

Parcours santé des élèves

Auvergne-Rhône-Alpes

Partage de données sur les dépistages et bilans de santé
chez les enfants : 3-4 ans, 6 ans, 12 ans

MAI 2020

**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Marie-Reine FRADET, chargée d'études, épidémiologiste

Pauline BOLAMPERTI, chargée d'études en statistiques

Chérine LABRECHE, statisticienne (contrat d'apprentissage en alternance)

Sylvie MAQUINGHEN, directrice déléguée

Dans le cadre de la convention de partenariat pour la promotion de la santé à l'école signée le 31 janvier 2019 entre l'Agence régionale de la santé Auvergne-Rhône-Alpes et les Académies de Clermont-Ferrand, Grenoble et Lyon ;

Suite à l'enquête nationale « Bilan de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017 »¹ réalisée auprès des services de PMI par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, à la demande de la Direction générale de la santé ;

Et avec le soutien financier de l'Agence régionale de la santé Auvergne-Rhône-Alpes.

¹ Beaumont A, Mathieu C. Bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017 : les pratiques des services départementaux de PMI et des services municipaux de santé scolaire. Paris : Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé, CREAL-ORS Occitanie, ORS Nouvelle Aquitaine, OR2S ; 2019 p. 74.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnes ayant contribué à cette étude et plus particulièrement :

Michèle Tardieu, Directrice de projets, Direction de la stratégie et des parcours, ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Fleur Rouveyrol, Médecin conseiller technique du Recteur, Service médico-social, Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand

Catherine Veysièrre, Infirmière conseillère technique du Recteur, Service médico-social, Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand

Valérie Bernier-Jaulin, Médecin Départemental de Protection Maternelle et Infantile, Cheffe du service PMI et Petite Enfance, Conseil départemental de l'Allier

Ghislaine Champagnac, Responsable Mission Prévention-Santé, Service de Protection Maternelle et Infantile, Conseil départemental de Haute-Loire

Catherine Lassalas, Coordinatrice Pôle Santé Mères-Enfants, Conseil départemental du Puy-de-Dôme

Sylvie Durieux, Médecin Départemental de Protection Maternelle et Infantile, Conseil départemental du Puy-de-Dôme

Nathalie Pierlot-Garcin, Médecin PMI, Circonscription de Saint-Flour, Pôle solidarité départementale, Conseil départemental du Cantal

Christine Chevalier, Cheffe du Service d'études statistiques, de la performance et de l'analyse de gestion (SESPAG), Rectorat de l'académie de Grenoble

Christine Lequette, Médecin conseiller technique du Recteur, Service médical et social, Rectorat de l'académie de Grenoble

Magali Suerinck, Infirmière conseillère technique du Recteur, Service médical et social, Rectorat de l'académie de Grenoble

Martine Chalayer, Médecin Départemental, Directrice Adjointe PMI et Prévention Santé, Conseil départemental de la Drôme

François-Xavier Leupert, Médecin départemental de PMI, référent Protection de l'enfance. Service PMI et parentalités DEJS, Conseil départemental de l'Isère

Agnès Lacassie-Dechosal, Médecin, Directeur Adjoint PMI-Promotion Santé, Direction Enfance-Famille, DGA Action Sociale Solidarité. Conseil départemental de Haute-Savoie

Caroline Blanchin, Cadre de santé, Coordinatrice départementale petite enfance, Conseil départemental de Savoie

Françoise Imler-Weber, Médecin conseiller technique du Recteur, Promotion de la santé en faveur des élèves et des personnels, Rectorat de l'académie de Lyon

Sophie Mico, Infirmière conseillère technique du Recteur, Rectorat de l'académie de Lyon

Marie-Pierre Pollet, Médecin conseiller technique responsable départemental, DSDEN du Rhône.

Catherine Hamel, Médecin, Directrice Enfance Famille, DGAS /Direction Générale Adjointe Solidarité, Conseil départemental de l'Ain

Gaëlle Bret, Adjointe au Médecin Départemental de Protection Maternelle et Infantile, Conseil départemental de la Loire

Béatrice Lalloue, Médecin Départemental de PMI, Conseil départemental de la Loire

Marie-Sophie Barthet-Derrien, Médecin, Directrice adjointe PMI modes de garde, Délégation Développement Solidaire, Habitat et Éducation, Cheffe du service épidémiologie promotion de la santé, Métropole de Lyon

Véronique Ronzière, Médecin Départemental de Protection Maternelle et Infantile, Métropole de Lyon

Françoise Michelland, Cheffe de service PMI, Médecin référent protection de l'enfance, Direction Enfance Famille Pôle Solidarités, Conseil départemental du Rhône

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
CONTEXTE	7
OBJECTIF	10
MÉTHODE	11
RÉSULTATS	13
1. PARTICIPATION DES SERVICES	13
1.1. Les services de PMI	13
1.2. Les rectorats	13
2. L'OFFRE SANITAIRE	15
2.1. Les médecins spécialistes en médecine générale et en pédiatrie	15
2.2. Professionnels de santé salariés dans les services de PMI ou de l'EN	16
2.3. Les professionnels de santé salariés de l'Éducation nationale	17
2.4. Les chirurgiens-dentistes	18
2.5. Les orthophonistes	19
3. ACCÈS DES ENFANTS À UN DÉPISTAGE OBLIGATOIRE AVANT LEUR 13^{ÈME} ANNÉE	20
3.1. Accès des enfants de 3-4 ans à un bilan médical réalisé par les services de PMI	20
3.2. Accès des enfants de 12 ans ou moins à un dépistage obligatoire en milieu scolaire	21
3.2.1. Les visites médicales lors de la 6 ^{ème} année de l'enfant	21
3.2.3. Les bilans infirmiers lors de la 12 ^{ème} année de l'enfant	24
3.2.4. Tableau de synthèse de l'accès à un bilan infirmier ou une visite médicale	25
4. MODALITÉS D'ORGANISATION DES BILANS 3-4 ANS	26
4.1. Type d'interventions des professionnels de PMI (réalisation des dépistages infirmiers et des bilans médicaux)	26
4.2. Statut des écoles concernées par les bilans 3-4 ans	26
4.3. Niveau des enfants concernés par les bilans 3-4 ans	26
5. RÉSULTATS DES DÉPISTAGES	26
5.1. Le dépistage visuel dans le cadre des bilans 3-4 ans	27
5.2. Les examens bucco-dentaires lors des bilans ou visites médicales en milieu scolaire	29
5.3. La vérification des vaccinations lors des bilans 3-4 ans	31
5.4. Le dépistage des troubles du langage	32
5.5. Le contrôle poids-taille	34
5.6. Les orientations suite au repérage d'une anomalie	37
DISCUSSION	39
CONCLUSION	45

Contexte

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a développé au sein du projet régional de santé (PRS) un axe en direction du parcours de la santé des jeunes. Le parcours « santé des jeunes » considère la période de 0 à 6 ans comme prioritaire. La période de la petite enfance et de l'enfance est celle du développement psycho-affectif, des apprentissages et de l'installation des comportements alimentaires et de sédentarité. À l'adolescence et chez le jeune adulte apparaissent d'autres risques liés aux relations aux proches, aux difficultés d'insertion ou à des périodes de rupture (entrée en apprentissage, en université...).

Le décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé a prévu un suivi et une évaluation à l'échéance du schéma régional de santé. En Auvergne Rhône Alpes, un suivi des indicateurs du PRS a été prévu dès sa mise en œuvre.

Appliqué à la population des jeunes de moins de 25 ans, l'objectif général fixé est de contribuer à améliorer la connaissance des besoins de santé des jeunes en organisant et actualisant, chaque année, les données existantes sur la santé des jeunes par classe d'âge, par thème et par territoire. Sur ce parcours, il a été décidé d'organiser un recueil d'indicateurs de suivi du parcours de santé chez les jeunes par classe d'âge et par thème. Les classes d'âge retenues sont les suivantes : 0-1 an ; 2-6 ans ; 7-11 ans ; 12-18 ans ; 19-25 ans. Concernant l'évaluation, des questions évaluatives portent sur les thématiques prioritaires retenues, « marqueurs d'inégalités sociales de santé » tels que le surpoids, la santé buccodentaire ainsi que les addictions.

Parmi les objectifs inscrits au PRS, l'ARS a prévu de "contribuer au soutien et à la coordination de l'ensemble des professionnels concernés pour assurer les repérages et les dépistages des problèmes de santé de l'enfant, en référence aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) destinées aux médecins généralistes, aux pédiatres et aux médecins de protection maternelle et infantile et de santé scolaire". Cette coordination a pu notamment s'appuyer et s'inscrire dans le cadre de la convention de partenariat entre l'ARS et les Rectorats de Clermont-Ferrand, Grenoble et Lyon. Cette convention prévoit notamment d'améliorer la connaissance de l'état de santé des élèves sur la base d'un système de recueil d'indicateurs. La convention prévoit en outre d'engager des travaux pour mieux repérer les établissements scolaires fragilisés afin d'objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé des élèves.

Par ailleurs, au niveau national, plusieurs rapports ou enquêtes ont porté sur le parcours de santé, l'accueil, l'éducation des enfants de 6 ans et sur les services de protection maternelle et infantile, acteur essentiel de la santé des moins de 6 ans. Ces rapports ont mis en évidence les difficultés rencontrées par ceux-ci dans la réalisation des bilans 3-4 ans. La situation s'est dégradée entre 2011 et 2018².

² Rist S, Barthet-Derrien M-S. Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019 p. 66 / Bégué P. La médecine scolaire en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. oct 2017 ; 201(7-8-9) : 957-972

Ces mêmes rapports mettent en évidence le manque de données disponibles permettant de disposer d'une vision globale du suivi des enfants de moins de 6 ans. Concernant les bilans 3-4 ans, les différentes études menées montrent, qu'au niveau national, il n'y a pas de méthode partagée permettant de collecter de manière identique les informations et le contenu des bilans est différent. De même, les données relatives au bilan de santé à six ans réalisé à l'école primaire sont partielles.

Plus généralement, le parcours de santé des enfants est ponctué de 20 examens obligatoires répartis depuis le 1^{er} mars 2019 au cours des 16 premières années comme suit : 10 examens la première année, 3 examens au cours de la 2^{ème} année, 4 examens de la 3^{ème} à la 6^{ème} année, un examen entre 8 et 9 ans, un entre 11 et 13 ans et un entre 15 et 16 ans . Ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Les objectifs sont de surveiller la croissance staturo-pondérale et le développement de l'enfant et de l'adolescent ainsi que de dépister des anomalies ou déficiences (sensorielles, notamment visuelles, auditives, troubles du langage, troubles du comportement...) et la pratique des vaccinations.

Plusieurs professionnels de santé peuvent réaliser ces examens, les médecins spécialistes libéraux en médecine générale ou en pédiatrie, en centre de santé, en consultation externe dans un établissement ou en consultation de PMI pour ceux programmés jusqu'à 6 ans.

D'autres professionnels, sans être exhaustif, sont impliqués dans le suivi des enfants. La santé buccodentaire repose sur de bonnes habitudes d'hygiène dentaire. Toutefois, des dents soignées tôt évitent des traitements lourds et coûteux. L'Assurance Maladie a créé le programme de prévention M'T dents qui s'adresse aux enfants dès 3 ans et aux jeunes jusqu'à 24 ans pour les aider à prendre de bonnes habitudes et pour soigner les caries dès leur apparition (3 ,6 ,9 ,12 ,15 ,18 ,21 ,24 ans). Le traitement des troubles du langage oral de l'enfant, quant à eux, repose sur la rééducation orthophonique, d'autres professionnels de santé peuvent toutefois être associés, en fonction du type de trouble et de sa sévérité.

S'ajoutent trois visites ou bilans médicaux de dépistage à 3-4 ans, à 6 ans et à 12 ans :

- Un bilan de santé pour les enfants de 3-4 ans. L'article L.2112-2 du Code de la santé publique indique que le service de PMI des départements « *doit organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle* ». Ce bilan permet de surveiller le développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, de dépister des anomalies ou déficiences et de suivre la vaccination. Il comprend des tests de dépistage (vue, audition, langage) et un examen médical ou paramédical au cours desquels peuvent être abordés la santé, l'alimentation, le sommeil, le développement, la socialisation et les vaccinations.

- Depuis 2015, les visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ont lieu au cours de la **sixième année** et de la **douzième année** de l'enfant :
 - une visite médicale obligatoire entre cinq et six ans. Intervenant dans la 6^{ème} année de l'enfant (en GSM ou en CP). Au cours de la sixième année, la visite comprend un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage. Le contenu de ces visites médicales est défini à l'annexe I de l'article L. 541-1 du code de l'éducation (cf. annexe I) pour celles réalisées lors de la sixième année de l'enfant par les médecins.
 - une visite de dépistage infirmier lors de la douzième année de l'enfant. Le contenu de ces dépistages obligatoires est défini à l'annexe II de l'arrêté (cf. annexe I) pour celles réalisées lors la douzième année de l'enfant par les infirmiers de l'éducation nationale.

