

# La santé des enfants, la santé scolaire

## Une réponse et un dispositif appropriés ?

**Quel est l'état de santé des jeunes Français ? Comment l'apprécie-t-on ? Comment s'effectuent le dépistage et le suivi des problèmes de santé dans les établissements scolaires ? Cet article fait le point d'une situation perfectible et propose quelques pistes.**

**L**a période périnatale a été et est toujours largement explorée notamment grâce aux enquêtes nationales menées par l'unité 149 de l'Inserm, et la période néonatale fait toujours l'objet d'enregistrements systématiques des principaux indicateurs de santé. Au-delà de cette période, les certificats de santé obligatoires concernent les enfants âgés de 9 mois et 2 ans. Par ailleurs, depuis quelques années, les adolescents et les jeunes sont l'objet d'un très grand intérêt de la part de nombreux chercheurs et leur santé et leurs comportements ont été très largement étudiés. En revanche il existe un manque cruel d'informations sur la santé somatique et la santé mentale du jeune enfant. Or, c'est bien à cet âge que se crée la personnalité du futur adolescent puis du futur adulte. Cet article se propose donc de s'intéresser spécifiquement à la santé des enfants âgés de 2 à 10 ans environ, en tentant de dresser le tableau épidémiologique de leur état de santé, d'examiner le rôle du service de promotion de la santé en faveur des élèves comme outil de connaissance de l'état

de santé d'une part, et d'action en faveur d'une meilleure santé d'autre part, et enfin de mener une réflexion sur les possibles améliorations de ce dispositif et sur les actions à entreprendre dans ce but.

### Que sait-on de la santé des enfants en France ?

À partir d'enregistrements de routine comme les statistiques des causes médicales de décès ou celles de l'hospitalisation publique, ou en utilisant certaines grandes enquêtes, on peut tenter de dresser le tableau de l'état de santé des enfants, en rappelant les problèmes de fiabilité des sources utilisées et en mettant en lumière les lacunes dans la connaissance précise de cet état de santé.

#### La mortalité

Les statistiques de mortalité sont un outil d'une importance inestimable car elles sont les seules qui soient exhaustives à un niveau national et établies selon des normes et avec un codage qui permettent les

comparaisons internationales et dans le temps (donc l'évaluation de certains programmes). Toutefois elles sont établies selon un découpage en tranches d'âge rigide ne correspondant pas aux stades de maturation des enfants et nous serons contraints de considérer ici les deux tranches d'âge : 1-4 ans et 5-9 ans, soit une période légèrement différente de celle qui nous intéresse. Par ailleurs ces statistiques présentent un certain nombre d'imperfections, notamment le fait qu'elles sont un outil trop grossier pour l'analyse des causes rares de décès telles que ceux dus aux maladies chroniques dans l'enfance.

En 1994<sup>1</sup>, en France 857 enfants âgés de 1 à 4 ans sont décédés, soit 495 garçons et 362 filles avec des taux de mortalité de 32,8 et 25,1 pour 100 000. Parmi les 581 décès d'enfants âgés de 5 à 9 ans on note 338 garçons et 243 filles soit des taux de 19,1 et 14,4 pour 100 000. Les deux principaux phénomènes observa-

1 438 enfants âgés de 1 à 9 ans sont morts en France en 1994. La mortalité des garçons est 1,4 fois celle des filles. Un tiers de ces morts est dû aux accidents. 253 enfants de la même tranche d'âge sont morts de cancers ou

bles sont donc la mortalité plus élevée des plus jeunes et la surmortalité masculine à tout âge. Dès l'âge de 1 an la première cause de décès est constituée par les accidents (255 cas chez les 1-4 ans, soit 29,8 % des causes de décès dans cette tranche d'âge ; 201 cas chez les 5-9 ans, soit 34,6 % des causes de décès). Entre 1 et 4 ans les tumeurs et les anomalies congénitales arrivent au 2<sup>e</sup> rang des causes de décès à égalité (114 cas pour chacun de ces diagnostics). Chez les 4-9 ans les tumeurs sont la deuxième cause (139 cas) et les maladies du système nerveux et des organes des sens la troisième (50 cas).

L'évolution dans le temps de cette mortalité est favorable avec toutefois des variations selon les diagnostics et il faut noter que les comparaisons internationales montrent que les taux de mortalité accidentelle sont toujours supérieurs en France à ceux de pays voisins proches par le niveau socio-économique et les possibilités de prise en charge en urgence des grands traumatismes<sup>2</sup>.

