégalités de santé « *par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire* ». De plus, la circulaire du 28 octobre 2004<sup>33</sup>, relative à l'élaboration des SROS définit pour la première fois, un volet relatif à l'organisation des soins pour l'enfant et l'adolescent et à la coordination des acteurs. Enfin, la Haute autorité de santé (HAS), dans le cadre des recommandations pour la pratique clinique<sup>34</sup>, émet des propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires.

**Dans le cadre de la médecine scolaire**, la loi du 2 décembre 1987 apporte une définition claire de cette dernière dont l'objet est « *d'assurer la surveillance médicale scolaire et de veiller respectivement à la constatation des anomalies et au dépistage de maladies et de déficits, y compris les affections bucco-dentaires en établissant des bilans de santé à certains âges-clés de l'enfant et de l'adolescent, en effectuant des examens et des mesures de médecine préventive systématiques, en procédant à toute mesure et à tout examen médical nécessaires* ».

Aussi, la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2003<sup>35</sup> définit une politique éducative en direction des élèves et s'inscrit dans un programme quinquennal de prévention et d'éducation (en insistant sur des collaborations plus étroites et formalisées avec les autres partenaires du système éducatif : ministère de la santé, INPES, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)). Les objectifs de ce plan sont les suivants :

- repérer et suivre les problèmes de santé des élèves,
- mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrance psychique des enfants et des adolescents,
- assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions de l'éducation à la santé (partenariat Direction de l'Enseignement Scolaire (DESCO)/INPES)

---

<sup>33</sup> Circulaire n° 517/DHOS/01/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent

<sup>34</sup> *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires*, HAS, septembre 2005

<sup>35</sup> Circulaire n° 2003/210 du 1<sup>er</sup> décembre 2003 relative à la santé des élèves

- développer chez les élèves des comportements solidaires.

**Le rôle joué par la PMI complète ce cadre législatif et réglementaire.** En effet, son rôle est central en matière de dépistage et de surveillance de l'état de santé du jeune enfant dès lors qu'elle touche près d'un cinquième de la population concernée.<sup>36</sup> Ainsi, la PMI, mais aussi le médecin traitant, assure des examens médicaux obligatoires, prévus selon un calendrier précis de la première à la sixième année de vie dont la traçabilité est assurée sur le carnet de santé<sup>37</sup>.

L'impact de l'action de la PMI a été ainsi récemment évalué par un rapport thématique de l'IGAS<sup>38</sup>. Après avoir signalé une remontée incomplète de données en provenance des départements, l'IGAS met cependant l'accent sur certains chiffres :

- 18% des femmes enceintes et 20% des enfants (dont plus de 50% de moins d'un an) sont suivis et représentent près de 250 000 consultations,
- 36 000 nouveaux agréments d'assistantes maternelles sont délivrés tous les ans,
- 9 000 professionnels travaillent dans les services de PMI dont 2000 médecins titulaires et près de 5 000 puéricultrices et infirmières,
- la dépense nationale de PMI s'élève à 700 millions d'euros environ,
- 4 600 lieux de consultation infantile existent.

Le bilan de santé proposé par la PMI aux familles au sein de l'école maternelle pour les enfants de 3-4 ans inclut notamment l'évaluation de la vision et de l'audition, du langage oral et du graphisme, du développement psychomoteur et de l'état de santé bucco-dentaire<sup>39</sup>. A partir de la sixième année, la médecine scolaire prend le relais de la PMI.

### **1.3 En parallèle, les pouvoirs publics ont mis en place de nombreux programmes dont certains volets touchent directement le public des jeunes enfants :**

- **santé scolaire** : les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) institués par la loi du 9 août 2004, doivent notamment contenir un volet spécifique sur la santé scolaire ;

---

<sup>36</sup> IGAS, *Etude sur la protection maternelle et infantile en France : rapport de synthèse.*, rapport n° RM2006-163P, novembre 2006

<sup>37</sup> L'utilisation du carnet de santé a été généralisée par l'ordonnance du 2 novembre 1945, la dernière version en vigueur date du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

<sup>38</sup> IGAS, Op. cit.

<sup>39</sup> Voir annexe II : extrait du carnet de santé

- **obésité/surpoids** : le Plan National Nutrition Santé 2006-2010 (PNNS2) établit un socle de repères nutritionnels et constitue désormais la référence française officielle. Il fixe l'objectif de repérer le plus précocement possible des personnes touchées par l'obésité et d'impliquer activement les PMI et la médecine scolaire. Les actions ou mesures sont déclinées dans ce second plan ;
- **santé mentale** : le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 prévoit la mise en place de programmes d'actions spécifiques qui portent notamment sur la périnatalité, les enfants et les adolescents. L'objectif est de développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité et de répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents ;
- **santé et environnement** : le Plan National Santé Environnement 2009-2013 (PNSE 2), mis en place dans la continuité du PNSE 1, il consiste en un ensemble d'objectifs et d'actions à mettre en œuvre pour réduire les atteintes à la santé causées par la dégradation de l'environnement, réduire les inégalités environnementales qui contribuent aux inégalités de santé, en prenant particulièrement en compte les populations les plus vulnérables notamment les enfants (prévention du saturnisme, des risques allergènes, des risques sonores...) ;
- **jeunes enfants handicapés** : le Plan Périnatalité 2005-2007 développe un axe intitulé « suivi et prise en charge à long terme des nouveaux nés en risque de développer un handicap » visant à améliorer la prévention des handicaps ou de leur aggravation chez les enfants prématurés ou les enfants atteints de pathologies ou de déficiences congénitales : c'est l'enjeu du suivi et de la prise en charge dès la naissance ;
- **troubles du langage** : 5 axes prioritaires ont été dégagés par un plan d'actions pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Ces axes sont la traduction institutionnelle des préconisations proposées dans le rapport de Jean-Charles Ringard<sup>40</sup> rendu public le 5 juillet 2000 ;
  - prévenir les troubles de l'apprentissage\* dès la maternelle
  - identifier les enfants porteurs d'un trouble spécifique du langage oral et écrit
  - assurer les prises en charge des enfants
  - informer, former, rechercher, évaluer
  - assurer le suivi du plan d'action

---

<sup>40</sup> RINGARD JC., op.cit

- **soutien et accompagnement des familles dans leur rôle éducatif et leur responsabilité parentale** : la circulaire du 13 février 2006 crée les réseaux d'écoute d'appui, et d'accompagnement des parents (REAAP) visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien. Ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le champ de la parentalité essentiel pour le développement de synergies et la mutualisation des pratiques, ainsi que l'apport de connaissances.

Ainsi les différents acteurs concernés par la santé des jeunes enfants sont nombreux et variés. Les professionnels de santé (publics et libéraux), le personnel attaché à l'éducation nationale, le personnel de l'action sociale (assistants sociaux), le personnel éducatif et d'encadrement mais également les familles, travaillent à l'amélioration de la situation.

L'analyse des plans, lois, circulaires d'un côté et des structures et acteurs de l'autre montre clairement l'implication réelle des pouvoirs publics sur la question. Celle-ci n'est pas pour autant la garantie d'un système pleinement efficace.

## **2 Des exemples régionaux illustrent des disparités de mise en œuvre et des difficultés de pilotage**

La traduction de ces orientations au niveau régional conduit en effet à des disparités territoriales parfois très importantes (2.1), notamment sous l'effet d'un pilotage déficient en matière de dépistage. Celui-ci entraîne dès lors l'émergence d'initiatives locales innovantes (2.2) pour en compenser ses effets.

### **2.1 L'enquête de terrain confirme les disparités régionales**

Le choix des régions d'investigation s'est porté sur deux territoires innovants (en régions PACA et Alsace) dans le domaine du dépistage des TA\* et un territoire rural dans lequel l'accès aux soins est difficile (en Haute-Savoie).

#### **Le dépistage par la PMI**

On constate d'importantes **disparités dans la réalisation des bilans des 3–4 ans en milieu scolaire.**

Dans la région PACA, tous les enfants bénéficient d'un bilan de 30 à 45 minutes en présence des parents qui comprend tous les dépistages sensoriels, somatiques et intègre la dimension psycho-sociale (relation avec les parents, séparation, temps audiovisuel). L'examen est réalisé à partir du bilan standardisé « Evalmater<sup>41</sup> ». Celui-ci comprend 5 volets : le mode de vie, le bilan clinique, le bilan psychomoteur, le bilan de langage, l'appréciation du comportement de l'enfant d'après l'interrogatoire et au cours de l'examen. Dans le système français, si un trouble est détecté par la PMI, c'est le médecin traitant qui prescrira les actes de rééducation. Les avis des médecins de PMI ne sont pas toujours suivis. Tous les enfants sont vus par l'infirmière ou la puéricultrice et présentés au médecin de PMI en cas de troubles repérés.

Il ressort des disparités dans d'autres départements :

- Dans le Bas-Rhin, « 35 % des enfants échappent aux bilans systématiques en école maternelle, mais sont vus dans les deux années suivantes (bilan des 5-6 ans). La PMI relève de plus grandes difficultés en matière de santé, de troubles des apprentissages dans le milieu rural probablement en raison d'une moindre accessibilité aux soins. L'examen est réalisé en présence des parents et comporte les tests visuels, un test de langage (ERTL4<sup>42</sup>), un repérage de la dyslexie\*, de la dyspraxie\*, d'autres fonctions cognitives telles que la mémoire. Les psychologues scolaires participent à l'analyse des troubles du comportement détectés. Toutefois, le suivi et la prise en charge se heurtent à la diminution des Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED) et au déficit de l'implication et de l'encadrement parental.<sup>43</sup>
- En Haute Savoie, le bilan des 3-4 ans en milieu scolaire n'est que peu réalisé faute de moyens. Le milieu rural y échappe totalement. Il est réalisé dans les villes et en priorité dans les ZEP sous forme d'un examen rapide sans la présence des parents qui ne sont vus qu'en cas de problème détecté.

Selon les départements et les moyens attribués à la PMI, on observe deux politiques, l'une privilégiant un dépistage systématique dans les quartiers défavorisés, l'autre qui,

---

<sup>41</sup> Evalmater : outil conçu par l'équipe du Pr J. Mancini (neuropédiatre) mis en œuvre avec le concours des médecins de PMI et tous les Conseil Généraux et de l'ORS et qui intègre une évaluation pédiatrique des compétences langagières et psychomotrices lors du 1<sup>er</sup> bilan de santé en école maternelle.

<sup>42</sup> ERTL4 : test élaboré par l'équipe du Dr C Billard et ses collaborateurs dépistant les troubles de la parole et du langage

<sup>43</sup> Entretien avec un professeur des écoles référent handicap, voir annexe III



pour des raisons éthiques et de non stigmatisation des populations ne cible pas particulièrement les ZEP. D'autres avantages sont cités par les médecins : la prévention primaire et le progrès des neurosciences montrent que les TA\* sont probablement le fait «d'une subtile interaction entre biologie et environnement <sup>44</sup>» et ne concernent pas que les enfants des milieux défavorisés.

### **Le repérage précoce des TA\* en milieu scolaire**

Les acteurs en première ligne sont **les professeurs des écoles**.

En milieu rural savoyard : **un repérage à deux niveaux** est effectué par les professeurs des écoles et le maître E<sup>45</sup>, puis ils sont adressés directement à l'orthophoniste, au médecin traitant, avec la possibilité d'avoir un avis du médecin scolaire. **Les entretiens en milieu rural font ressortir le rôle important joué par les instituteurs spécialisés.**

En Alsace, « **la formation des enseignants** est centrée sur une évaluation à la fin de chaque trimestre dans le cursus scolaire sur les acquis dans le domaine du langage, de l'écrit, et de la découverte du monde »<sup>46</sup>. Ce programme a été mis en place dans les grandes sections de maternelle et représente un outil<sup>47</sup> d'évaluation des compétences cognitives de l'enfant.

Par ailleurs, **des réunions d'équipes éducatives** sont organisées à l'initiative du directeur de l'école et rassemblent les partenaires mobilisées autour de l'enfant (médecins scolaires, psychologues scolaires, orthophonistes, assistantes sociales, enseignants, et enseignants spécialisés membres du RASED). Les parents sont invités dès lors que des difficultés ont été repérées et des moyens sont proposés pour y remédier. **Une aide personnalisée de 2 heures** par semaine est proposée ainsi que la mise en place de projets personnalisés de réussite éducative, qui sont signés et validés par les parents. Ce programme d'aide pédagogique individualisé est mis en place en partenariat avec le médecin scolaire (**PAPI**).

Les professeurs des écoles « référents handicap » sont spécialisés dans la prise en charge des troubles « dys » et sont sollicités directement. Les enfants scolarisés en classe ordinaire avec un projet personnalisé peuvent bénéficier d'un bulletin annexe, personnalisé, faisant apparaître les compétences acquises. Il est toutefois recommandé aux

---

<sup>44</sup> Habib, M. *La dyslexie, ses causes, les répercussions sur la vie scolaire*, Réadaptation n° 527, février 2006

<sup>45</sup> Maître E : maître spécialisé en pédagogie chargé de venir en aide aux élèves en difficulté signalés par l'enseignant (formation spécialisée en 1 an)

<sup>46</sup> Entretien avec un professeur des écoles

<sup>47</sup> Source : [www.educsol.education.fr/evaluation](http://www.educsol.education.fr/evaluation)

enseignants de faire le parallèle avec le bulletin de l'ensemble de la classe afin de démontrer aux parents le décalage entre les résultats de leur enfant et la réalité des exigences de compétences de la classe d'accueil ».

La difficulté réside dans le fait de présenter cette réalité de façon objective et réaliste, sans violence pour la famille souvent fragilisée. Dans le cadre de troubles sévères<sup>48</sup>, la prise en charge est guidée par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH). Les bilans 5-6 ans sont réalisés à l'aide de tests<sup>49</sup> et sont effectués sur tous les enfants.

### **Les centres régionaux des TA\* (CRTA) et les antennes d'évaluation des TA\* (AETA)**

En cas de troubles sévères détectés, les CRTA, coordonnés par des praticiens neuropédiatres ou pédopsychiatres qui animent des équipes pluridisciplinaires, sont des centres de ressources localisés en milieu hospitalier. Leurs missions sont les suivantes :

- l'évaluation des enfants présentant des troubles sévères des apprentissages avec difficultés scolaires,
- l'évaluation cognitive des enfants présentant une maladie neurologique,
- le suivi systématique des nouveaux-nés à risques et anciens prématurés, selon les régions.

### **Les limites exprimées par les professionnels**

Les médecins de PMI relaient aux médecins traitants la nécessité de prescriptions d'examens complémentaires, ces derniers ne suivent pas forcément toujours les avis exprimés. Une perte de temps se traduisant par une perte de chance pour l'enfant est souvent constatée.