Les organisations sont différentes selon les départements. Ainsi parfois, en complément, les infirmiers scolaires interviennent auprès des élèves au CP afin d'organiser le suivi des enfants pour lesquels une anomalie a été repérée et un bilan chez ceux qui n'avaient pas fait l'objet d'un dépistage en GSM.

La loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance a modifié les conditions de visites ou de bilans médicaux à l'école. Les modifications entreront en vigueur à la rentrée 2020 (cf. annexe II).

Objectif

- Mettre en place un tableau de bord régional sur la santé des élèves, permettant notamment d'objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé des élèves de la maternelle au lycée.
- Recenser les données disponibles et la qualité des données recueillies lors des bilans 3-4 ans, des visites médicales de la 6^{ème} année et des bilans infirmiers de la 12^{ème} année en Auvergne-Rhône-Alpes sans mettre en place de recueil supplémentaire.
- Estimer la faisabilité d'une généralisation d'un recueil homogène et de qualité en Auvergne-Rhône-Alpes et ainsi contribuer aux échanges de données avec les PMI et les Rectorats.

La démarche de recueil et d'analyse a privilégié une approche parcours des enfants, de 3 ans à 12 ans et une démarche territoriale. Le niveau géographique de disponibilité des données est à ce jour le département ; ce sera donc le niveau d'analyse. Toutefois des données parfois disponibles à un territoire infra départemental montrent l'intérêt d'identifier les territoires les plus en difficulté.

Méthode

Un recueil de données a été réalisé auprès de l'ensemble des services départementaux de PMI de la région Auvergne-Rhône-Alpes et des trois rectorats Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon.

Pour répondre à l'objectif fixé, le recueil porte spécifiquement sur les visites et bilans obligatoires des élèves scolarisés. Trois examens ont été retenus, le bilan de santé réalisé en école maternelle auprès des élèves de 3-4 ans, la visite médicale auprès des élèves de 6 ans (généralement réalisée en grande section de maternelle) et le bilan infirmier auprès des élèves de 12 ans (réalisé le plus souvent en 6^{ème}).

- Recueil de données relatif au bilan de santé réalisé chez les enfants de 3-4 ans :

Deux rencontres avec les services départementaux de PMI ont permis de présenter la démarche et de valider les indicateurs retenus et le mode de recueil proposé. Ce recueil a été complété par l'exploitation régionale des données de l'enquête réalisée par la Fnors et la DGS sur les Bilans de santé des 3-4 ans - États de lieux des pratiques³. Après avoir obtenu leur accord, un questionnaire élaboré sous Excel a été envoyé à l'ensemble des services PMI des départements de la région. Les données ont été renseignées au niveau départemental et à un niveau plus fin quand cela était possible. Trois types d'informations ont été demandées pour l'année 2017-2018 (ou 2017) :

- les équivalents temps pleins (ETP) de professionnels ;
- le nombre de visites ou bilans réalisés ;
- les résultats des dépistages : le nombre d'anomalies repérées (anomalies visuelles, buccodentaires, poids-taille, les troubles du langage) ainsi que le nombre d'orientations vers d'autres professionnels (orthophoniste, ophtalmologiste...), suite au repérage de troubles du langage, troubles du comportement...

Par ailleurs, des éléments issus de l'enquête nationale réalisée par la Fnors ont été repris ici, en particulier pour le taux de réalisation des bilans 3-4 ans en Ardèche, ainsi que pour le contenu des examens réalisés lors de ces bilans.

- Recueil de données relatif à la visite médicale de la 6^{ème} année et au bilan infirmier de la 12^{ème} année

Les trois rectorats ont participé au recueil de données portant sur les visites médicales de la 6^{ème} année et sur les bilans infirmiers de la 12^{ème} année. Le recueil, basé sur l'existant à partir d'un tableau Excel, était à renseigner par les médecins conseillers techniques des recteurs pour la visite médicale de la 6^{ème} année et par les infirmières conseillères techniques des recteurs pour le bilan infirmier de la 12^{ème} année. La qualité de recueil est différente selon les départements, les données manquantes ou incomplètes sont

³Beaumont A, Mathieu C. Bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017 : les pratiques des services départementaux de PMI et des services municipaux de santé scolaire. Paris : Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé, CREA-ORS Occitanie, ORS Nouvelle Aquitaine, OR2S ; 2019 p. 74.

importantes. Ce mode de recueil a également nécessité de reprendre contact avec les services afin de préciser les données.

Les médecins conseillers techniques ont extrait des données du logiciel Esculape ou ont interrogé les médecins conseillers départementaux. Le recueil distinguait les visites médicales et les bilans infirmiers effectués en GSM. Les organisations diffèrent d'un département à l'autre, certains bilans infirmiers réalisés en CP et pas en GSM n'ont pas été comptabilisés ici.

L'outil SAGESS est commun à tous les infirmiers de l'Éducation nationale. Il mesure l'activité de l'infirmier et permet de relever les données de santé des élèves et notamment celui du bilan des 12 ans. C'est à partir de ces données que sont extraites les données pour l'enquête annuelle santé sociale de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) du Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse dans le cadre de l'enquête annuelle santé action sociale.

Pour les visites médicales de la 6^{ème} année et les bilans infirmiers de la 12^{ème} année, trois types d'informations ont été demandées pour l'année 2018-2019 :

- les ETP de professionnels ;
- le nombre de visites médicales ou bilans infirmiers réalisés ;
- les résultats des dépistages.

Les données agrégées reçues n'ont pas fait l'objet de redressement.

Résultats

1. Participation des services

1.1. Les services de PMI

Lors de l'enquête régionale, sur les 13 départements de la région, 12 ont répondu (le service de PMI de l'Ardèche n'a pas participé).

L'un des objectifs de ce recueil était de recenser à quel niveau géographique les données pouvaient être disponibles et exploitables. Quatre départements ont fourni des données à un niveau infra départemental : l'Allier au niveau des territoires de solidarité départementale, la Haute-Savoie au niveau des circonscriptions, la Drôme pour certains quartiers politique de la ville (QPV) ainsi que la Loire au niveau des zones d'éducation prioritaire (REP+ et hors REP). Pour les autres départements, les données n'étaient pas disponibles ou mobilisables à un niveau infra départemental. Les données infra départementales ne sont pas présentées dans ce document.

En ce qui concerne les résultats de dépistage, le service de PMI de la Haute-Loire n'avait pas de données disponibles pour l'année considérée.

1.2. Les rectorats

Les rectorats de Clermont-Ferrand, Grenoble et Lyon ont participé au recueil de données, toutefois, les infirmières et les médecins scolaires en charge respectivement des bilans de la 12^{ème} année et des visites médicales de la 6^{ème} année n'ont pas tous renseigné ce recueil. Les taux de réponse des établissements n'ont pas pu être calculés mais les services de santé scolaire ont apporté les informations suivantes. Concernant le nombre de bilans infirmiers de la 12^{ème} année réalisés, les taux de retour des établissements semblent varier entre un tiers des établissements à la quasi-totalité. Ainsi, pour le département de la Loire, l'information est disponible pour environ 70 % des élèves, pour les départements du Rhône et de l'Ain l'information est disponible pour moins de 40 % des établissements. Pour les départements des Académies de Clermont-Ferrand et Grenoble, l'information concerne la quasi la totalité des établissements. A noter que les taux de réponses concernant les résultats de dépistage sont plus faibles (voire absent) pour les départements des Académies de Clermont-Ferrand et Grenoble.

Les données disponibles ne permettent pas de calculer un taux de réponse relatif aux visites médicales de grande section de maternelle. Actuellement, le logiciel Esculape, à disposition des médecins scolaires, n'est que partiellement rempli.

Les visites médicales de la 6^{ème} année et les bilans infirmiers de la 12^{ème} année sont réalisés uniquement dans les établissements publics. Le bilan infirmier obligatoire de la 12^{ème} année peut également être réalisé, sur demande, auprès d'enfants scolarisés dans un autre niveau scolaire (CM2 ou 5^{ème} par exemple). Dans les établissements privés, ces visites ou bilans

peuvent être réalisés sur demande. Les visites réalisées sur demande n'ont pas été comptabilisées dans les données présentées dans ce document.

L'enquête Fnors menée avec les PMI a permis d'obtenir des informations sur le contenu des examens (méthode et outils utilisés). Ces informations ne sont pas disponibles pour les deux autres bilans GMS et de la 12^{ème} année.

2. L'Offre sanitaire

Comme indiqué précédemment, plusieurs professionnels de santé peuvent être impliqués dans le suivi de la santé des enfants. De manière à compléter les informations recueillies, les densités de médecins libéraux spécialistes en médecine générale et en pédiatrie, de médecins PMI, d'infirmières puéricultrices et d'infirmières PMI, de médecins de l'Éducation nationale, de chirurgiens-dentistes libéraux et d'orthophonistes sont détaillées ci-dessous. À l'exception des données relatives à l'Éducation nationale, les densités sont présentées au niveau de la Métropole de Lyon et du territoire du Conseil départemental (CD) du Rhône⁴ (nommé dans ce rapport CD du Rhône). Une synthèse des données est disponible en Annexe III.

2.1. Les médecins spécialistes en médecine générale et en pédiatrie

L'analyse au niveau régional des densités de médecins spécialistes en médecine générale et en pédiatrie montre des disparités importantes entre département. Cette analyse départementale peut également masquer des disparités à des niveaux infra départementaux. Les départements de l'Ain, de l'Allier et de la Haute-Loire cumulent les densités les plus faibles pour les médecins généralistes et les pédiatres. La Métropole de Lyon et la Savoie présentent les densités les plus élevées pour les médecins généralistes et la Métropole de Lyon et l'Isère pour les pédiatres.

Tableau 1 : Effectif et densité départementale de médecins spécialistes en médecine générale libéraux pour 100 000 habitants et en pédiatrie pour 100 000 jeunes de moins de 18 ans. 2017

	Eff. de pédiatres libéraux	Densité de pédiatres libéraux pour 100 000 jeunes de moins de 18 ans	Eff. de médecins généralistes libéraux	Densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants
Ain	12	7,8	442	70,0
Allier	1	1,5	300	87,8
Ardèche	11	16,3	289	89,1
Cantal	3	11,8	140	95,7
Drôme	12	10,6	457	90,6
Haute-Loire	1	2,1	200	88,1
Haute-Savoie	26	14,1	732	92,2
Isère	54	18,6	1 202	96,1
Loire	24	14,3	711	93,6
Puy-de-Dôme	22	17,2	613	94,7
CD du Rhône	12	10,8	395	87,5
Métropole de Lyon	106	35,2	1 362	99,4
Savoie	12	13,1	487	113,7
Auvergne-Rhône-Alpes	296	16,9	7 330	93,0

Sources : Cnam (SNIIRAM - 31/12/2017), Insee (Recensement - 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

⁴ Depuis le 1^{er} janvier 2015, la circonscription départementale du Rhône recouvre deux collectivités territoriales : le territoire de compétence du conseil départemental et la Métropole de Lyon.

2.2. Professionnels de santé salariés dans les services de PMI ou de l'éducation nationale

Les effectifs (ETP) ont été renseignés par 11 services, les effectifs réels ont été retenus.

Tableau 2 : Nombre en ETP de médecins, puéricultrices et infirmières au 1^{er} janvier 2019 dans les services de PMI et leur densité pour 10 000 naissances.

	Nbre de médecins (ETP)	Densité de médecins pour 10 000 naissances	Nbre de puéricultrices et infirmières (ETP)	Densité de puéricultrices et infirmières pour 10 000 naissances
Ain	10,7	15,1	48,0	67,6
Allier	5,8	21,2	19,4	70,8
Ardèche	ND	ND	ND	ND
Cantal	2,8	25,2	14,9	134,2
Drôme	13,7	25,3	57,3	105,9
Haute-Loire	2,2	10,7	16,7	81,1
Haute-Savoie	11,6	11,7	68,3	69,0
Isère	22,0	18,4	97,2	81,4
Loire	15,7	18,6	61,6	73,0
Puy-de-Dôme	13,2	20,1	48,5	74,0
CD du Rhône	8,3	16,3	42,5	83,4
Métropole Lyon	60,0	29,4	171,0	83,7
Savoie	10,5	23,3	36,4	80,7
Auvergne-Rhône-Alpes**	176,5	20,0	681,8	77,3

Sources : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Insee, état civil 2018, Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

** Auvergne-Rhône-Alpes (12 départements ayant renseigné l'enquête)

ND : Non disponible

La densité de médecins PMI pour 10 000 naissances varie de 11 à 29 selon les départements. Les départements de la Haute-Savoie, de la Haute-Loire ont les densités les plus faibles, la Métropole de Lyon, ainsi que les départements du Cantal et de la Drôme, ont les densités de médecins PMI les plus élevées.

Les densités d'infirmières puéricultrices et d'infirmières dans les services de PMI varient de 68 à 134 pour 10 000 naissances. La Haute-Loire et l'Ain ont les densités les plus faibles, la Drôme et le Cantal, les plus élevées. Les départements du Cantal, de la Drôme et la Métropole de Lyon ont les plus fortes densités de professionnels PMI.

