



La santé des enfants scolarisés en classes de 6^e

/// DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS D'ALSACE EN 2014-2016



Depuis la rentrée scolaire 2014, un dispositif d'informatisation des bilans infirmiers réalisés au profit des élèves de 6^e des collèges publics alsaciens a été mis en place dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. Il s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre le Rectorat de l'académie de Strasbourg, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Observatoire régional de la santé d'Alsace (ORS). Il n'aurait pu voir le jour sans la volonté et l'engagement des personnels infirmiers de l'Éducation nationale et du service informatique du Rectorat de l'Académie de Strasbourg. Le Logiciel de santé scolaire (L2S), grâce auquel les bilans infirmiers sont informatisés, a été initialement développé en interne par l'ORS Alsace. Sa maintenance et son développement sont à présent assurés par Monsieur Philippe Enderlin (auto entrepreneur).

L2S permet de recueillir un panel très large d'informations relatives à l'environnement familial des enfants, l'alimentation,

l'activité physique, le statut pondéral, la vision, l'audition, la santé bucco-dentaire, le statut vaccinal, mais également les suites données à la visite. Sans être exhaustives, les données recueillies par les infirmiers scolaires et présentées dans la suite de ce document concernent 26 269 élèves (années scolaires 2014-2015 et 2015-2016), soit 68% de la population visée (élèves enregistrés comme scolarisés dans les classes de 6^e en établissements publics en Alsace).

Cette photographie de la santé des élèves à un moment clef de leur scolarité doit permettre aux équipes des collèges ainsi qu'à l'ARS de disposer d'informations précieuses pour mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées à la population scolaire et répondant au mieux aux besoins identifiés. À terme, ces données participeront également à l'évaluation des politiques et actions engagées au bénéfice de ce public.



/// LOGICIEL DE SANTÉ SCOLAIRE (L2S)

Le logiciel de santé scolaire (L2S) est une application web permettant la saisie informatique des résultats des dépistages infirmiers et des consultations infirmières, des suivis des élèves du premier et du second degré par le personnel infirmier de l'académie de Strasbourg. L'accès à l'application se fait via le portail Accès aux ressources éducation nationale et académique (Arena) de l'Académie de Strasbourg.

Chaque infirmier scolaire, habilité à se connecter à l'application n'a accès qu'aux dossiers santé des élèves qu'il suit pendant l'année scolaire. Pour garantir la confidentialité des données, l'application met en œuvre des mécanismes d'anonymisation et de chiffrement des données.

L'hébergement est assuré par les serveurs informatiques du Rectorat et l'accès à l'application est soumis à une authentification (identifiant et mot de passe). Sur Internet, le mécanisme d'authentification est renforcé par l'utilisation d'une clé OTP (One Time Password) qui garantit la sécurité des échanges de données via une connexion VPN (réseau privé virtuel).