### La morbidité

Contrairement à ce qu'on observe pour la mortalité, il n'existe pas de données de morbidité exhaustives à un niveau national et on est contraint de réunir un faisceau de données recueillies de façons diverses par des sources d'information multiples et de nature variée, concernant des populations différentes. Toutefois des convergences peuvent être trouvées ; ainsi les statistiques de l'hospitalisation publique<sup>3</sup> comme les résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux menée en population générale (par entretien à domicile) en 1991-1992 par l'Insee, le Credes et le Sesi<sup>4</sup>, indiquent que, chez les enfants âgés de moins de 15 ans, les principaux problèmes de santé sont : les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'œil et les affections de la sphère bucco-dentaire. Les traumatismes sont la deuxième cause d'hospitalisation des garçons.

La tranche d'âge des « moins de 15 ans » est trop large pour permettre une analyse fine des phénomènes morbides observés tout au long de la petite enfance, toutefois les données concernant les trou-

Dès la maternelle, 10 % des enfants présentent des troubles de l'acuité visuelle. Ceci est confirmé lors du bilan de 6 ans.

bles visuels sont corroborées par les résultats des dépistages effectués dans le cadre de bilans de santé pratiqués en école maternelle (environ 10 % de troubles de l'acuité visuelle chez les enfants âgés de 3 à 6 ans)<sup>5,6</sup>. Lors du bilan obligatoire de la 6<sup>e</sup> année, on retrouve des pourcentages très voisins voire identiques. Ainsi dans le département de l'Isère en 1992, on a trouvé une prévalence des troubles de l'acuité visuelle de 9 % chez 537 élèves de CP et constaté que seulement 47 % des enfants ne présentaient aucun trouble visuel<sup>7</sup>. Dans le Val-de-Marne<sup>8</sup>, une analyse de l'évolution entre 1991-1992 et 1995-1996 a montré des taux de troubles sensoriels variant de 10 à 28 %, avec un taux de 14 % pour la période la plus récente (dont 10 % de troubles visuels et 4 % de troubles auditifs). Dans ce même département, en 1995-1996, à l'issue du bilan de 6 ans, 28 % des enfants ont été envoyés en consultation dont 17 % pour des pathologies non suivies (dont 4 % d'asthme), 8 % pour des difficultés scolaires, 4 % pour des troubles du comportement, et 2 % pour des signes de maltraitance. C'est dire l'importance de ce bilan obligatoire qui pourtant est loin d'être effectué de manière exhaustive et ceci de façon variable selon les départements (par exemple dans 80 % des cas en Seine-Saint-Denis en 1996-1997, 59 % dans le Val-de-Marne, 83 % en Seine-et-Marne alors que des anomalies avaient été détectées et concernaient de 20 à 34 % des élèves dans ces mêmes départements)<sup>9</sup>. Certains enfants sont vus deux fois, en maternelle et à l'école primaire, d'autres jamais. Par ailleurs il faut noter que, dans les milieux défavorisés, 60 % des familles ne donnent aucune suite aux avis donnés<sup>8</sup>. On observe pourtant chez les enfants de ces familles une prévalence particulièrement élevée de la plupart des troubles. Ainsi en 1995-1996 dans le Val-de-Marne, chez les élèves de CE1 à CM2 scolarisés dans des zones d'éducation

prioritaire (Zep), dans le cadre « d'examen effectués à la demande », on observait 33 % de difficultés scolaires et 12 % de signes de maltraitance (23 % et 5 % respectivement hors Zep). Dans ce même département, on a constaté entre 1991-1992 et 1995-1996 une augmentation du sentiment de « mal-être » de 6 à 19 %.

Les bilans de la sixième année montrent bien l'importance des troubles psychoaffectifs et des difficultés scolaires et il faut noter que ces problèmes se profilent bien avant puisque, selon des résultats de bilans de santé en école maternelle, il existe 8 % de retards de langage et 15 % d'anomalies de la motricité fine chez les enfants âgés de 3 à 6 ans<sup>5</sup>.