Certaines communes d'Auvergne-Rhône-Alpes ont des services de santé municipaux intervenant auprès des enfants de moins de 6 ans. Par convention avec les services de PMI, des médecins et infirmières de ces communes peuvent être chargés de la réalisation des bilans 3-4 ans. En Auvergne-Rhône-Alpes, les services municipaux de Clermont-Ferrand et Grenoble sont en charge des bilans 3-4 ans.

Il existe également des services de santé scolaire municipaux autonomes dans l'Académie de Lyon (Lyon, Villeurbanne) et des services municipaux avec des infirmiers uniquement (Vénissieux, Villefranche sur Saône) qui assurent les bilans santé des 3-6 ans.

2.3. Les professionnels de santé salariés de l'Éducation nationale

Les densités de médecins de l'Éducation nationale sont également variées, avec un minimum de 2,6 médecins pour 100 000 élèves du 1^{er} ou 2nd degré des établissements publics dans l'Ain et un maximum de 14,3 médecins pour 100 000 élèves du 1^{er} ou 2nd degré dans le Cantal. L'Allier, le Cantal et la Puy-de-Dôme ont les densités les plus hautes et les départements de l'Ain et de l'Ardèche les plus faibles. Les départements du Rhône (les données sont disponibles au niveau de la circonscription départementale du Rhône), de l'Isère, de la Drôme, de la Haute-Savoie se trouvent dans une situation intermédiaire.

Tableau 3 : Densité départementale de médecins de l'Éducation nationale

	Densité de médecins de l'Éducation nationale pour 100 000 élèves du 1 ^{er} ou 2 nd degré des établissements publics au 1 ^{er} janvier 2019	Densité de médecins de l'Éducation nationale pour 100 000 élèves du 1 ^{er} ou 2 nd degré des établissements publics 2018-2019
Ain	2,6	ND
Allier	13,3	ND
Ardèche	ND	4,7
Cantal	14,3	ND
Drôme	ND	8,2
Haute-Loire	6,9	ND
Haute-Savoie	ND	8,5
Isère	ND	9,2
Loire	8,6	ND
Puy-de-Dôme	10,5	ND
Rhône	9,6	ND
Savoie	ND	6,7

Sources : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 6 et 12 ans, Repères et références statistiques. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. 2019. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

ND : Non disponible

Les départements de l'Ain et de la Haute-Loire cumulent les densités de professionnels les plus faibles, que ce soit les professionnels intervenant en libéral ou les professionnels salariés de la PMI et de l'Éducation Nationale. La Haute-Savoie a des densités de professionnels globalement inférieures aux densités régionales. L'Allier a des densités de médecins libéraux faibles mais des densités de professionnels de PMI supérieurs à la moyenne régionale.

Le Puy-de-Dôme, le Rhône, la Savoie et le Cantal ont les densités de professionnels les plus élevées. Le Cantal se singularise des autres départements par une densité de population plus faible. Dans ce département, les densités de professionnels sont élevées mais correspondent aux effectifs de professionnels les plus faibles.

L'Isère, de la Drôme, de la Haute-Savoie se trouvent dans une situation intermédiaire.

Tableau 4 : Densité départementale d'infirmiers de l'Éducation nationale

	Densité d'infirmiers de l'Éducation nationale pour 100 000 élèves du 1 ^{er} ou 2 nd degré des établissements publics au 1 ^{er} janvier 2019
Académie de Lyon	71,7
Ain	65,5
Rhône	69,4
Loire	84,0
Académie de Grenoble	66,0
Académie de Clermont-Ferrand	106,1

Sources : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 6 et 12 ans, Repères et références statistiques. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. 2019. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes. Académie de Grenoble et Clermont-Ferrand, les données départementales ne sont pas disponibles dans cette enquête.

2.4. Les chirurgiens-dentistes

La densité de chirurgiens-dentistes est de 54 pour 100 000 habitants en Auvergne-Rhône-Alpes et varie de 42,0 pour 100 000 habitants dans la Loire à 65,3 dans le Puy-de-Dôme. L'Ardèche, la Haute-Loire et la Loire ont les densités les plus faibles de la région.

Tableau 5 : Effectif et densité départementale des chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants

	Effectif de chirurgiens-dentistes	Densité de chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants
Ain	302	47,8
Allier	164	48,0
Ardèche	152	46,9
Cantal	70	47,9
Drôme	294	58,3
Haute-Loire	102	44,9
Haute-Savoie	493	62,1
Isère	643	51,4
Loire	319	42,0
Puy-de-Dôme	423	65,3
CD du Rhône	257	56,9
Métropole de Lyon	817	59,6
Savoie	251	58,6
Auvergne-Rhône-Alpes	4 287	54,4

Sources : Cnam (SNIIRAM - 31/12/2017), Insee (Recensement – 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2.5. Les orthophonistes

La densité d'orthophonistes intervenant en libéral est de 34 pour 100 000 habitants au niveau régional. Les densités les plus faibles sont observées dans le Cantal (10 pour 100 000 habitants) et l'Allier (14 pour 100 000) et les plus élevées dans la Métropole de Lyon (54 pour 100 000 habitants) et 38 pour 100 000 habitants dans la Drôme.

Tableau 6 : Effectif et densité départementale d'orthophonistes pour 100 000 habitants

	Effectif d'orthophonistes libéraux	Densité d'orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants
Ain	162	25,6
Allier	46	13,5
Ardèche	82	25,3
Cantal	14	9,6
Drôme	190	37,7
Haute-Loire	53	23,3
Haute-Savoie	252	31,7
Isère	434	34,7
Loire	189	24,9
Puy-de-Dôme	143	22,1
CD du Rhône	229	50,7
Métropole de Lyon	746	54,4
Savoie	148	34,6
Auvergne-Rhône-Alpes	2 688	34,1

Sources: Cnam (SNIIRAM - 31/12/2017), Insee (Recensement - 2015)

3. Accès des enfants à un dépistage obligatoire avant leur 13^{ème} année

3.1. Accès des enfants de 3-4 ans à un bilan médical réalisé par les services de PMI

Par l'intermédiaire du recueil régional et de l'enquête nationale FNORS⁵ une estimation du taux de couverture a été calculée pour tous les départements de la région.

Tableau 7 : Effectifs et proportions d'enfants ayant bénéficié d'un bilan 3-4 ans en 2017/2018

	Nbre d'enfants de 4 ans scolarisés ¹	Nbre d'enfants ciblés par le service de PMI	Nbre d'enfants vus lors d'un bilan 3-4 ans	Proportion d'enfants ayant bénéficié d'un bilan 3-4 ans en 2017/2018 (%)	
				Parmi l'ensemble des enfants de 4 ans scolarisés ¹	Parmi les enfants ciblés par le service de PMI
Ain	8 458	6 460	5 916	69,9	91,6
Allier	3 258	3 073	2 904	89,1	94,5
Ardèche	3 418	3 449	3 344	Sup 95,0	97,0
Cantal	1 329	1 178	1 178	88,6	100,0
Drôme	6 290	6 169	5 369	85,4	87,0
Isère*	16 140	14 544	12 872	91,0	88,5
Loire	9 200	11 187	10 434	Sup 95,0	93,3
Haute Loire	2 422	960	1 015	41,9	81,6
Puy-de-Dôme*	6 831	6 547	2 511	36,8	38,4
CD du Rhône	25 016**	6 041	5 492	Sup 95,0	90,9
Métropole		20 696	20 009		Sup 95,0
Savoie	4 854	4 309	3 176	65,4	73,7
Haute-Savoie	10 537	9 606	5 287	50,2	55,0
Région	96 895	96 165	81 096	83,7	84,3

1 Le nombre d'enfants concernés par le bilan 3-4 ans a été estimé par le nombre d'enfants de 4 ans scolarisés dans le public ou le privé dans les départements ayant répondu à l'enquête (source : Constat de rentrée 2017 - Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) – Ministère de l'Éducation nationale)

*Intégration des données de la ville de Grenoble pour le département de l'Isère et de la ville de Clermont-Ferrand pour le département du Puy-de-Dôme

**Métropole de Lyon et CD du Rhône

Sources : Enquête nationale 2018 – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Fnors. Enquête régionale. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

⁵ Beaumont A, Mathieu C. Bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017 : les pratiques des services départementaux de PMI et des services municipaux de santé scolaire. Paris : Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé, CREAL-ORS Occitanie, ORS Nouvelle Aquitaine, OR2S ; 2019 p. 74.

Deux taux de recours ont été calculés [tableau 6], l'un parmi l'ensemble des enfants de 4 ans scolarisés (en établissements public ou privé) et l'autre parmi les enfants ciblés par le service de PMI. Les deux taux par département sont relativement comparables sauf pour la Haute-Loire et l'Ain. En ce qui concerne la Haute-Loire, la réalisation des bilans 3-4 ans tend à être systématique depuis 2018. En 2017-2018, le nombre d'enfants ciblés par le service de PMI de Haute-Loire était inférieur à l'ensemble des enfants scolarisés d'où la différence entre les deux méthodes de calcul.

Les proportions d'enfants ayant bénéficié d'un bilan de 3-4 ans sont variables, plusieurs paramètres peuvent être avancés pour expliquer ces écarts :

- la méthode utilisée estime le nombre de bilans réalisé par rapport à une classe d'âge définie qui ne correspond pas toujours à la cible priorisée par les départements (bilan sur une année scolaire par exemple qui permet de voir des enfants de 3 et de 4 ans).
- la densité de professionnels de PMI peut ne pas permettre aux professionnels d'assurer l'ensemble des bilans ;
- des différences d'organisation (pour certain, la réalisation de certains examens par d'autres professionnels (par exemple les orthoptistes) permet de dégager du temps aux infirmières puéricultrices et ainsi leur permettre de voir davantage d'enfants). Un autre service va dans toutes les écoles de son département sur deux ans ;
- la présence de convention avec des services de santé municipaux ;
- des priorités partagées avec d'autres missions principalement les informations préoccupantes ainsi que les agréments des assistantes maternelles... ;
- certains services ont mis en place des dispositifs pour diminuer le refus de parents et l'absence d'enfants, ce qui augmente le nombre d'enfants vus.

3.2. Accès des enfants de 12 ans ou moins à un dépistage obligatoire en milieu scolaire

Points de vigilance :

Les données relatives aux visites médicales en GSM sont incomplètes pour **tous les départements de la région**. Les remontées statistiques ou l'utilisation du logiciel Esculape sont partielles. Il en est de même pour le nombre de bilans infirmiers de la 12^{ème} année réalisés dans les départements du **Rhône** et de la **Loire**.

Par ailleurs, les enfants qui ont douze ans et qui sont scolarisés dans un autre niveau peuvent être vus sur demande (parents, enseignants...), ces bilans n'ont pas été comptabilisés dans les données recueillies.

3.2.1. Les visites médicales lors de la 6^{ème} année de l'enfant

Plusieurs organisations sont possibles en Auvergne-Rhône-Alpes selon les départements et parfois en infra départemental.

Organisation A : les enfants de GSM sont vus suite à la demande d'un enseignant, des parents, dans le cadre d'un suivi engagé par la PMI

Organisation B : les enfants de GSM sont tous vus soit par un médecin scolaire et /ou par un infirmier qui orientera vers le médecin scolaire en fonction des besoins

Depuis l'année scolaire 2015-2016, le logiciel Esculape médecin est mis en place. Un temps d'appropriation est nécessaire. Pour cette raison, les données présentées ici sont incomplètes, ce qui a un impact sur le taux d'enfants ayant bénéficié d'une **visite médicale** parmi les enfants de **5 ans et + scolarisés** dans le public.

Par ailleurs, le fait que ces visites soient, le plus souvent, réalisées suite à une orientation influence les résultats des examens de dépistages.

De la même manière que les taux de couverture pour les bilans PMI, deux modes de calcul ont été utilisés : l'un avec comme dénominateur le nombre d'enfants de 5 ans et plus scolarisés en GSM dans le public et pour le second le nombre d'élèves ciblés par les services pour la visite médicale de la 6^{ème} année.

Tableau 8 : Effectifs et proportions d'enfants ayant bénéficié d'une visite médicale en grande section de maternelle (GSM) 2018-2019

	Nbre d'enfants de 5 ans et + scolarisés en GSM dans le public (2018-2019)	Nbre d'enfants ciblés pour un bilan en GSM	Nbre d'enfants vus lors d'une visite GSM	Proportion d'enfants ayant bénéficié d'une visite médicale	
				parmi les enfants de 5 ans et + scolarisés en GSM dans le public (2018-2019)	Parmi les élèves ciblés par le service
Ardèche	2 649	2 649	274	10,3	10,3
Drome	5 618	5 618	538	9,6	9,6
Isère	14 896	14 896	5 751	38,6	38,6
Savoie	4 406	4 406	867	19,7	19,7
Haute-Savoie	9 369	9 369	1 231	13,1	13,1
Ain	7 862	7 862	538	6,8	6,8
Loire	7 386	5 752	1 359	18,4	23,6
Rhône	21 158	15 260	6 954	32,9	45,6
Allier	3 070	3 370	1 326	43,2	39,3
Cantal	1 219	1 332	311	25,5	23,3
Puy-de-Dôme	6 225	6 941	1 433	23,0	20,6
Haute-Loire	ND	ND	ND	ND	ND

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, Repères et références statistiques. Memento des effectifs 2018-2019. Rectorats de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

ND : Non disponible

Les départements de la Loire et du Rhône se distinguent par une différence plus marquée entre les taux de couverture selon le dénominateur choisi, le nombre d'enfants ciblés étant inférieur au nombre d'enfants de 5 ans et plus scolarisés en GSM.