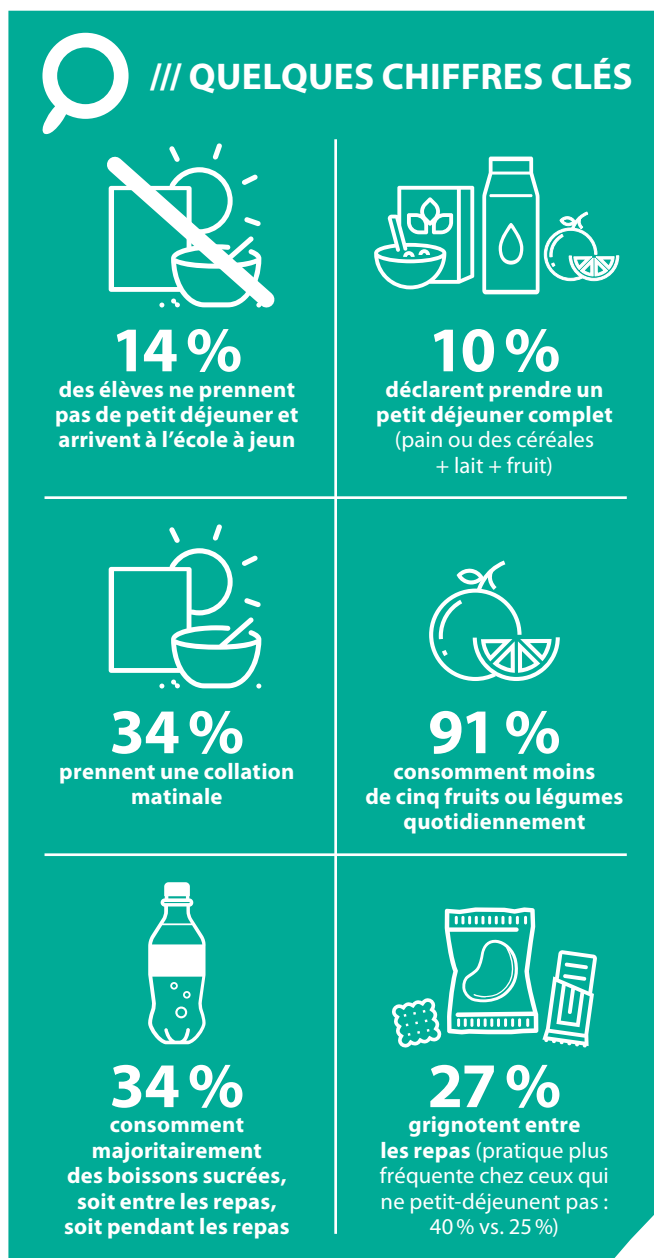
En sus d'une déclaration de traitement automatisé d'informations nominatives auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil) qui en a délivré récépissé sous le n°1506114, l'application a préalablement fait l'objet d'un dossier de sécurité par la Direction des Systèmes d'Information (DSI) du Rectorat.

Près d'un enfant sur quatre est en surpoids

Au regard de leur poids, de leur taille et de leur âge, au total, 23% des enfants sont en surpoids (y compris obésité), dont 6% sont obèses et 17% en surpoids (hors obésité).¹

Des comportements alimentaires éloignés des recommandations

De nombreuses questions permettent de cerner les habitudes alimentaires des élèves examinés ; dans ce domaine les marges de progrès sont substantielles. Ainsi, l'absence de petit déjeuner concerne un enfant sur sept (le plus souvent par manque d'appétit) et près d'un enfant sur dix (8%) ne prend ni petit déjeuner, ni collation matinale ; ils arrivent à jeun au repas de midi. Le grignotage entre les repas (particulièrement présent chez les élèves qui ne petit-déjeunent pas) et la consommation de boissons sucrées restent répandues, alors que la consommation de 5 fruits et légumes par jour est exceptionnelle.



Plus de la moitié des élèves pratiquent au moins deux heures d'activités sportives par semaine, mais près d'un sur deux passe au moins deux heures devant des écrans par jour

Les activités physiques renseignées dans L2S peuvent prendre de nombreuses formes. C'est le cas des activités sportives (clubs, Union nationale du sport scolaire - UNNS) que la moitié des élèves (54%) pratique au moins deux heures par semaine. Qui plus est, près des deux tiers (64%) des enfants déclarent avoir au cours de la semaine au moins deux heures d'activités physiques en extérieur (vélo, balade, marche) et 11% au moins cinq heures.

Le trajet entre le domicile et l'école est également une occasion de pratiquer une activité physique. Si moins de la moitié (39%) des élèves recourent à un mode de déplacement actif (vélo, marche) pour ces trajets, la pratique est répandue en milieu urbain, comme à Colmar (69%), Strasbourg (63%) ou Mulhouse (60%).

À l'opposé, le temps passé devant les écrans (télévision, ordinateur, etc.) est un bon indicateur de sédentarité. Près de la moitié des élèves déclarent passer quotidiennement au moins deux heures devant un écran et 7% affirment même y consacrer plus de 4 heures ou plus.