Ce « mal-être » des enfants scolarisés dans le primaire est confirmé par l'analyse des données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui montre que les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 43 % des 290 000 enfants suivis dans ces secteurs en 1993<sup>10</sup>, ce qui revient à une prévalence de consultations pour cette tranche d'âge de 3,6 % par rapport à la population française du même âge. Malheureusement les données produites par ces secteurs ne comportent ni diagnostics, ni informations sur la sévérité des troubles.

### L'enfance handicapée

À partir de données statistiques provenant du Sesi, on peut noter qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1992, 107 946 enfants ou adolescents étaient présents en établissement médico-social d'éducation spéciale. Les garçons étaient plus nombreux que les filles (sex ratio de 1,56), les enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) représentaient 2,5 % de l'ensemble des cas, les enfants d'âge scolaire constituant la majeure partie de l'effectif : 60,5 % des sujets avaient entre 6 et 15 ans. Les retards mentaux constituent la majorité des causes d'accueil en établissement d'éducation spéciale, soit 57,8 % des cas. Les troubles

En 5 ans, dans le Val-de-Marne, la fréquence du sentiment de « mal-être » des jeunes élèves est passée de 6 à 19 %.

sont de gravité variable avec une prédominance de retards moyens et légers.

À partir des données du Creai (Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées) d'Île-de-France et de l'enquête ES95<sup>11</sup>, on peut constater les graves carences et incohérences dans la prise en charge de ces enfants handicapés. En effet il existe en Île-de-France un déficit de plus de 1 000 places pour accueillir les enfants de cette région et 10 %

d'entre eux sont placés en province et 0,5 % en Belgique ; pourtant des enfants de province sont placés en Île-de-France et il y existe un excédent de places pour certaines déficiences (déficiences auditives, visuelles, motrices), mais 3 % des déficients auditifs, 5 % des déficients

visuels et 9 % des déficients moteurs ne sont pas scolarisés.

### L'enfance maltraitée

Selon l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)<sup>12</sup>, 74 000 enfants se trouvaient « en danger » pour l'année 1996, soit 21 000 enfants maltraités (victimes de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels ou de négligences lourdes) et 53 000 enfants « en risque » (dont les conditions d'existence peuvent mettre en péril la santé, la sécurité, l'éducation ou la moralité). Parmi les enfants maltraités, 6 500 cas d'abus sexuels ont été recensés (soit 18% de plus qu'en 1995), avec une prévalence plus forte en zone rurale, ce qui est d'interprétation difficile, le dépistage et le signalement pouvant être plus aisés dans ces zones. De même c'est avec précaution qu'il faut considérer l'augmentation régulière et importante du nombre total d'enfants

74 000 enfants se trouvaient « en danger » en 1996 : 21 000 enfants maltraités et 53 000 enfants « en risque »

en danger : 35 000 en 1992, 45 000 en 1993, 58 000 en 1994, 65 000 en 1995. Il peut s'agir là d'un simple phénomène d'amélioration du signalement, mais la précarisation des familles peut également jouer un rôle, comme l'atteste la plus forte augmentation des signalements pour les enfants en danger (+18 %) par rapport aux enfants maltraités (+5 %), le seuil des critères de signalement des cas ayant dû baisser chez beaucoup de professionnels face à la paupérisation générale. Comme on l'a vu précédemment l'école est l'un des lieux d'élection du dépistage de la maltraitance. Sa prévalence, lors des bilans de 6 ans, reste assez stable, de l'ordre de 1 à 2 %<sup>8</sup> avec toutefois, on l'a vu, de grosses différences selon les lieux de scolarisation.

La quasi-totalité des enfants en France passe par l'école, y compris les très jeunes enfants, puisque 99 % des enfants âgés de 2 ans révolus sont scolarisés<sup>13</sup>. L'école est donc bien le lieu où pourrait se faire un véritable travail de santé publique, permettant de connaître l'état de santé réel des enfants et de combler ainsi de graves lacunes comme, par exemple, le manque de données détaillées sur la santé mentale. Toutefois, comme on l'a vu, la surveillance épidémiologique effective des jeunes scolarisés n'est pas réellement réalisée ni, en fait, réalisable, pour des raisons qui sont détaillées ci-dessous. Par ailleurs, il est important d'analyser si le fonctionnement du dispositif du service de promotion de la santé en faveur des élèves répond actuellement aux besoins des élèves, et d'évoquer des pistes pour une meilleure promotion de leur santé.