Pour les départements composant l'Académie de Grenoble⁶ et dans le département de l'Ain, les infirmiers scolaires peuvent réaliser des bilans infirmiers en GSM. Dans l'Académie de Grenoble, cette organisation permet à davantage d'enfants scolarisés en GSM de bénéficier d'un bilan avec un professionnel de santé.

Tableau 9 : Part des enfants scolarisés ayant bénéficié d'une visite médicale ou d'un bilan infirmier en GSM au sein de l'académie de Grenoble. 2018-2019

	Proportion d'enfants ayant bénéficié d'une visite médicale parmi les enfants de 5 ans et + scolarisés dans le public (2018-2019)	Proportion d'enfants ayant bénéficié d'une visite médicale ou un bilan infirmier parmi les enfants de 5 ans et + scolarisés dans le public (2018-2019)
Ardèche	10 %	58 %
Drôme	10 %	38 %
Isère	39 %	82 %
Haute-Savoie	20 %	73 %
Savoie	13 %	59 %
Ain	7 %	9 %

Sources : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, Insee RP 2016, Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans d'autres départements, les enfants peuvent être par un infirmier scolaire vus en CP, les recueils d'information (bilan infirmier et visite médicale) étant différents, ils n'ont pas été comptabilisés ici.

Dans tous les départements, les professionnels de la PMI et de l'Éducation Nationale déclarent avoir organisé la transmission des dossiers d'enfants scolarisés entre PMI et Éducation nationale. Toutefois, le transfert d'information concerne le plus souvent les enfants chez qui une problématique a été repérée et nécessitant un suivi. Il n'y a, par exemple, pas d'informations sur les enfants qui n'ont pas été vus lors du bilan 3-4 ans, ce qui permettrait de les « cibler » par une visite médicale en GSM.

Des visites de dépistage peuvent également être réalisées par un médecin de ville, ces visites ne peuvent pas être différenciées des autres consultations médicales actuellement.

⁶ Ardèche, Drome, Isère, Savoie, Haute-Savoie

3.2.3. Les bilans infirmiers lors de la 12^{ème} année de l'enfant

Tableau 10 : Effectifs et proportions d'enfants ayant bénéficié d'un bilan infirmier en 6^{ème} 2018-2019

	Nbre d'enfants scolarisés en 6 ^{ème} dans le public	Nbre d'enfants ciblés pour un bilan infirmier en 6ème	Nbre d'enfants vus lors d'un bilan infirmier	Proportion d'enfants ayant bénéficié d'un bilan infirmier	
				parmi les enfants scolarisés en 6 ^{ème} dans le public (2018-2019)	Parmi les élèves ciblés par les services
Allier	3 108	2 910	2 795	90 %	96%
Cantal	1 186	1 186	867	73 %	73%
Haute-Loire	1 524	1 524	1 524	>95 %	>95 %
Puy-de-Dôme	5 899	5 899	5 630	95 %	95%
Ard	13 623	ND	2 774	>95 %	-
Drôme	2 914	ND	3 307	67 %	-
Isère	4 565	ND	9 534	70 %	-
Haute-Savoie	4 905	ND	7 497	>95 %	-
Savoie	7 762	ND	4 348	>95 %	-
Rhône	15 482	6 244	5 805	37 %	93 %
Loire	6 538	4 565	4 539	69 %	99 %
Ain	7 163	7 263	2 543	36 %	35 %

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes
 ND : Non disponible

Les taux issus des deux modes de calcul différent beaucoup pour les départements de la Loire et du Rhône. Cette différence semble s'expliquer en partie par une remontée partielle des données. Dans les établissements qui ont transmis leurs données, la quasi-totalité des élèves scolarisés dans un établissement public bénéficient d'un bilan infirmier. Autrement dit, le bilan infirmier est probablement plus systématiquement réalisé mais l'information n'est disponible que pour 37 % d'enfants scolarisés dans le Rhône et 69 % dans la Loire.

3.2.4. Tableau de synthèse de l'accès à un bilan infirmier ou une visite médicale

Tableau 11 : Part des enfants scolarisés ayant bénéficié selon leur âge d'un bilan 3-4 ans, d'une visite médicale en GSM, d'un bilan infirmier en 6^{ème}.

	Proportion d'enfants ayant bénéficié d'un bilan 3-4 ans parmi l'ensemble des enfants de 4 ans scolarisés dans le public ou le privé (2017-2018)	Proportion d'enfants ayant bénéficié d'une visite médicale parmi les enfants de 5 ans et + scolarisés dans le public (2018-2019)	Proportion d'enfants ayant bénéficié d'un bilan infirmier parmi les enfants scolarisés en 6^{ème} dans le public (2018-2019)
Allier	89 %	43 %	94 %
Cantal	89 %	26 %	73 %
Haute-Loire	42 %	ND	>95 %
Puy-de-Dôme	37 %	23 %	>95 %
Ardèche	> 95 %	10 %	>95 %
Drôme	85 %	10 %	67 %
Isère	91 %	39 %	70 %
Haute-Savoie	50 %	20 %	>95 %
Savoie	65 %	13 %	>95 %
Ain	70 %	7 %	36 %
Loire	> 95%	18 %	69 %**
Rhône *	> 95%	33 %	37 %**

Sources : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, Insee RP 2016, Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

*dont Métropole de Lyon pour les données Bilan 3-4 ans **Bilan sous-estimé pour le département du Rhône et de la Loire (remontée partielle des données).

Avant 6 ans, les proportions d'enfants ayant bénéficié d'une visite médicale en GSM ou d'un bilan de 3-4 ans sont inférieures à 50 %, pour la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Haute-Savoie pour le bilan de 3-4 ans. La visite médicale en GSM est la plupart du temps réalisée suite à une orientation (PMI, infirmière, enseignant). Toutefois, certaines données laissent penser que l'accès à cette visite médicale est plus large dans certains départements (Allier, l'Isère et le Rhône) où plus d'un enfant sur trois aura vu un médecin lors de leur scolarisation en GSM. L'orientation semble plus sélective dans l'Ain, la Drôme, l'Ardèche et la Savoie avec moins d'un enfant sur 10.

La majorité des enfants scolarisés en 6^{ème} dans un établissement public bénéficie d'un bilan infirmier sauf dans le département de l'Ain. Les départements de la Drôme, de l'Isère et du Cantal indiquent que 70 % des élèves de 6^{ème} bénéficient d'un bilan infirmier.

4. Modalités d'organisation des bilans 3-4 ans

4.1. Type d'interventions des professionnels de PMI (réalisation des dépistages infirmiers et des bilans médicaux)

Dans la majorité des départements répondants, les bilans sont systématiques et effectués par une puéricultrice ou une infirmière avec l'orientation vers un médecin PMI si nécessaire. Des organisations différentes ont été signalées :

- les bilans de santé faits systématiquement par un médecin ;
- les bilans sont réalisés auprès d'une partie des enfants par une puéricultrice avec une orientation possible vers le médecin PMI ;
- les bilans sont réalisés auprès d'une partie des enfants par une puéricultrice ou en binôme avec un médecin PMI.

4.2. Statut des écoles concernées par les bilans 3-4 ans

Dans cinq départements, les services ont déclaré réaliser des bilans dans les établissements publics, privés sous contrat et hors contrat. Dans six départements, les bilans sont réalisés dans les écoles publiques et privées sous contrat.

Dans un département, le service de PMI a déclaré réaliser les bilans 3-4 ans auprès des établissements publics uniquement.

4.3. Niveau des enfants concernés par les bilans 3-4 ans

Selon les services PMI, les bilans 3-4 ans peuvent être réalisés en prenant en compte l'âge des enfants ou leur niveau scolaire. Dans l'Ain, le bilan est réalisé en deux temps avec un bilan visuel en petite section (PS) et un bilan complet en moyenne section (MS). D'autres, comme la Métropole de Lyon, réalisent les bilans avec les petites sections et voit en début d'année les enfants de moyenne section qui n'auraient pas été vus l'année précédente.

Parmi les 11 départements répondants, 7 services départementaux réalisent les bilans de santé en fonction de l'âge et 4 en fonction du niveau.

5. Résultats des dépistages

Les indicateurs disponibles correspondent aux résultats de dépistage et ne sont donc pas une estimation de prévalence de problématiques de santé d'une classe d'âge. Les services de PMI et de santé scolaire n'ont que rarement la connaissance des suites données aux orientations.

Pour les PMI, la fréquence de la réalisation des examens a été estimée, un examen peut en effet, ne pas être réalisé.

Les raisons suivantes ont été évoquées pour expliquer les différences observées :

- pour mener à bien l'ensemble des bilans, le service de PMI a fait un choix parmi les examens à réaliser. Pour répondre aux priorités, certains examens ne sont donc plus réalisés ;
- les refus des parents ;
- l'absence de l'enfant lors de la présence du professionnel de PMI ;
- la mauvaise ou l'absence de coopération de la part de l'enfant.

Méthode

Attention, deux proportions ont été calculées, l'une pour estimer le taux de couverture du dépistage, l'autre pour estimer sa fréquence de réalisation :

- la proportion d'enfants ayant eu un dépistage parmi l'ensemble des enfants de 4 ans scolarisés permet d'estimer le taux de couverture des dépistages dans cette classe d'âge ;
- la proportion d'enfants ayant eu un dépistage parmi les enfants ciblés par le service de PMI permet d'estimer la fréquence de réalisation de ce dépistage lors des bilans.

Lorsque l'information est disponible, le dénominateur utilisé pour calculer la proportion d'enfants avec une anomalie est calculée avec le nombre de dépistage correspondant.

Les données du département de l'Isère et du Puy-de-Dôme comprennent les données issues des bilans réalisés respectivement par le service municipal de la ville de Grenoble et le service municipal de la ville de Clermont-Ferrand.

5.1. Le dépistage visuel dans le cadre des bilans 3-4 ans

Tous les départements signalent réaliser un dépistage visuel (acuité visuelle de loin et repérage d'un strabisme pour la majorité) lors des bilans 3-4 ans. Les informations disponibles montrent également que l'examen visuel est réalisé dans plus de 70 % des bilans effectués. Ce dépistage a permis d'identifier 18,5 % d'enfants avec un trouble visuel. En fonction des services, les indicateurs relevés sont différents, pour le dépistage visuel, deux indicateurs peuvent-être utilisés :

- le nombre d'enfants avec une anomalie visuelle ;
- le nombre d'enfants orientés vers un ophtalmologiste.

Tableau 12 : Effectif et proportion d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage visuel lors du bilan 3-4 ans et en 2017/2018

	Nbre d'enfants ayant eu un dépistage visuel	Proportion d'enfants ayant eu un dépistage visuel (%)	
		Parmi l'ensemble des enfants de 4 ans scolarisés	Parmi les enfants ciblés par le service de PMI
Ain	6 714	NC*	NC*
Allier	2 636	80,9	90,8
Ardèche	3 244	94,9	97,0
Cantal	1 131	85,1	96,0
Drôme	5 369	85,4	100,0
Isère	12 706	85,2	92,7
Loire	7 681	83,5	73,6
Haute Loire	1 015	41,9	81,6
Puy-de-Dôme	2 115	31,0	84,2
CD du Rhône	4 591	(Rhône) 81,0	83,6
Métropole	15 678		78,4
Savoie	3 176	65,4	100,0
Haute-Savoie	4 769	45,3	90,2

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

*Non calculé : la cible du dépistage visuel étant les enfants de 3 ans

Dans le département de l'Ain, les dépistages visuels sont réalisés en petite section par un orthoptiste. Cette organisation existe dans d'autres lieux de la région tels Moulins sur Allier.

Dans les départements qui ont renseigné l'information, la proportion d'enfants avec une anomalie visuelle dépistée varie de 10,8 % dans l'Isère à 17,2 % dans l'Ain. La proportion d'enfants orientés vers un ophtalmologiste varie dans des proportions identiques (de 7,7 % en Isère à 24,9 % pour la Métropole de Lyon).