De même, des limites majeures ont été soulevées dans l'accessibilité et le suivi :

- un déficit de formation spécifique touche principalement les orthophonistes et les neuropsychologues,
- dans certains départements, les PMI ont des moyens limités en personnels pour effectuer tous les bilans,

---

<sup>48</sup> Les troubles sévères : bilan scolaire QI normal, incapacité au moins égal à 50 %, échec des rééducations antérieures, et au moins deux troubles « dys ».

<sup>49</sup> Test BSDES : batterie de tests ZORMAN (médecin de l'inspection académique de Grenoble) qui est un outil standardisé.

- le non remboursement d'actes des psychologues et neuropsychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens en activité libérale entraîne des inégalités d'accès aux soins ce qui engorge les files d'attente dans les centres où sont salariés ces mêmes professionnels (les consultations CMPP, CMP, CAMSP, CRTA...y sont gratuites). Par exemple, les actes des psychomotriciens et des ergothérapeutes, compétents dans la correction des troubles praxiques et en particulier dans les difficultés de graphisme, ne sont pas remboursés. Or, une consultation chez un ergothérapeute peut aller jusqu'à 80 à 100 euros et un bilan initial, suivi d'un apprentissage au clavier pour corriger ces troubles représente 60 à 80 euros la séance. De plus, lorsqu'ils arrivent aux antennes de troubles des apprentissages, les enfants sont très souvent en souffrance voire en dépression, ce qui nécessite un suivi psychiatrique ou a minima psychologique (soutien psychologique non remboursé).

Cependant aujourd'hui, en PACA, il n'existe pas de retour structuré sur le suivi d'enfants ayant fait l'objet d'un bilan et d'un diagnostic. Ceci ne permet pas une réelle lisibilité à long terme des bénéfices des moyens mis en oeuvre.

## **2.2 Des initiatives locales pallient un manque de pilotage du dépistage et du suivi de la santé du jeune enfant**

Une analyse des PRSP permet de démontrer un manque de pilotage régional. Elle porte sur l'étude de 22 PRSP<sup>50</sup> élaborés entre 2004 et 2006 et couvrant une période allant de 2004 à 2011. Le but est de rechercher des indications précises démontrant une volonté politique de promotion de la santé des jeunes enfants dans les quatre domaines d'épidémiologie\* choisis précédemment.

**En matière de vaccination :** 6 PRSP présentent des objectifs en lien avec la couverture vaccinale mais principalement chez les adultes. La nécessité d'amélioration de la couverture vaccinale de la petite enfance n'est abordée qu'à travers le développement

---

<sup>50</sup> Voir annexe IV : Etude des PRSP

des vaccins ROR. Seul celui de la Corse développe une politique active de relance vaccinale par la PMI.

**En matière d'obésité/surpoids :** 18 PRSP prévoient des actions ciblées de lutte contre l'obésité infantile qui sont le plus souvent une reprise des dispositions contenues dans le Plan National Nutrition Santé (PNNS). Certaines régions (Franche-Comté, Haute Normandie) s'appuient sur les Réseaux de Prévention de l'Obésité Pédiatrique (REPOP) réunissant des professionnels de santé libéraux, hospitaliers, de santé scolaire et de PMI pour la prévention et la prise en charge de l'obésité pédiatrique.

**En matière de santé bucco-dentaire :** 10 PRSP mettent en place une politique de prévention se traduisant par la réalisation d'exams et la promotion d'une bonne hygiène bucco-dentaire chez les jeunes enfants. Ainsi la région PACA développe un programme ayant un objectif opérationnel clair visant tous les enfants de 6 ans. Elle met en avant l'objectif de « 35 % d'enfants de 6 ans dépistés par un chirurgien-dentiste sur les 25 territoires de la région PACA d'ici trois ans ».

**En matière de troubles de l'apprentissage\* :** 12 PRSP inscrivent la nécessité de lutter contre les troubles de l'apprentissage\* comme un objectif à part entière. C'est le cas notamment de l'Île de France qui souhaite « renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage\* du langage écrit et oral » ou de la Guadeloupe qui pose un objectif de réalisation de 100% des bilans de 6ème année et la création d'un centre de référence pour les troubles de l'apprentissage\*.

D'autres problématiques touchant à la petite enfance sont abordées dans les PRSP. C'est le cas de la lutte contre la maltraitance, la prévention du saturnisme et le développement de la pédopsychiatrie. Par ailleurs, des actions complémentaires sont menées par l'Assurance Maladie. Par exemple, sur la thématique bucco-dentaire, le programme « M'T dents » vise à prévenir l'apparition des caries dès l'âge de 6 ans par la mise en place d'un examen de prévention. Ainsi, les PRSP n'ont pas l'exclusivité de la question de la santé des jeunes enfants.

La multiplication des acteurs concernés (Etat, Assurance Maladie, PMI, Collectivités territoriales, associations...) rend difficile la lisibilité de cette politique publique. La problématique de la santé des jeunes enfants en milieu scolaire apparaît de manière transversale dans différentes actions soutenues par les PRSP mais pas dans un axe de santé publique aux contours bien dessinés. Comme le précise le rapport Sommelet : « (...), l'enfant demeure orphelin d'une vision globale de l'organisation de sa politique de santé. Celle-ci n'est envisagée que verticalement autour de certaines thématiques ; quand il

*s'agit d'une « politique » transversale (par exemple prévention, éducation pour la santé, santé mentale, prise en charge du handicap...), l'enfant/adolescent ne parvient à avoir une place spécifique (...)»<sup>51</sup>.*

Malgré ces difficultés évidentes de pilotage, des initiatives intéressantes ont été menées localement, notamment par des structures associatives financées par des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), et éventuellement par d'autres co-financeurs (collectivités territoriales) dans le cadre des PRSP, afin de venir en appui et en soutien aux dispositifs déjà existants. Ces actions sont réalisées dans une optique de prévention, de promotion de la santé mais aussi de surveillance de la santé des jeunes enfants après dépistage.

### **Un exemple parlant d'action a été relevé en région Nord-Pas de Calais :**

**L'Association de Prévention et de Réduction des Insuffisances Sensorielles (APRIS 62)** est une structure départementale créée en 2001 à l'initiative de la Mutualité Française du Pas-de-Calais en partenariat avec des acteurs intervenant dans le champ de la prévention. Focalisée sur la petite enfance, APRIS 62 est l'organisme facilitateur du recours aux soins dans sa dimension médicale et sociale. L'écoute, l'interactivité, la mise en relation et la coordination constituent les principes de base de l'association.

Les problématiques actuellement traitées concernent notamment la vue, l'audition, le langage et l'obésité, cette dernière étant une orientation plus récente. APRIS 62 intervient ainsi en support et à la demande de tous les acteurs santé œuvrant dans le domaine de la prévention, du repérage au diagnostic (PMI, Education Nationale, médecins généralistes et spécialistes) afin de faciliter le recours aux soins.

Concrètement, APRIS 62 aide les familles qui en ont besoin et qui le souhaitent à inscrire leur enfant dans une démarche effective de soins : prise de rendez-vous chez les professionnels de santé concernés en respectant le choix des parents (médecin, jour, heure...), suivi des rendez-vous ( relances effectuées auprès des parents avant le rendez-vous, vérification de la présence effective de l'enfant au rendez-vous, signalement éventuel de l'absence de l'enfant à la puéricultrice ou assistante sociale, ou encore au médecin scolaire), retour d'informations sur l'action en cours à tous les intervenants (médecins, paramédicaux, services sociaux...) et suivi de l'effectivité des soins.

---

<sup>51</sup> SOMMELET D., Op cit. p.22

### **Des exemples parlants d'actions ont été relevés en région PACA :**

**L'association pour la Promotion de la Santé de l'Enfant sur le quartier Monclar (Vaucluse/Avignon)** a mené en 2006 une action intitulée « Réseau troubles enfant » dans le cadre du PRSP et notamment sur la thématique du PRAPS. L'objectif de cette action est d'améliorer le repérage précoce et la prise en charge des enfants de moins de 6 ans présentant des troubles du développement (déficiences sensorielles et psychomotrices, troubles du langage, troubles du comportement, troubles des acquisitions), par la mise en réseau et la coordination des professionnels tant du soin que du social intervenant dans le domaine de la petite enfance. En 2008, dans la continuité de cette première action réalisée et dans un contexte où les différents acteurs de la santé constatent que les problématiques sociales des familles sont un obstacle aux démarches de soin préconisées, elle a souhaité mener une nouvelle action « Accès aux soins, coordination du parcours de soins\* des enfants des quartiers sensibles », dans le cadre du PRAPS III, dont les objectifs sont notamment de favoriser l'accès aux soins des enfants issus des quartiers sensibles, de permettre la réalisation effective des parcours de soins\* sans interruption, et de développer le travail en réseau des partenaires.

**L'association « Coredys »** rassemble des parents d'enfants souffrant de troubles « dys » ainsi que des praticiens chercheurs et des enseignants. Le but est d'assurer une veille scientifique, technique et juridique sur les TA\* et leurs prises en charge. Cette association contribue au développement des centres de ressources indispensables à la mise en œuvre d'une politique cohérente dans le domaine des TA\*.

En région PACA, **le RESODYD** regroupe de nombreux professionnels : médecins généralistes et spécialistes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues. Ce réseau a vocation à former des enseignants, des orthophonistes. C'est un réseau parallèle aux CRTA saturés par les demandes et permet une prise en charge plus rapide. Ils sont gestionnaires d'un Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) « dys ».

#### **Le réseau communautaire St-Mauront**

A Marseille, un projet innovant financé par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) de PACA a vu le jour. Il vise à réduire les inégalités sociales de santé des enfants et des familles démunies dans 2 quartiers de Marseille. Ce programme a été retenu par le Haut Commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté dans le cadre de l'appel à projets Expérimentation Sociale 2008. Il prévoit la mobilisation et la participation des habitants sur une durée de 3 années. Il vise à agir sur certains déterminants de la santé dans les trois principaux lieux de vie de l'enfant : l'école, l'environnement familial et son quartier. L'implication et le suivi des familles conditionneront la réussite du projet. De

nombreux partenaires sont impliqués dont l'assurance maladie qui prend entièrement en charge les bilans de santé et les soins.

En fin de compte, on assiste à un phénomène relativement classique qui voit se multiplier les initiatives du terrain à chaque fois que le niveau supérieur n'est pas en mesure d'assurer pleinement les missions qu'il s'est donné. Ce jeu d'aller-retour entre pouvoirs (local, national, société civile) est porteur de progrès, d'apprentissage réciproque mais aussi de défis qui représentent toutefois des risques de multiplication ou d'empilement d'initiatives non coordonnées.

### **3 Des pistes de réflexions se dessinent à la lumière d'exemples étrangers et de propositions faites par les acteurs de terrain pour réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins**

Cette prise de conscience conduit à mettre en lumière un certain nombre de préconisations (3.1) qu'une approche comparatiste peut éventuellement infirmer, enrichir ou valider (3.2).

#### **3.1 Des propositions d'amélioration dans la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins.**

De nombreuses pathologies développées par les jeunes enfants sont liées à des inégalités sociales (l'obésité, les troubles respiratoires, l'état bucco-dentaire). Ainsi, des études épidémiologiques canadiennes ont montré que les enfants issus de milieux défavorisés sont plus susceptibles que les autres d'être hospitalisés au moins une journée avant l'âge d'un an. Ce champ est malheureusement rarement exploré au niveau français d'où l'importance de développer à la fois une recherche et une évaluation plus approfondies sur ces questions.

#### **Une meilleure adaptation des dispositifs aux besoins de la population**

Les rares études locales réalisées en France le plus souvent par les conseils généraux<sup>52</sup> et les études étrangères sur l'évolution entre l'enfance et l'état de santé à l'âge

---

<sup>52</sup> Par exemple celle réalisée par le Val-de-Marne en 2005 et publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 30 janvier 2007

adulte<sup>53</sup>, montrent la nécessité de renforcer les structures de prévention et de soins en direction des populations précaires et présentant une fragilité socio-économique. Dans un tel contexte, la PMI pourrait recentrer ses missions notamment sociales sur ce public et accentuer des partenariats avec les travailleurs sociaux et le milieu scolaire. Pour éviter un saupoudrage des moyens il pourrait être proposé:

- que la PMI se concentre sur le dépistage, le suivi mais aussi la surveillance des 0 à 6 ans. Le rapport de l'IGAS préconise ainsi « *[dans] une optique de prévention précoce, la PMI devrait s'attacher à suivre encore plus qu'aujourd'hui les enfants de moins de 2 ans* »<sup>54</sup> ;
- que la question de l'élargissement du champ de prescriptions de la PMI soit réinterrogée. Un des enjeux ici est de lui permettre d'amorcer directement le parcours de soins\*. La PMI doit s'inscrire comme un maillon essentiel au sein des réseaux spécialisés dans une optique de liaison et d'animation des structures sanitaires et les filières identifiées<sup>55</sup> ;
- suivre les préconisations du rapport de l'IGAS soit la fixation d'objectifs normés quantifiables par exemple le pourcentage de la population précaire de 0 à 6 ans touchée par la PMI ou le pourcentage d'enfants chez lequel le dépistage a été suivi d'une prise en charge ;
- de renforcer le rôle d'éducation à la santé et la guidance parentale donnée à la PMI.

Dans un objectif d'éviter à la fois une inflation du budget de la PMI et d'atteindre une réalisation à 100% des bilans de santé des 3-4 ans, il est nécessaire que la médecine libérale soit pleinement intégrée dans le dépistage, le suivi et la surveillance des problèmes de santé en milieu scolaire. En effet, les médecins libéraux, avec une prestation à l'acte<sup>56</sup>, ne peuvent réaliser un bilan comme celui proposé par Evalmater.

---

<sup>53</sup> HYDE M., et al., Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self-rated health in four European studies, *Journal of epidemiology Community health*, 2006

<sup>54</sup> IGAS, op.cit, p35 : « *Une attention particulière doit être portée (...) à des méthodes de sélection des interventions : définition de critères médicaux et sociaux [et] des indicateurs faisant intervenir des critères de pauvreté/de précarité et de vulnérabilité psycho-sociale : par exemple, nombre de bénéficiaires de RMI, d'API, âge des mères, maternités multiples ou rapprochées. Ces critères, qui sont déjà établis dans certains départements, pourraient utilement faire l'objet d'échanges de bonnes pratiques.* »

<sup>55</sup> Exemple du réseau Info-vac spécialiste de la vaccination en France <http://www.infovac.fr/>

<sup>56</sup> La prestation à l'acte est cotée en C ou CS



D'où nos propositions :

- l'instauration d'une rémunération adaptée à un bilan exhaustif, standardisé donnant lieu à un recueil de données anonymisées et informatisées. Ces données seraient centralisées au niveau des ARS pour la détermination des politiques publiques (prévention de l'obésité, qualité de l'air et maladie respiratoire, répartition territoriale des dentistes...) ;
- la pratique du bilan nécessite une formation des médecins aux problématiques des 3-4 ans, notamment en direction des apprentissages scolaires.