### Le dispositif actuel du service de promotion de la santé en faveur des élèves<sup>14</sup>

Le service de promotion de la santé des élèves est composé de médecins, d'infirmières et de secrétaires médicales. Le travail se fait en équipe sur un secteur géographique comprenant un ou plusieurs lycées, les collèges et les écoles qui s'y rattachent. Il est essentiel de comprendre

la double fonction du médecin de l'éducation nationale :

- **Médecin du travail des élèves** : l'équipe médicale doit contribuer à faire de l'école un lieu de vie et de communication en prenant en compte les conditions de travail, l'hygiène, la sécurité et les facteurs de risque spécifiques.

- **Médecin de santé publique des enfants** : l'équipe doit promouvoir la santé en faveur de tous les jeunes scolarisés en vue de contribuer à leur bon équilibre, à leur épanouissement, et d'assurer leur insertion à l'école. Dans ce domaine il convient de souligner l'importance primordiale que revêt l'existence d'une concertation entre les structures et les personnels de santé relevant de l'Éducation nationale et ceux relevant du ministère de la Santé ou des collectivités locales.

Dans le cadre de ses missions, le service de promotion de la santé en faveur des élèves intervient auprès des jeunes enfants selon quatre axes.

### La réalisation des bilans de santé

Ceux-ci sont effectués à des âges importants du développement de l'enfant et de sa scolarité. Il est nécessaire pour la bonne scolarité de l'enfant que le dépistage des handicaps soit effectué le plus précocement possible. Selon l'article L 191 du code de la Santé publique : « *au cours de la 6<sup>e</sup> année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale* ». Ce bilan et les dépistages sensoriels effectués par les infirmières doivent permettre d'apprécier l'état de santé global de l'enfant et visent à prévenir les inadaptations scolaires qui pourraient résulter de handicaps ou de difficultés psychologiques susceptibles de nuire à sa scolarité. Le médecin ou l'infirmière indique à la famille les moyens de remédier aux troubles constatés et tente d'obtenir son adhésion pour la mise en œuvre des moyens appropriés (consultations spécialisées, appareillages). Pourtant, alors que ces bilans de santé de la 6<sup>e</sup> année sont obligatoires, on note que les équipes médicales, surchargées notamment par les interventions dans le cadre de la maltraitance, ne peuvent plus les assurer de façon exhaustive.

Les parents ou les élèves peuvent demander des examens médicaux dans le cadre scolaire.

### **Le suivi des élèves par des examens à la demande**

La demande peut être exprimée par les parents, l'élève lui-même, le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale ou tout membre de l'équipe éducative. Ces examens sont offerts à tous les enfants et en particulier aux plus vulnérables ou défavorisés chez lesquels un déficit sensoriel ou somatique peut tout particulièrement provoquer ou aggraver un échec scolaire. Ce sont des moments privilégiés pour proposer à l'enfant une écoute, l'aider à maîtriser ses difficultés pour une meilleure intégration dans la vie scolaire. Les familles sont informées de toute affection ou trouble découvert à l'occasion de ces examens. Le médecin de l'Éducation nationale leur donne tous conseils utiles sur les orientations thérapeutiques souhaitables, sur les possibilités offertes au niveau des réseaux d'aide spécialisés et des structures de soins ou de rééducation. Il donne également aux enseignants, en respectant le secret professionnel, les recommandations appropriées afin que toutes mesures soient prises pour faciliter la bonne adaptation des élèves.

C'est dans ce cadre que se situent le suivi des élèves en difficulté et le suivi des élèves handicapés ou atteints de maladies chroniques dont il est indispensable de faciliter l'intégration chaque fois que cela est possible.

Pour les enfants malades, le projet d'accueil individualisé (circulaire n° 93-248 du 22 juillet 1993) permet la prise de médicaments et tout aménagement répondant aux besoins spécifiques de l'enfant. Ces mesures devraient permettre, si elles étaient appliquées, de diminuer les retards scolaires liés aux absences répétées, à la fatigue, aux soins et traitements.

Pour les enfants atteints d'un handicap, les conventions et projets d'intégration rendent possible, à chaque fois que l'état de l'enfant le permet, la scolarisation dans l'école de son quartier et évite ainsi des transports épuisants et la désinsertion de son milieu.

Le suivi des élèves pour lesquels une inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive a été prononcée est également assuré ainsi que les actions médico-psychopédagogiques concourant à l'adaptation et l'orientation.