Tableau 13 : Effectif et proportion d'enfants avec une anomalie visuelle repérée et nombre d'orientation vers un ophtalmologiste en 2017/2018

	Nbre d'enfants ayant eu un dépistage visuel	Nbre d'enfants ayant une anomalie visuelle	Proportion d'enfants avec une anomalie visuelle parmi les enfants ayant eu un dépistage visuel (%)	Nbre d'enfants orientés vers un ophtalmologiste	Proportion d'enfants orientés vers un ophtalmologiste parmi les enfants ayant eu un dépistage visuel (%)
Ain	6 714	1 152	17,2	1 152	17,2
Allier	2 636	419	15,9	ND	ND
Ardèche	3 244	ND	ND	ND	ND
Cantal	1 131	183	16,2	196	17,3
Drôme	5 369	ND	ND	905	16,9
Isère	12 706	1 371	10,8	1 177	9,3
Loire	7 681	984	12,8	853	11,1
Haute-Loire	1 015	ND	ND	ND	ND
Puy-de-Dôme	2 115	328	15,5	328	15,5
CD du Rhône	4 591	778	16,9	770	16,8
Métropole	15 678	ND	ND	3 908	24,9
Savoie	3 176	471	14,8	471	14,8
Haute-Savoie	4 769	ND	ND	752	15,8

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : non disponible

5.2. Les examens bucco-dentaires lors des bilans ou visites médicales en milieu scolaire

Pour les 3-4 ans, les services de PMI de l'Ain et de Savoie déclarent réaliser systématiquement un examen buccodentaire. Les services de PMI de l'Ardèche et de la Drôme déclarent ne pas réaliser cet examen. Par ailleurs, le contenu de l'examen (état général, dents cariées, repérage d'habitudes déformantes, anomalies donto-maxillo faciales...) peut être très variable d'un département à l'autre. Ces deux paramètres (la réalisation systématique de l'examen et les contenus différents) diffèrent d'un département à l'autre et rendent les données difficilement exploitables.

Les indicateurs utilisés lors des bilans GSM et lors de la 12^{ème} année sont mieux définis, il s'agit de l'indicateur : au moins une carie soignée ou non soignée. Toutefois, l'information sur la fréquence de réalisation de cet examen n'est pas disponible.

La variabilité des données entraîne une variabilité des indicateurs retenus. En fonction du contenu des examens, le type d'anomalie repérée sera différent.

Pour les bilans des 3-4 ans, lorsqu'un examen bucco-dentaire est réalisé, il l'est dans 9,5 % à 100 % des bilans.

Tableau 14 : Effectif et proportion d'enfants ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire lors du bilan 3-4 ans en 2017/2018

	Nbre d'enfants ayant eu un examen buccodentaire	Proportion d'enfants ayant eu un examen buccodentaire parmi les enfants ciblés par le service de PMI (%)
Ain	5 916	100,0
Allier	276	9,5
Ardèche	Non réalisé	-
Cantal	ND	ND
Drôme	Non réalisé	-
Isère	9 414	73,1
Loire	4 150	39,8
Haute Loire	ND	ND
Puy-de-Dôme	2 115	84,2
CD du Rhône	ND	ND
Métropole	2 324	11,6
Savoie	3 176	100,0
Haute-Savoie	ND	ND

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : non disponible

Les chiffres sont donnés à titre indicatif, ils ne sont pas interprétables. Ils indiquent en premier lieu la diversité des pratiques rencontrées.

Tableau 15 : Effectif et proportion d'enfants avec une anomalie buccodentaire repérée et nombre d'orientation vers un chirurgien-dentiste en 2017/2018 lors du bilan 3-4 ans

	Nbre d'enfants ayant eu un examen buccodentaire	Nbre d'enfants ayant une anomalie buccodentaire	Proportion d'enfants avec une anomalie buccodentaire parmi les enfants ayant eu un examen buccodentaire (%)	Nbre d'enfants orientés vers un chirurgien-dentiste	Proportion d'enfants orientés vers un chirurgien-dentiste parmi les enfants ayant eu un examen buccodentaire (%)
Ain	5 916	452	7,6	68	1,1
Allier	276	ND	ND	ND	ND
Ardèche	Non réalisé				
Cantal	ND	ND	ND	ND	ND
Drôme	Non réalisé				
Isère	9 414	903	9,6	704	7,5
Loire	4 150	180	4,3	168	4,0
Haute Loire	ND	ND	ND	ND	ND
Puy-de-Dôme	2 115	137	6,5	137	6,5
CD du Rhône	ND	ND	ND	ND	ND
Métropole	2 324	722	31,1	523	22,5
Savoie	3 176	1 258	39,6	1 258	39,6
Haute-Savoie	ND	335	6,3*	394	7,5*

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : Non Disponible

*Le dénominateur utilisé correspond au nombre d'enfants vus dans le cadre d'un bilan 3-4 ans

Peu de données sont disponibles concernant les résultats des bilans réalisés en GSM et des bilans infirmiers de la 12^{ème} année. Les chiffres des visites médicales en GSM sont donnés à titre indicatif, les remontées de données étant partielles.

Les données des bilans infirmiers de la 12^{ème} année montrent qu'une anomalie bucco-dentaire a été repérée chez 10 % des enfants ayant bénéficié d'un bilan.

Tableau 16 : Effectif et proportion d'enfants avec une anomalie buccodentaire repérée (au moins une carie soignée ou non soignée) et nombre d'orientation vers un chirurgien-dentiste en 2017/2018

	Nb d'anomalies dentaires repérées (au moins une carie soignée ou non soignée) parmi les enfants ayant eu une visite à 6 ans	Nb d'anomalies dentaires repérées parmi les enfants ayant eu une visite à 12 ans
Allier	6 %	14 %
Cantal	9 %	8 %
Haute-Loire	ND	10 %
Puy-de-Dôme	7 %	8 %
Ardèche	ND	ND
Drôme	ND	ND
Isère	ND	12 %
Savoie	ND	ND
Haute-Savoie	ND	ND
Ain	ND	4 %
Loire	16 %	9 %
Rhône	13 %	11 %

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : Non disponible

5.3. La vérification des vaccinations lors des bilans 3-4 ans

La vérification des vaccinations est réalisée dans 77 % des bilans en Haute-Savoie et systématiquement réalisée dans la Drôme, la Savoie et l'Isère.

Tableau 17 : Effectif et proportion d'enfants ayant bénéficié d'une vérification des vaccinations lors du bilan 3-4 ans en 2017/2018

	Nbre d'enfants ayant eu une vérification des vaccinations	Proportion d'enfants ayant eu une vérification des vaccinations parmi les enfants ciblés par le service de PMI (%)
Ain	5 404	91,3
Allier	2 775	95,6
Ardèche	2 786	83,3
Cantal	946	80,3
Drôme	5 369	100,0
Isère	12 870	100,0
Loire	8 285	97,9
Haute Loire	ND	ND
Puy-de-Dôme	2 499	99,5
CD du Rhône	ND	ND
Métropole	ND	ND
Savoie	3 176	100,0
Haute-Savoie	4 077	77,1

Sources : Enquête nationale 2018 – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Fnors. Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : Non disponible

5.4. Le dépistage des troubles du langage

Tous les départements signalent réaliser un dépistage des troubles du langage (l'information n'est pas disponible pour la Haute-Savoie). Pour 9 services PMI sur 11 l'outil ERTL⁷ 4 est utilisé et 8/11 utilisent le repérage des couleurs. Selon les services de PMI, deux indicateurs peuvent être renseignés : la présence d'un trouble du langage ou l'orientation vers un orthophoniste. Ces deux indicateurs n'illustrent pas les mêmes dimensions. À cet âge, toutes les anomalies repérées ne nécessitent pas nécessairement une orientation vers un orthophoniste. L'anomalie peut nécessiter une surveillance ou une orientation vers un autre dispositif. Le suivi des troubles du langage peut ainsi dépendre des possibilités de suivi et d'orientation.

Toutefois, les chiffres sur l'orientation vers un orthophoniste ont une variabilité entre les départements moins importante, il serait nécessaire d'investiguer les situations qui aboutissent à une orientation vers un orthophoniste et ainsi vérifier qu'elles sont similaires d'un département à un autre.

Les proportions d'orientation vers un orthophoniste sont inférieures aux proportions d'enfants ayant un trouble du langage. Plusieurs raisons ont été évoquées, l'enfant peut être orienté en première intention vers un autre professionnel (ORL par exemple), la décision peut être de revoir l'enfant dans les mois ou l'année suivante ou encore l'enfant est déjà suivi par ce type de professionnel. Les orientations vers un orthophoniste varient selon les départements de 5,5 % dans l'Ain à 12 % pour la Métropole de Lyon.

⁷ Épreuves de repérage des troubles du langage (ERTL)

Tableau 18 : Effectif et proportion d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage lors du bilan 3-4 ans en 2017/2018

	Nb're d'enfants ayant eu un dépistage des troubles du langage	Proportion d'enfants (%)	
		Parmi l'ensemble des enfants de 4 ans scolarisés	Parmi les enfants ciblés par le service de PMI
Ain	5 916	69,9	100,0
Allier	2 726	83,7	93,9
Ardèche	3 027	88,6	90,5
Cantal	972	73,1	82,5
Drôme	5 369	85,4	100,0
Isère	11 936	85,2	92,7
Loire	9 488	-	90,9
Haute-Loire	ND	ND	ND
Puy-de-Dôme	2 115	31,0	84,2
CD du Rhône	4 937	82,4	89,9
Métropole de Lyon	15 683		78,4
Savoie	3 176	30,1	100,0
Haute-Savoie	ND	ND	ND

Sources : Enquête nationale 2018 – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Fnors. Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Tableau 19 : Effectif et proportion d'enfants de 3-4 ans avec un trouble du langage repéré et nombre d'orientation vers un orthophoniste en 2017/2018

	Nbre d'enfants ayant eu un dépistage des troubles du langage	Nbre d'enfants ayant un trouble du langage	Proportion d'enfants avec un trouble du langage parmi les enfants ayant eu un dépistage (%)	Nbre d'enfants orientés vers un orthophoniste	Proportion d'enfants orientés vers un orthophoniste parmi les enfants ayant eu un dépistage (%)
Ain	5 916	830	14,0	325	5,5
Allier	2 726	515	18,9	ND	ND
Ardèche	3 027	ND	ND	ND	ND
Cantal	972	118	12,1	110	11,3
Drôme	5 369	ND	ND	360	6,7
Isère	11 936	2 995	25,1	1 127	9,4
Loire	9 488	2 939	31,0	973	10,3
Haute Loire	ND	ND	ND	ND	ND
Puy-de-Dôme	2 115	435	20,6	ND	ND
CD du Rhône	4 937	541	11,0	488	9,9
Métropole	15 683	3 720	23,7	1 883	12,0
Savoie	3 176	602	19,0	318	10,0
Haute-Savoie	ND	889	16,8*	ND	ND

Sources : Enquête nationale 2018 – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Fnors. Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes.
ND : Non Disponible

Tableau 20 : Proportion d'enfants orientés vers un orthophoniste parmi les enfants ayant eu un bilan à 3-4 ans ou les enfants ayant eu une visite médicale à 6 ans

	Proportion d'enfants orientés vers un orthophoniste parmi les enfants ayant eu un bilan à 3-4 ans	Proportion d'enfants orientés vers un orthophoniste parmi les enfants ayant eu une visite à 6 ans
Allier	ND	8 %
Cantal	11 %	12 %
Haute-Loire	ND	ND
Puy-de-Dôme	ND	3 %
Ardèche	ND	ND
Drôme	7 %	ND
Isère	9 %	ND
Savoie	10 %	ND
Haute-Savoie	ND	ND
Ain	5 %	ND
Loire	10 %	16 %
Rhône	CD du Rhône : 10 % Métropole Lyon : 12 %	20 %

Sources : Enquête nationale 2018 – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Fnors. Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans. Exploitation ORS. ND : Non Disponible

Les données sont présentées afin de montrer leur intérêt, mais elles sont trop parcellaires pour être analysées. Les résultats plus élevés lors des visites médicales en grande section de maternelle peuvent s'expliquer par le ciblage des enfants.

5.5. Le contrôle poids-taille

Parmi les services PMI répondant, la majorité des équipes contrôle le poids et la taille des enfants et calcule l'IMC avec un report sur les courbes de référence. Chez l'enfant, la détermination d'un surpoids est réalisée à partir du calcul de l'IMC et d'un report sur les courbes de croissance. Toutefois, les courbes de référence utilisées peuvent être différentes d'un département à l'autre.

Les données renseignées sont définies selon des critères différents :

- Calcul de l'IMC
- Calcul de l'IMC et report selon les courbes de corpulence française (PNNS-Santé publique France). Les valeurs seuils suivantes étaient déterminées :
 - IMC \geq seuil IOTF-30 : Obésité
 - IMC \geq 97^e percentile : Surpoids incluant obésité
 - 3^e \leq IMC < 97^e percentile : Corpulence normale
 - IMC < 3^e percentile : Insuffisance pondérale
- Calcul de l'IMC et report selon les courbes de référence de l'IOTF. Les valeurs de référence ont donc été déterminées à partir des courbes de croissance atteignant à l'âge de 18 ans, un IMC égal à 25 pour le surpoids et un IMC égal à 30 pour l'obésité.