Avant le dépistage des TA\*, les acteurs de la petite enfance doivent demeurer vigilants à l'éveil de l'enfant très tôt car il conditionne son développement. De surcroît, l'implication des parents dans l'éveil des enfants est un élément fondateur d'une réussite dans la construction du développement psychoaffectif et social de l'enfant favorisant les apprentissages. Leur rôle est en effet essentiel dès la naissance et le soutien à la parentalité prend tout son sens. On entend par soutien à la parentalité, des temps d'écoute des difficultés ressenties par les parents encadrés par des professionnels formés. Des accompagnements personnalisés à l'éveil de l'enfant, existent déjà mais sont à renforcer de manière à être accessibles à un plus grand nombre et notamment les populations défavorisées. L'information des familles et leur sensibilisation aux troubles de l'apprentissage\* ne doivent pas être sous-estimées. En outre, augmenter le nombre des structures d'accueil subventionnées de la petite enfance (halte-garderie, crèches...) pallierait le déficit actuel<sup>57</sup> et permettrait un meilleur accès pour les enfants issus des milieux défavorisés ; cela dans le but de favoriser et d'optimiser leur éveil pré scolaire.

Parmi les missions de la PMI, la couverture des familles aux conditions socio-économiques défavorables en particulier dans les milieux ruraux et les ZEP doit être priorisée.

Une véritable politique de prévention de l'échec scolaire, serait à mettre en place dès l'âge de 3-4 ans et vers tous les publics<sup>58</sup> ; le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage\* constitue le premier levier, puis lors du bilan l'identification des causes conditionne les solutions adaptées : celles-ci passent non seulement par des parcours de soins\* pluridisciplinaires mais encore et surtout par une appropriation des problématiques neurocognitives par le corps enseignant et les parents afin que les freins à l'apprentissage

---

<sup>57</sup> SOMMELET D. Op. cit,

<sup>58</sup> REVOL O., *Même pas grave ! L'échec scolaire, ça se soigne*, JC Lattès, Paris, 2006

soient levés ou contournés. Pour améliorer l'effectivité de cette double prise en charge et réduire les inégalités de santé dans le champ des TA\*, nos propositions sont :

- instaurer à l'exemple de PACA dans le bilan de santé des 3-4 ans un dépistage précis des « dys » et un recueil standardisé des conditions de vie (en particulier socio-économiques, statut de la famille...);
- cette évaluation devrait être uniformisée par région et tendre vers un objectif de 100% de la classe d'âge. Il semble impossible, compte tenu des moyens et des missions actuelles de la PMI centrées sur la prévention et non sur le soin, qu'elle assure un dépistage de masse en même temps qu'une surveillance ciblée (populations défavorisées) des TA\* détectés. Une partie du bilan de santé pourrait être réalisée comme c'est déjà le cas dans certains départements par les auxiliaires médicaux ou des neuropsychologues. Un acte créé à cette fin doit pouvoir être remboursé lorsque le bilan est réalisé dans le secteur libéral. De plus, après 6 ans, le relai étant pris par la médecine scolaire le rôle pivot du médecin traitant doit être renforcé dès le dépistage ;
- à l'étape du bilan, l'accès aux soins est conditionné par la disponibilité effective des professionnels de rééducation et la prise en charge financière. Cette dernière devrait être assurée pour tous avant la mise en place des aides relevant de la MDPH et maintenue si les TA\* ne sont pas assez sévères pour justifier de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH). Ceci suppose également une évaluation des besoins en personnels par discipline et par territoire pour résoudre les délais d'attente fort préjudiciable à cet âge.
- à l'étape de la prise en charge, il faudrait renforcer la coordination entre les professionnels de rééducation et les professeurs des écoles à partir des moyens suivants :
  - développer une formation spécifique pour les intervenants scolaires spécialisés (professeurs des écoles, psychologues scolaires...) réalisée par des professionnels experts dans ce domaine accompagnée d'une évaluation permettant une reconnaissance tarifaire ;
  - assurer un meilleur suivi pédagogique individualisé et étendre le champ d'actions des Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) hors du handicap ;
  - repositionner les RASED dans le dispositif d'accompagnement.

Le domaine de l'apprentissage et de la cognition étant en évolution constante, il faut à la fois susciter la recherche, développer les études puis les intégrer au plus vite dans l'ensemble du dispositif scolaire et dans un système de réadaptation dont la diversité est un

atout mais nécessite une homogénéisation tarifaire et une cohérence de fonctionnement. La coordination entre les politiques culturelles, les politiques de l'éducation nationale, les politiques de santé et les politiques du handicap restent aujourd'hui à améliorer. Développer les Lieux d'Accueil Parents/Enfants (type LAPE) qui sont des lieux d'écoute, de rencontres parentales et de convivialité où les parents évoquent les problèmes de leurs enfants. A l'initiative des communautés de communes, ou des élus locaux, ces initiatives devraient être renforcées.

Pour suivre la politique nationale de la santé des enfants, un Conseil national de la politique de l'enfance pourrait être créé sur le modèle de la Commission nationale de la naissance<sup>59</sup>.

A l'heure actuelle aucune étude n'a pu être menée du fait de manque de financement. La mise en place des ARS au 1<sup>er</sup> avril 2010 inaugure un contexte de transition où la place exacte dédiée à la politique de la petite enfance reste à définir. Dès lors, un enjeu majeur émerge : l'efficacité des dispositifs et des bilans scolaires dans la réduction des inégalités d'accès de santé doit être démontrée.

### 3.2 Des actions innovantes à l'étranger

A condition de se garder de transposer les dispositifs des pays étrangers tel quels, l'approche comparative est toujours précieuse voire indispensable pour tenter d'en saisir la logique.

La **convention internationale des droits de l'enfant**, en préconisant la mise en place d'un « mécanisme national permanent » en faveur de la santé des plus jeunes a été à l'origine de nombreux changements dans les politiques nationales. Cela s'est traduit par la mise en place de services, agences, commissions, plans dédiés à la **coordination** des échelons territoriaux (niveaux local, régional, national) et des acteurs (médecins/pédiatres, éducateurs, parents). Ces structures énoncent aussi des recommandations, fournissent des données épidémiologiques, des indicateurs, orientent et conseillent.

En revanche, même si l'UE, via la Direction Générale de la Santé (DGS) et la protection des consommateurs, s'intéresse à la thématique « déterminants sociaux et inégalités de santé », **la compétence santé relève du principe de subsidiarité**. L'action européenne se limite à la coordination d'actions, l'échange d'informations, le benchmarking ou encore l'impulsion d'initiatives. Ainsi, depuis 2003, elle a contribué à

---

<sup>59</sup> Préconisation reprise par le rapport de l'IGAS, op.cit.

diffuser un grand nombre d'études, mais très peu concernent véritablement la santé des plus jeunes (il existe quelques publications sur l'effet de parents fumeurs ou alcooliques<sup>60</sup>).

Les plus anciens programmes ont été élaborés en **Suède**. Des modes de garde préscolaire ont été créés : les pouvoirs publics subventionnent la garde de près de la moitié des enfants du pays, de la naissance à l'entrée à l'école. Les garderies et les crèches familiales offrent une qualité de prise en charge qui permet l'épanouissement futur de l'enfant ce que démontrent des études régulières.

Aux **Etats-Unis**, HEAD START est un programme préscolaire américain destiné aux enfants défavorisés. Créé en 1965 et financé par le gouvernement fédéral des États-Unis, il est désormais le plus important programme éducatif voué aux enfants d'âge préscolaire vivant dans la pauvreté. En 2005-2006, il desservait quelques 900 000 enfants de 3 à 4 ans<sup>61</sup>. Initialement, l'objectif du programme était de permettre aux enfants pauvres d'atteindre le même niveau que les enfants plus favorisés au moment de leur entrée à l'école élémentaire. Ce programme fait appel à une **approche intégrée** qui offre une combinaison de services éducatifs, sociaux, nutritionnels et de santé à des enfants de trois à cinq ans et à leur famille à faibles revenus. Plus spécifiquement, ceci comprend des services d'éducation à la petite enfance, des dépistages médicaux, des repas diététiques et des formations parentales. En 1994, un programme inspiré de Head Start a été mis en œuvre pour les familles ayant des enfants de moins de trois ans et les femmes enceintes. Appelée Early Head Start, cette initiative propose des soins de santé, notamment aux femmes avant, pendant et après la grossesse, des services de nutrition, des activités d'éveil à la maison et à l'extérieur ainsi que des cours pour les parents. Les résultats ont été très positifs pour la santé et la cognition des enfants de même que sur les habitudes des parents en matière de santé et de sécurité.

Early Head Start a largement inspiré le développement du programme SURE START au **Royaume-Uni**. Cette politique vise à améliorer la santé et le bien-être des jeunes enfants de moins de 4 ans et de leurs parents vivant dans les régions les plus défavorisées d'Angleterre, soit 20% de celle-ci. Les programmes locaux Sure Start donnent l'accès à des services sociaux, des soins de santé et à l'accompagnement des familles dans l'éducation à

---

<sup>60</sup> MONDEN CWS. et al., *A simultaneous analysis of neighbourhood and childhood socio-economic environment with self-assessed health and health-related behaviours*, Health & Place, n°12, 2006

<sup>61</sup> Source : [www.enfant-encyclopedie.com](http://www.enfant-encyclopedie.com)

la santé<sup>62</sup>. Ils sont répartis dans toute l'Angleterre plus, particulièrement dans les régions les plus défavorisées (en particulier dans les zones urbaines, y compris les cités des quartiers défavorisés). 524 programmes locaux ont ainsi été mis en place avant 2004 et offrent des services à plus de 400 000 enfants de moins de quatre ans, dont plus de 30% vivent dans la pauvreté. En mars 2006, les centres pour enfants se sont substitués aux programmes locaux Sure Start afin d'offrir des services intégrés aux parents et aux enfants de moins de 5 ans. Ces centres réunissent ainsi divers services, dont l'enseignement préscolaire, les crèches, l'aide aux familles, les conseils à l'emploi et la santé.

Une autre illustration d'initiative nationale apporte une approche différente. Le programme « Naître égaux – Grandir en santé » est un programme d'intervention **canadien** pré et postnatal qui vise à réduire les inégalités sociales et de santé touchant les femmes enceintes qui vivent dans une grande pauvreté. Il assure, en lien avec le médecin ou la sage-femme, le suivi nutritionnel et psychosocial pendant la grossesse, un soutien à l'allaitement et au développement de l'enfant. Une dizaine de visites au domicile de la mère est prévue au cours de la grossesse, puis 25 visites entre la naissance de l'enfant et son deuxième anniversaire.

En réalité, il n'existe pas de formule universelle qui garantisse le succès des programmes de développement du jeune enfant et la variété des programmes présentés ci-dessus en est la preuve. Cependant, il apparaît après l'analyse des multiples programmes mis actuellement en œuvre les enseignements suivants : **les programmes qui combinent éducation en structures spécialisées et soutien aux parents (programmes de type « combiné ») semblent les plus efficaces**. Cette efficacité reste cependant conditionnée au développement et à la mise en œuvre d'une supervision scientifique, de ressources financières suffisantes pour assurer une éducation et un accueil en petits groupes. En outre, il est nécessaire d'assurer un ratio enfants/personnel favorable, une rémunération raisonnable des personnels et un niveau de formation et d'éducation des enseignants adéquat. Ces programmes associent une éducation soutenue en structure spécialisée, axés sur l'enfant, associés à un fort engagement et à une formation des parents, à des activités éducatives au domicile et à des mesures de soutien aux familles.

---

<sup>62</sup> Source : [www.surestart.gov.uk/](http://www.surestart.gov.uk/)

## Conclusion

En 2005 en France, la mortalité infantile \* atteignait un de ses points les plus bas avec moins de quatre nouveaux-nés sur mille (3,6) décédés avant leur premier anniversaire<sup>63</sup>. Après plus de deux siècles de baisse continue, la mort des enfants est devenue aujourd'hui un phénomène rare et accidentel dans tous les pays développés. Si les inégalités sociales ne se traduisent plus forcément par des morts précoces pour les jeunes enfants issus de milieux défavorisés, il subsiste tout de même des inégalités de santé ayant des répercussions tout au long de leur vie. C'est pourquoi les pouvoirs publics s'intéressent de plus en plus, dans une approche globale, à la qualité de vie des individus et cela dès le plus jeune âge.

Il existe bien un dispositif de surveillance et de dépistage en milieu scolaire des problèmes de santé et des troubles de l'apprentissage\* du jeune enfant. Ainsi, les bilans des 3-4 ans et des 5-6 ans s'avèrent relativement adaptés dans le repérage des troubles sévères des apprentissages en milieu scolaire. Pour autant, le mille-feuille institutionnel ne garantit pas pleinement l'efficacité du système. *« Le foisonnement des initiatives est réel. Elles sont souvent initiées par le milieu associatif ou par des personnes et des personnalités intéressées et déterminées. La générosité et le militantisme sont de mise, à défaut de l'institutionnalisation de projets<sup>64</sup> ».*

A ce titre, le maillage territorial proposé dans le cadre des ARS devrait permettre une meilleure coordination entre les acteurs et favoriser un pilotage stratégique. Faute de vision à long terme et de pérennité des initiatives locales, la situation en matière de dépistage et de surveillance des jeunes enfants en milieu scolaire risque de ne pas évoluer. Le dynamisme de certaines régions montre cependant que des dispositifs en place sont adaptés et qu'ils peuvent servir d'exemples.

---

<sup>63</sup> Chiffre INED : [http://www.ined.fr/fr/pop\\_chiffres/france/mortalite\\_causes\\_deces/mortalite\\_infantile/](http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/mortalite_causes_deces/mortalite_infantile/)

<sup>64</sup> RINGARD J-C, op.cit., p44

---

# Bibliographie

---

## RAPPORTS

ENA Promotion République, *Un système de santé au service des enfants ?* 2005 – 2007

IGAS, *Etude sur la protection maternelle et infantile en France : rapport de synthèse.* , rapport n° RM2006-163P, novembre 2006

SOMMELET D., *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 2006, p.26

RINGARD J-C., « *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique* », 2000

Rapport du module interprofessionnel de santé publique 2009, « suivi médical des enfants, de la naissance à 6 ans, mythe ou réalité ? ».

*La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Haut comité de la santé publique. - Rennes : Ed. ENSP, 1998, 368p.