### **Les interventions en situation d'urgence pour la protection de l'enfant en danger ou victime de mauvais traitement**

La circulaire n° 97-119 du 15 mai 1997, relative à l'organisation du dispositif de prévention des mauvais traitements à l'égard des élèves, précise le rôle de l'Éducation nationale et de ses personnels dans la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs. Elle détaille les actions de mobilisation et de formation des personnels à mettre en place et définit les liens de collaboration à nouer avec les collectivités locales, les autres services de l'État et les associations, parties prenantes de la protection de l'enfance.

Le médecin effectue l'évaluation de la situation vécue par l'enfant et rédige un constat des lésions organiques ou des troubles psychologiques induits par la maltraitance. Les obligations du Code pénal sont rappelées dans la circulaire n° 97-175 du 26 août 1997.

### **L'éducation à la santé**

La mission de l'école est d'intégrer la dimension santé publique auprès des acteurs de l'Éducation nationale et de développer l'éducation à la santé de manière globale par la connaissance de soi, la citoyenneté, l'apprentissage de la responsabilité, la gestion des risques.

L'objectif est de donner à l'enfant les moyens de faire des choix et d'être acteur de son propre projet de vie, en déroulant des actions de la petite section de maternelle au CM2 avec un programme modulaire par cycle.

Les contenus doivent être toujours positifs et viser à rendre actifs les élèves. Il est important que l'enfant puisse se situer par rapport à une norme fluctuante qui tient compte de sa maturité, de son développement psychoaffectif et psychosocial.

suite p. 6

## **Bibliographie**

1. Inserm. *Statistiques des causes médicales de décès*. Paris, 1994.
2. Organisation mondiale de la santé. *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*. OMS. Genève, 1995.
3. *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales : la morbidité dans les hôpitaux*. Ministère du Travail et des Affaires sociales/Sesi. Paris, 1996.
4. *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales : enquête sur la santé et les soins médicaux*. Insee/Credes/Sesi. Ministère du Travail et des Affaires sociales/Sesi. Paris, 1996.
5. Y. Lehingue, F. Fassio, I. Momas, J.-P. Daures. *Surveillance épidémiologique des enfants des écoles maternelles de l'Hérault lors des bilans de santé du service de protection maternelle et infantile*. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 1992 ; 40 : 25-32.
6. D. Barot. Dépistage des troubles sensoriels en école maternelle dans une circonscription rurale. *Santé publique*. 1992 ; 6 : 59-67.
7. M. Zorman, M. Jacquier-Roux. *Entraînement visuel et apprentissage de la lecture en cours préparatoire*. Rectorat de l'Académie de Grenoble. Rapport mars 1994.
8. M.-C. Romano. *Rapport médical 1995-1996*. Département du Val de Marne. Service de promotion de la santé en faveur des élèves.
9. M.-C. Romano. *Rapport médical 1996-1997*. Service de promotion de la santé en faveur des élèves. Académie de Créteil, 1997.
10. *Les secteurs de psychiatrie infantile-juvénile en 1993*. DGS. Paris, 1994.
11. *Les enfants et adolescents handicapés en Île-de-France*. CREAI d'Île-de-France/ministère du Travail et des Affaires sociales. Paris, 1997.
12. Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas). *Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre*. N° spécial, Paris, novembre 1997.
13. J.-C. Emin, A. Fallourd. *Éducation, formation*. In : *Données sociales 1996 : la société française*. Insee. Paris, 1996.
14. Circulaire n° 91-148 du 24/06/1991 : missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves.
15. Haut Comité de la santé publique. *Santé des enfants, santé des jeunes en France*. Rapport à la Conférence nationale de santé. Paris, 1997.
16. M. Zorman, M. Jacquier-Roux, C. Micheyl, L. Collet. *Audition, résultats scolaires*. Rapport d'activité au ministère de l'Éducation nationale. Grenoble. 1994.

L'animation se fait en liaison avec les enseignants directement concernés. Les échanges avec des groupes d'élèves permettent de mieux cerner leurs préoccupations et de répondre à leurs attentes en les aidant ainsi à s'engager eux-mêmes dans une démarche de prévention.

Dans quel objectif faut-il intégrer l'éducation à la santé dans le projet d'école ?

Les textes du 15 février 1990 sur le projet d'école ne font pas état de la santé.