En Alsace comme dans l'ensemble de la France, le niveau d'activité physique des collégiens est faible par rapport à ce qui s'observe dans d'autres pays

À défaut de pouvoir comparer ces données à celles d'autres régions ou anté-régions, il est possible de rappeler que, selon l'enquête HBSC 2012 (*Health behaviour in school aged children*), le taux d'élèves de 6^e ayant une activité physique régulière (au moins une heure par jour) est assez proche en Alsace de la moyenne nationale. Il ne s'agit pas d'un constat très positif, dans la mesure où la France n'est que le 35^e pays (sur les 42 ayant participé à l'HBSC en 2012) en terme de taux d'enfants de 11 ans pratiquant au moins une heure d'activité physique journalière.

Une durée de repos nocturne moins importante pour les enfants disposant d'un équipement média dans leur chambre

Chez les enfants, un sommeil détérioré peut avoir un impact sur leur capacité à suivre les enseignements qui leur sont dispensés. Au total, un enfant sur dix (10%) affirme avoir un mauvais sommeil. La cause la plus fréquente est la difficulté à l'endormissement (trois quarts des cas). Les réveils nocturnes et les cauchemars sont eux cités dans un cas sur quatre.

¹ Les références utilisées pour déterminer le statut pondéral des enfants sont celles de l'International Obesity Task Force.

Faute de pouvoir connaître la durée précise de sommeil, il est possible de calculer une durée de repos nocturne, à partir des heures déclarées de coucher et de lever. Globalement, 39% des enfants bénéficient de moins de dix heures de repos nocturne. Cette durée est fortement corrélée à la présence d'un équipement média dans la chambre (télévision, téléphone portable, console de jeux ou ordinateur) : en présence d'un tel équipement, 44% des enfants ont un repos nocturne de moins de 10 heures, en l'absence d'un tel équipement, 34% seulement.

Un enfant sur dix ne bénéficie pas d'une correction visuelle adaptée

Un avis de consultation ophtalmologique est émis par les infirmiers scolaires pour 10% des enfants à l'issue de l'examen. L'examen étant réalisé avec lunettes si l'enfant est déjà équipé, ce taux correspond aux enfants qui ne bénéficient pas d'une correction adaptée. Cette proportion, si elle peut paraître faible, doit être considérée au regard des conséquences que de telles situations ont sur la scolarité des élèves. Dans certains territoires, les personnels infirmiers de l'Éducation nationale font à ce propos état des difficultés qu'elles rencontrent, après avoir détecté un problème visuel chez un enfant, à le voir pris en charge, en raison des difficultés d'accès et des délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous ophtalmologique.

Des soins dentaires nécessaires pour un enfant sur dix

La très grande majorité des enfants (neuf sur dix) déclare se brosser quotidiennement les dents. Pour la plupart

des autres, le brossage est irrégulier et seule une part extrêmement faible (moins de 1%) des élèves déclare ne jamais se brosser les dents.