*Dyslexie\*, Dysorthographe, Dyscalculie\**, *Bilan des données scientifique*, Rapport INSERM, 2007

IGAS, *Etude sur la protection maternelle et infantile en France : rapport de synthèse.* , rapport n° RM2006-163P, novembre 2006

## OUVRAGES ET ARTICLES

GUIGNON N, NIEL X. *L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire*, DREES-Etudes et Résultats, n°250, juillet 2003

GUIGNON N. *La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005*. Premiers résultats. DREES-Etudes et Résultats, n°632, avril 2008

GUIGNON N. *La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004*, DREES-Etudes et Résultats, n°573, mai 2007

VERGER P, SALIBA B, et al. et le groupe EVALMATER. *Caractéristiques sociales individuelles, contexte résidentiel et prévalence de poids dans la petite enfance : une analyse multiniveau*, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2007, 55 : 347-356

FERNANDEZ D, POLESIS H, et al.. *Inégalités sociales des enfants face au surpoids en Alsace : données de la visite médicale d'admission en école élémentaire, France, 2001-2002*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 23 janvier 2007, 20-23

KINRA S, NELDER RP, et al., *Deprivation and childhood obesity : a cross sectional study of 20,973 children in Plymouth, United Kingdom*. Journal of Epidemiology and Community Health 2000; 54:456-60

FEUR E, LABEYRIE C, et al.. *Indicateurs de santé chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 2005 : excès pondéral, atteinte carieuse et risque de dépression*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 30 janvier 2007, 29-33

FEUR E, LABEYRIE C, *Excès pondéral chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 1998 et 2005 selon leurs caractéristiques sociales et économiques*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 30 janvier 2007, 34-36

PAQUET G, HAMEL D. *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification des facteurs de protection*, Institut National de Santé Publique du Québec, 2003

MANCINI J, PECH-GEORGEL C., et al., EVAL MATER : proposition d'une évaluation pédiatrique des compétences langagières et psychomotrices lors du 1er bilan de santé en école maternelle, Archives de Pédiatrie, 2008; 15 : 397-405

CHEYMOL J, BERTHIER M. *La santé des enfants en situation de précarité, les inégalités sociales de santé*, Médecine & Enfance, mars 2005, 171-175



GUAGLIARDO V, BOUHNİK AD, et all. EVAL-MATER. *Estimation de la couverture vaccinale des enfants âgés de 2 à 4 ans en région Provence-Alpes-Côte d'Azur*, Archives de Pédiatrie 2007; 14:338-344

MONDEN CWS, VAN LENTHE FJ,. *A simultaneous analysis of neighbourhood and childhood socio-economic environment with self-assessed health and health-related behaviours*, Health & Place 2006; 12:394-403

HYDE M., JAKUB H., et all.. *Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self-rated health in four European studies*, Journal of Epidemiology Community Health 2006; 60:882-886

RANJNCHAPEL-MESSAI J. *La place de la prévention dans les inégalités sociales de santé*, Soins, n°726, juin 2008, page 10

BASSET B. *Santé à l'école*, Agences Régionales de Santé. Les inégalités sociales de santé, INPES. 2009, 106-110

BASSET B. *Petite enfance*, Agences Régionales de Santé. Les inégalités sociales de santé, INPES. 2009, 57-63

CONTE, Ariel. *Troubles du langage, troubles des apprentissages, dysfonctionnements neuropsychologiques, handicap cognitif*, Réadaptations n° 527, page 41.

FRITZ, M.T. *La PMI et l'école maternelle : une rencontre ... au service de l'enfant*. Revue française de santé publique, mars – avril 2009. p. 213.

FRITZ M. T., MARCHAND A. C., et all, *Examen de santé de l'enfant et de l'adolescent*. Revue Santé publique 1991/3-4.

GERY, Yves (collectif), *Petite enfance et promotion de la santé*, Santé de l'home. N°400, Mars avril 2009. P 11 et suivantes.

LACHAL, M. *Handicap, difficulté scolaires et inégalités sociales*, Nouvelle revue de l'AIS. N° 31. Octobre 2005. Page 91.

POUZET P., COLLIGNON A. *Evaluation d'un outil de dépistage des troubles de d'évolution de l'enfant de 4 ans*. Revue française de santé publique. Juin 1997, p. 235

SOMMELET, Danielle. *Une politique de santé de l'enfant et de l'adolescent existe-elle dans notre pays ?*, Contact santé n°227. 2009. p. 19.

GUIGNON N., *Etudes et résultats : l'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions*, DREES, n°250, juillet 2003

BASSET B., *Agences Régionales de Santé – Les inégalités sociales de santé*, INPES, 2008

*Nutrition et Prévention de l'obésité*, fiche d'information commission européenne, direction générale santé et protection des consommateurs, fiche d'information septembre 2006 (4p)

*Les troubles de l'apprentissage\** – *Un problème de santé publique ?* Actualité et Dossier en Santé Publique n°26, mars 1999

DELAHAIE M., *L'évolution du langage de l'enfant – De la difficulté au trouble*, INPES, 2009

GUIGNON N. *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire*, DREES, Etudes et résultats n°155, janvier 2002.

HABIB, M. *La dyslexie\**, *ses causes, les répercussions sur la vie scolaire*, Réadaptation n° 527, février 2006, 6 pages

REVOL O., *Même pas grave ! L'échec scolaire, ça se soigne*, Editions Jean-Claude Lattès, 2006, 284p.

MONDEN CWS. et al., *A simultaneous analysis of neighbourhood and childhood socio-economic environment with self-assessed health and health-related behaviours*, Health & Place, n°12, 2006

## **Textes législatifs et règlementaire**

Code de l'Action sociale et des Famille

Code de l'Education

Code de la Santé Publique

Circulaire n°517/DHOS/01/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

Circulaire n°2003/210 du 1<sup>er</sup> décembre 2003 relative à la santé des élèves.

Ordonnance n°45-2720 de 2 novembre 1945 instaurant la protection maternelle et infantile

Ordonnance n°45-2407 du 18 octobre 1945 instaurant le service national d'hygiène scolaire et universitaire

Loi n° 89- 899 du 19 décembre 1989 relative à la protection et la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance.

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998. Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Loi n° 2009-2879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, santé et territoire

## **Sites internet consultés**

Dossier DGS/GTND0 : [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/64buccodentaire.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/64buccodentaire.pdf), mise à jour 20 juillet 2003

[www.educsol.education.fr/evaluation](http://www.educsol.education.fr/evaluation)

[www.inpes.fr](http://www.inpes.fr)

[www.diabetendurance.org/obesite.html](http://www.diabetendurance.org/obesite.html)

Site de la **protection maternelle et infantile du Var** <http://www.perinat-france.org/guide/pmi-protection-maternelle-infantile-var-16-116.php> consulté la semaine du 11 mai 2010

Site de la **PMI des Bouches du Rhône** consulté la semaine du 11 mai 2010

Site de la **MDPH du Var** <http://www.ac-nice.fr/ia83/ienhyeres/spip.php?article541>

Site de l'**association Coridys** consulté la semaine du 12 mai 2010 <http://www.coridys.asso.fr/>

Site de l'association **Resodys** consulté le 17 mai 2010 <http://www.resodys.org/>

Site de l'association **APEDYS** consulté le 17 mai 2010

<http://www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=872>

<http://www.briques-sante.fr/oscars/>

OSCARS= observation et suivi cartographique des actions régionales de santé

[http://www.mut62.fr/mutualite\\_francaise.php?id=457](http://www.mut62.fr/mutualite_francaise.php?id=457)

<http://www.apesal.fr/>

<http://www.surestart.gov.uk/>

[www.unicef.org](http://www.unicef.org) : *La situation des enfants dans le monde en 2001*

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I : Extrait du carnet de santé (source : société française de psychiatrie)**

**Annexe II : Entretiens**

- Médecin d'une AETA (antenne d'évaluation des troubles des apprentissages) faisant partie du réseau régional)
- Professeur des écoles
- Médecin de PMI : Vallauris
- Entretien MDPH Toulon, assistante sociale du pôle enfance
- Médecin PMI PACA
- Entretien à l'Observatoire régional de santé en PACA

**Annexe III : Etude des PRSP**



## Examen au cours de la troisième année

### Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y-a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Y a-t-il des animaux à la maison ?

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....



### Examen médical

Date : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm PC : \_\_\_\_\_ cm

Risque de saturnisme non  oui  IMC : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il une correction ? non  oui   
 oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

#### Mesure de l'acuité visuelle

Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme non  oui

Si oui, pris en charge non  oui

Poursuite oculaire normale non  oui

Tolère l'occlusion oculaire alternée

non  oui

Test de vision stéréoscopique fait  non fait

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

Tympan normaux

à gauche non  oui

à droite non  oui

Test à la voix chuchotée non fait  fait

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

### Développement

Peut nommer 3 couleurs non  oui

Dit son nom non  oui

Fait des phrases de 3 mots non  oui

Emploie des articles non  oui

Utilise le « je » non  oui

Comprend une consigne simple non  oui

Copie un cercle fermé non  oui

Fait un pont de 3 cubes non  oui

Monte les escaliers en alternant les pieds non  oui

Mange seul non  oui

S'habille avec aide non  oui

Propreté acquise : Diurne non  oui

Nocturne non  oui

Comportement lors de l'examen :

adapté  inhibé  agité



# Examen au cours de la quatrième année

## Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y-a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Y a-t-il des animaux à la maison ?

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....



## Examen médical

Date : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm IMC : \_\_\_\_\_  
jour mois an

Risque de saturnisme non  oui

Pression artérielle ..... Protéinurie .....

L'enfant a-t-il une correction ? non  oui  Strabisme non  oui

(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

### Mesure de l'acuité visuelle

Si oui, pris en charge non  oui

Poursuite oculaire normale non  oui

### Vision de près

Tolère l'occlusion oculaire alternée non  oui

Test utilisé : .....

Test de vision stéréoscopique fait  non fait

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Résultat : normal  à refaire

### Vision de loin

avis spécialisé demandé

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Tympan normaux Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?

à gauche non  oui

Si oui, test utilisé : .....

à droite non  oui

Résultat : normal  à refaire

Test à la voix chuchotée : non fait  fait

avis spécialisé demandé

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

## Développement

Enlève un vêtement non  oui

Connait son sexe non  oui

Joue en groupe non  oui

Connait trois couleurs non  oui

Saute en avant non  oui

Fait des phrases bien construites non  oui

Tient sur un pied 3 secondes non  oui

Utilise les articles, les prépositions non  oui

Propreté acquise diurne non  oui

Dessine le bonhomme en 3 parties non  oui

nocturne non  oui

Test de langage : pratiqué non  oui

si oui lequel ? .....

Résultat : normal  à refaire

bilan demandé

Sélections des entretiens représentatifs

**Médecin d'une AETA (antenne d'évaluation des troubles des apprentissages) faisant partie du réseau régional**

**Quel(s) champ(s), en termes de dépistage et de surveillance de troubles de l'apprentissage, sont couverts par votre action ?**

L'école et les orthophonistes en libéral nous adressent prioritairement les enfants ce qui correspond à 2/3 des effectifs sur l'antenne des troubles des apprentissages.

La population considérée à risque, c'est-à-dire les nouveau-nés à risque et les prématurés font l'objet d'un suivi spécifique dans le but de dépister le plus précocement tout problème dans le cadre du développement cognitif et psycho-moteur.

LE CPOM (contrat d'objectifs et de moyens) décrit: 3 missions principales dont les nouveau-nés à risque, les prématurés et les troubles des apprentissages. Le médecin qui assure les bilans à risque dans le cadre du suivi des nouveaux -nés à risque et des prématurés fait réellement du dépistage et oriente ces enfants directement à l'AETA. Les consultations à risque sont facturées dans le cadre de l'AETA.

Il s'agit dans la majorité des cas des troubles du langage orale et écrit.

Cette année, il y a davantage de troubles praxiques (écriture, graphisme- gestes complexes qui nécessitent des apprentissages comme se laver les dents, nouer les lacets, s'habiller, se déshabiller et qui représentent des gestes fins nécessitant une coordination motrice.

**Comment effectuez vous le dépistage ? (Type de bilan, temps passé, quelle période scolaire, sélection, adressage...)**

Dès le CP, et surtout lors de la grande section maternelle pour problème oral

Les classes après le CE1 pour les problèmes de dyslexie

Il y a un travail sur dossier au départ avec les éléments des troubles repérés qui est effectué par le médecin. Ces troubles ont souvent occasionné un suivi par un professionnel : orthophoniste, orthoptiste etc (voir document sur pour les professionnels). Une décision est prise à partir de là du type de bilan à réaliser. Il faut savoir qu'un test de psychomotricien dure 2 heures, un test de psychologue 2 ou 3heures, un bilan neuropsychologique entre 2 ou 3 heures.

Les psycho et neuropsychologue font un DESS puis en fin de parcours de formation font une spécialisation pour les neuropsychologues, la formation est axée sur une approche +



fine qui se rapporte à des zones précises du cerveau, le langage, la mémoire etc. puis font un travail sur les moyens pour améliorer telle ou telle fonction..

La psychologue va travailler sur le Quotient Intellectuel, l'évaluation psycho-affective, va dépister les problématiques psychologiques et psycho-affectives à l'aide de dessins de famille, de jeux de composition et va être attentive à des notions d'angoisse de l'abandon, de sécurité ou d'insécurité affectives, à des angoisse d'abandon etc.

Les enfants sont adressés après un bilan de départ. Pour la plupart des enfants les prises en charge antérieures n'ont pas été satisfaisantes ou largement insuffisantes.

Une synthèse est effectuée puis invitation des personnes qui ont adressé : médecin scolaire, mise en commun, un diagnostic clair est établi, et des propositions sont établies sur l'adaptation à la scolarité et les éventuelles aides à poursuivre.

**Intégrez-vous un questionnaire relatif aux conditions socio-économiques de l'enfant ? Si oui, pour quelles raisons : adaptation de la prise en charge, ... ? Rôle de l'assistante sociale ?**

**Actuellement recueil des données (feuille d'anamnèse).**

L'antenne vient de rajouter un paragraphe supplémentaire relative au handicap car cette nécessité s'est fait ressentir avec une rubrique « autre ». Dans cette rubrique peut apparaître des éléments tels que: « ne peut pas payer le suivi orthophoniste » et on a une idée du milieu social en regardant la rubrique « profession des parents ».

A l'antenne des enfants de tout milieu sont vus, mais dans les milieux très modestes on s'aperçoit que lorsqu'un suivi est demandé souvent il n'est pas effectué pour des questions de moyens. Quelques exemples : la psychomotricienne ou orthophoniste : 30 Euros la séance, les parents ne peuvent le prendre en charge, les suivis sont plus épisodiques et il en résulte une perte de chance pour les enfants. Cela apparaît très nettement.