Le terme de « santé » est trop réducteur : il est nécessaire de transformer le projet pédagogique en un vrai projet éducatif en envisageant une éducation globale tenant compte de tous les facteurs et des besoins pour une meilleure qualité de vie de la communauté scolaire (loi d'orientation, respect des cultures, des religions, des différences).

Si l'on utilisait l'école comme un lieu support pour définir de nouveaux objectifs de santé publique, le regard et le comportement des enseignants changeraient : l'enfant ne serait plus seulement un élève.

Le projet signe la cohérence de l'éducation globale. Il est construit à partir de l'évaluation des besoins des élèves et du repérage des situations facteurs de risque. Dans ce domaine, les médecins et les infirmières de l'éducation nationale sont les conseillers techniques privilégiés.

Au regard de ces missions, le constat est inégal selon les régions mais en-deçà de ce qui devrait être escompté.

Environ 15 % des enfants scolarisés en maternelle et en école élémentaire bénéficient d'un suivi par le service de promotion de la santé.

Moins de 10 % de ces élèves bénéficient d'une éducation à la santé.

Il serait temps de s'interroger sur les moyens à donner pour assurer un réel suivi dès la petite enfance. Actuellement, quelques moyens sont donnés pour les adolescents mais rien n'est fait pour le jeune enfant de 6 à 10 ans.

Environ 15 % des enfants scolarisés en maternelle et en école élémentaire bénéficient d'un suivi par le service de

Les assistantes sociales scolaires ont été enlevées du premier cycle et commencent la prévention en collège. La tendance actuelle est de favoriser le nombre des infirmières dans les collèges et lycées au détriment

des maternelles et des écoles primaires, donc au détriment des dépistages.

En outre, il n'existe aucun suivi des personnels et le fractionnement des thèmes et du travail des personnes rend impossible la prévention.

Comment s'interroger sur les problèmes de santé, sur le mal-être des jeunes et sur la violence sans assurer une prévention globale et un suivi de tous les acteurs du système éducatif ? Vouloir prendre en charge le mal-être des élèves sans prendre en charge le mal-être des adultes qui les encadrent est une gageure. La communauté éducative, dans son projet, ne saurait atteindre ses objectifs sans promouvoir, prendre en compte, le bien être, l'équilibre et l'épanouissement de tous ses membres.

### Que peut-on attendre du service de promotion de la santé ?

« Les missions et les organisations du service de promotion de la santé en faveur des élèves doivent être repensées en fonction du nécessaire suivi des jeunes en difficultés [...]. L'école, de la petite section de maternelle jusqu'à l'université, doit être un lieu privilégié de dépistage, d'écoute et de conseil. »<sup>15</sup>

L'encadrement réglementaire existe mais une rationalisation s'impose pour en permettre une réelle application. Il n'a jamais été appliqué faute de volonté pour passer de l'esprit des textes aux moyens d'agir.

La mise en place des missions ne peut se faire que si l'on s'en donne les moyens. Il faut pouvoir :

- Optimiser les ressources humaines existantes en renforçant les effectifs des

Vouloir prendre en charge le mal-être des élèves sans prendre en charge le mal-être des adultes qui les encadrent

médecins et infirmières afin qu'ils soient plus disponibles et puissent participer aux différentes instances institutionnelles destinées à repérer les difficultés et analyser les problèmes.

- Mettre en place des structures de dépistage des jeunes en situation de détresse ou de difficulté dans les écoles.

- Prendre réellement en charge les enfants et adolescents en difficulté.

- Veiller au respect des droits de l'enfant dans les établissements. Créer ou développer une équipe de volontaires dans chaque école qui serait à l'écoute des problèmes. Garantir les règles du secret professionnel.

- Assurer les bilans de 6 ans, en concertation avec la PMI. Le « dossier médical de liaison » entre les services de PMI et de promotion de la santé devrait permettre le développement de cette concertation.

- Assurer l'éducation à la santé dès la maternelle. Tous les professionnels s'accordent à dire qu'il est nécessaire de penser globalement les actions de prévention et d'envisager une réelle coordination. La mission de l'école est d'intégrer la dimension santé publique auprès des acteurs de l'Éducation nationale et de développer l'éducation à la santé de manière globale. La formation des intervenants agissant auprès des enfants est nécessaire.

- Former les enseignants et les personnels à pouvoir détecter les difficultés et le mal-être de l'élève.