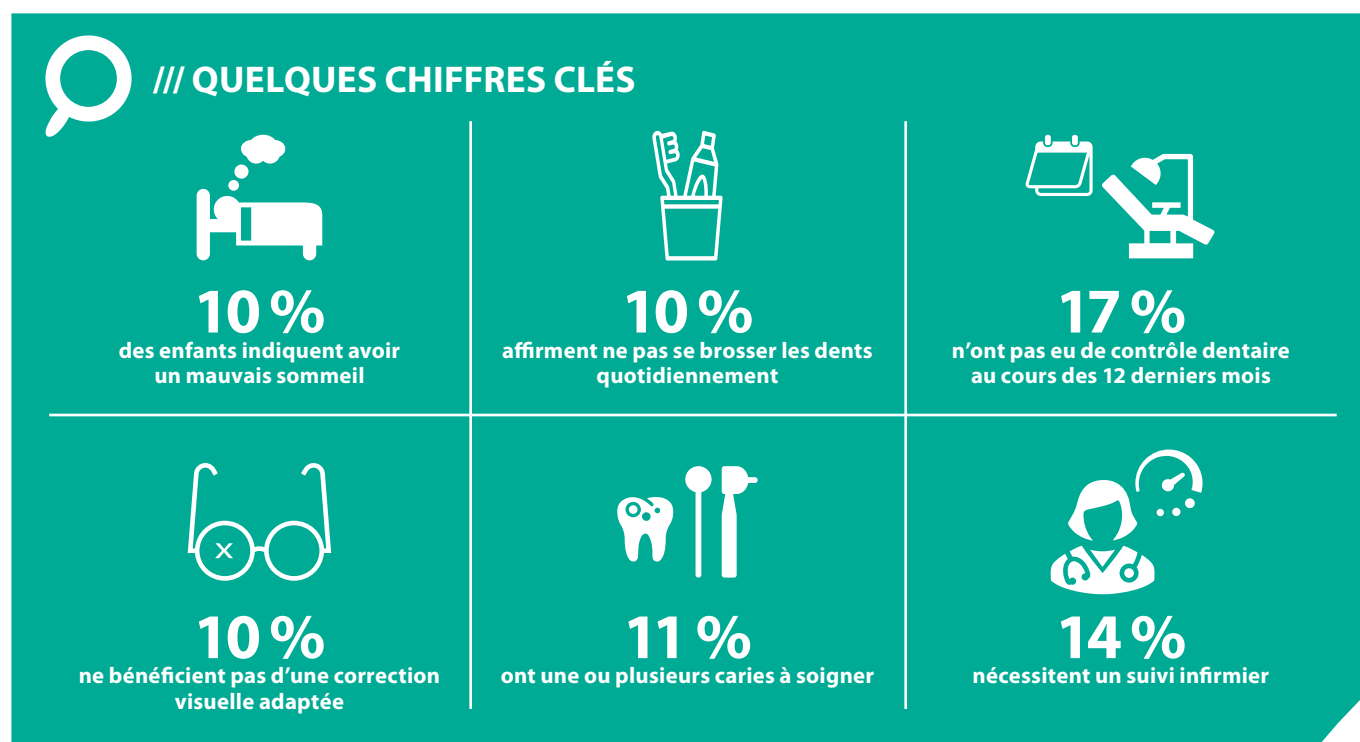
Selon les observations des infirmiers scolaires, deux élèves de 6^e sur trois (66%) ne présentent ni dent soignée, ni carie à soigner. Les autres se répartissent entre enfants avec dents soignées (23%) et enfants avec carie à soigner (11%). Notons également que 17% des élèves de 6^e n'ont pas eu de contrôle dentaire au cours des 12 derniers mois. Au sein de ce groupe, ce sont 21% des élèves qui présentent une ou des caries à soigner.

Une majorité des enfants sont à jour de leurs vaccinations DTP, ROR et BCG

Une majorité des enfants (85%) se présente à l'examen munie du carnet de santé ou de certificats de vaccination permettant d'établir leur statut vaccinal. Le taux de vaccination est élevé pour le DTP (entre 71% et 93%)², le ROR (93%) et le BCG (72%)³. Les taux de vaccination pour la coqueluche (39%), l'hépatite B (44%), le pneumocoque (35%) et le méningocoque (24%) sont nettement plus faibles.

Un conseil de santé pour plus d'un enfant sur deux (55%) en conclusion de la visite et un suivi infirmier prévu pour un enfant sur sept (14%)

Les suivis médicaux et les autres suivis sont nettement moins fréquents et ne concernent qu'une part réduite des enfants (respectivement 1,2% et 1,7%).



² Ce taux de vaccination ne concerne que les enfants de plus de 11 ans. La marge correspond aux élèves dont on n'est pas certain du statut vaccinal.

³ DTP : diphtérie, tétanos, polio; ROR : rougeole, oreillons, rubéole; BCG : tuberculose (vaccin bilaté de Calmette et Guérin).

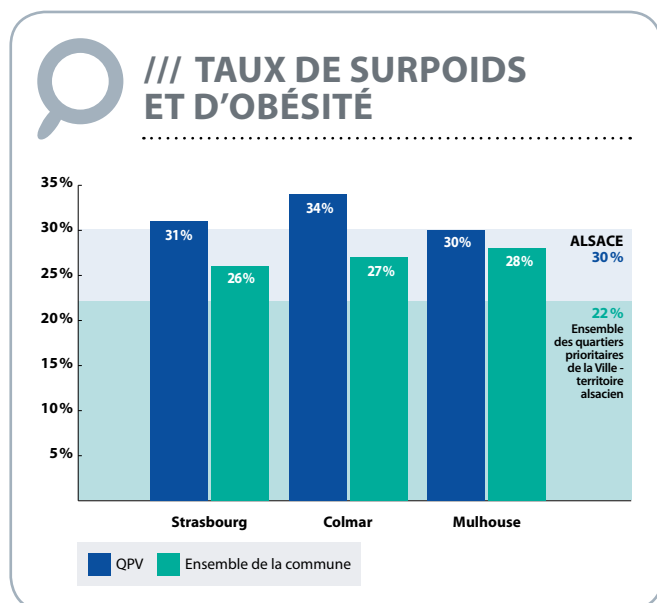
Des inégalités de santé déjà marquées en classe de 6^e