Les données sur les situations d'obésité correspondent à un seul seuil (supérieur ou égale à IOTF 30) donc permettent des comparaisons

Tableau 21 : Effectif et proportion d'enfants ayant bénéficié d'un contrôle poids-taille lors du bilan 3-4 ans ainsi que le nombre en 2017/2018

	Nbre d'enfants ayant eu un contrôle poids-taille	Proportion d'enfants ayant eu un contrôle poids-taille parmi l'ensemble des enfants de 4 ans scolarisés	Proportion d'enfants ayant eu un contrôle poids-taille parmi les enfants ciblés par le service de PMI
Ain	5 916	69,9	100,0
Allier	2 904	89,1	100,0
Ardèche	3 344	97,8	100,0
Cantal	1 178	88,6	100,0
Drôme	5 369	85,4	100,0
Isère	12 834	90,8	99,7
Loire	6 081	66,1	58,3
Haute Loire	ND	ND	ND
Puy-de-Dôme	2 121	31,0	84,5
CD du Rhône	4 240	60,7	77,2
Métropole de Lyon	10 946		54,7
Savoie	3 042	28,9	95,8
Haute-Savoie	ND	ND	ND

Sources : Enquête nationale 2018 – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Fnors. Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Tableau 22 : Effectif et proportion d'enfants de 3-4 ans ayant une anomalie poids-taille repérée en 2017/2018

	Nbre d'enfants ayant eu un contrôle poids-taille	Nbre d'enfants ayant un Surpoids y compris obésité	Proportion d'enfants avec un surpoids y compris dont obésité parmi les enfants ayant eu un contrôle poids-taille (%)	Nbre d'enfants ayant une obésité	Proportion d'enfants avec une obésité parmi les enfants ayant eu un contrôle poids-taille (%)
Ain	5 916	464	7,8	177	3,0
Allier	2 904	ND	ND	ND	ND
Ardèche	3 344	ND	ND	ND	ND
Cantal	1 178	ND	ND	ND	ND
Drôme	5 369	410	7,6	ND	ND
Isère	12 834	737	5,7	225	1,8
Loire	6 081	170	2,8	37	0,6
Haute Loire	ND	ND	ND	ND	ND
Puy-de-Dôme	2 121	ND	ND	83	3,9
CD du Rhône	4 240	184	4,3	31	0,7
Métropole*	10 946	1 290	11,8	332	3,0
Savoie**	3 042	139	4,6	ND	ND
Haute-Savoie	ND	23	0,4***	ND	ND

Sources : Enquête nationale 2018 – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Fnors. Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes.
ND : Non disponible

*La Métropole de Lyon utilise les seuils IOTF.

**Les données du service de PMI Savoie correspondent au nombre d'enfants dont l'IMC est supérieur à 18.

*** Dénominateur : nombre de bilan réalisé

Tableau 23 : Proportion d'enfants repérés en surcharge pondérale parmi les enfants ayant eu un bilan à 3-4 ans et parmi les enfants ayant eu une visite médicale à 6 ans.

Proportion d'enfants repérés avec une anomalie poids/taille parmi les enfants ayant eu un bilan infirmier à 12 ans.

	Proportion d'enfants avec une surcharge pondérale parmi les enfants ayant eu un contrôle poids-taille lors du bilan 3-4 ans (%) (9 services PMI répondeurs)	Proportion d'enfants repérés en surcharge pondérale parmi les enfants ayant eu une visite à 6 ans	Anomalie poids / taille repérée parmi les enfants ayant eu une visite à 12 ans
Allier	ND	ND	15 %
Cantal	ND	ND	9 %
Haute-Loire	ND	ND	4 %
Puy-de-Dôme	3,9 %	ND	5 %
Ardèche	ND	ND	ND
Drôme	7,6 %	ND	ND
Isère	5,7 %	ND	14 %
Savoie	4,6 %	ND	ND
Haute-Savoie	0,4 %	ND	ND
Ain	8 %	-	6 %
Loire	3 %	5 %	7 %
Rhône	CD du Rhône : 4 % Métropole Lyon : 12 %	8 %	10 %

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : non disponible

Excepté en Haute-Savoie où la proportion d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé repérés en surpoids est faible, la proportion varie entre 3 et 12 % au sein des autres départements. La méthode utilisée par la Métropole de Lyon (référence IOTF) surestime les cas de surcharge pondérale par rapport aux autres références.

Lors des bilans infirmiers réalisés, une anomalie poids/taille est repérée chez 4 à 15 % des enfants de 6^{ème} vus selon les départements.

5.6. Les orientations suite au repérage d'une anomalie

Concernant les troubles du comportement et les troubles de l'audition, le choix d'indicateurs a porté sur les orientations réalisées suite au repérage d'une anomalie. En effet, les outils de dépistage des troubles du comportement sont disparates et les enfants sont trop jeunes pour réaliser un réel dépistage. En effet, les situations peuvent demander une orientation, une surveillance mais il semble trop tôt pour poser un diagnostic.

Par ailleurs, les troubles de l'audition n'avaient pas été retenus comme thématiques prioritaires ; hors ce dépistage est réalisé systématiquement par les PMI et permet un nombre d'orientations relativement important de 2,7 à 8,6 % des enfants vus lors des bilans

de 3-4 ans. Les médecins de PMI rencontrés précisent qu'il s'agit d'une orientation pouvant être réalisée dans le cadre du repérage des troubles du langage.

Tableau 24 : Effectif et part d'enfants orientés vers un professionnel hors PMI en 2017/2018

	Orientation suite à un trouble du comportement repéré (CMPP, CMP, Camsp...)		Orientation suite à un trouble de l'audition repéré	
	Nbre	%*	Nbre	% *
Ain	157	2,7	162	2,7
Cantal	ND	ND	49	4,2
Drôme	535	10,0	463	8,6
Isère	ND	ND	355	2,8
Loire**	197	1,9	543	5,2
CD du Rhône	14	0,3	179	3,3
Métropole de Lyon	293	1,5	744	3,7
Savoie	95	3,0	157	4,9
Haute-Savoie	225	4,3	258	4,9

Source : Enquête régionale – Bilans de santé des enfants de 3-4 ans, 6 ans et 12 ans. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : non disponible

*Proportion d'orientations par rapport au nombre de dépistages réalisés

Discussion

Les services de PMI et les services santé social des rectorats ont pour mission l'organisation de bilans de santé au cours de la scolarisation des enfants. Trois âges clés ont été ciblés par le législateur : un bilan à 3-4 ans par les services de PMI, une visite médicale à 6 ans par les médecins scolaires et un bilan infirmier à 12 ans par les infirmiers scolaires. Les bilans à 3-4 ans sont en principe réalisés dans les écoles privés et publics, les visites médicales et les bilans infirmiers dans les écoles publiques. Ces trois bilans sont mis en place dans un objectif de dépistage précoce avec des contenus définis.

1-L'utilisation des données de dépistages à des fins d'observation est confrontée à deux biais principaux :

- des pratiques différentes selon les départements et les services ;

Le contenu des bilans et visites médicales varie d'un département à l'autre. Le contenu des bilans à 3-4 ans dépendra des organisations départementales choisies ainsi que des moyens alloués. Les différences obtenues entre départements peuvent trouver diverses explications :

- des examens différents en fonction de la fragilité des populations : des examens plus systématiques dans les écoles REP mais moins complet ou des examens plus complet hors zone d'éducation prioritaire car auprès d'enfants orientés suite à la présence de problématiques de santé ou de comportement ;
- des problèmes de santé plus présents ;
- des outils de saisies, des indicateurs et des modalités de recueil différents ;

- des outils de saisies, des indicateurs et des modalités de recueil différents ;

Le recueil de données mis en place auprès des services de PMI et des rectorats s'est appuyé sur les données recueillies par les différents services et ne devait pas être un recueil supplémentaire. De ce fait, le recueil est confronté au manque d'homogénéité des indicateurs que ce soit dans leur définition ou dans leur mode de recueil. Sans définition partagée, il est alors impossible de faire des comparaisons statistiques. Toutefois, les données permettent de décrire les situations départementales. L'enquête nationale FNORS réalisée auprès des services PMI permet de comprendre les variations départementales mais également de comprendre le contenu des examens.

Le recueil ne permettait pas de disposer de variables de redressement. Ces biais sont d'autant plus importants que les taux de couverture sont faibles.

2-Des inégalités territoriales d'accès aux dépistages sont observées :

En Auvergne-Rhône-Alpes, les estimations réalisées indiquent qu'en :

- 2017-2018 : 81 % des enfants de 4 ans scolarisés dans le public ou le privé ont bénéficié d'un bilan 3-4 ans avec des écarts selon les départements, la part variant de 37 % à plus de 95 % ;
- 2018-2019 : 27 % des enfants scolarisés en GSM dans le public ont bénéficié d'une visite médicale avec des écarts selon les départements, la part variant de 7 % à 46 %. Ce taux augmente si l'intervention des infirmières scolaires pour réaliser cet examen est pris en compte, mais les écarts demeurent entre les départements ayant ce type d'organisation, variant de 9 % à 82 % ;
- 2018-2019 : de 36 % à plus de 95 % des enfants scolarisés en 6^{ème} dans le public ont bénéficié d'un bilan infirmier (l'information est connue pour environ 40 % des élèves de 6^{ème} dans le Rhône et 70 % des élèves de 6^{ème} dans la Loire).

3-Des inégalités territoriales en termes d'offre sanitaire concernant les professionnels de la petite enfance (voir Annexe III) sont également constatées.

Certains départements ont fait part d'organisations mises en place pour limiter les conséquences d'une faible présence médicale : il s'agit en particulier de répartir les dépistages entre différents professionnels, sur la base de protocoles de coopérations entre médecins et infirmiers, médecins et orthoptistes etc. Des coopérations territoriales avec les communautés professionnelles territoriales de santé ont également vu le jour.

Les résultats de l'étude ELFE⁸ indiquaient que les variations des taux de réalisation de dépistages n'étaient corrélées ni avec la densité de pédiatres/médecins généralistes ni avec le nombre de médecins équivalent temps plein et le budget. Des départements tels l'Ain et la Haute-Loire cumulent les difficultés liées à des présences médicales faibles qu'elles soient libérales ou salariées. D'autres départements comme l'Allier, en difficulté pour la présence médicale libérale, ont une présence médicale salariée supérieure à la moyenne régionale. Même si les situations sociales sont différentes, il a été identifié un lien entre une faible densité de médecins libéraux et la saturation des consultations infantiles de PMI⁹. Il est ainsi possible de faire l'hypothèse qu'une densité plus élevée des professionnels de PMI puissent pallier une offre libérale très faible et ainsi faciliter l'accès des enfants de moins de 6 ans aux consultations médicales et réaliser les consultations de dépistage.

⁸Bois C, Milcent K, Dufourg M-N, Charles M-A. Bilan de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle par la Protection maternelle et infantile en 2014-2016 : disparités départementales des pratiques. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. janv 2020 ; (1) : 9-17.

⁹Rist S, Barthelet-Derrien M-S. Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019 p. 66.

4- Les dépistages les moins réalisés portent sur l'examen dentaire, l'évaluation du statut vaccinal et la surcharge pondérale, trois marqueurs des inégalités sociales de santé

Ces résultats rejoignent les conclusions de l'enquête nationale FNORS¹⁰. En effet, le contenu des dépistages sont variables d'un département à l'autre et ne permettent pas dans l'état actuel de dépister l'ensemble des enfants de 3-4 ans. Les dépistages les moins réalisés, qui montrent des différences au niveau du contenu, concernent l'examen dentaire, l'évaluation du statut vaccinal ainsi que l'évaluation de la surcharge pondérale.

5- Sur l'ensemble du territoire français, le taux de réalisation de l'examen à six ans s'est dégradé.

Les causes évoquées sont l'évolution de la démographie médicale mais également la mise en œuvre de l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif aux visites médicales et de dépistage obligatoires. Alors que les médecins et les infirmiers scolaires intervenaient de manière complémentaire sur ce dépistage, l'action des infirmiers scolaires a été ciblée sur la réalisation de dépistages à des âges ultérieurs¹¹.

6- Les comparaisons avec d'autres régions confirment l'importance d'organiser un recueil de données issues des dépistages.

Les données d'Auvergne-Rhône-Alpes sont similaires à l'enquête ELFE. Ainsi l'examen visuel concerne, selon les départements, 74 % à 100 % des enfants (81 % à 100 % dans l'enquête ELFE), la mesure de la taille de 55 % à 100 % des enfants (42 % à 100 % dans l'enquête ELFE)¹². Les données de résultats interrogent les services sur la nécessité d'avoir quelques indicateurs communs et fiables. Les biais méthodologiques ne permettent pas d'avoir une vision épidémiologique des problèmes de santé. Il n'est pas possible, avec ces données d'obtenir les prévalences d'obésité ou de dents cariées. Par contre avec une méthode de recueil standardisée il serait possible d'obtenir des informations sur le repérage d'enfants en surpoids par exemple.

Les chiffres ne peuvent pas être directement comparables aux résultats d'autres enquêtes nationales ou régionales, pour des raisons de méthodologies différentes (contenu des examens, questionnaires et modes de passation différents selon les études). Ces enquêtes correspondent cependant à des références en France ou à des données régionales, il est ainsi intéressant d'apporter les valeurs d'indicateurs proches.