- Former les médecins et les infirmières sur la construction de la personnalité de l'enfant, les troubles mentaux associés au développement somatique et psychique, les troubles médico-sociaux et psychoaffectifs et les facteurs qui les favorisent.

- Informer sur leurs droits les populations en situation précaire et les aider dans les démarches d'accès aux soins. Il pourrait être envisagé que le médecin de l'Éducation nationale ou l'infirmière donnent des bons de « consultation gratuite ». Réfléchir aussi sur des solutions à apporter dans les zones rurales qui souffrent de l'éloignement des services de soins.

- Lever les obstacles créés par le cloisonnement des différentes structures qui interviennent auprès de l'enfant (éducatives, sociales, judiciaires, médicales).

- Créer de véritables indicateurs permettant d'avoir des données fiables de morbidité.

Il est nécessaire aussi que chacun, dans le cadre de ses compétences, s'interroge sur ses pratiques pour :

- Placer réellement l'élève au centre du dispositif.

- Permettre de repérer le plus tôt possible son mal-être.

- Créer les conditions et se donner les moyens d'un travail pluridisciplinaire cohérent pour mettre en place une éducation au savoir-être.

Il conviendrait aussi de diffuser plus largement les données recueillies par les professionnels chargés de la promotion de la santé des élèves et notamment les résultats d'expériences innovantes comme celles d'entraînements auditifs ou visuels<sup>7,16</sup>.

Rappelons enfin que six ans peut être un âge bien tardif pour dépister certaines déficiences ou troubles des acquisitions ou identifier de graves problèmes de relations intra-familiales, et que c'est donc dans la collaboration entre la PMI et l'école qu'on peut espérer voir des bilans et des dépistages plus précoces. On l'a vu plus haut, la plupart des troubles de l'acuité visuelle dépistés lors des bilans de six ans étaient repérables dès l'école maternelle. Plus tôt de tels déficits seront identifiés, plus grandes seront les chances qu'ils n'induisent pas d'échecs scolaires. ■

Six ans peut être un âge bien tardif pour dépister certains problèmes.

#### Anne Tursz

Pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche, Inserm U. 304, Paris

#### Marie-Claude Romano

Médecin de santé publique, conseiller auprès du recteur de l'académie de Créteil

# alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

**Sommaire 1997, 19 (4) : 373-460**

#### Éditorial

- 14 juillet 1997, *Jean-Dominique Favre*

#### Mémoires

- Alcoolisme et psoriasis. Étude préliminaire des relations réciproques, *Dominique Barrucand Claire Emsellem, Samir Tilikete, Henri-Jean Aubin*
- L'alcoolisation pathologique des hospitalisés au CHU de Caen, *François Vabret, Rémy Morello, Hervé Jean, Jean-François Desson, Annie Davy*
- Les sociétés dites de tempérance au XIX<sup>e</sup> siècle en milieu anglo-saxon, *Bernard Hillemand*
- Ivresses et alcoolopathies à l'hôpital, après 75 ans. Étude rétrospective sur trois ans dans un centre hospitalier général, *Pascal Menecier, Catherine Simonin, Laure Menecier-Ossia, Daniel Debatty*
- Dosage de la carbohydate déficient transferrin. Diagnostic des patients alcooliques à gamma GT normales, *François Planche, Florence Hourcade, Éliane Albuissou, Marie Nadia Meunier, Roger Planche, Michel Reynaud.*

#### Alcoologie de terrain

- L'expression du sujet alcoolodépendant par l'émotion et par le discours, *Jean Morenon, Martine Morenon*
- L'alcoolodépendance en Tunisie. Facteurs socioculturels spécifiques, *Fatima Dellagi, Saïda Douki*

#### Libres propos de...

- Georges Nugue, La prévention de l'alcoolisme auprès des conscrits au début du siècle

#### Congrès

- 8<sup>e</sup> journée d'alcoologie du Nord-Est, décembre 1996, Nancy

#### Vie de la SFA

- Chimiothérapies et conduites d'alcoolisation, *26 septembre 1997, Paris*
- Alcool et famille, *13 novembre 1997, Paris*
- Groupes : les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool, Groupe Normandie- Bretagne
- Prochaines réunions de la SFA. Nouveaux membres

#### Informations

- Annonces. Enseignements. Thèses et mémoires. Actualités. Livres. Agenda. Index 1997

*Alcoologie*, Pr Jean-Dominique Favre,  
101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex  
téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51