L'assistante sociale intervient directement dès qu'il y a un dossier MDPH, ou pour les parents qui prennent un congé pour soutenir l'enfant dans ses acquisitions. L'assistante sociale fait le point sur le milieu économique et formule des propositions. L'assistante sociale peut davantage creuser lorsqu'il y a un dossier MDPH pour proposer des aides

Les orthophonistes en libéral témoignent de l'existence soucis sur la situation sociale et donc de prise en charge financière.

**Repérez-vous les enfants en situation de vulnérabilité et/ou de précarité ou de conditions socio-économiques défavorisées? De quels outils disposez-vous ? Y'a-t-il une démarche/protocole spécifique en faveur de ces publics ?**

Non, il n'existe pas de protocole particulier et nous ne disposons pas d'outils spécifiques, néanmoins nous agissons en fonction des ressentis. A l'école lorsqu'ils nous adressent les

enfants, ils sont sensibles à la précarité ou la vulnérabilité et les psychologues scolaires ainsi que les médecins scolaires connaissent bien les situations familiales.

**Pensez-vous que les dispositifs mis en place sont adaptés/suffisants en direction troubles de l'apprentissage des jeunes enfants ? En particulier en direction des enfants vulnérables. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?**

Les orthophonistes libérales ont 2 à 3 mois de délai pour pouvoir démarrer une prise en charge.

Les psychomotriciens ont des délais similaires. Ils ne sont pas nombreux en libéral et ne sont pas remboursés donc accès pas simple pour les familles.

S'il faut une classe spécialisée type : CLIS langage oral, ou langage écrit (ces sont deux groupes différents) ou les SESSAD (service d'éducation et de soins à domicile) ils dépendent de la MDPH. Si MDPH est d'accord, il y a une notification (oui cet enfant relève de cette structure) encore faut-il y avoir une place. Actuellement il manque des places sur le territoire, et elles sont souvent éloignées du domicile parental. Quelquefois il y a des places à 30 ou 40 km du domicile.

Malheureusement ces SESSAD ne couvrent pas tous les territoires et donc toutes les spécificités des SESSAD ne sont pas accessibles. Actuellement il y a un manque de financement important.

**Y'a-t-il un parcours de soins ? Y-a-t-il un accompagnement ou suivi adapté?**

Le parcours de soin a été abordé ultérieurement.

**Avez-vous une évaluation de l'efficacité et de l'effectivité des programmes mis en place ? Et sous quelle forme ?**

Dans le CPOM, il faut pouvoir avoir un retour de l'activité / en clair, il faudrait rappeler les parents 6 mois après les bilans et les propositions faites par l'antenne (répartition entre l'AS et la secrétaire ) mais manque de temps ... donc une interne va y travailler pour rappeler les enfants de 2009 , il faudrait un mi-temps supplémentaire pour vérifier l'effectivité.

**Y'a-t-il une articulation/partenariat, avec qui (instituteur, médecin et infirmière scolaire, hôpital, professionnels de santé, paramédicaux etc...) ?**

Les médecins scolaires et les psychologues scolaires évoquent les problématiques des enfants. Ils expliquent le parcours de soin déjà effectué et on s'aperçoit lors de ces rencontres, qu'il y a différents problèmes dont le peu de moyens dont ils disposent dans le milieu scolaire et dans l'éducation.

Tous les jeudis matins une réunion de concertation est organisée et les professionnels viennent pour la plupart.

Une fois par an une réunion avec l'antenne de référence de Mulhouse et de Colmar est organisée avec un bilan de l'existant et propositions. Un temps par spécialité permet de faire le bilan par professionnel et par spécialité puis mise en commun sur l'ensemble de l'Alsace.

Le médecin coordonnateur fait le lien avec l'ARH et transmet les rapports, les chiffres, les difficultés et propositions.

La communication avec le CRTA (commission régionale des troubles des apprentissages) située à Strasbourg au niveau du CHU est faite par un coordonnateur un neuro-pédiatre. Le CRTA est également consulté en cas de difficultés. Pour les cas complexes, il se positionne comme un centre de recours : Colmar par exemple n'a pas d'orthophoniste donc relaye à Strasbourg le cas échéant.

### **Quels liens avec les parents ? Partenariats, relations ?**

Un bilan avec les parents est toujours effectué: à la fin du dépistage. Un examen clinique est proposé pour exclure un problème organique. S'il y a une orientation particulière des explications sont apportées.

Une réévaluation dans 1 an est proposée dans certains cas pour faire évoluer les prises en charge.

Pour certains enfants, les parents demandent ce qu'ils peuvent faire, si problème de langage, le médecin les encourage à bien prononcer les mots, les guider sur les choses à ne pas faire tant dans le quotidien que pour les devoirs. Il est dit précisément ce qu'ils peuvent faire à leur niveau et ce qu'il faudrait intensifier.

### **De votre point de vue, quelles sont vos difficultés dans la réalisation des bilans scolaires et leur suivi et que proposeriez-vous ?**

EN amont

-Plus de moyens

-Plus de postes car 6 mois d'attente est un délai très long.

-Au niveau des orthophonistes, il en faut plus

-Les psychomotriciens et ergothérapeutes ne sont pas remboursés. Ce sont les 2 professionnels qui s'occupent des problèmes praxiques (troubles graphismes).

Pour les ergothérapeutes, le bilan de départ + apprentissage au clavier coutent 60 à 80 euros la séance, qui n'est pas remboursés.

A cause des difficultés accumulées, les enfants sont en souffrance voir en dépression lorsqu'ils arrivent à l'AETA car ont accumulés des années de difficultés.

On propose dans ces cas de faire un soutien psychologique ou psychiatrique. Mais les soutiens psychologiques ne sont pas remboursés donc on adresse plus souvent aux

psychiatres. De plus, la démarche est difficile pour les parents Il faudrait encore pouvoir proposer des suivis psychologiques « light » pour certains cas.

De plus les réseaux d'aide aux élèves en difficulté sont entrain de disparaître et même temps ils sont surchargés. (Les RASED)

**Y'a-t-il des textes de référence ou des préconisations nationales/régionales ou locales qui encadrent votre travail ?**

L'evalmater ? Non utilisée au niveau de l'antenne.

Normalement elle est utilisée à l'école pour aborder cette question.

C'est bien sur le principe cela permet aux instituteurs d'être attentifs à des éléments précis, cela sert bien comme outil de référence et permet le dialogue entre professionnels dans les milieux scolaires.

Après, il faut être prudents pour ne pas créer des faux positifs en fonction de cet outil. C'est la limite de l'outil et des réactions qu'il a pu susciter.

En dehors du CPOM, le rapport RINGARD de l'éducation nationale a mis en évidence que les troubles des apprentissages n'étaient pas dépistés. C'est ce rapport qui a suscité l'ouverture en France d'antenne des troubles des apprentissages.

Donc CRTA en Alsace a ouvert en 2002 et du coup. 20 centres se sont ouverts suite à ce rapport.

Conclusion : des problèmes de financement subsistent dans le cadre de la prise en charge de ces enfants et du financement Une partie est financée par le CPOM et l'autre partie par les GHM produits.

## Professeur des écoles

28 ans d'expérience

### **Quels champs couvrez-vous dans votre fonction : l'éducation, la santé, les troubles des apprentissages ?**

Je suis enseignante-référente-handicap (= professeur des écoles chargée de mission, travaillant à la fois pour l'Education Nationale et le Conseil Général. Nous sommes 17 à présent dans le département du Bas-Rhin, nous serons 18 à la rentrée prochaine.

De par mes fonctions, je suis chargée du suivi de scolarisation d'enfants reconnus par la MDPH (Maison Départementale des personnes Handicapées), de l'âge de 3 ans à 20 ans, de la maternelle au lycée, ainsi que des jeunes en IME (Institut Médico-Educatif) en unités d'enseignement (bénéficiant d'un suivi scolaire) de mon secteur. Je rends compte des résultats des réunions la fois à l'Education Nationale et au Conseil Général.

### **Comment effectuez vous le dépistage ? (Type de bilan, temps passé, quelle période scolaire, sélection...**

Je suis contactée par les familles sur recommandation de professionnels lorsqu'il s'agit d'enfants non scolarisés encore (souvent le CAMSP, des orthophonistes), ou par les écoles (directeurs, psychologues ou médecins scolaires) lorsque les difficultés scolaires de l'enfant les interpellent. Je ne suis jamais consultée pour un problème éducatif ou d'ordre social, ou alors ces points sont évoqués dans le cadre de troubles du comportement perturbant le fonctionnement de la classe.

Dans le cadre de l'évaluation de troubles des apprentissages, les familles peuvent être adressées par un professionnel au CRTA (Centre Référent des Troubles des Apprentissages) de Strasbourg-Hautepierre) ou à son annexe, l'AETA (Antenne d'Evaluation de Troubles des Apprentissages) de Haguenau, ou au CRA de l'Elsau (en cas de suspicion d'autisme).

Les bilans de ces structures sont de plus en plus souvent demandés, voire davantage considérés de préférence à un bilan orthophonique libéral (pour une demande d'orientation vers un ITEP spécialisé dans les troubles du langage écrit et oral par exemple). De ce fait, les demandes de bilans explosant, les délais se montent à plusieurs mois, voire une année ou plus.

Ce qui n'est pas du meilleur effet dans les délais de prise en compte des problèmes des enfants concernés.

**De quels outils disposez-vous ? Intégrez-vous un questionnaire relatif aux conditions socio-économiques de l'enfant ? Si oui, pour quelles raisons : adaptation de la prise en charge?**

Je ne suis pas habilitée à poser des questions touchant à la vie privée des familles. Celles-ci sont libres d'en parler ou non lors des équipes de suivi de scolarisation. Si nécessaire, en fonction du type de demande auprès de la CDA (Commission Départementale de l'Autonomie) la MDPH peut demander qu'un bilan social soit effectué par une assistante sociale.

(en général pour des demandes d'orientation en internat en instituts spécialisés)

Les familles sont invitées à participer à une équipe éducative concernant leur enfant, et ce, avec pour objectif une saisine de la MDPH, le Directeur d'Ecole est chargé de prévenir l'Inspection Académique sous couvert de sa hiérarchie de l'inertie de la famille passé un délai de 4 mois. L'Inspection Académique prévient la MDPH et celle-ci invite la famille à rencontrer l'assistante sociale de la MDPH. Si malgré cela la démarche reste sans effet, plus rien ne bouge, le principe de base étant que les familles soient 'pilotes' dans une reconnaissance MDPH. Les écoles en général refont une équipe éducative quelques mois plus tard ou l'année scolaire suivante, afin de mettre en évidence les difficultés de l'enfant et la nécessité d'une scolarisation adaptée. Il peut se passer plusieurs années jusqu'à ce que les familles dans le déni acceptent de reconnaître la situation de leur enfant et d'entrer dans une démarche spécialisée.

**Repérez-vous les enfants en situation de vulnérabilité et/ou de précarité ou de conditions socio-économiques défavorisées? De quels outils disposez-vous ? Y'a-t-il une démarche/protocole spécifique en faveur de ces publics ?**

Avant d'être enseignante-référente, j'étais enseignante en CLIS 1 (classe d'Inclusion Scolaire pour déficients intellectuels légers à moyens). J'avais donc affaire à un public déjà connu pour ses difficultés. J'ai été amenée à travailler en partenariat avec un Hôpital de Jour et ai aussi accueilli à temps partagé des enfants d'intelligence normale mais avec des troubles du comportement, la structure de la classe à petit effectif favorisant l'intégration de ce type d'élève.

Depuis la loi de 2005, l'orientation en CLIS 1 d'élèves non déficients avec des troubles du comportement n'est plus possible. Se pose alors le problème de l'accueil de ces enfants parfois très perturbateurs dans un groupe –classe ordinaire à l'effectif important.

En ce qui concerne le repérage d'enfants en situation de vulnérabilité et/ou de précarité, vivant dans des conditions socio-économiques défavorisées, cela n'est pas du ressort d'un

enseignant, sauf en cas de constat de maltraitance, ou de manquement éducatif grave, auquel cas il procède au signalement au médecin scolaire et à sa hiérarchie.

Réflexion tout à fait personnelle : étant fille d'une directrice d'école maternelle, et ayant toujours été en relation régulière avec des enseignants de cycle1, il a été fait le constat que des enfants issus de familles visiblement en carence sociale, au niveau culturel simpliste et ne bénéficiant manifestement pas d'un éveil éducatif convenable ne partent pas avec les mêmes chances de réussite à l'école. Un enfant ne connaissant que le programme télé à la maison, et découvrant son premier album à l'école (j'en ai connu), est mal parti pour entrer dans la lecture au même rythme qu'un camarade bénéficiant du plaisir de se faire lire des histoires depuis des années. Il est reconnu qu'un enfant doit être en contact avec le livre et l'écrit pendant au moins 3 ans pour pouvoir entrer dans la lecture.

**Pensez-vous que les dispositifs mis en place sont adaptés/suffisants aux problèmes des jeunes enfants ? en particulier en direction des enfants vulnérables. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?**

Jusqu'où peut-on aller dans le dépistage et la prévention où sont les limites de l'ingérence ?

Chaque famille a son histoire, et c'est seulement à partir de l'école maternelle (les familles défavorisées profitent-elles des accueils en crèche ?) que l'on peut commencer à avoir une influence bienfaisante au plan culturel, de par la mise en place des pré-requis à l'entrée des apprentissages, mais aussi par la découverte et l'initiation à des démarches culturelles (spectacles, fréquentation de bibliothèques et médiathèques).

**Y'a-t-il un parcours de soins ? Y'a-t-il un accompagnement ou un suivi adapté?**

- Les prises en charge globales par des SESSAD (Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) , sont tout à fait bénéfiques ; malheureusement, il y a un décalage entre le mode de fonctionnement Education Nationale et le Médico-Social.

Exemple : la création de CLIS (Classes d'Inclusion Scolaire) et d'UPI (Unités Pédagogiques d'Intégration) ne va pas de pair avec l'extension des possibilités d'accueil des SESSAD auxquels les élèves de ces classes auraient droit de fait : les calendriers pour les demandes en question ne correspondent pas, et on peut constater des décalages importants dans ce domaine.

- les demandes d'accompagnement par des AVS

(Assistants de vie scolaire) sont en augmentation, notamment pour les jeunes ayant des troubles des apprentissages

(‘dys’, autistes, comportement). Ceci peut s’expliquer par une demande en forte hausse des prises en compte de ces troubles, par le manque récurrent d’autonomie de ces jeunes et la difficulté de gérer les réactions de certains d’entre eux dans une classe ordinaire.