Les données issues du L2S mettent en évidence des inégalités de santé déjà marquées chez les enfants de classe de 6^e. Si elles s'expriment tout au long du continuum social, il est intéressant de souligner combien les écarts entre enfants de familles ouvrières et enfants de familles de cadres peuvent être prononcés. Les premiers se caractérisent par des comportements alimentaires moins favorables à la santé, moins d'activités sportives et plus de temps passé devant les écrans, nettement plus de surpoids (y compris obésité), une moindre durée de repos nocturne et des indicateurs buccodentaires moins bons. Si elles sont quasi généralisées, les inégalités de santé ne sont pour autant pas systématiques. Nous n'observons, par exemple, pas de différence entre catégories sociales concernant le statut vaccinal, sauf en ce qui concerne le méningocoque et la coqueluche.

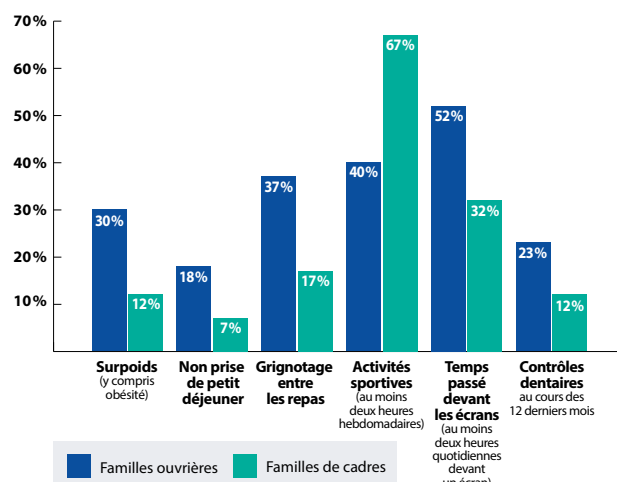
Des inégalités sociales de santé qui se traduisent par des disparités géographiques marquées

De nombreux exemples témoignent de ce phénomène. Pour l'illustrer, nous pouvons nous référer aux écarts de taux de surpoids (y compris obésité) qui existent entre :

- l'ensemble de l'Alsace, qui enregistre un taux de surpoids (y compris obésité) de 22 %,
- les villes de Mulhouse, Strasbourg et Colmar, où ces taux sont nettement supérieurs à la moyenne alsacienne (entre 26 % et 28 %),
- les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), où ces taux sont encore plus élevés.



/// LES INÉGALITÉS DE SANTÉ DES ÉLÈVES EN FONCTION DES ORIGINES SOCIALES DES FAMILLES



Une irremplaçable source de données pour l'amélioration de la santé de la population

Les données de santé qui permettent d'avoir de façon transversale et exhaustive une connaissance de la santé de la population sont peu nombreuses en France. On peut citer pour l'essentiel les certificats de santé du huitième jour, qui concernent la santé des nourrissons et de la mère et les certificats de décès. L'informatisation des données recueillies par les infirmiers de santé scolaire constitue pour cette raison une nouvelle source d'information particulièrement précieuse pour la connaissance de la santé de la population. Elle contribue à l'orientation et l'évaluation des politiques de santé, leur adaptation aux réalités populationnelles et territoriales et en définitive l'amélioration de la santé des élèves. Ces données soulignent enfin combien les inégalités de santé sont déjà installées chez les élèves de 6^e ce qui montre que la lutte contre ces inégalités ne peut être effective sans action collective, concertée et précoce sur les différents déterminants de santé des enfants.