¹⁰ Beaumont A, Mathieu C. Bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017 : les pratiques des services départementaux de PMI et des services municipaux de santé scolaire. Paris : Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé, CREA-ORS Occitanie, ORS Nouvelle Aquitaine, ORS ; 2019 p. 74.

¹¹ Rist S, Barthelet-Derrien M-S. Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019 p. 66.

¹² Bois C, Milcent K, Dufourg M-N, Charles M-A. Bilan de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle par la Protection maternelle et infantile en 2014-2016 : disparités départementales des pratiques. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. janv 2020 ; (1) : 9-17.

Les données obtenues ici, même si elles ne permettent pas d'estimer la prévalence des pathologies, démontrent l'intérêt des bilans proposés dans les premières années de la scolarité. Améliorer la qualité des données permettra de décrire l'état de santé des enfants ainsi que le recours au dépistage et au système de santé.

Les résultats de dépistage indiquent qu'environ 9 % des enfants ayant bénéficié d'un bilan à 3-4 ans ont été orientés vers un orthophoniste, 12 % vers un chirurgien-dentiste. Les données recueillies ici correspondant aux données publiées par d'autres services de PMI. Récemment le service de PMI du Val de Marne a souhaité associer une dimension épidémiologique des bilans de santé à l'objectif de dépistage individuel exhaustif. L'étude a porté sur les bilans réalisés en 2015. L'évaluation staturale pondérale a permis de repérer parmi les enfants ayant bénéficié d'un bilan 3-4 ans 6,8 % d'enfants en surpoids (dont obésité) et 1,6 % en situation d'obésité. Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, les bilans ont permis de repérer 3 % des enfants en situation d'obésité parmi les enfants ayant bénéficié d'un bilan. La proportion d'enfants présentant des troubles du langage était de 9,0 % dans le Val-de-Marne et de 14,4 % dans les Hauts-de-Seine. La proportion d'enfants présentant des troubles visuels était de 13,4 % dans le Val-de-Marne, de 25,2 % dans les Hauts-de-Seine et de 15,3 % parmi les enfants ayant bénéficié d'un bilan en Auvergne-Rhône-Alpes. Ainsi, 15,6 % des enfants de 3-4 ans ont été orientés vers une consultation ophtalmologique dans le Val-de-Marne, 15,3 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Plusieurs académies en France se sont dotées d'outils complémentaires afin d'améliorer le recueil de données. Il n'existe pas, à la date de publication de ce document d'outils de recueil commun. Les outils existants recensent les résultats des dépistages obligatoires et sont accompagnées de questions relatives à la vie de l'élève (questionnaire renseigné directement par l'élève ou par l'intermédiaire de l'infirmier). Ces études apportent non seulement des données au niveau régional et départemental mais également au niveau des établissements. Les résultats peuvent orienter les actions de promotion de la santé au sein des établissements et plus globalement au niveau académique, départemental et ou régional. La région Nouvelle Aquitaine¹³, a mené un travail d'harmonisation et de recueil des données des bilans infirmiers de la 12^{ème} année, en 2017-2018, une acuité visuelle de loin perturbée a été dépistée chez 11,7 % des enfants de 6^{ème}, une surcharge pondérale chez 18,7 % enfants de 6^{ème} (une obésité chez 4,2 %) et un état dentaire incorrecte chez 18,1 % des enfants de 6^{ème}.

L'enquête Infiscol (visite médicale en GSM et bilan infirmier 12^{ème} année) menée en région Occitanie apporte pour l'année 2017-2018, les résultats suivants :

- une surcharge pondérale repérée chez 15 % des élèves de 6^{ème},
- une vaccination ROR à jour chez 90 % des élèves de 6^{ème}
- au moins une carie non traitée chez 7 % élèves de 6^{ème}

Concernant la vaccination, en Auvergne Rhône-Alpes, la couverture vaccinale du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR (2 doses)) à 24 mois est de 81 % (80 % en France), la couverture vaccinale « Méningocoque C » chez les enfants de 2 ans est de 79 %

¹³ Dépistages infirmiers des élèves de sixième en 2017/2018. Bordeaux : ORS Nouvelle Aquitaine ; 2019.

(identique à la France). Il est nécessaire qu'au moins 95 % des enfants soient immunisés pour éliminer la rougeole, la couverture vaccinale est ainsi insuffisante en Auvergne-Rhône-Alpes pour éliminer ce risque¹⁴. La vérification des vaccinations est donc indispensable pour permettre le rattrapage de la vaccination.

Concernant les troubles du langage

Entre 3 et 6 ans, le diagnostic de « troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant » est difficile. Les troubles graves sont plus souvent associés à d'autres troubles qu'isolés, ce qui fait appel à un bilan médical pluridisciplinaire. Dans le cas des troubles légers et isolés, il faut distinguer les troubles des retards¹⁵.

Par ailleurs, des enfants de 3-5 ans présentant un retard du développement du langage observé, peuvent ne plus présenter de retard quelques mois ou quelques années plus tard, même en l'absence de prise en charge particulière mais sans qu'il soit possible de prédire cliniquement l'évolution du langage. L'indication du bilan orthophonique dépend de la sévérité, de la spécificité et de la persistance du retard de langage. En fonction de l'âge, le bilan orthophonique ne répond pas aux mêmes indications :

- Chez l'enfant de 3 à 4 ans, en cas d'absence de langage intelligible pour les personnes non familières, en cas d'absence de structure grammaticale (3 mots dont un verbe associé à 3 ans), -en cas de troubles de la compréhension.
- Chez l'enfant de 4 à 5 ans :
Même en cas de retard moins sévère que précédemment, le bilan orthophonique peut être indiqué pour faire une évaluation quantifiée des troubles de l'expression et des troubles de la compréhension. En cas de retard dans l'expression et en particulier l'aspect phonologique du langage uniquement, en l'absence évidente de retard ou de trouble dans la compréhension, une simple surveillance paraît justifiée avec un réexamen de l'enfant 6 mois plus tard.
- À 5 ans, en plus des situations citées, s'ajoutent les troubles du langage quels qu'ils soient, authentifiés par une batterie de dépistage. La persistance d'un trouble du langage, en particulier de troubles phonologiques peut gêner considérablement l'apprentissage de la lecture au début du primaire.

Les données recueillies montrent que le dépistage des troubles de langages est effectué dans près de 90 % des bilans à 3-4 ans réalisés et permet de repérer un trouble ou un retard de langage chez 22 % des enfants vus. Les résultats obtenus des remontées partielles des visites médicales de la 6^{ème} année indiquent également que le dépistage des troubles du langage lors de ce bilan permet de repérer des enfants en difficulté.

¹⁴ Santé publique France. Vaccination. Bulletin de santé publique Auvergne-Rhône-Alpes. avr 2019 ; 1-19.

¹⁵ Durocher A. L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Paris : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; 2001 p. 80.

Concernant les anomalies poids-taille

Alors que le thème du surpoids est la priorité de nombreux programmes, il est observé un manque de données, cette thématique ne peut pas être suivie dans notre région. Certains auteurs concluent « *sur l'importance de suivre la courbe de l'IMC chez les enfants, l'information n'est pas consignée. En effet l'augmentation de plus d'un point de l'IMC entre 3-4 ans et 5-6 ans est un marqueur du risque de développer un surpoids ou une obésité. Cela conforte l'importance de cet examen dans ces deux bilans.*¹⁶ »

¹⁶ Thibault H, Meless D, Carriere C, Baine M, Saubusse E, Castetbon K, et al. Critères de repérage précoce des enfants à risque de développer un surpoids. Archives de Pédiatrie. mai 2010 ; 17(5) : 466-73.

Conclusion

Ce travail de diagnostic et de coordination entre les différents acteurs de la petite enfance mené au cours des années 2018/2020 s'est inscrit dans les orientations nationales des ministères des solidarités et de la santé et de l'éducation et la jeunesse et dans le cadre de l'enquête coordonnée par la direction générale de la santé et la coordination des PMI (CANA-PMI). Il a permis de répondre en partie aux objectifs de coordination inscrits dans le PRS Auvergne Rhône Alpes et de poser les bases de la mise en œuvre de l'axe 1 (améliorer la connaissance de l'état de santé des élèves) de la convention entre l'ARS et les trois rectorats de la région.

Le diagnostic de l'offre concernant plusieurs professions de la petite enfance révèle d'importantes inégalités territoriales.

Les premiers éléments recueillis sur les réalisations des dépistages, malgré leurs biais méthodologiques donnent des évaluations sur les taux de réalisation par département pour chaque âge concerné, fournissent des informations utiles sur les pratiques des dépistages.

Une première analyse partagée a été réalisée lors d'une réunion régionale, le 24 janvier 2020 avec la présence des représentants des services de protection maternelle et infantile, des trois rectorats de la région et de l'Agence régionale de santé. Cette réunion a également porté sur les perspectives de travail commun aux trois institutions à mettre en place dans chaque département.

Les bilans infirmiers et les visites médicales, réalisés en milieu scolaire à 3-4 ans, 6 ans et 12 ans, constituent une source de connaissance sur la santé des élèves très intéressante. Ces recueils de données peuvent être, pour le bilan infirmier et le bilan des 3-4 ans quasiment exhaustifs sur une classe d'âge. Leur exploitation peut apporter des éléments objectifs souvent indisponibles au niveau régional, départemental voire infra départemental. Ces données pourraient aider à la mise en place d'actions des Rectorats, des services de PMI et de l'ARS aussi bien à l'échelle de l'ensemble du territoire étudié qu'à une échelle plus fine. Le recueil systématique d'un nombre restreint d'informations permettrait d'améliorer l'homogénéité des indicateurs et ainsi suivre l'évolution de ces indicateurs. Au-delà de l'exploitation départementale de ces données, il pourrait être un outil de définition de priorité au niveau d'un établissement ou d'un bassin de formation.

Le développement d'un outil de saisie simple et facile à renseigner par les infirmiers scolaires pourrait permettre aux établissements scolaires d'analyser leurs propres données, en complément de la montée en charge d'Esculape qui permettra l'accès aux données des visites médicales réalisées en milieu scolaire.

Compte-tenu de la priorité donnée à la santé bucco-dentaire, aux vaccinations, à la lutte contre le surpoids, il serait intéressant de rendre plus systématique ces examens lors des bilans ou visites médicales obligatoires en milieu scolaire.

Depuis la réalisation de cette étude, le contexte législatif a évolué, la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance instaure une visite organisée à l'école pour tous

les enfants âgés de 3 ans à 4 ans et une visite pour les enfants âgés de 5 ans à 6 ans qui nécessitent une visite médicale (Annexe 3). Cette nouvelle organisation doit entrer en vigueur à la rentrée 2020.

Pour le suivi de la santé des élèves, il sera important d'intégrer les visites de dépistages réalisés par les infirmières scolaires en CP. Une analyse de la réalisation de ces bilans et des données recensées compléterait le recueil.

Enfin la dynamique de travail lancée au cours de ces deux dernières années, associant également les services de santé universitaires, pourrait être poursuivie dans un objectif d'analyse et de partage des informations utiles à la connaissance de l'état de santé des enfants de la naissance à 25 ans.

ANNEXE I

Le Bulletin officiel de l'Éducation nationale, n°42 du 12 novembre 2015

Périodicité et contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation

NOR : MENE1517115Aarrêté du 3-11-2015- J.O. du 6-11-2015 MENESR - DGESCO B3-1

Vu code de l'éducation, notamment article L. 541- 1 ; code de la santé publique, notamment articles L. 1413-4, L. 2112-5 et L. 2132-1, R. 4311-1 à R. 4311-15-1 ; arrêté du 31-7-2009 modifié ; avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 29-6-2015 ; avis du Conseil supérieur de l'éducation du 2-7-2015

Article 1 - Les visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ont lieu au cours de la **sixième année** et de la **douzième année** de l'enfant.

Au cours de la sixième année, la visite comprend un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.

Article 2 - Les contenus de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont définis à l'annexe I du présent arrêté pour celles réalisées lors de la sixième année de l'enfant par les médecins, à l'annexe II pour celles qui le sont lors de sa douzième année par les infirmiers de l'éducation nationale.

Article 3 - Les résultats de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont inscrits dans le carnet de santé de l'enfant par les professionnels de santé qui les ont effectuées, de façon à être utilisés pour le suivi de l'élève.

Article 4 - Ces visites médicales et de dépistage obligatoires peuvent donner lieu, en tant que de besoin, à une collecte de données permettant le suivi épidémiologique de la santé des enfants, dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur.

Article 5 - Sont mis à disposition, sur les sites Internet des ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé, des outils scientifiquement validés et des guides d'accompagnement à destination des professionnels de santé qui réalisent ces visites médicales et de dépistage obligatoires.