### **Avez-vous une évaluation de l’efficacité et de l’effectivité des programmes mis en place ?**

- Dans le cas d’élèves ayant des troubles ‘dys’ avérés, un PAPI (Programme d’Aide Pédagogique Individualisé) est mis en place en partenariat avec le médecin scolaire. Cela permet de donner un certain nombre de conseils pratiques aux enseignants.

Une enseignante spécialisée chargée de mission auprès de l’IEN ASH (Inspecteur de l’Education Nationale pour l’aide à la scolarisation des handicapés) et spécialisée dans la prise en compte des troubles ‘dys’ peut être également être sollicitée par les enseignants du 1<sup>er</sup> degré ‘.

- Deux conseillères pédagogiques spécialisées sont susceptibles de guider les enseignants accueillant de jeunes autistes.

### **Y’a-t-il une articulation/partenariat, avec des instituteurs, médecins, l’infirmière scolaire, l’hôpital, la PMI.?**

Dans la mesure où l’école est de plus en plus amenée à accueillir des enfants relevant du champ du handicap, les occasions de partenariat sont amenées à se multiplier.

Les médecins scolaires et médecins PMI, les infirmières sont de plus en plus sollicités (Notamment pour des signalements ‘Enfance en Danger’). Ces mêmes médecins, les éducateurs spécialisés des Hôpitaux de Jour, les psychologues scolaires participent régulièrement aux réunions d’équipes éducatives (organisées par les directeurs avant une reconnaissance MDPH) ou aux réunions d’équipes de suivi de scolarisation (organisées par les enseignants-référents à partir du moment où le dossier MDPH est ouvert).

Lors de réunions concernant des enfants reconnus par la MDPH, le CAMSP (Centre d’Aide Médico-Sociale Précoce) est régulièrement représenté pour le suivi d’enfants jusqu’à 6 ans, notamment pour des réunions préparatoires à la scolarisation en maternelle, et pour l’organisation des relais dans les prises en charge à partir de la 6<sup>ème</sup> année des enfants.

D’autres professionnels (pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciennes, ergothérapeutes) participent également dans la mesure de leurs disponibilités à ces réunions.

### **Quels liens avec les parents ? Partenariats, relations ?**

Dans la mesure où les parents sont les pivots d’une démarche MDPH, je suis amenée à participer aux équipes éducatives pour l’expliquer aux parents déjà sensibilisés par les médecins et/psychologues scolaire ou par les enseignants eux-mêmes. Je puis donc avoir un rôle d’informatrice, mais aussi de médiatrice entre l’école et certaines familles, en remettant chacun dans son rôle ( pour éviter les diagnostics à l’emporte-pièce, souvent



arbitraires et/ou blessant pour les parents), ou pour ‘travailler’ la réticence de certains enseignants à accepter la présence d’un adulte à temps complet ou partiel dans la classe (AVS), dans le cadre d’une scolarisation adaptée, ou à celle de mettre en œuvre un programme personnalisé (genre programme CE1 dans un CM1, pour un jeune dont la famille a refusé une orientation en classe spécialisée, ou qui est en attente d’admission dans une structure spécialisée).

**De votre point de vue, quelles sont vos difficultés dans la réalisation des bilans scolaires et du suivi et que proposeriez-vous ?**

Les enfants scolarisés en classe ordinaire avec un projet personnalisé de scolarisation peuvent bénéficier d’un bulletin annexe, personnalisé, faisant apparaître les compétences acquises.

Il est toutefois recommandé aux enseignants de faire le parallèle avec le bulletin de l’ensemble de la classe, pour démontrer clairement aux parents le décalage entre les résultats de leur enfant et la réalité des exigences de compétences de la classe d’accueil (pour respecter dans la mesure du possible le principe de réalité...). Toute la difficulté réside dans la manière de présenter cette réalité de façon objective et réaliste, mais sans violence pour la famille, souvent fragilisée. Le principe de la bouteille à moitié pleine ou à moitié vide, mais en restant objectif.

Les évaluations individuelles peuvent être assez hétérogènes, en fonction de l’implication des enseignants accueillant les enfants en difficulté. La pédagogie différenciée est une obligation pour chacun, mais sa mise en œuvre est inégale selon les personnes. Les enseignants sont libres d’appliquer les méthodes de leur choix, dans les limites des Instructions Officielles, ils ont seulement des comptes à rendre en fonction de l’obligation de réussite.

Ceci pose aussi problème dans certains cas : la présence d’un enfant en forte difficulté est encore ressentie par certains enseignants comme un échec à leur pédagogie. J’ai constaté souvent lors des équipes de suivi de scolarisation que les enseignants souhaitaient qu’apparaisse clairement sur le compte-rendu de la réunion la nécessité d’un aménagement conséquent de la scolarisation, comme par exemple un programme scolaire de CE1 dans une classe de CM1, afin de pouvoir le justifier auprès de leur hiérarchie.

A propos des évaluations : dans la mesure du possible, et pour favoriser la notion de scolarisation ‘ordinaire’, les enseignants font également passer aux enfants en difficultés les évaluations nationales en cycle 2 et 3 en élémentaire, afin de les situer de manière concrète au plan scolaire. Il existe également des évaluations en cycle 1 (Grande Section), mais elles ne sont pas obligatoires.

Nous travaillons avec de l'humain, et, de fait, il est difficile d'imposer à tous le même mode de fonctionnement. Il ne s'agit pas de 'formater', mais plutôt de former davantage les personnels enseignants à l'accueil d'enfants en difficulté scolaire.

D'où la nécessité de multiplier les informations spécifiques pour l'accueil de jeunes souffrant d'autisme, de troubles 'dys' ou autres. Les enseignants se sentent souvent démunis dans la gestion de leur classe à l'effectif important, avec en plus un ou plusieurs élèves particuliers..

**Y'a-t-il des textes de référence ou des préconisations nationales/régionales ou locales qui encadrent votre travail ?**

Je travaille d'après les préconisations de la loi de 2005. Les enseignants-référents suivent donc les dossiers de jeunes reconnus par la MDPH, et donc entrés dans le champ du handicap. Toutefois, nous avons de plus en plus de demande d'AVS (Assistante de Vie Scolaire) pour l'accompagnement d'enfant souffrant de troubles 'dys' ou de troubles du comportement. Les troubles de type 'dys' n'entrent pas dans la nomenclature des handicaps reconnus par la MDPH, mais nous avons pour mission de collaborer au suivi de leurs dossiers, dans la mesure où il s'agit de tenir compte de toute 'situation handicapante dans la scolarisation' d'un enfant. De plus, la pression des Associations de parents d'enfants souffrant de ces troubles est de plus en plus forte pour leur prise en considération avec aménagements pédagogiques.

## Médecin de PMI : Vallauris

**Quel(s) champ(s), en termes de dépistage et de surveillance en matière de santé et de troubles de l'apprentissage, sont couverts par votre action ?**

**Comment effectuez vous le dépistage ? (Type de bilan, temps passé, quelle période scolaire, sélection**

Tous les enfants de petite et moyenne section de la commune de Vallauris et environnante (environ 500) dont beaucoup en ZEP sont vus une fois à l'aide de la grille Evalmater :

- le médecin + une infirmière effectuent mesure du poids, taille, examen clinique, vaccinations, dépistage visuel et auditif (seulement tympanométrie) items psychomoteurs, et langagiers.
- l'examen est le plus souvent fait devant les parents et dure 1/2heure
- à l'issue il peut-être demandé un bilan orthophonique (pas de droit de prescription des séances), une consultation ophtalmologique ou ORL, ou CMP ou CAMPS accompagnée d'une lettre remise aux parents pour le professionnel concerné.
- c'est le médecin scolaire qui assure le suivi des TA après 6 ans
- la grille Evalmater lui est transmise mais pas aux médecins traitants (ce qui serait une bonne chose)

Intégrez-vous un questionnaire relatif aux conditions socio-économiques de l'enfant ? Si oui, pour quelles raisons : adaptation de la prise en charge, ... ?

Les parents sont présents lors de l'examen...

Un questionnaire parents est fourni pour certains enfants avec des problèmes spécifiques, et repérés par l'institut.

**Repérez-vous les enfants en situation de vulnérabilité et/ou de précarité ou de conditions socio-économiques défavorisées? De quels outils disposez-vous ? Y'a-t-il une démarche/protocole spécifique en faveur de ces publics ?**

Le travail en ZEP est connu pour une partie des familles car on assure le suivi, des nourrissons dans le même temps (environ 20-25% sont suivis en PMI, les autres par le médecin traitant le plus souvent généraliste ; un seul pédiatre sur la commune), soit fait connaissance des familles lors de cette visite systématique des 3-4ans.

Le CG n'étant plus disposé à financer toutes les visites systématiques ; un recentrage aurait lieu à partir de septembre sur les ZEP, mais rien n'est arrêté. Car le CG trouve que ce faisant on **stigmatiserait** les enfants des ZEP et précaires ! je remarque que la discrimination positive n'est pas entrée dans les mœurs de PACA.

**Pensez-vous que les dispositifs mis en place sont adaptés/suffisants aux problèmes de santé des jeunes enfants ?en particulier en direction des enfants vulnérables. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?**

Pour le moment il y a suffisamment de personnel PMI pour assurer le suivi des jeunes enfants de 0 à 6 ans mais le CG ne veut plus financer autant : 1 médecin, 2 infirmières dont 1 puéricultrice et 1 auxiliaire de puériculture.

**Y'a-t-il un parcours de soins ? Y-a-t-il un accompagnement ou suivi adapté?**

Oui, sauf que la transmission est faite au médecin scolaire mais pas au Médecin traitant de l'Evalmater (lettre pour celui-ci). Or c'est lui qui va prescrire par exemple les séances d'orthophonie, faire les vaccins après 6 ans etc... ; c'est juste pour un problème de photocopie assurée par l'école que ce bilan n'est pas adressé au MT. Le médecin pense qu'il serait utile de le verser au dossier de l'enfant : parents, MT... ?

N'ont pas de consignes à ce sujet.

**Avez-vous une évaluation de l'efficacité et de l'effectivité des programmes mis en place ?**

Assurent un suivi individuel de tous les problèmes recensés.

**articulation/partenariat, avec qui (instit, médecin et infirmière scolaire, hôpital, etc.) ?**

Oui, avec l'accord des parents.

**Quels liens avec les parents ? Partenariats, relations**

Tout est fait avec eux et en leur présence.

**De votre point de vue, quelles sont vos difficultés dans la réalisation des bilans scolaires et leur suivi et que proposeriez – vous ?**

Le problème essentiel est quand on a besoin d'une consultation CMP, le **délai d'attente** +++ est trop important et certaines consultations ne sont pas remboursés.(psychologue, psychomotricité, ergothérapie... non remboursés en dehors des institutions.)

## Entretien MDPH Toulon assistante sociale du pôle enfance

Le rôle de la MDPH = notification. Entrée dans le champ du handicap.

Les troubles de l'apprentissage sont des problèmes de santé puisqu'ils entrent dans le champ du handicap. « Situation de handicap »

Une fois que l'enfant entre dans le champ du handicap, la MDPH devient responsable de sa scolarité. Un PPS est écrit dans ce cas, et est garanti par un enseignant référent. Au moins une équipe à la MDPH de suivi de la scolarisation.

La notification se fait sur une année en général, pour permettre un réexamen des dossiers. C'est le seul moyen pour voir si la situation de l'enfant a évolué. « Incapacité de faire ce suivi pour le travailleur social que je suis ». Pourquoi ? Manque de moyen, de temps + ce n'est pas l'objectif de la MDPH. Rôle de notification uniquement.

Pas de suivi spécifique de l'effectivité des mesures demandées. Ainsi, la MDPH est déconnectée des moyens humains et financiers dont dispose l'académie. Ce sont les services de l'éducation nationale qui recrutent et rémunèrent les auxiliaires de vie scolaire. La MDPH demande une AVS, mais ne se préoccupe jamais de l'effectivité de cette demande pour l'enfant.

Orientation MDPH par les parents, l'éducation nationale ou les CERTA. Aucune statistique n'existe.

Deux CRTA (centre sur les troubles de l'apprentissage) en PACA.

Centre pédiatrique des difficultés scolaires et troubles du développement au CH à Nice.

Service des Pr HABBIB et MANCINI au CH de la Timone à Marseille.

+ Un centre référent pour les « dys » à l'hôpital Fontpré de Toulon.

Importance du RESODYD dans la région pour les troubles de l'apprentissage.

Critères pour la MDPH : faisceaux de sévérité

Difficultés avérées depuis au moins deux ans. Bilan notamment des médecins scolaires.

QI normal

Incapacité au moins égale à 50%. Si inférieure à 50%, alors inscription de l'enfant dans un PAI.

Echec des rééducations antérieures

Au moins deux troubles « dys »

**De moins en moins d'éléments sociaux dans les dossiers de demande auprès de la MDPH. Vient de la réforme de 2005 des CDES. On demande la situation sociale des parents, mais c'est déclaratif, et facultatif. L'assistante sociale garantit le seul lien**

**social dans le dossier : téléphone aux éducateurs et AEMO si besoin, aux partenaires...**

L'assistante sociale conserve un double de tous les liens sociaux. Objectif de personnaliser le plus les choses.

Seuls liens avec les critères socio-économiques et les ISS: la MDPH demande quel est le logement de la personne concernée, sa situation professionnelle de l'adulte concernée par la prise en charge de l'enfant, sa situation familiale. C'est à l'assistante sociale de faire ensuite des recoupements s'il faut approfondir la question.

6000 demandes pour le pôle enfant. 14 SESSAD, 1 CFA spécialisé, 19 IME et ITEP, 5+4 EEAP.

Une majorité pour les demandes d'AVS.

## Docteur à l'Inspection Académique

Marseille, Inspection Académique

Le bilan scolaire des 5 – 6 ans est obligatoire. Il est fait par les médecins de l'Education nationale.

Les tests faits à 5 – 6ans repèrent des enfants déjà repérés. L'enseignant repère, l'inspection académique dépiste et oriente pour poser un diagnostic.

Trois étapes : dépistage /diagnostic / prise en charge

Les évaluations de grande section de maternelle doivent confirmer le repérage de la PMI ou des instituteurs. Les collègues de la PMI transmettent tous les dossiers à l'Inspection académique.

On repérait les enfants mais beaucoup d'enfants passaient hors du filet. On a voulu faire un repérage plus précis et standardisé. L'Inspection académique de Marseille regroupe plusieurs départements : 05, le 04 et le 13.

Travail avec le Dr Zorman, du laboratoire de Grenoble, qui met en place un outil standardisé, le **BSDES**. On fait ce test sur tous les enfants. On forme les infirmières scolaires à l'utilisation de ce test.

Mais seulement 65% des enfants faisaient ce test. (Perte de 30%).

On observe la fonction auditive, phonologique. Le plan du langage est sorti entre temps, à la suite du rapport RINGARD. On conseille aux enseignants de faire de la phonologie.

Un nouvel outil est créé. **REPEREDYS**. C'est un outil enseignant pour les CM1 et CM2 qui consiste en une épreuve de dictée, de copie, de lecture de mots et de non mots.

Les enfants repérés par les instituteurs ou les médecins PMI passent ces tests.

Une étude est menée sur les enfants repérés à 5 – 6 ans. Une forte tranche d'enfants reste encore non repérée à cet âge et repéré au collège. On a alors choisi de sélectionner les enfants déjà repérés par les institutions. Mais tous les enfants subissent le BSDES.

Depuis l'an dernier, une visite de 5 – 6 ans est allégée pour les élèves non repérés par les institutions. Elle a lieu sans parent.

Si un problème de santé est détecté, les parents sont convoqués.

Les autres enfants sont revus avec la famille et un BSDES est opéré, mais de façon plus approfondie.

On donne ensuite des avis pour aller plus loin dans le dépistage et la surveillance.

IL faut libérer du temps pour faire ce dépistage.

**Question du suivi des avis** :

Des secrétaires pointent les retours et suivis et relancent l'ensemble des familles des enfants repérés et des médecins pour savoir si la prise en charge a eu lieu, est en cours,

etc... sur le court terme, cela fonctionne très bien (de décembre à janvier de l'année suivante). 90% des enfants sont effectivement suivis. A long terme, c'est beaucoup plus problématique car cela ne fonctionne pas.

En CP, encore beaucoup de repérage tardif. Des enfants qui n'avaient pas été repérés avant, qui avaient des troubles qui passaient pour des difficultés socio-éducatives. Un TSA est difficile à diagnostiquer. Souvent un trouble léger est compensé par l'enfant.

En règle générale, seul un trouble sévère est repéré en maternelle.

C'est tout l'intérêt des équipes éducatives au sein de l'école.

On a formé des médecins à la **BREV**. (Test de Catherine BRIARD qui comprend évaluation du QI, ... *batterie d'évaluation*)

Il n'existe pas à proprement parler de réseau de santé. On envoie les enfants chez les orthophonistes formés par le DU sur les troubles de l'apprentissage du Dr Habib<sup>65</sup>.

Les CERTA représentent une grande difficulté pour les parents. Délais d'attente pour poser un diagnostic de plus d'un an.

De plus, peu de CERTA pour la population à diagnostiquer.

Problèmes pour la rééducation et la prise en charge.

2500 aménagements DYS pour le département. 90% pour des troubles de l'apprentissage.

Aménagement scolaire avec un PAI. Mais tout est flou pour les DYS. La MDPH reconnaît la situation de handicap provoquée par les DYS grave et permet des aménagements scolaires pour les examens. Toutefois, les associations DYS en profitent. Dérives des associations qui demandent de plus en plus d'auxiliaires de vie scolaire pour des enfants qui n'en ont pas forcément besoin. Pour autant, pénurie. 25% de PAI dys, mais de grande difficulté à les mettre en place.

Au cours de la réunion de l'équipe du PAI, la famille et l'équipe soignante sont présentes.

L'aide apportée est conditionnée à une obligation de soin.

L'ergothérapie est financée par la MDPH sur deux ans. La psychomotricité est faite au CMP.

Il existe des CLIS et des UPI DYS et les affectations dépendent de l'Inspection académique. Forte montée en charge de ces classes et des DYS due à un meilleur repérage.

Pour tout retard scolaire, un bilan ODEDYS est fait systématiquement. C'est nouveau.

---

<sup>65</sup> Médecin co fondateur du CERTA de Marseille avec le Dr Mancini et responsable du RESODYS



Gros problème de notre époque : l'environnement. Tout est causé par l'environnement, le stress, ... Or on passe à côté de vrais problèmes d'apprentissage.

Les instituteurs sont formés à cet outil. Mais on leur en demande vraiment beaucoup.

Il s'agit de cibler celui qui doit être pris en charge.

Utilité et plus value du diagnostic par une équipe pluridisciplinaire. Faire un diagnostic différentiel, un diagnostic catégoriel (1 psychomot', une psy, un pédiatre). Avec le WISP 4, 4 items étudiés (QI, mémoire, verbal, logique.)

Les troubles sociaux ne faussent pas le diagnostic. C'est marginal.

A l'inspection académique, TOUS LES ENFANTS sont vus, dans toutes les écoles, quels que soient les quartiers. Pas besoin de faire de sélection selon la précarité.

Des troubles auditifs de plus en plus nombreux. Pourtant, les bilans de PMI ne les dépistent plus en systématiques. 8% d'enfants ont des problèmes auditifs repérés par an dans l'académie d'Aix Marseille.

Le médecin scolaire peut également dépister à la demande.

Projet de M. Hirsch de **santé communautaire**. Une médiatrice a été embauchée pour faire le suivi des enfants repérés des quartiers de la Belle de Mai et de Saint Mauron. Si un rouage ne se fait pas, la famille laisse tomber. La médiatrice est là pour soutenir.

Cette santé communautaire existe depuis un an.

Un bilan orthophonique, un bilan de saturnisme, et un bilan ophtalmologique sont proposés systématiquement aux enfants dont les parents n'ont pas de couverture. Ces bilans ont été financés par la CPAM.

Travail également avec les habitants. Mise en place d'un réseau d'acteurs avec « l'Université du citoyen ». Aide à l'accès aux droits dans les quartiers nord notamment. Thème sur l'école. Travail de trois ans. Un comité de pilotage en cours pour pérenniser le projet sachant que M. Hirsch n'est plus au gouvernement et que le projet n'a plus de financement.

Le **PRODAS** est un programme de développement affectif adapté pour les petits. Le planning familial le met en place à Marseille pour les enfants. Les enseignants ont été formés. Toutes les compétences psychosociales sont étudiées et transmises aux élèves. Travail de fond une fois par semaine. Un test fait aux CPs, l'an prochain aux CE1 et aux CE2 l'année suivante. Beaucoup moins de violences dans les classes et des retombées très positives.

Le **RESODYS** est avant tout un réseau de soignants. Une instance de réflexion pour des personnes qui savent réfléchir.

**CORYDYS** soutient les parents. (= un centre de documentations sur les troubles DYS pour les familles). Ils ont recrutés des personnes pour faire de la médiation, mais pas très concluant pour l'instant.

Efficacité des bilans scolaires. Même si la remédiation et le suivi ne sont pas top.

ON voit une vraie amélioration depuis 15 ans avec une évolution très positive. Vrai progrès de l'équipe éducative pluridisciplinaire où tout le monde est autour de la table.

Parfois, il faut cataloguer et étiqueter pour pouvoir aider.

**Recommandations :**

Améliorer le lien soignants / école.

Améliorer la pérennité des actions

Avoir plus de centres de diagnostic. Devant la pénurie à Marseille (un seul centre), des structures privées émergent avec des bilans facturés chers. Peu de structures médico sociales (1 SESSAD Dysphasie, 1 SESSAD dyslexie). Début des UPIs dys.

Associer les familles dans les réseaux.

Gros travail à faire au niveau de l'école.

## Médecin PMI PACA

L'histoire d'éval mater:

Concordance dans le même temps

- mobilisation nationale autour des troubles du langage et le repérage par l'éducation nationale

- rapport RINGARD

- GRSP PACA jeunes

- PMI objectifs de réduction des TA de 50 %

Le but d'Eval mater est d'harmoniser afin de mieux dépister et réduire les TA + le financement des PRSP. ORS a joué un rôle logistique et a permis de mener les enquêtes épidémiologiques.

En 2008, il y a un nouveau financement du PRSP donc nouvelle études sur un échantillon d'enfants pour savoir ce que sont devenus les enfants qui ont des problèmes.

Eval mater se compose de deux parties, une partie sur l'état de santé effectuée la plupart du temps par l'infirmière scolaire et les tests sur les TA qui sont fait par le médecin de PMI.

Le médecin de PMI ne voit pas systématiquement tout les enfants. Il voit prioritairement ceux pour lesquels l'infirmière détecte d'éventuels problèmes. Dans les zones de grandes précarité, le choix a été fait de voir systématiquement tous les enfants.

La précarité peut être économique, un handicap, un enfant prématuré, le chômage, un problème psychiatrique.

En ce qui concerne les bouches du Rhône, il manque des moyens financiers et humains pour faire faire le bilan des 3-4 ans par un médecin de PMI à tous les enfants. Toutefois, un dépistage de TA, de l'obésité, du saturnisme sont effectués.

Eval mater est un outil qui permet de mettre en évidence 3 catégories d'enfants

- ceux pour qui tout va bien

- ceux qu'il faut surveiller

- et ceux qu'il fait orienter pour des soins. Les grilles d'évaluations se font entre 3 et 4 ans et sont affinées entre 4 ans et 4 ans et demi car en si peu de temps beaucoup de choses peuvent changer.

Pour les enfants à orienter, une partie a consulté un spécialiste qui a confirmé le troubles, mais beaucoup n'y sont pas allés (pas de rdv, manque de professionnels, pb financier). Les médecins de PMI ne peuvent pas relancer les parents et donc il n'y a pas de suivi.

La PMI fait aussi un travail sur le soutien à la parentalité (lieux d'accueil, groupes d'éveil, accompagnement supplémentaire et spécialisé pour les parents ayant un enfant handicapé).

Il était également dans la mouvance générale de reconnaître les TA comme un handicap.

Les médecins de PMI adressent tous les dossiers des tests des 3-4 ans aux médecins scolaires afin d'assurer un certains suivi.

L'ORS aurait voulu mener une étude entre EM et les bilans de l'EN mais pas de financement et pas de suivi car manque de moyen.

Cette action coordonnée de détection des troubles du langage a permis la création d'un centre de référence en matière de trouble du langage à la Timone (cf DR MANCINI).

La place de l'instituteur est très importante car ils sont en première ligne et leur repérage est souvent bon.

En ce qui concerne l'orientation, chaque équipe a son réseau de soins informels, réseau "naitre et devenir", "résodys", réseau informel la belle mai à St Mauront.

*Réduction des inégalités :*

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2010

Dans les bouches du Rhône, ce travail partenarial a créé des liens importants. Quand M. HIRSCH a lancé un projet pour la réduction des inégalités de santé, le PRSP a postulé en proposant un projet : " réduire les inégalités de santé dans les quartier en grande précarité".  
Projet qui a été accepté et financé dès janvier 2009

La création du réseau communautaire de St Mauront/Belle de mai. ce projet possède environ 10 fiches actions comme bilan de santé bucco dentaire, fiche sur le saturnisme, etc.  
But : expérimentation d'un dispositif afin de réduire les inégalités de santé en impliquant les parents, en suivant les enfants au plus près, l'implication des médecins libéraux du quartier.

L'Assurance maladie est elle aussi très impliquée puisqu'elle finance les soins mal ou non remboursés, avec la volonté de prendre en charge à 100% les soins remboursés afin que ces enfants puissent y accéder. Ex MT dents bilan bucco dentaire des 6 ans.

Les 6 départements de PACA utilisaient des bilans scolaires différents. On ne pouvait pas utiliser ces bilans pour toute demande sur l'état de santé des enfants, ou une question de santé publique.

Un groupe de travail a été monté avec deux médecins PMI 13 et CERTA 13. Idée de créer un bilan standardisé dans toute la région PACA. On cherche des financements.

On trouve des financements dans le programme régional de santé des jeunes et le GRSP pour trouver un financement.

En 2002, on crée le bilan EVAL MATER autour de tous les départements.

La neuropédiatre réfléchit sur de nouveaux tests psychomoteurs et sur des tests sur le langage. Pour elle, il n'y avait pas de grille efficace pour le langage. Le bilan EVAL MATER, c'est à la fois les troubles oraux du langage, les TSA et les tests psychomoteurs.

L'ORS propose une enquête en 2002 pour faire un bilan standardisé. Sur une cohorte, étude de la santé des enfants. Evaluation de la couverture vaccinale, des problèmes de poids sur la prévalence en PACA. Comme l'apport du bilan langage et psychomoteur était nouveau, il fallait faire une courbe ROC. On constitue une cohorte avec un groupe d'enfants de 200, tirés au sort. Il s'agissait de savoir si ces enfants à orienter ont eu une orientation et si au CP ils ont été suivis.

Résultat : le bilan est très performant à partir de 4 ans. En effet, on avait deux types de test, un pour les enfants de 3 à 3,5 ans et un pour les enfants de 4 à 4,5 ans. Pour les 3,5 ans, on évaluait des problèmes articulatoires. Donc les visites de PMI devaient être faites entre 4,5 et 5 ans.

Avec l'arrivée des ARS, on demande à évaluer la santé des enfants. Etude de cohorte sur d'autres enfants aurait du avoir lieu pour savoir si les actions de santé avaient été efficaces, mais les financements n'ont pas été trouvés, et l'étude a avorté...

Le programme régional de santé publique sera fait en octobre de cette année. En attendant, aucune instruction ou info de la part de l'ARS du 13.

Une enquête pour évaluer les bilans scolaires et le dépistage. L'enquête est en cours sur un échantillon représentatif d'enfants de 3,5 à 4,5 ans en PACA, avec en plus un volet départemental. (Etude sur les CG, selon les départements). Ainsi, chaque conseil général pourra se réappropriier les choses. Elle a commencé en novembre 2009, mais à cause de la pandémie grippale, deux mois de retard ont été pris. Le taux de réponse a été plus faible

qu'escompté (pour la précédente étude, taux de 85% de réponses). On pense qu'il y aura peu de biais. 40 000 enfants ont été tirés au sort.

D'autres régions ont voulu s'approprier ce test EVAL MATER.

Un éditeur avait fabriqué une mallette pour un bilan psychomotricité et sur les troubles de l'apprentissage. Les médecins veulent le mettre en place dans les régions.

Bilan EVAL MATER :

Nom e l'école, du médecin traitant, de la famille, de l'enfant

Mode de vie, de garde

Niveau d'étude des parents, propreté, accouchement et termes, couverture vaccinale à 24 mois

Problèmes visuels et auditifs (otoscope et test de fréquence)

Taille, poids et IMC

Examen buccodentaire

Un volet sur le comportement

Page de conclusion

Une page recto verso de troubles du langage et psychomoteur.

Il faut en moyenne 45 minutes pour faire le test EVAL MATER. Souvent les infirmières aident les visites. Système de scoring qui déplaît aux médecins car tout le monde peut en apparence le faire.

Problèmes du suivi :

Liste d'attente trop longue pour avoir un diagnostic et une prise en charge.

Les parents peuvent mal prendre le dépistage de leur enfant et l'orientation qui en est faite.

Problèmes des déménagements et transit à Marseille : présence de comoriens notamment.

La population est peu captive à la prise en charge.

Confrontation EVAL MATER/ Test de ZORMAN. N'évalue pas la même chose.

Problématique en soi. Le test de ZORMAN est mis en place pas les médecins scolaires, pour les troubles écrits. A 4,5 ans, on peut aller plus loin qu'à 3,5 ans.

Ne pas attendre 5 ans, car à 5 ans, c'est trop tard.

Cette confrontation a montré que beaucoup d'enfants à 3,5 ans avaient eu une prise en charge après l'orientation, et avaient eu un test de ZORMAN à 5 ans = normaux.

On n'a pas pu faire de cohorte sur l'efficacité, car cela coûte très cher.

Autres tests comme ERTL4

Un outil a été développé et financé par le CRES de PACA, OSCAR. Il permet de répertorié et cartographie l'ensemble des actions de santé publique sur le département. On remarque

beaucoup de choses de faite sur la vaccination ROR, et couverture vaccinale + actions sur le surpoids et l'obésité.

Problématique de parler de « précarité » car le niveau de revenu n'est pas toujours représentatif.

On utilise le critère de la ZEP.

L'ORS avait proposé une étude de suivi des enfants repérés par le réseau communautaire de la Belle de Mai et Saint Mauron. On a du prendre des enfants hors ZEP pour comparer (même CP, ...)

Il reste difficile de parler d'efficacité sans faire de suivi. Il faudrait un suivi sur deux ans, pour évaluer la prise en charge. C'est très lourd et très couteux + beaucoup de biais. Quelle part donner à l'efficacité de la prise en charge d'un trouble dépisté face à la naissance d'un frère, une maladie, un décès d'un parent, des troubles du sommeil, une prise de médicaments, ...

## Annexe III : Etude des PRSP

Régions	Problèmes de santé étudiés				Commentaires	Source
	Vaccination	Obésité- surpoids	Bucco- dentaire	Troubles de l'apprentissage		
Alsace	X	√	√	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. existence d'un axe santé mentale/psychiatrique des enfants</li> <li>2. l'Alsace serait la région où le taux d'enfants de 6 ans en surcharge pondérale est le plus fort</li> <li>3. pas de référence explicite à la vaccination des jeunes enfants</li> <li>4. soins bucco-dentaires situés dans un axe « <i>aide aux populations en difficulté socio-économique et culturelle</i> »</li> </ol>	PRSP 2006- 2008
Aquitaine	X	√	X	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. comprend le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) mais ne rappelle que des grands principes, rien de très ciblé « jeunes enfants »</li> <li>2. référence au PNNS et volonté d'une « <i>attention particulière à la situation nutritionnelle critique des populations défavorisées</i> »</li> <li>3. indique un nombre d'enfants en surpoids qui serait plus important dans les zones ZEP (en particulier Bordeaux) ainsi que dans les communes rurales de moins de 2000 habitants</li> </ol>	PRSP 2005- 2008
Auvergne	X	√	X	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. accent mis sur la volonté de réaliser des examens systématiques en milieu scolaire de l'état de santé des élèves de l'Académie. Cependant, bilans infirmiers avec « <i>dépistage sensoriel, contrôle du développement staturo-pondéral, hygiène buccodentaire, vaccination</i> » prévus pour les élèves de CE2 et de 6<sup>ème</sup></li> <li>2. objectif de confortation des pratiques de dépistage notamment surpoids, obésité et apprentissages « <i>en particulier à l'entrée au CP</i> »</li> <li>3. vaccination et problèmes bucco-dentaires ciblés sur les populations précaires (mais pas spécifiquement les jeunes enfants avant le CE2)</li> </ol>	PRSP 2005- 2009
Bourgogne	X	√	√	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. référence à la vaccination uniquement présente dans un axe « <i>prévenir le développement de maladies infectieuses</i> » et destinée à un public adulte (19 ans et plus)</li> <li>2. <b>mesure 5</b> : <i>Repérer dès l'enfance (bilan de 6 ans) les signes de surpoids et d'obésité et mettre en place des interventions adaptées pour ces enfants</i></li> <li>3. <b>mesure 17</b> : <i>Dépister et favoriser l'accès aux soins dentaires des enfants de 6 à 12 ans</i></li> <li>4. <b>mesure 53</b> : <i>Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge des troubles des apprentissages et des difficultés de langage chez l'enfant</i></li> </ol>	PRSP 2004- 2008



<b>Bretagne</b>	√	√	X	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. seulement une référence faite à des programmes développés par la région en partenariat avec l'assurance maladie sur la vaccination (ROR) et l'obésité des jeunes</li> <li>2. le PRSP indique que l'obésité progresse de manière importante chez les jeunes (référence au PNNS et au public des jeunes enfants)</li> <li>3. accent mis sur la volonté de réduire les inégalités de santé</li> </ol>	PRSP 2006- 2010
<b>Centre</b>	X	√	X	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. lutte contre l'obésité infantile (référence au PNNS) et volonté de cibler les jeunes en milieu scolaire à partir de 6 ans</li> </ol>	PRSP 2005- 2009
<b>Champagnes</b>  <b>Ardennes</b>	X	√	√	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. existence d'un axe santé mentale/psychiatrique des enfants</li> <li>2. axe 1 : 1.4 prévention de l'obésité de l'enfant</li> <li>3. objectif de travail sur l'hygiène bucco-dentaire prévu à travers le Schéma Régional d'Education pour la Santé (SREPS) mais contenu exact assez vague (phase de démarrage de la politique publique)</li> </ol>	PRSP 2005- 2009
<b>Corse</b>	√	√	√	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. utilisation des visites médicales et bilans de santé réalisés au cours de la 6<sup>ème</sup> année pour déterminer l'état de santé de la population sur la région et de ceux réalisés pour les 3-4 par la PMI dans les écoles maternelles pour orienter les enfants « dépistés »</li> <li>2. extrait du PRSP : « <i>les consultations PMI (...) concernant les enfants de 0 à 6 ans, accompagnés de leurs parents, proposent des examens dont l'objectif est la surveillance de la croissance staturo-pondérale, le développement physique, psychomoteur, affectif, le dépistage des déficiences, la pratique des vaccinations.</i> »</li> <li>3. politique active de relance vaccinale mise en place par la PMI</li> </ol>	PRSP 2005- 2009
<b>Franche Comté</b>	√	√	√	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. objectif d'amélioration de la couverture vaccinale de la population de la région (petite enfance visée à travers le vaccin ROR uniquement)</li> <li>2. objectif de dépistage et de prise en charge de l'obésité infantile (appui sur les réseaux Repop (réseau prévention de l'obésité pédiatrique))</li> <li>3. objectif de sensibilisation des 6-18 à l'intérêt d'une bonne hygiène bucco-dentaire</li> </ol>	PRSP 2006- 2008

Ile de France	X	√	√	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. couverture vaccinale uniquement vue sous l'angle de la nécessité de les maintenir pour les adolescents, les jeunes adultes et les groupes ayant des pratiques à risque</li> <li>2. <b>axe 1 objectif 23</b> : prévenir l'obésité infantile (0-11 ans) notamment par l'éducation critique à la consommation et dépister précocement le surpoids chez l'enfant</li> <li>3. le PRSP fait référence à un lien clairement établi entre le niveau socio-économique et l'état de santé 'il a notamment une incidence sur le recours et la continuité des soins, la prévention (santé bucco-dentaire) et le dépistage. Actions ciblées prévues pour les « populations les plus vulnérables » et notamment pour les enfants de moins de 4 ans</li> <li>4. <b>axe 2 objectif 7</b> : renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral</li> </ol>	PRSP 2006- 2010
Langue doc - Roussillon	X	X	√	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PRSP qui manque de précision sur les populations ciblées en général...</li> <li>2. seulement présence d'un diagnostic régional dans le PRSP de l'existence d'un phénomène de hausse de l'obésité dans la population</li> <li>3. <b>objectif 8</b> : améliorer la santé bucco-dentaire (en particulier chez le jeune enfant)</li> <li>4. <b>objectif 20</b> : organiser la détection et la prise en charge des troubles de l'apprentissage</li> </ol>	PRSP 2006- 2008
Limousin						
Lorraine						
Midi - Pyrénées	√	√	√	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. objectif d'augmentation de la couverture vaccinale des jeunes enfants (ROR)</li> <li>2. <b>objectif 1</b> : promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière contient un objectif de dépistage de l'obésité infantile « auprès des enfants scolarisés lors des bilans de 3 ans et 6 ans »</li> <li>3. <b>objectif 7</b> : préserver la santé bucco-dentaire notamment en mettant en place un examen de prévention pour les enfants de 6 et 12 ans</li> <li>4. <b>objectif 21</b> : prévenir la survenue de troubles du langage oral et écrit</li> </ol>	PRSP Avril 2006
Nord Pas de Calais	X	√	X	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>objectifs prioritaires 2.2</b> : Améliorer le repérage des troubles spécifiques du langage oral et écrit ainsi que la prise en charge pédagogique et /ou thérapeutique (utilisation des dépistages automatiques réalisées entre (5 et 6 ans par les médecins de santé scolaire)</li> <li>2. <b>objectif spécifique 2.2.1</b>. Accroître les connaissances des parents et des enseignants sur l'importance du langage : « Chez l'enfant de 0 à 3 ans, tout déficit auditif, visuel, neuro-moteur, tout problème relationnel peut entraîner un trouble ou retard du développement du langage »</li> <li>3. Obésité vue à travers le PNNS</li> <li>4. Volonté de mise en place d'une « stratégie régionale de prévention bucco-dentaire »</li> </ol>	PRSP 2007- 2011 volet « sant é des enfant s et des jeunes »

<b>Basse Normandie</b>	X	√	√	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. couverture vaccinale seulement abordée sous l'angle de la nécessité d'un développement régional de la protection contre l'hépatite B</li> <li>2. prévenir la « survenue de l'obésité précoce chez les enfants » en ciblant les femmes enceintes et favoriser la prise en charge de l'obésité infantile « à partir du dépistage précoce réalisé en PMI et par la médecine scolaire »</li> <li>3. amélioration de la santé bucco-dentaire via le développement d'actions de prévention dans les écoles</li> </ol>	PRSP 2005-2008
<b>Haute Normandie</b>	X	√	X	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>mesure 1.3.2-2</b> articuler les actions de prévention primaire de l'obésité avec les actions du réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (REPOP) de Haute Normandie</li> <li>2. déclinaison régionale du PNNS : 5 mesures différentes pour prévenir l'obésité des jeunes de 0 à 16 ans notamment « former les professionnels de la petite enfance »</li> <li>3. objectif de développement d'actions ciblées d'éducation à la santé notamment en matière bucco-dentaire auprès des personnes démunies (mais non apparition des enfants comme public cible précis)</li> </ol>	PRSP 2005-2009
<b>Pays de la Loire</b>	X	√	X	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. lutte contre l'obésité prévue mais uniquement sous l'angle du PNNS</li> <li>2. dépistage des troubles de l'apprentissage via le bilan médical obligatoire de la 6<sup>ème</sup> année permettant notamment d'obtenir une vision d'ensemble de la population ligérienne</li> </ol>	PRSP 2006-2009
<b>Picardie</b>	X	√	X	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>objectif général n°1.3.2</b> : organiser la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité de l'enfant sur les territoires dans le cadre du PNNS. Volonté de renforcer les dispositifs de prise en charge de l'obésité de l'enfant : déclinaison d'objectifs opérationnels</li> <li>2. l'objectif de permettre le recours effectif à la prévention et aux soins prévoit un volet qui souhaite augmenter le recours effectifs aux soins notamment bucco-dentaires chez les jeunes en insertion (pas de politique publique au niveau de la petite enfance)</li> <li>3. la lutte contre les troubles de l'apprentissage fait partie des priorités du PRSP posées par le programme régional « enfants et jeunes de Picardie en santé »</li> </ol>	PRSP 2006-2009
<b>Poitou Charentes</b>	X	X	X	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. objectif d'amélioration de la couverture vaccinale et de promotion des soins (ex : bucco-dentaires) des populations dites « fragilisées ». Cependant, la petite enfance n'est pas ici une cible explicitée de cette politique publique</li> <li>2. en matière de nutrition (lutte contre l'obésité) référence au PNNS mais actions ciblées sur les adolescents</li> <li>3. le PRSP rappelle l'existence de programmes de dépistage et de prise en charge précoce des troubles de l'apprentissage, ces actions sont à approfondir</li> </ol>	PRSP 2005-2008
<b>PACA</b>	√	√	√	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. objectif d'amélioration de la couverture vaccinale avec la petite enfance parmi les populations cibles</li> <li>2. objectif de prévention des problèmes de surpoids visant « tous les élèves scolarisés de la maternelle au lycée »</li> <li>3. <b>programme 07</b> : améliorer le dépistage des affections bucco-dentaires dans le cadre de la promotion de l'hygiène bucco-dentaire. Ce programme comprend notamment un objectif</li> </ol>	PRSP 2005-2009

					visant tous les enfants de 6 ans sur l'ensemble de la région PACA	
<b>Rhône-Alpes</b>						
<b>Guyane</b>						
<b>Guadeloupe</b>	√	X	X	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>objectif de lutte contre les maladies infectieuses par la vaccination. Le PRSP rappelle que la PMI a un objectif de vaccination des 0 à 6 ans</li> <li>objectif de dépistage et de prise en charge de l'obésité chez l'enfant (public adolescent visé)</li> <li>les soins bucco-dentaires sont axés sur les 16-25 ans</li> <li>objectif de réalisation de 100% des bilans de 6<sup>ème</sup> année via la création d'un centre de référence pour les troubles de l'apprentissage</li> </ol>	PRSP 2006-2010
<b>Martinique</b>	X	X	X	X	<ol style="list-style-type: none"> <li>objectif de vaccination tourné surtout vers les maladies infectieuses</li> <li>objectif de lutte contre l'obésité tournée vers le public adolescent et adulte</li> </ol>	PRSP 2005-2011
<b>Réunion</b>	X	√	X	√	<ol style="list-style-type: none"> <li>rappel de l'importance de l'action de la PMI en matière de vaccination mais aussi du manque de moyens humains</li> <li><b>objectif 5 : promouvoir la santé des enfants en milieu scolaire.</b> Cet objectif se divise en plusieurs parties dont la volonté « d'améliorer le suivi et le recours aux soins des enfants porteurs d'un problème de santé lors de la visite médicale obligatoire effectuée au cours de leur 6<sup>ème</sup> année ». Ici sont visés notamment l'obésité et les troubles de l'apprentissage</li> </ol>	PRSP 2006-2008