Article 6 - La directrice générale de l'enseignement scolaire et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 3 novembre 2015

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Najat Vallaud-Belkacem

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine

Annexe I

Visite médicale de la sixième année

- Analyse des antécédents de l'enfant à partir des données, notamment du document de liaison prévu par l'article L. 2112-5 susvisé du code de la santé publique pour les enfants ayant bénéficié du bilan de santé entre 3 et 4 ans en école maternelle (1), ou du carnet de santé de l'enfant avec l'accord des parents.
- Lorsque les enfants ont bénéficié d'une visite médicale par le médecin qui suit l'enfant en application de l'article L. 541-1, les parents, s'ils en sont d'accord, transmettent à la demande du médecin de l'éducation nationale, dans le cadre du suivi du parcours de santé à l'école, le carnet de santé de leur enfant sous enveloppe cachetée à son intention. Si les parents ne souhaitent pas présenter le carnet de santé, ils devront être en mesure de fournir un certificat médical attestant qu'un bilan de l'état de santé physique et psychologique de leur enfant a été assuré par un professionnel de santé de leur choix (art. L. 541-1 du code de l'éducation).
- Entretien avec les parents de l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, son développement et d'éventuelles pathologies. Lorsque l'enfant présente un handicap ou une affection chronique, le professionnel de santé analyse ses besoins et, le cas échéant, impulse avec l'accord des parents les démarches nécessaires.
- Prise en compte d'éventuelles observations recueillies auprès de l'enseignant de l'enfant et des personnels intervenant au sein de l'école.
- Vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur (2).
- Examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et traçage sur les courbes du carnet de santé.
- Examen clinique.
- Dépistage des troubles auditifs comprenant la vérification de l'acuité auditive avec un appareil audio vérificateur.
- Dépistage des troubles visuels.
- Bilan du langage.
- Bilan du développement psychomoteur.
- Examen bucco-dentaire.
- Transmission aux parents des conclusions de ces examens et dépistages incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, en tant que de besoin, la remise d'un courrier à l'attention du médecin traitant. Le médecin qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission.
- Mise à disposition des données issues de cette visite aux personnels de l'éducation nationale en charge du suivi de l'élève concerné, dans le respect du secret professionnel.
- Rencontre avec l'enseignant de l'élève et le directeur d'école afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire.

Cette liste n'est pas limitative. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées.

Annexe II

Visite de dépistage de la douzième année par l'infirmier

- Analyse des antécédents de l'enfant à partir, notamment du carnet de santé avec l'accord des parents, en particulier l'existence d'une maladie chronique ou d'un handicap justifiant ou ayant justifié la mise en place d'un dispositif adapté. Les parents peuvent être sollicités en tant que de besoin ou assister à l'examen sur leur demande.
- Entretien avec l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, sa santé perçue, l'expression éventuelle de difficultés ou de signes de souffrance psychique ainsi que sur son développement pubertaire.
- Prise en compte d'éventuelles observations recueillies auprès des parents et de l'équipe éducative.
- Vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur (3).
- Examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et traçage sur les courbes du carnet de santé.
- Évaluation de la situation clinique.
- Dépistage des troubles visuels.
- Dépistage des troubles auditifs comprenant la vérification de l'acuité auditive avec un appareil audio vérificateur.
- Hygiène bucco-dentaire.
- Recommandations et conseils à l'enfant, adaptés en fonction de ses questions et des données de l'examen.
- Transmission aux parents des conclusions de cet examen incluant, le cas échéant, des recommandations et des conseils. Un courrier à destination du médecin traitant peut être remis aux parents. Le professionnel de santé qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission.
- Mise à disposition des données issues de cette visite aux personnels de l'éducation nationale en charge du suivi de l'élève concerné, dans le respect du secret professionnel.
- Rencontre avec les enseignants de l'élève et l'équipe de direction afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire.

Cette liste n'est pas limitative. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées.

(1) Article L. 2112-5 du code de la santé publique susvisé et arrêté du 18 août 1997 pris pour son application relatif au modèle d'imprimé servant à établir le dossier médical de liaison entre le service départemental de protection maternelle et infantile et le service de promotion de la santé en faveur des élèves pour les enfants suivis en école maternelle.

(2) Calendrier des vaccinations publié par le ministère chargé de la santé et consultable sur www.sante.gouv.fr.

(3) Calendrier des vaccinations publié par le ministère chargé de la santé et consultable sur www.sante.gouv.fr.

Annexe II

Loi École de la confiance

Instaurer une visite médicale à l'école dès 3 ans pour un meilleur suivi des enfants

Un repérage précoce des éventuels troubles de santé pouvant affecter les apprentissages est essentiel pour la réussite du parcours scolaire des jeunes enfants. En complémentarité avec l'abaissement de l'âge de l'instruction obligatoire, l'article 13 vient structurer un parcours de santé pour tous les enfants de 0 à 6 ans en prévoyant l'organisation de visites médicales à des moments clés de la scolarité à l'école primaire.

Une visite organisée à l'école pour tous les enfants âgés de 3 ans à 4 ans

La loi prévoit une visite médicale pour tous les enfants entre 3 et 4 ans, au début de l'école maternelle. Cette visite, organisée à l'école, vise à dépister les troubles du neurodéveloppement, les troubles du spectre autistique, mais également des troubles sensoriels, staturaux-pondéraux, psycho-affectifs et autres troubles de santé. La réalisation de cette visite à l'école permet aux professionnels de santé de comprendre le contexte scolaire de l'enfant et aux enseignants de l'adapter au mieux en cas de besoin.

L'article 13 (**qui entrera en vigueur à la rentrée scolaire 2020**) définit les modalités concrètes de cette visite en prévoyant une meilleure complémentarité entre tous les acteurs de la santé entre 0 et 6 ans afin de garantir une couverture de 100 % des élèves.

Il est primordial que tous les enfants puissent bénéficier à l'école de cette visite à cet âge crucial, sauf si les parents fournissent une attestation d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre libéral certifiant que l'examen a été réalisé.

La loi apporte des précisions importantes sur les modalités d'organisation de cette visite, pour garantir sa réalisation effective. En effet, cette visite, mentionnée à l'article L. 2112-2 du code de la santé publique, est déjà une des missions de la protection maternelle et infantile (PMI). La loi réaffirme et renforce cette compétence en donnant aux services départementaux de PMI la responsabilité première de réaliser ces visites pour l'ensemble des élèves de cette tranche d'âge. Si ces services départementaux rencontrent des difficultés pour les réaliser seuls dans certaines écoles, **les professionnels de santé de l'éducation nationale** interviendront à titre complémentaire, dans le cadre de conventions départementales d'organisation des services.

La visite organisée à l'école pour les enfants âgés de 5 ans à 6 ans

La loi prévoit également une visite lors de la sixième année, c'est-à-dire entre 5 et 6 ans, afin de sécuriser l'entrée dans les apprentissages de l'école élémentaire. Ce repérage pourra concerner des troubles de l'attention, de la coordination, de la vision, de la croissance, de la communication, une mauvaise association entre les signes écrits et les sons. Les professionnels de santé portent également attention à la prévention des maltraitances.

Il **n'est pas nécessaire que tous les enfants de cette tranche d'âge soient vus**, sans évidemment exclure que tous les enfants puissent à tout moment être accompagnés ou suivis par un professionnel de santé. En revanche, il est indispensable que ceux qui en ont effectivement besoin bénéficient d'une visite par un médecin. Il s'agit de prendre en considération tous les enfants, sans qu'ils aient tous besoin d'un examen approfondi.

Le bon repérage des élèves nécessitant une visite par un médecin s'appuiera, en lien avec les familles, sur une **coordination renforcée entre le médecin de l'éducation nationale, les autres professionnels de santé (infirmiers de l'éducation nationale, PMI, médecins généralistes, pédiatres, etc.)** et l'ensemble de l'équipe éducative, dont **les enseignants, les psychologues et les assistants de service social en faveur** des élèves. Le médecin déterminera, après étude des éléments du parcours de santé de l'enfant, ceux qu'il verra en visite approfondie.

Site internet du Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse visité le 28 février 2020
<https://www.education.gouv.fr/la-loi-pour-une-ecole-de-la-confiance-5474>

Annexe III Offre sanitaire : Tableau de synthèse des densités des professionnels selon les départements

	Pédiatres libéraux	Médecins généralistes libéraux	Médecins PMI	Puéricultrices et infirmières PMI	Médecins de l'Éducation nationale	Chirurgiens-dentistes libéraux	Orthophonistes libéraux
Ain	7,8	70,0	15,1	67,6	2,6	47,8	26,5
Allier	1,5	87,8	21,2	70,8	13,3	48,0	13,5
Ardèche	16,3	89,1	ND	ND	4,7*	46,9	25,3
Cantal	11,8	95,7	25,2	134,2	14,3	47,9	9,6
Drôme	10,6	90,6	25,3	105,9	8,2*	58,3	37,7
Haute-Loire	2,1	88,1	10,7	81,1	6,9	44,9	23,3
Haute-Savoie	14,1	92,2	11,7	69,0	8,5*	62,1	31,7
Isère	18,6	96,1	18,4	81,4	9,2*	51,4	34,7
Loire	14,3	93,6	18,6	73,0	8,6	42,0	24,9
Puy-de-Dôme	17,2	94,7	20,1	74,0	10,5	65,3	22,1
Rhône	28,6	96,4	ND	ND	9,6	58,9	53,5
Métropole Lyon	35,2	99,4	29,4	83,7	ND	59,6	54,4
CD du Rhône	10,8	87,5	16,3	83,4	ND	56,9	50,7
Savoie	13,1	113,7	23,3	80,7	10,0*	58,6	34,6
Auvergne-Rhône-Alpes	16,9	93,0	20,0	77,3	9,2	54,4	34,1

Densité de pédiatres libéraux pour 100 000 jeunes de moins de 18 ans ; Densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants ; Densité de médecins PMI pour 10 000 naissances en 2018 ; Densité de puéricultrices et infirmières PMI pour 10 000 naissances en 2018 ; Densité de médecins de l'Éducation nationale pour 100 000 élèves du 1^{er} ou 2nd degré des établissements publics au 1^{er} janvier 2019 ; Densité de chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants ; Densité d'orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants.

*Académie de Grenoble. Données 2017 fournies par le Service médical et social, Rectorat de l'académie de Grenoble Sources : Cnam (SNIIRAM - 31/12/2017), Insee (Recensement – 2015, Etat civil - 2018), Repères et références statistiques. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. 2019. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Conseils départementaux, services PMI. Rectorats de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon. ND : Non disponible

Bibliographie

Beaumont A, Mathieu C. Bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017 : les pratiques des services départementaux de PMI et des services municipaux de santé scolaire. Paris : Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé, CREAI-ORS Occitanie, ORS Nouvelle Aquitaine, OR2S ; 2019 p. 74. Disponible sur : https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2020/02/2019-FNORS-RapportEnqueteBilans3-4ans_VF.pdf

Bégué P. La médecine scolaire en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. oct 2017 ; 201(7-8-9) : 957-972. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/la-medecine-scolaire-en-france/>

Bois C, Milcent K, Dufourg M-N, Charles M-A. Bilan de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle par la Protection maternelle et infantile en 2014-2016 : disparités départementales des pratiques. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. janv 2020 ; (1) : 9-17. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/1/pdf/2020_1_2.pdf

Dépistages infirmiers des élèves de sixième en 2017/2018. Bordeaux : ORS Nouvelle Aquitaine ; 2019. Disponible sur : <https://www.ors-na.org/publications/dépistages-infirmiers-des-eleves-de-6eme-en-2017-2018/>

Durocher A. L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Paris : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; 2001 p. 80. (Recommandations et références médicales). Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Orthophonie.pdf>

Rist S, Barthet-Derrien M-S. Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019 p. 66. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_27_mars_stephanie_rist.pdf

Santé publique France. Vaccination. Bulletin de santé publique Auvergne-Rhône-Alpes. avr 2019 ; 1-19. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/128377/1956139>

Thibault H, Meless D, Carriere C, Baine M, Saubusse E, Castetbon K, et al. Critères de repérage précoce des enfants à risque de développer un surpoids. Archives de Pédiatrie. mai 2010 ; 17(5) : 466-73.

SIGLES

ARS : Agence régionale de santé

DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire

Campsp : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

CD : Conseil départemental

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique.

CMP : Centre médico psychologique

Cnam : Caisse nationale de l'Assurance Maladie

CP : Cours préparatoire

DEJS : Direction éducation, jeunesse et sport

DG : Directeur général adjoint

DSDEN : Direction des services départementaux de l'Éducation nationale

ERTL : Épreuves de repérage des troubles du langage

ETP : Équivalent temps plein

FNORS : Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé

GSM : Grande section maternelle

IMC : indice de masse corporelle

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IOTF : International Obesity Task Force

ORS : Observatoire régional de la santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS-Santé publique France : Programme national nutrition santé Santé publique France

PRS : Projet régional de santé

REP : réseau d'éducation prioritaire

ROR : Rougeole oreillon rubéole

RP : Recensement de la population

SESPAG : Service d'études statistiques, de la performance et de l'analyse de gestion

SNIIRAM : Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie