

La santé des enfants en France

Bibliographie thématique

Février 2019

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-enfants-en-france.pdf

Sommaire

Problématique	3
Éléments de contexte	4
ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	4
ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES	10
Pauvreté	10
Vulnérabilité : santé mentale, handicap et inadaptation	12
Une vue d'ensemble sur l'état de santé et le recours aux soins	22
LES ENQUETES	23
RAPPORTS OFFICIELS	28
AUTRE LITTÉRATURE : ARTICLES, OUVRAGES, DOCUMENTS DE TRAVAIL	38
ÉTUDES INTERNATIONALES	65
Aspects spécifiques : périnatalité, soins bucco-dentaires, obésité, vaccination	67
PERINATALITE	67
SOINS BUCCO-DENTAIRES	71
OBESITE	78
VACCINATION	91
Pour aller plus loin	100

Problématique

S'intéresser à la santé des enfants, c'est aussi s'intéresser à la santé des adultes de la prochaine génération et l'enjeu consiste à conduire les enfants à la vie d'adulte dans les meilleures conditions possibles pour chacun¹. Les progrès des sciences et des techniques, la qualité des méthodes de prévention, du dépistage précoce et du traitement de nombreuses pathologies contribuent au bon état de santé physique de l'enfant et de l'adolescent. Mais cette bonne santé peut n'être qu'apparente, si les déterminants sociaux, et notamment éducatifs et familiaux, ne sont pas suffisamment pris en compte dans une politique de prise en charge globale, tant sur le plan collectif qu'individuel. La politique publique menée par l'État et les collectivités territoriales s'est engagée en France dans de multiples plans et programmes en adéquation avec les besoins dans les différents domaines de la santé publique, de l'organisation des soins et des problèmes sociaux. De très nombreux rapports ont alimenté la réflexion, afin de fixer des axes prioritaires et de déterminer des stratégies d'action et d'évaluation². Mais comme le soulignait le rapport de la mission Sommelet en 2006³, il persiste cependant de nombreuses interrogations sur leur mise en œuvre pour les raisons suivantes : des problèmes de démographie des professions de santé ; des programmes ciblés sur des thématiques « verticales », manquant parfois de précisions sur leur faisabilité (quels acteurs ? quels outils ? quel financement ?) et sur leur évaluation ; des plans et des programmes « transversaux » incluant à la fois les adultes et les enfants, ce qui peut rendre difficile la lecture précise de la place de l'enfant et de l'adolescent ; des acteurs multiples relevant de plusieurs ministères et/ou autorités institutionnelles locales, dont les périmètres de mission devraient être mieux définis ; un cloisonnement entre les institutions, ainsi qu'entre les professionnels sanitaires et sociaux ; une culture insuffisante du partage des compétences et des savoirs. Ainsi, il apparaît nécessaire de mener une réflexion combinant une vision à la fois verticale et transversale des thématiques contribuant au développement de l'enfant de sa conception à l'âge adulte, le long d'un parcours « normal » ou pathologique. Celui-ci est assuré par des professionnels formés et complémentaires, impliqués dans la santé publique, les soins, la formation et la recherche, soucieux du respect des droits de l'enfant et de sa famille dans une société en mutation.

Sans prétendre à l'exhaustivité, l'objectif de cette bibliographie est de recenser les principales sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur la santé des enfants en France pour la période s'étendant de 2000 à 2018. Quelques études internationales sont référencées.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases suivantes : Base bibliographique de l'Irdes, Banque de données santé publique (BDSP) et Cairn.

Les aspects ciblés sont les suivants :

- Éléments de contexte sociodémographiques et socio-économiques ;
- État de santé et recours aux soins ;
- Quelques aspects spécifiques : périnatalité, soins bucco-dentaires, obésité, vaccination.

Les références bibliographiques sont accompagnées de résumés et présentées par ordre alphabétique d'auteurs et/ou de titres.

¹ Pomarède, R. et Jeamment, P. (2014/03). "La santé : un capital en construction dès l'enfance." Actualité Et Dossier En Santé Publique(86): 9-57.

² Voir notamment la stratégie nationale de santé 2018-2022 : [site du ministère chargé de la santé](http://site.du.ministere.charge.de.la.sante)

³ Sommelet, D. (2006). L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Paris Ministère chargé de la Santé: 544.

Éléments de contexte

ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Algava, E., Penant, S. et Yankan, L. (2019). "En 2016, 400 000 enfants alternent entre les deux domiciles de leurs parents séparés." *Insee Première*(1728): 4 , tabl.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3689165>

La proportion d'enfants de moins de 18 ans en résidence alternée a doublé entre 2010 et 2016, et atteint 2,7 % en 2016. Ainsi, 400 000 enfants vivent la moitié du temps chez chacun de leurs parents séparés. La proportion d'enfants en résidence alternée croît régulièrement avec l'âge des enfants. Elle est la plus élevée entre 11 et 14 ans (3,8 %).

Antunez, K. et Buisson, G. (2019). "Les Français et les congés de maternité et paternité : opinion et recours." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1098): 9.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-francais-et-les-conges-de-maternite-et-paternite-opinion-et-recours>

D'après le Baromètre de la DREES, en 2016, six Français sur dix trouvent la durée des congés de maternité et de paternité suffisante. Les 18-24 ans souhaitent pour 63 % d'entre eux un allongement du congé de paternité. C'est deux fois plus que pour le congé de maternité. Au sein des couples, vouloir allonger le congé de paternité est associé à une implication plus importante du père dans les tâches familiales. Dans la pratique, la quasi-totalité des mères en emploi ou au chômage prennent leur congé de maternité et, en 2013, sept pères éligibles sur dix ont eu recours à leur congé de paternité. Le recours à ce congé est aussi plus fréquent dans les familles où les rôles des femmes et des hommes sont les moins différenciés. Quand les deux parents travaillent, les hommes ayant le plus souvent recours au congé de paternité sont ceux du secteur public. Ils sont aussi les plus impliqués dans les tâches familiales. À l'inverse, quand la mère n'a jamais travaillé, les pères prennent moins souvent leur congé de paternité et s'impliquent moins dans les tâches familiales. Les parents non salariés sont ceux qui prennent le moins leur congé de paternité et de maternité. Parmi eux, seulement trois pères sur dix ont pris leur congé de paternité et six mères sur dix leur congé de maternité.

Avenard, G. p. et Toubon, J. p. (2018). De la naissance à 6 ans : au commencement des droits. Paris Le Défenseur des droits: 84.
<https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2018-num-15.11.18.pdf>

L'enfance n'est pas une donnée naturelle mais une construction sociale dont les historiens s'accordent à faire remonter l'apparition à l'époque moderne et qui n'a cessé d'évoluer depuis. Corollaire de cette évolution, l'enfant s'est vu progressivement reconnaître comme une personne à part entière au sein de la société et un sujet de droits qui lui sont propres. Ce rapport émet des recommandations sur la petite-enfance, l'accompagnement des enfants et des parents ainsi que sur les politiques publiques à mettre en place en France.

Bellamy, V. et Beaumel, C. (2018). "Bilan démographique 2017." *Insee Première*(1683): 4 , tabl.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3305173/ip1683.pdf>

Au 1er janvier 2018, la France compte 67,2 millions d'habitants. Au cours de l'année 2017, la population a augmenté de 233 000 personnes, soit une hausse de 0,3 %. Comme les années précédentes, cette progression est principalement due au solde naturel, différence entre les

nombre de naissances et de décès, bien que ce solde soit historiquement bas. En 2017, 767 000 bébés sont nés en France, soit 17 000 de moins qu'en 2016. Il s'agit de la troisième année consécutive de baisse. L'indicateur conjoncturel de fécondité est également en recul pour la troisième année et s'établit à 1,88 enfant par femme en 2017 (contre 1,92 en 2016). Il reste néanmoins le plus élevé d'Europe.

Blasco, J., Cazenave-Lacrouts, M. C. et Labarthe, J. (2018). Les revenus et le patrimoine des ménages - Edition 2018, Paris : INSEE
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3549502>

L'Insee présente avec Les revenus et le patrimoine des ménages les principaux indicateurs et des analyses sur les inégalités monétaires, la pauvreté et le patrimoine des ménages. La vue d'ensemble aborde les évolutions des inégalités et de la pauvreté en 2015 et sur longue période. Un premier dossier étudie la situation des très hauts revenus en 2015. Un deuxième évalue combien coûte un jeune adulte à ses parents. Le troisième porte sur l'achat d'une résidence principale et l'impact de la crise entre 2004 et 2015. Le dernier dossier examine la transmission de patrimoine. Enfin, une trentaine de fiches thématiques complètent ces analyses en fournissant les derniers chiffres essentiels, commentés et illustrés, sur les revenus, le niveau de vie, la pauvreté, le patrimoine et l'endettement (résumé d'auteur).

Borderies, F. (2016). "L'offre d'accueil des enfants de moins de 3 ans en 2014 : le nombre de places d'assistantes maternelles est prédominant." Etudes Et Resultats (Drees)(966): 6.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-offre-d-accueil-des-enfants-de-moins-de-3-ans-en-2014-le-nombre-de-places-d>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE BCnqR0xt. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2014, près de 13 700 établissements accueillent des jeunes enfants sur l'ensemble du territoire français, hors Mayotte. Ils proposent plus de 423 000 places, soit 13 800 de plus qu'en 2013. Les établissements d'accueil collectif (crèches, haltes-garderies, jardins d'enfants et établissements multi-accueil) regroupent 87% de l'ensemble des places, les services d'accueil familial (crèches familiales) 13%. À eux seuls, les établissements multi-accueil proposent 67% des places dans les structures d'accueil collectif.

Buisson, G. et Lincot, L. (2016). "Où vivent les familles en France ?" Insee Première(1582): 4 , 8 graph.
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1582/ip1582.pdf>

En 2012, 8,0 millions de familles avec au moins un enfant mineur vivent en France, dont 6,7 millions dans l'espace des grandes aires urbaines, soit huit familles sur dix. Au sein des grandes aires urbaines, la proportion de familles avec enfants mineurs augmente au fur et à mesure que l'on s'éloigne des villes-centres. Les couronnes des grandes aires urbaines accueillent ainsi proportionnellement plus de familles avec enfants mineurs que leurs villes-centres (34 familles pour cent ménages contre 22). Les différences entre ces villes-centres et leur périphérie étaient encore plus marquées dans le passé. En effet, depuis 1990, dans un contexte où la part des familles diminue globalement, les villes-centres des grandes aires urbaines perdent moins de familles que leurs couronnes. Les villes-centres, les communes du nord et du sud de la France ainsi que les départements d'outre-mer sont les territoires qui comptent davantage de familles dont les parents sont sans emploi et où se concentre la pauvreté. À l'exception du Nord, ce sont aussi les territoires qui comptent davantage de familles monoparentales. La part des familles nombreuses est nettement plus faible dans la moitié sud de la France ; elle est à l'inverse particulièrement forte dans les Pays de la Loire,

dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais, de l'Aisne, des Ardennes, de Seine-Saint-Denis et du Rhône, ainsi qu'en Guyane et à la Réunion (résumé d'auteur).

Capdeville, B. (2013). Les évolutions contemporaines de la famille et leurs conséquences en matière de politiques publiques. Paris La Documentation française: 90 , tabl.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000732/0000.pdf>

Progression du nombre de naissances hors mariage, augmentation des séparations, accroissement du nombre de familles monoparentales et émergence des familles recomposées et homoparentales, le Conseil économique, social et environnemental (Cese) se penche sur les mutations sociologiques touchant la famille, ainsi que sur les réponses apportées par les politiques publiques à ces transformations (résumé d'éditeur).

Charavel, C. (2016). "Avant et après l'école, qui prend en charge les jeunes enfants scolarisés ?" *Etudes Et Resultats (Drees)*(959): 6.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er959.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE G98R0xqk. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2013, 61% des enfants scolarisés âgés de 3 à 5 ans sont pris en charge par un autre intervenant que leurs parents au moins une fois au cours d'une semaine habituelle - hors mercredi - entre 8 heures et 19 heures. Trois sur dix sont confiés à un dispositif d'accueil périscolaire ou de loisirs et un sur cinq reste avec ses grands-parents ou un autre membre de la famille. Ce recours à un tiers en dehors du temps de l'école est plus fréquent lorsque les parents travaillent et l'est d'autant plus que le niveau de vie du ménage est élevé.

Chardon, O. et Daguet, F. (2009). "Enfants des couples, enfants des familles monoparentales : des différences marquées pour les jeunes enfants." *Insee Première*(1216): 4 , 1 carte, 5 graph.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1216/ip1216.pdf>

En 2005, 63 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec un couple parental marié, mais ils sont de plus en plus nombreux à vivre avec un couple en union libre (18 %) ou en famille monoparentale (16 %). 37 % des enfants vivent avec au moins un parent diplômé du supérieur, 44 % avec au moins un parent cadre ou exerçant une profession intermédiaire. Les enfants les plus jeunes ont les parents les plus diplômés, mais n'ont pas plus souvent un père cadre ou exerçant une profession intermédiaire. Les jeunes enfants en famille monoparentale ont moins souvent des mères diplômées ou occupant un emploi que les jeunes enfants vivant avec un couple parental. Ces différences sont plus faibles pour les adolescents. Elles sont également moins marquées du côté des pères. Les enfants ont des conditions de logement plus favorables lorsque leurs parents vivent en couple. 11 % des enfants vivent dans un logement surpeuplé ; cette proportion atteint un quart en Île-de-France.

Chardon, O., Daguet, F. et Vivas, E. (2008). "Les familles monoparentales : Des difficultés à travailler et à se loger." *Insee Première*(1195): 4 , 3 tabl.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1195/ip1195.pdf>

En 2005, 1,76 million de familles sont composées d'enfants de moins de 25 ans et d'un seul parent, leur mère le plus souvent. Depuis les années soixante, la part des familles monoparentales ne cesse de grandir du fait de la fragilité accrue des unions parentales. Seule la moitié des mères de famille monoparentale occupent un emploi à temps complet, alors qu'elles fournissent en général l'essentiel des revenus du ménage. Les familles

monoparentales vivent dans des conditions de logement plus difficiles et plus fragiles que les couples avec enfants. Elles sont moins souvent propriétaires. Signe des difficultés à vivre seul avec des enfants, 10 % de ces familles partagent leur logement avec d'autres personnes, habituellement un parent.

Chardon, O., Guignon, N. et De Saint-Pol, T. (2015). "Des inégalités sociales dès le plus jeune âge." Actualité Et Dossier En Santé Publique(92): 5-8.
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=149>

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xkmosl. Diffusion soumise à autorisation]. Mises en place en 1999, les enquêtes menées régulièrement en milieu scolaire permettent d'avoir une photographie de l'état de santé des enfants, en lien avec leurs habitudes de vie. C'est dans le quotidien que se mettent en place les comportements plus ou moins favorables à la santé et que les inégalités sociales de santé trouvent en partie leur origine.

Favrat, A., Marc, C. et Pucci, M. (2015). "Les dispositifs sociaux et fiscaux en faveur des familles : quelle compensation du coût des enfants." Economie Et Statistique(478-479-480): 5-33.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES478A.pdf

Le premier objectif de la politique familiale au sens large est de « contribuer à la compensation des charges de famille » (Programmes de qualité et d'efficience « Famille », Projet de loi de financement de la sécurité sociale). À ce titre, les composantes familiales des transferts sociaux et fiscaux procurent en moyenne aux familles dont les enfants ont entre 3 et 19 ans un supplément de revenu disponible mensuel de 213 € par enfant. Pour évaluer dans quelle mesure l'objectif de compensation est atteint, il est nécessaire de confronter ces suppléments de revenus à une mesure de ces « charges de famille », c'est-à-dire du coût des enfants. Cet article évalue le degré de compensation du coût des enfants à l'aune de deux mesures polaires : une mesure empirique, traditionnelle, qui découle de l'échelle d'équivalence dite « de l'OCDE modifiée » et une mesure normative, plus originale, issue de la définition récente par l'Onpes de budgets de référence permettant de valoriser les besoins des enfants (résumé d'auteur).

HCFA (2017). Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie. Paris HCFA: 110.
<http://www.strategie.gouv.fr/publications/disposer-de-temps-de-droits-soccuper-de-enfants-de-famille-de-proches-perte-dautonomie>

Ce rapport fait un tour d'horizon des dispositifs permettant de disposer de temps pour raisons « familiales » et analyse l'indemnisation des temps de congé ou de moindre activité. Les parents et les proches aidants actifs sont soumis à une double contrainte forte : ils doivent trouver le temps et les moyens d'articuler leur vie professionnelle et leur vie familiale. Le rapport commence donc par analyser les dispositifs existants qui visent à les y aider (congés, aménagements du temps ou de l'organisation du travail et les éventuelles indemnités qui y sont attachées). Le HCFA formule des propositions pour une meilleure prise en compte des impératifs de responsabilités familiales et met en évidence des pistes d'amélioration des congés, des indemnités et des droits à la retraite associés et celles offertes par les dispositifs et formules souples de travail. Les propositions, volontairement nombreuses, sont formulées dans l'objectif d'alimenter le débat dans les sphères institutionnelles et académiques. Certaines d'entre elles feront l'objet d'approfondissements et de chiffres plus précis en 2018 au sein du HCFA et devront être réfléchies en lien avec

les politiques d'accueil du jeune enfant et d'aides aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

Herman, E. (2017). "Politiques locales de la petite enfance : les enjeux de qualification de la demande de place en établissement d'accueil du jeune enfant." Revue Française Des Affaires Sociales(2): 41-61.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-2.htm>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE EmomR0xB. Diffusion soumise à autorisation]. L'accès aux établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) dépend fortement des dynamiques locales : les territoires sont inégalement pourvus en crèches, les familles concernées ont des besoins hétérogènes et les services en charge de la petite enfance mettent en oeuvre des politiques d'attribution des places différentes selon les territoires. Il s'agit de comprendre les arbitrages générés par un travail de qualification des demandes, dans lequel se déploient les registres du travail social d'écoute, de l'activité administrative et de la prévention, ajustés aux contextes locaux. Les acteurs mettent donc principalement en avant deux enjeux : celui d'assurer la mixité sociale dans les lieux d'accueil et celui d'apporter une réponse publique à des demandes singulières.

Houzel, D. (2016). "S'associer aux acteurs de l'accompagnement à la parentalité dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé : un défi à relever pour la santé publique." Sante Publique **28**(5): 553-554.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9R0xr9rq. Diffusion soumise à autorisation]. La restriction des dotations de ces services est un facteur d'aggravation des ISS en matière de parentalité et, par voie de conséquence en matière de santé des enfants et des adolescents. Elle induit des choix dans les actions à mener et fait souvent du gradient social un (le seul ?) des critères de définition des populations concernées ; mais nous l'avons vu, dans le champ de la parentalité, cette confusion peut être contreproductive tant du point de vue de l'éthique que de l'efficacité sur les ISS, les besoins des familles n'étant pas toujours corrélés uniquement à leur condition sociale et économique.

Lapinte, A. (2013). "Un enfant sur dix vit dans une famille recomposée." Insee Première(1470): 4 , 1 tabl., 3 graph.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1470/ip1470.pdf>

En 2011 en France métropolitaine, 1,5 million d'enfants de moins de 18 ans vivent dans 720 000 familles recomposées, c'est-à-dire dans une famille où les enfants ne sont pas tous ceux du couple actuel. 940 000 d'entre eux vivent avec un parent et un beau-parent, le plus souvent avec leur mère et un beau-père. Les 530 000 restants vivent avec leurs deux parents mais partagent leur quotidien avec des demi-frères ou demi-sœurs. Au sein des familles recomposées, les plus jeunes enfants sont logiquement plus souvent ceux du couple actuel : avant 4 ans, ils sont 85 % à vivre avec leurs deux parents, contre 10 % à partir de 15 ans. En cas de recomposition familiale, les enfants peuvent également habiter une partie du temps avec leur autre parent. Parmi les enfants vivant principalement avec un beau-parent, trois sur dix résident régulièrement chez l'autre parent. Également, 140 000 enfants vivant avec leurs deux parents en famille traditionnelle partagent leur logement une petite partie du temps avec des demi-frères ou demi-sœurs qui logent principalement ailleurs (résumé d'auteur).

Le Défenseur des droits (2017). Droits de l'enfant en 2017. Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant. Paris Défenseur des Droits: 119 , fig.

<https://defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2017/11/rapport-annuel-2017-consacre-aux-droits-de-lenfant-au-miroir-de-la>

Ce rapport préconise différentes pistes pour améliorer l'accès des enfants à la santé : renforcer le soutien aux parents, donner la priorité à la prévention, développer la participation des enfants ou encore garantir des moyens suffisants... Le Défenseur des droits invite les pouvoirs publics à prendre différentes dispositions sur le sujet, pour, à terme, se conformer davantage aux indications de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).

Le Bouteillec, N., Kandil, L. et Solaz, A. (2014). "L'accueil en crèche en France : quels enfants y ont accès ?" *Population Et Societes*(514): 4 , fig.

<http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/creche-france/>

Les Français plébiscitent la crèche, mais seuls 16 % des enfants non encore scolarisés y étaient accueillis en 2011. Indépendamment de l'offre insuffisante, certains enfants, notamment ceux de famille modeste, ont-ils plus de chance d'y avoir accès que d'autres ? Analysant l'enquête Famille et Logements de 2011, les auteurs examinent quels sont les enfants qui bénéficient de ce mode de garde. (résumé de l'éditeur).

Papon, S. et Beaumel, C. (2019). "Bilan démographique 2018." *Insee Premiere*(1730): 4 , tabl.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693?pk_campaign=avis-parution

Au 1er janvier 2019, la France compte près de 67 millions d'habitants. Au cours de l'année 2018, la population a augmenté de 0,30 %. Comme les années précédentes, cette progression est principalement due au solde naturel (+ 144 000 personnes), différence entre les nombres de naissances et de décès, bien que ce solde soit historiquement bas. En 2018, 758 000 bébés sont nés en France, soit 12 000 de moins qu'en 2017. Il s'agit de la quatrième année consécutive de baisse. L'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,87 enfant par femme en 2018. Il recule depuis quatre ans, mais la baisse ralentit. Il retrouve son niveau de 2002. La France reste encore en 2016 le pays le plus fécond de l'Union européenne.

Portela, M. (2015). "24 heures chrono dans la vie d'un jeune : les modes de vie des 15-24 ans." *Etudes Et Resultats (Drees)*(911): 6.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE C8tDER0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les modes de vie des jeunes de 15 à 24 ans se distinguent de ceux de leurs aînés. En 2010, ils dorment 30 à 45 minutes de plus par jour en moyenne et consacrent également une heure de plus à leurs loisirs. Ils passent deux fois plus de temps à leurs relations sociales que les 30-54 ans. Les jeux vidéo et les loisirs numériques les occupent en moyenne une heure par jour. Les réseaux sociaux et les sites de messagerie instantanée sont privilégiés par les étudiants. Malgré une nette diminution du temps consacré aux tâches domestiques par les jeunes femmes, elles y passent encore 44 minutes de plus que les jeunes hommes qui disposent en moyenne de plus de temps libre qu'elles. À autres caractéristiques égales, les étudiants et les jeunes en emploi ont des temps de loisirs similaires. Les jeunes ayant quitté le foyer parental disposent en moyenne d'une heure de loisirs en moins que ceux vivant chez leurs parents.

Queruel, N. et Bertin, Y. (2016). "ATD Quart Monde : Créer un environnement bienveillant pour les familles en grande précarité Interview." *Sante En Action (La)*(438): 10-11.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE sDR0x9r8. Diffusion soumise à autorisation]. Le centre de promotion familiale d'ATD Quart Monde fournit un logement provisoire et un appui social à trente-cinq familles en grande précarité, avec des enfants en bas âge. Il effectue un accompagnement social de quinze autres familles, relogées dans un logement social pérenne. ATD Quart Monde leur apporte un accompagnement global : accès aux soins et aux services publics, retour à l'emploi pour les parents, lien social, soutien aux enfants. Cet accueil est conçu pour favoriser l'autonomie des familles : écouter leurs souhaits et leurs contraintes, sans les placer en position d'assistés.

Vroylandt, T. (2016). "Les assistantes maternelles gardent 8% d'enfants de plus en 2014 qu'en 2010." *Etudes Et Resultats (Drees)*(978): 6.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-assistantes-maternelles-gardent-8-d-enfants-de-plus-en-2014-qu-en-2010>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xG8rFp. Diffusion soumise à autorisation]. Au deuxième trimestre 2014, 320 000 assistantes maternelles sont employées par des particuliers en France. Parmi les assistantes maternelles agréées par les conseils départementaux, les trois quarts sont effectivement en emploi, mais cette part varie selon les départements. Les assistantes maternelles accueillent plus d'enfants qu'en 2010 et diversifient leur accueil en prenant davantage en charge des enfants de 3 ans ou plus.

ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES

Pauvreté

Acs, M., Lhommeau, B. et Raynaud, E. (2015). "Les familles monoparentales depuis 1990 : Quel contexte familial ? Quelle activité professionnelle ?" *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)*(67): 34.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-familles-monoparentales-depuis-1990,11514.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nR0xICo8. Diffusion soumise à autorisation]. La monoparentalité, notion apparue en France dans les années 70, est de plus en plus répandue. Le nombre de familles monoparentales ne cesse d'augmenter et atteint 1,6 millions en 2011. Ce dénombrement sous-estime toutefois l'étendue du phénomène. Les mouvements d'entrée et de sortie de la monoparentalité sont nombreux et 16% des familles monoparentales observées en 2011 se sont formées en 2010. La catégorie des familles monoparentales recouvre en outre une diversité de situations. Le niveau de diplôme des parents isolés a augmenté depuis les années 1990, mais leur position relative s'est dégradée par rapport à celle des parents en couple dont le niveau de diplôme a progressé encore davantage. Alors qu'en 1990 les mères isolées étaient plus souvent actives occupées que celles en couple, la situation s'est inversée en 2012.

Adam, C., Faucherre, V. et Micheletti, P. d. (2017). La santé des populations vulnérables, Paris : Ellipses

« Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. » L'article 1er de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 a ensuite été placé en 1791 en tête de la Constitution de la République française. Cependant, depuis la naissance d'un individu, se développent de manifestes inégalités face à la santé et à la maladie qui impactent

directement l'espérance de vie, notamment au détriment des personnes aux revenus les plus faibles. La mortalité prématurée évitable touche de façon très discriminante les différentes catégories sociales. Pour les professionnels concernés, agir à cet égard ne relève pas d'une charité où la bonne volonté se substituerait à la compétence. Des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être sont indispensables. Ils résultent de nécessaires processus d'apprentissage enrichis par l'expérience.

Chereque, F., Abrossimov, C. et Khennouf, M. (2015). Évaluation de la 2ème année de mise en oeuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Paris : IGAS
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000065/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE D9tEIROx. Diffusion soumise à autorisation]. Adopté le 21 janvier 2013 en Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE), le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été adapté dans une nouvelle "feuille de route 2014", en janvier 2014, à la suite d'un premier rapport d'évaluation réalisé par l'IGAS. Ce deuxième rapport d'évaluation conserve la même trame que le premier. La première partie concerne l'évolution du taux de pauvreté en France avec des comparaisons avec plusieurs pays européens. Exploitant les indicateurs mis en place la première année avec l'aide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les données permettent de dégager des grandes tendances qui éclairent sur la situation française en 2012. La deuxième partie porte sur l'évaluation de la montée en charge des différentes mesures du plan au travers des sept thématiques de celui-ci : l'accès aux droits, l'accès à l'emploi, l'hébergement et le logement, la santé, l'enfance et famille, l'inclusion bancaire, la gouvernance des politiques de solidarité. La troisième partie s'intéresse à la mise en oeuvre territoriale du plan à partir des schémas régionaux réalisés par les préfetures de région comme recommandé par le premier rapport.

CNLE (2016). Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Paris CNLE: 107.
http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution_CNLE_au_suivi_du_plan_pauvrete_2016.pdf

Ce rapport dresse une revue complète du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Il met en lumière tant les avancées que les points de vigilance et les pistes d'amélioration des politiques publiques, afin que la dernière étape de la feuille de route 2015-2017 permette de réelles avancées en faveur de l'accès aux droits fondamentaux de nos concitoyens les plus démunis (d'après l'avant-propos).

Damon, J. (2018). Combattre la pauvreté des enfants. Paris Fondapol: 52 , tab., graph., fig.
<http://www.fondapol.org/etude/france-combattre-la-pauvrete-des-enfants/>

Cette note a été écrite par Julien Damon, professeur associé à Sciences Po (www.eclairs.fr) et membre du conseil scientifique et d'évaluation de la Fondation pour l'innovation politique. À partir d'un panorama technique des sources de données, cette note dresse un portrait de la pauvreté des enfants dans ses différentes dimensions. Elle propose ensuite des orientations et recommandations pour encore mieux l'appréhender. Enfin, pour contribuer plus efficacement à la réflexion, elle souligne quelques pistes générales pour des révisions de politiques publiques, insistant sur les cas les plus difficiles et les plus indignes.

HCFEA (2018). Lutter contre la pauvreté des familles et des enfants : constats et propositions du HCFEA.. Note de synthèse. Paris HCFEA: 26.
<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

L'objectif des travaux du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, par l'intermédiaire de son Conseil de la famille, publiés le 5 juin 2018, est d'apporter une contribution à la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté voulue par le président de la République qui doit être présentée début juillet.

Vulnérabilité : santé mentale, handicap et inadaptation

Amara, F. et Naves, P. (2013). Évaluation de la mise en place du dispositif "maison des adolescents" (MDA). Rapport IGAS ; 2013 142. Paris IGAS: 113.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8k8R0xlo. Diffusion soumise à autorisation]. L'IGAS a été chargée par la ministre des affaires sociales et de la santé d'évaluer la mise en place du dispositif "maison des adolescents" (MDA). Dispositifs récents, les MDA sont des structures d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation, à destination de trois publics : des jeunes (adolescents et jeunes adultes) de 11 à 25 ans qui rencontrent ou non des difficultés, qui se sentent et ou ressentent un mal être, qui se posent des questions, qui cherchent des informations pour se sentir mieux ; des parents d'adolescents, pour des conseils et/ou un accompagnement ; des professionnels en relations avec des adolescents, un appui "en expertise". Dans son rapport, l'IGAS a focalisé son attention sur : la réalisation des missions décrites dans le cahier des charges des MDA ; l'organisation, la structure juridique et les financements des MDA ; l'efficacité des MDA ; le pilotage des MDA, dans le contexte nouveau des agences régionales de santé (ARS) et la nécessité d'une nouvelle étape dans le programme de développement des MDA et de leurs actions.

Amrous, N. (2018). "341 000 mesures d'aide sociale à l'enfance en cours fin 2017." Études et Résultats(1090).
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/341-000-mesures-d-aide-sociale-a-l-enfance-en-cours-fin-2017>

Fin 2017, 341 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) sont mises en oeuvre par les services départementaux en charge de la protection de l'enfance. Les actions éducatives, exercées en milieu familial, en représentent près de la moitié et sont aussi nombreuses qu'en 2016. Ces mesures sont très largement prises à la suite d'une décision judiciaire (68 %). Les placements constituent 52 % des mesures d'ASE et leur nombre a davantage augmenté en 2017 que les années passées (+4,2 % en un an, +10,4 % depuis 2013). Ils sont essentiellement réalisés à la suite de décisions judiciaires (79 %). Près de la moitié des jeunes confiés à l'ASE sont hébergés en famille d'accueil.

Armand, P. (2011). "Expérience. La maison des adolescents de Corrèze. Des portes toujours ouvertes." Gestions Hospitalières(511): 650-654, carte.

[BDSP. Notice produite par EHESP DrqIR0xn. Diffusion soumise à autorisation]. La maison des adolescents (MDA) de Corrèze, ouverte depuis le 30 mai 2008, est une structure efficace et discrète, ouverte sans rendez-vous aux jeunes, à leurs parents et aux professionnels. Afin de pouvoir intervenir au plus près et en meilleure adéquation avec le territoire rural de la Corrèze, une expérimentation soutenue par le Fonds d'expérimentation à la jeunesse est mise en place depuis 2011 : l'antenne mobile d'intervention, d'écoute et de soutien. Favorable par principe à un partenariat au sein duquel le service public tiendrait une place prépondérante, l'association Les PEP 19 ne pouvait que se montrer intéressée par une action

ciblée sur les adolescents en difficulté, public visé dans son projet départemental. La mise en place d'une MDA, dispositif à vocation sanitaire, mais dont les champs d'intervention s'étendent naturellement au social, au juridique et à la formation, répondait aussi pleinement aux valeurs fondamentales qui guident l'action des pupilles de l'enseignement public (PEP) : laïcité, solidarité, humanisme et désintéressement.

Bergeron, T. et Eideliman, J.-S. (2018). "Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés en 2014. Résultats de l'enquête ES-Handicap 2014." *Dossiers De La Drees (Les)*(28): 42.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-personnes-accueillies-dans-les-etablissements-et-services-medico-sociaux>

[BDSP. Notice produite par MSSH-EHESP G9D8R0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2014, 493 000 personnes handicapées sont accueillies en établissements sociaux et médico-sociaux, soit une augmentation de 5,7% par rapport à 2010. 65% des personnes accueillies en structures pour enfants handicapés et 59% de celles présentes dans les structures pour adultes handicapés sont des hommes. Les adultes accueillis sont en moyenne plus âgés qu'en 2010. Le lien entre déficience principale et type d'établissement est plus fort pour les enfants que pour les adultes. Globalement, les parcours au sein du secteur médico-social relèvent cependant davantage d'une logique de filières pour les adultes que pour les enfants handicapés. La scolarisation en milieu ordinaire et en unité d'enseignement externalisée progresse sensiblement pour les enfants. (R.A.).

Bois, C. et Guillemot, G. (2013). "[Social inequalities in health in 4 year-old children in the Hauts-de-Seine (France)]." *Rev Epidemiol Sante Publique* **61 Suppl 2**: S47-59.

The social effects on health described in France on newborn and 5- to 6-year-old children suggest the existence of a social gradient among the youngest children. The favoured, though unequal, social situation of the department of the Hauts-de-Seine (France), makes it particularly adapted to this study. A survey, conducted in 2010 by the departmental service of maternal and infantile protection (PMI) on a representative sample of 1227 children, who received check-ups in their first or second year of nursery school, reveals a significant increase of overweight (from 4.6 to 16.5%), of language disorders (from 8.3 to 25.3%), of the orientations to specialized consultations (from 20.6 to 36.6%), according to the socioprofessional category of the father or the social affiliation of the children in the following subgroups: children speaking or understanding a foreign language (36.6% of the sample), children schooled in priority educational zones (equivalent to education achievement zones in UK, 13.6%), children with limited social health coverage (13.4%). In contrast, the BCG and hepatitis B vaccinal coverage is systematically higher in these various groups. The multivariate analysis investigates for each health problem its links with these various subgroups, and with previous child care experiences, and PMI medical consultations. This study suggests therefore further prospects for different actions according to health problems or regarding vaccinal strategy. The development of such routine indicators of disadvantage should allow territorial health services to target their actions towards the decrease of social disparities in health and to check a posteriori the efficiency of the public systems, which have been implemented.

Bouquet-Ysos, C., Peintre, C. et Barreyre, J.-Y. (2011). "Disparités des équipements pour enfants handicapés et "flux migratoires" en France métropolitaine." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)* **20**(20): 5-20.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nsG9R0xo. Diffusion soumise à autorisation]. La première étude montre que le taux d'équipement global diffère selon les départements et les régions, des territoires se spécialisent dans la prise en charge de certains handicaps et se démarquent par leur caractère plus attractif, expliquant en partie les flux migratoires. Outre les différences en termes de taux d'équipement ou la spécialisation des territoires dans certains équipements, des facteurs historiques ou géopolitiques peuvent expliquer ces disparités géographiques de l'offre médico-sociale.

Bourgarel, S., Etchegaray, A. et Mazurek, H. (2017). "Optimiser l'accès aux ressources sur les territoires dans un contexte contraint. Exemple des services de soins pour jeunes handicapés." *Cybergeo : Revue Européenne De Géographie*(808): non paginé.
<http://cybergeo.revues.org/27902>

L'implantation géographique des services à domicile pour enfants et adolescents handicapés (Sessad) en région Provence-Alpes-Côte d'Azur semble en accord avec les besoins d'accompagnement : 93% des enfants accompagnés vivent à moins de 30 minutes d'un Sessad. Cependant seuls 69% des enfants sont accompagnés par un service implanté à moins de 30 minutes de leur domicile. L'analyse des déplacements, au moyen d'une modélisation par SIG, a permis de proposer une optimisation des relations enfants – Sessad, au moyen de plusieurs scénarios. De nouvelles affectations ont été proposées pour les enfants en fonction de leurs lieux de résidence et de nouvelles implantations pour les zones repérées comme dépourvues de service. Il est possible alors d'améliorer l'accès aux services, afin de dégager plus de temps éducatif ou thérapeutique.

Bourgarel, S. et Etchegaray, A. (2017). "Répartition de la population handicapée et des structures spécialisées en France." *Espace Politique (L')* **31**(1): html.
<http://espacepolitique.revues.org/4281>

La répartition de la population en situation de handicap sur le territoire français est en partie liée à la géographie des déterminants du handicap, dont seulement une partie sont identifiés. Pour dénombrer cette population et comprendre sa répartition, des données administratives sont utilisées, mais le dénombrement reste un exercice complexe. La géographie des dispositifs de prise en charge montre une mauvaise desserte des espaces urbains, qui témoigne d'une mise à l'écart. L'éloignement des services d'accompagnement crée, quant à lui, des dysfonctionnements, en particulier liés au temps de transport.

Bronsard, G., Lancon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., Tordjman, S. et Simeoni, M. C. (2013). "Quality of life and mental disorders of adolescents living in French residential group homes." *Child Welfare* **92**(3): 47-71.

Here, the quality of life (QoL) of adolescents living in residential group homes (RGHs), is compared to QoL of a general adolescent population, and links between QoL and the presence of mental disorders are examined. Adolescents living in RGHs reported a significantly lower perception of their overall QoL compared to the general adolescent population. The presence of mental disorders was significantly and negatively associated with QoL scores. Some indices of QoL (physical and psychological well-being, relationship with teachers) did not show differences with the general population, indicating that mental health needs or lack of wellbeing are expressed in unusual ways.

Castello, C., Michard-Lenoir, A. P. et Allemand, R. (2012). "[Vulnerable populations and access to care]." *Soins Pédiatr Pueric*(268): 32-34.

Precariousness is a very complex concept that brings together a diverse and fragmented population. The interest in comparing views and opinions is clear for understanding of this phenomenon. A physician in the paediatric emergency unit of a hospital and the head of a "Medecins du Monde" branch evoke the different faces of precariousness. A difficult and sometimes poignant reality, which health care providers must try to cope with.

Chau, K., Baumann, M. et Chau, N. (2013). "Socioeconomic inequities patterns of multi-morbidity in early adolescence." *Int J Equity Health* **12**: 65.

BACKGROUND: Multi-morbidity such as cumulating mental health, behavioral, and school difficulties (consumptions of alcohol, tobacco, cannabis, and hard drugs, obesity, depressive symptoms, suicide attempts, involvement in violence, and low school performance) is common in early adolescence and can be favored by a number of socioeconomic factors (gender, age, nationality, family structure, parents' education, father' occupation, and income). This study assessed the concurrent roles of various socioeconomic factors in multi-morbidity defined as cumulated number of difficulties (CD) which has been partially documented. **METHODS:** Adolescents from middle schools in north-eastern France (N = 1,559) completed a questionnaire measuring socioeconomic characteristics and mental health, behavioral, and school difficulties. Data were analyzed using logistic regression models. **RESULTS:** Alcohol use affected 35.2% of subjects, tobacco use 11.2%, cannabis use 5.6%, hard drugs use 2.8%, obesity 10.6%, depressive symptoms 13.3%, suicide attempts 9.9%, involvement in violence 10.3%, and low school performance 8.2%. Insufficient income and non-intact families impacted most mental health, behavioral, and school difficulties with adjusted odds ratios (ORa) between 1.51 and 3.72. Being immigrant impacted illicit drugs use and low school performance (ORa 2.31-4.14); low parents' education depressive symptoms (1.42) and school performance (3.32); and manual-worker/inactive offspring low school performance (2.56-3.05). Multi-morbidity was very common: CD0 44.1%, CD1 30.8%, CD2-3 18.4%, and CD \geq 4 6.7%. Insufficient income, divorced/separated parents, reconstructed families, and single parents played impressive roles with strong ORa gradients (reaching 4.86) from CD1 to CD \geq 4. Being European immigrant, low parents' education, and low fathers' occupations had significant gender-age-adjusted odds ratios for CD2-3 and CD \geq 4, but these became non-significant when adjusted for all socioeconomic factors. Older adolescents had higher risks for multi-morbidity which did not change when adjusting for all socioeconomic factors. **CONCLUSIONS:** Multi-morbidity including a wide range of mental health, behavioral, and school difficulties was common in early adolescence. Insufficient income and non-intact families played impressive roles. Being immigrant, low parents' education, and low fathers' occupations also played strong roles but these were explained by insufficient income and non-intact families. Prevention against multi-morbidity should be designed to help adolescents to solve their difficulties, especially among adolescents with socioeconomic difficulties.

Chobeaux, F. (2016). "Jeunes en errance : état des lieux et modalités d'accompagnement." *Sante En Action (La)*(438): 4-5.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE FkGmR0xD. Diffusion soumise à autorisation]. Placés, souvent ballottés d'un dispositif à l'autre, les jeunes en errance ont en commun d'avoir vécu nombre de ruptures relationnelles, éducatives et affectives. Éducateurs, équipes de rue, accueils de jour, l'intervention des professionnels dans le cadre de dispositifs novateurs a démontré sa pertinence. Il convient toutefois de ne pas ignorer les importants écueils à surmonter et d'accepter le fait que nombre de ces jeunes vont avoir

besoin d'un soutien et d'un accompagnement de longue durée, sous des formes qui respectent ce qu'ils sont et ce qu'ils souhaitent.

Coquelet, F. et Valdelievre, H. (2013). "Les enfants en soins de suite et de réadaptation en 2010." Etudes Et Resultats (Drees)(861): 6.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enfants-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-en-2010,11231.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ED99R0xn. Diffusion soumise à autorisation].
L'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour les enfants représente 5% de l'activité globale de SSR. En 2010, 32 000 enfants de moins de 19 ans ont été pris en charge au cours de 73 000 séjours. Deux tiers de ces séjours sont effectués dans des établissements à but non lucratif. Les principales pathologies prises en charge sont les paralysies, l'obésité, les arthropathies ainsi que les troubles mentaux et du développement. Le type d'hospitalisation, les durées de prise en charge et les actes de rééducation varient selon les pathologies : alors que l'obésité est prise en charge en hospitalisation complète (98% des journées), les paralysies ne le sont que dans les trois quarts des cas (74%). D'une manière générale, les garçons sont surreprésentés dans les services de SSR, sauf pour la prise en charge de l'obésité où les filles sont majoritaires, notamment après 15 ans. Comme pour l'ensemble de la discipline, on note des disparités territoriales dans l'accès pour les enfants à ces types de soins spécialisés.

Dequire, A.-F. et Jovelin, E. (2009). La jeunesse en errance face aux dispositifs d'accompagnement, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP 78AIR0xn. Diffusion soumise à autorisation]. Le phénomène des jeunes en errance est de plus en plus présent dans les régions françaises. L'objet de cet ouvrage est double analyser les trajectoires et les besoins des jeunes sans domicile fixe de 16 à 25 ans, comprendre le sens qu'ils donnent à leurs trajectoires et aux aides qui leur sont accordées. Les auteurs analysent l'apport des autorités compétentes, tant régionales que locales, dans l'accompagnement ou l'accueil de ce public, les objectifs et les méthodes d'intervention des structures et leurs modalités de partenariat. Ancré sur les réalités du terrain comme sur les apports de la sociologie, ce travail s'achève sur une série de propositions concrètes à l'usage des décideurs et des professionnels, pour améliorer l'accompagnement d'un public qui semble souvent insaisissable.

Fuseau, A. et Moro, M.-R. (2011). "Les maisons des adolescents : unité et diversité." Gestions Hospitalieres(511): 640-643, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7R0xEAEJ. Diffusion soumise à autorisation]. S'il est une mission délicate mais juridiquement et socialement nécessaire, c'est bien l'accueil d'urgence des mineurs en danger ou en risque de l'être, admis au service de l'aide sociale à l'enfance au titre d'un accueil administratif (contractualisé avec les parents) ou judiciaire (prononcé par le juge des enfants). Le plus souvent dévolue aux établissements publics départementaux de protection de l'enfance, cette mission se révèle, chacun le sait, peu aisée à mettre en oeuvre.

Gendrot, K., Labrune, L., Lasserre, J.-M. et Gaudillier, M. (2011). "Expérience. La maison des adolescents de Savoie. Un partenariat multi-institutionnel." Gestions Hospitalieres(511): 655-658.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xHG7Gn. Diffusion soumise à autorisation]. En Savoie, les professionnels en charge des adolescents en difficulté ont depuis longtemps développé

des pratiques de coopération, d'échange. Aussi, lorsque le ministère de la Santé lance en 2005 un appel d'offres pour la constitution d'une maison des adolescents, les différents acteurs institutionnels adhèrent spontanément au projet.

Goyette, M. et Frechon, I. (2013). "Comprendre le devenir des jeunes placés : la nécessité d'une observation longitudinale et représentative tenant compte des contextes socio-culturel et politique." Revue Française Des Affaires Sociales(1-2): 164-180.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8DqHBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Beaucoup de jeunes confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives au moment de leur placement restent toujours dans une situation de vulnérabilité une fois sortis du système de protection. À partir d'une revue de littérature internationale, les auteurs présentent en premier lieu une problématisation des enjeux auxquels les jeunes qui quittent un placement sont confrontés. Dans un second temps, l'article présentera les enjeux théoriques et méthodologiques des travaux inscrits dans la lignée des études sur le "devenir adulte", c'est-à-dire le devenir à long terme des jeunes placés, et plus spécifiquement sur la période de sortie du dispositif de protection de l'enfance.

Guegan, M. et Rivollier, E. (2017). "Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative." Sante Publique **29**(6): 861-867.

[BDSP. Notice produite par EHESP tnpGR0xJ. Diffusion soumise à autorisation]. Des entretiens auprès de mineurs isolés étrangers (MIE), dénommés mineurs non accompagnés (MNA) depuis mars 2016, ont permis d'identifier le type de méconnaissances et de confusions relatives à l'assurance maladie et au système de soins français. Le rôle des PASS est mal identifié, les modalités du recours au médecin traitant mal connues. L'information des MIE sur leurs droits en santé et la formation des éducateurs sur l'accompagnement des prises en charge en santé sont à développer.

Le Défenseur des droits (2017). Décision du Défenseur des droits n° 2017-257. Étude sur la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées. Paris Défenseur des droits: 43, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 9DER0xFD. Diffusion soumise à autorisation]. Cette décision-cadre porte des recommandations générales destinées à améliorer la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées. L'évaluation des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) implique de disposer de données statistiques accessibles et comparables. Or, en France, la mise à disposition et la valorisation des informations statistiques et des études sur le handicap ne font pas l'objet d'une coordination ou d'un pilotage national, d'où un manque de visibilité des données produites. Les diverses sources de données disponibles n'ont pas adopté une définition harmonisée du handicap. Certaines informations concernent le nombre et le type de prestations proposées, d'autres concernent les individus. Les données administratives souffrent d'un défaut de centralisation. Les sources de statistiques et les périodes de références diffèrent également souvent d'une étude à l'autre. Perdure aussi un manque de données sur le nombre d'enfants et d'adultes handicapés, leur situation, leurs besoins et le niveau de satisfaction de ces besoins. De fait, la mesure de l'effectivité des droits est difficile à réaliser. Le Défenseur des droits assure, au sein d'un dispositif national de suivi, une mission de protection, de promotion et de suivi de l'application de la CIDPH. A ce titre, il publie une étude relative à la connaissance statistique

de la situation et des besoins des personnes handicapées et émet diverses recommandations destinées à améliorer cette connaissance et sa diffusion.

Maillard, I. (2011). "Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents." Sante Publique(6): 127-139.

[BDSP. Notice produite par EHESP kE8pBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article se propose de mettre en évidence les lignes de force dans l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents en France. L'analyse des textes réglementaires, des rapports publics et des plans d'action gouvernementaux permet de montrer que la politique de santé mentale engagée par les pouvoirs publics au début des années 1990, se traduit par une extension considérable des problèmes et des populations à traiter selon des cadres et des modalités d'action rénovées. A l'échelle d'un territoire géographiquement circonscrit, l'analyse des discours des acteurs de la pédopsychiatrie, de leurs partenaires et de la littérature produite localement, permet de mettre en évidence une multiplicité d'initiatives, d'expériences et d'expérimentations qui prennent place dans les interstices du système de soins, entre la prévention et les soins, l'ambulatoire et l'hospitalier, le thérapeutique, l'éducatif et le scolaire, et contribuent à modifier en profondeur le paysage local de la santé mentale.

Mainaud, T. (2010). "Les établissements hébergeant des enfants et des adolescents en difficulté sociale : premiers résultats de l'enquête ES 2008." Etudes Et Resultats (Drees)(743): 8.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er743.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IFD9pR0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008, la capacité d'hébergement des 1 800 établissements accueillant des enfants et des adolescents en difficulté sociale est de 54 000 places. La majeure partie de ces places se situe dans les maisons d'enfants à caractère social et les foyers de l'enfance. Ces structures traditionnelles ont maintenu leur capacité depuis 2004. À leurs côtés, les pouponnières à caractère social et les structures d'accueil dans un cadre de type familial (lieux de vie et villages d'enfants) ont connu une forte croissance, mais ces dispositifs restent minoritaires. La gestion des établissements est largement déléguée aux associations et autres organismes à but non lucratif. Les foyers de l'enfance, lieux d'évaluation et d'orientation de l'enfant, font figure d'exception, 98% d'entre eux étant gérés par les départements ou des établissements publics départementaux. L'hébergement prend souvent la forme d'un internat complet, une place sur dix est cependant en dehors de l'établissement. Les deux tiers des chambres mises à disposition par les établissements sont individuelles. L'encadrement paraît assez étoffé, avec 93 emplois en équivalent temps plein pour 100 places. Les principales professions du secteur sont celles d'éducateur spécialisé (22% des ETP) et de moniteur éducateur (14%).

Mainaud, T. (2011). "50 000 enfants et adolescents en difficulté sociale hébergés en établissements : résultats de l'enquête ES 2008." Etudes Et Resultats (Drees)(778): 8.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er778.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE sR0x9qrF. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2008, 48 800 enfants et adolescents sont hébergés en établissements par l'aide sociale à l'enfance (ASE). La moyenne d'âge des jeunes accueillis est de 13 ans, mais varie sensiblement suivant la vocation principale des établissements. Le juge des enfants décide des trois quarts des hébergements, le plus souvent par mesure judiciaire, plus rarement par un placement direct dans l'établissement. Les autres décisions d'hébergement relèvent pour l'essentiel de mesures administratives du ressort du président du conseil général, à la

demande ou en accord avec la famille. Avant leur arrivée dans l'établissement, huit enfants sur dix avaient déjà fait l'objet de mesures de la protection de l'enfance. Notamment, un enfant sur cinq était suivi dans le cadre de l'action éducative en milieu ouvert (AEMO) ou à domicile (AED). Les enfants restent en moyenne 13 mois dans l'établissement, avec une grande disparité de durée - de 6 mois en moyenne dans les foyers de l'enfance à cinq ans dans les villages d'enfants. Lorsqu'ils quittent l'établissement, quatre enfants sur dix retournent dans leur famille ou chez un proche, mais quel que soit leur nouveau lieu de résidence six sur dix sont toujours suivis par la protection de l'enfance.

Makdessi, Y. (2013). "L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010." *Etudes Et Resultats (Drees)(832)*: 6.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/l-accueil-des-enfants-handicapes-dans-les-etablissements-et,11096.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE tnrR0xAB. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2010, on comptait 2 118 établissements d'éducation spécialisée pour enfants et adolescents et 1 451 services d'éducation et de soins à domicile (SESSAD). Dans les établissements, le nombre de places reste globalement stable mais les formes de l'accueil se modifient : l'internat est en diminution au profit de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire. Les SESSAD ont également diversifié leur offre d'accueil en augmentant le nombre de places consacrées aux enfants qui souffrent de troubles psychiques ou de troubles envahissants du développement. 96% des enfants de 6 à 16 ans accompagnés par un SESSAD sont scolarisés majoritairement en milieu ordinaire.

Makdessi-Raynaud, Y., Masson, L. et Mainguene, A. (2010). "Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés : résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006." *Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(148)*: 264.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/etablissements-et-services-pour-adolescents-handicapes-resultats-de-l-enquete-es-2006-et-series-chronologiques-1995-a-2006.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xJ9B8E. Diffusion soumise à autorisation]. Le document détaille les données statistiques obtenues dans l'enquête ES2006-Handicap auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés.

Masson, L. (2011). "Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMS) en 2006." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(20)*: 35-47.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201120.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE JR0x98qs. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude dresse un portrait des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), qui fonctionnent sous forme de consultations ambulatoires et non, comme les autres établissements, sous forme d'hébergement ou d'accueil de jour. Le nombre de CMPP a augmenté de 27% entre 2001 et 2006. Parallèlement, le nombre de séances a progressé de 7%, de même que les effectifs du personnel, notamment les psychomotriciens et les psychologues. Pourtant, le délai d'attente demeure important dans certaines régions. Comme dans l'ensemble des structures accueillant des enfants handicapés, les garçons sont majoritaires dans les CMPP, sauf chez les 16-18 ans. Le nombre de CAMSP a quant à lui augmenté de 37% entre 2001 et 2006 et le nombre de séances de 49%. Les effectifs du personnel ont crû en proportion (+54%), notamment ceux des psychomotriciens, des médecins et psychiatres et des psychologues.

Les garçons sont également surreprésentés. Le délai d'attente est, comme pour les CMPP, inégal selon la région (de 6 jours à 3 mois).

Milon, A. et Amiel, M. (2017). Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France. Paris Sénat: 464 +annexes.

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-494-notice.html>

Créée le 16 novembre 2016 à l'initiative du groupe Rassemblement démocratique et social européen (RDSE) du Sénat, la mission d'information traite du sujet de la psychiatrie des mineurs en France. Elle dresse le constat d'une grande difficulté de la discipline, traversant une double crise démographique et universitaire ne lui permettant pas de répondre à des besoins en évolution. Alors que la santé mentale fait l'objet d'une appréhension renouvelée, la mission d'information précise le rôle de la psychiatrie des mineurs et des disciplines associées, dont la reconnaissance doit être améliorée. Le repérage et le dépistage précoces des troubles doit concentrer l'action de tous les intervenants auprès des enfants, enseignants comme médecins généralistes ou services départementaux de protection de l'enfance, afin d'interrompre le continuum des troubles le plus en amont possible. L'articulation entre le dépistage précoce et la prise en charge doit ensuite être assurée, en confortant les structures et en progressant dans leur coordination, pour que la logique de parcours prime. Répondant aux invitations à « sauver la pédopsychiatrie », la mission d'information avance cinquante-deux propositions (résumé de l'éditeur).

Panis, V. (2013). "Scolarisation, handicap psychique sévère et hôpital de jour : cinq ans après la loi de 2005." *Information Psychiatrique (L')* **89**(7): 549-557.

[BDSP. Notice produite par EHESP lqR0xrqo. Diffusion soumise à autorisation]. Pour explorer si la loi de 2005 a pu contribuer à un meilleur accès à la scolarisation des enfants avec handicap psychique sévère, les auteurs comparent la scolarisation de tous les enfants de Haute-Garonne accueillis en hôpital de jour de psychiatrie avant la loi (2005) et cinq ans après (2010). Le pourcentage d'enfants non scolarisés reste stable (6,5%) ; le nombre d'enfants scolarisés en milieu scolaire ordinaire augmente : en 2010, près des trois quarts des enfants bénéficient d'une scolarisation individuelle en classe ordinaire, souvent avec auxiliaire de vie scolaire ; le temps de scolarisation à l'école de l'hôpital diminue, au profit d'une scolarisation partagée avec l'école ordinaire ; la coordination s'améliore entre partenaires du soin et de l'enseignement.

Paul, S. et Verrier, B. (2013). Mission d'enquête sur le placement familial au titre de l'aide sociale à l'enfance : rapport. *Rapport IGAS ; 2013 018*. Paris IGAS: 138.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000413/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xFtEBH. Diffusion soumise à autorisation]. Premier mode de placement des mineurs pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'accueil familial concerne plus de 70 000 enfants confiés en 2009 et repose sur environ 50 000 assistants familiaux, principalement employés par deux types de structures : les services de placement familial des Conseils généraux et les associations de placement familial. Par une lettre du 11 avril 2012, la ministre des solidarités et de la cohésion sociale et la secrétaire d'Etat chargée de la famille ont demandé au chef de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) que soit diligentée une "mission d'évaluation de l'accueil familial au titre de l'aide sociale à l'enfance". Les analyses et recommandations de l'IGAS portent principalement sur trois volets : d'abord, "sur le plan professionnel et organisationnel", tout ce qui relève de l'accompagnement et du contrôle de l'exercice du métier d'assistant familial ; ensuite, "sur le

plan socio-éducatif", les divers aspects de la prise en charge des enfants et de la qualité des prestations qui leur sont fournies ; enfin, "sur le plan statutaire et financier", les éléments qui peuvent contribuer à l'attractivité de la fonction d'assistant familial.

Pliquet, E. (2016). "Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements." *Etudes Et Resultats (Drees)*(974): 6.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/aide-sociale-a-l-enfance-55-000-enfants-et-adolescents-heberges-en>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xpsCID. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2012, 55 000 enfants et adolescents sont hébergés dans un établissement de l'aide sociale à l'enfance (ASE). En moyenne, les jeunes accueillis ont 13 ans et effectuent dans l'établissement un séjour de 13 mois, mais l'âge des enfants et la durée de l'hébergement varient sensiblement suivant la mission des établissements. Deux tiers des placements font suite à une mesure judiciaire confiant l'enfant à l'ASE.

Pliquet, E. (2016). "Fin 2012, les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance offrent plus de 60 000 places d'hébergement." *Etudes Et Resultats (Drees)*(955): 6.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/fin-2012-les-etablissements-relevant-de-l-aide-sociale-a-l-enfance-offrent-60>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GR0xpDjk. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2012, la capacité d'hébergement des 1 900 établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance, accueillant des enfants et des adolescents en difficulté sociale, est de 60 700 places, en majeure partie dans les maisons d'enfants à caractère social et les foyers de l'enfance dont les capacités augmentent entre 2008 et 2012. Les lieux de vie et les villages d'enfants continuent leur forte croissance. L'hébergement reste dans l'ensemble collectif mais le logement en structure éclatée continue de se développer et l'accueil de jour s'accroît notablement. Le taux d'encadrement dans les établissements diminue légèrement. Les éducateurs spécialisés représentent 25% de l'ensemble des ETP et les moniteurs éducateurs 14%.

Queruel, N., Tordjman, S. et Wiss, M. (2016). "Équipe mobile pour préadolescents et adolescents en difficulté : À la rencontre du jeune en souffrance et de sa famille Interview." *Sante En Action (La)*(438): 44-45.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE nR0xCG88. Diffusion soumise à autorisation]. À Rennes, une équipe mobile pluriprofessionnelle va à la rencontre des préadolescents et adolescents en difficulté psychologique, majoritairement des garçons âgés d'environ 12 ans. Pour ce faire elle utilise un camping-car aménagé en bureau mobile. Ces jeunes, sans demande d'aide explicite, sont signalés à l'équipe mobile par des médiateurs de première ligne dans les établissements scolaires. Les parents et la famille sont étroitement associés au suivi. Selon l'évaluation portant sur les 403 premiers jeunes accompagnés, la prise en charge par l'équipe mobile permet de remettre en place une communication familiale, de faire reculer l'absentéisme scolaire, de diminuer les conduites d'agression.

Sevilla-Dedieu, C., Kovess-Masfety, V., Haro, J. M., Fernandez, A., Vilagut, G. et Alonso, J. (2010). "Seeking help for mental health problems outside the conventional health care system: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)." *Can J Psychiatry* **55**(9): 586-597.

OBJECTIVE: In certain countries, it is not uncommon to turn to professionals outside the conventional health care system for psychological problems. As this situation is not well documented in Europe, we assessed use of nonconventional care for mental health in 6 European countries. **METHOD:** A cross-sectional survey was conducted in representative samples of noninstitutionalized adults in 6 European countries. Participants (n = 8796) completed a survey, which included, among other items, the Composite International Diagnostic Interview 3.0 and in-depth questions about lifetime consultations for mental health problems. **RESULTS:** Among the respondents (n = 2928) who reported having already sought help in their lifetime for psychological problems (20.0%), 8.6% turned to complementary and alternative medicine (CAM) providers, such as chiropractors and herbalists, and a similar proportion (8.4%) to religious advisers such as ministers, priests, or rabbis. Only a small proportion (2.9%) consulted only these professionals for their problems. CAM providers were more frequently used in the Netherlands (13.5%) and Germany (9.4%), while religious advisers were more often consulted in Italy (12.6%) and Germany (11.6%). Multivariate analyses confirmed differences between countries and revealed that people turning to religious advisers tended to be older, foreign born, and with alcohol problems, whereas those consulting CAM providers were younger, wealthier, and more frequently depressed. **CONCLUSIONS:** In Europe, patients who turn to CAM therapists and those who seek help from religious advisers for psychological problems are not exactly the same. In addition, these professionals are not consulted frequently in most countries, and are almost always associated with more traditional follow-up when used.

Vuldy, C. (2011). "Le programme national de soutien aux maisons des adolescents." Gestions Hospitalières(511): 644-645.

[BDSP. Notice produite par EHESP tJrROxmr. Diffusion soumise à autorisation]. Le programme national de soutien aux maisons des adolescents (MDA) a été lancé à l'issue de la Conférence de la famille de 2004 pour assurer sur la période 2006-2010 un maillage satisfaisant du territoire en structures d'accueil et d'accompagnement des adolescents en difficulté. L'objectif était de faire bénéficier ces derniers d'une écoute spécialisée rapide, à proximité de chez eux, d'un abord croisé de leurs problématiques et de les orienter éventuellement vers des prises en charge plus spécialisées. A la suite du plan Santé des jeunes de 2008, l'objectif d'une MDA par département a été fixé. Un comité de pilotage, coprésidé par le ministère de la santé et la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, en a élaboré le cahier des charges, annexé à chacun des cinq appels à projets lancés auprès des régions pendant la durée du programme. Quatre-vingt-quatorze projets ont ainsi été sélectionnés et ont bénéficié du soutien financier de l'État, de l'Assurance Maladie et de la Fondation, en plus des financements mobilisés par les promoteurs des projets auprès des acteurs locaux.

Une vue d'ensemble sur l'état de santé et le recours aux soins

Études sur les enquêtes auprès des enfants et adolescents

Baghdadli, A., Loubersac, J., Soussana, M., et al. (2014). "Mise en place d'une cohorte française d'enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique : cohorte ELENA." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **62**(5): 297-303.

Bois, C., Levy Bruhl, Thelot, B., et al. (2013). "Encadré. La cohorte Elfe : un outil pour explorer les déterminants de la couverture vaccinale." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(8-9): 86-87.

Cambois, E. et Jusot, F. (2011). "Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France." *European Journal of Public Health* **21**(5): 667-673.

Charles, M.-A., Leridon, H., Dargent, P., et al. (2011). "Le devenir de 20 000 enfants. Lancement de l'étude de cohorte Elfe." *Population Et Societes*(475): 4.

Chzhen, Y., Moor, I. et Pickett, W. (2016). Family Affluence and Inequality in Adolescent Health and Life Satisfaction: Evidence from the HBSC study 2002-2014. Florence Centre de recherche Innocenti de L'UNICEF: 26.

Ehlinger, V., Spilka, S. et Godeau, E. (2016). "Présentation de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens de France en 2014." *Agora débats/jeunesses Hors série*(4): 7-22.

Garnier, C., Lorenzo, P., Mathieu, C., et al. (2017). L'état de santé des enfants d'âge scolaire en France. Apport des observatoires régionaux de la santé sur la production d'indicateurs liés à la santé des enfants d'âge scolaire. Paris FNORS: 41.

Inserm, I. (2014). *Les enfants de la cohorte Elfe ont 3 ans et demi. Première rencontre avec l'enfant, premiers résultats*. Paris : Inserm ; Paris : Ined

Jousselme, C., Cosquer, M. et Hassler, C. (2015). Portraits d'adolescents - Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Paris INSERM: 180.

Pirus, C., Bois, C., Duffourg, M. N., et al. (2010). "La construction d'une cohorte : l'expérience du projet français Elfe." *Population* **65**(4): 737-670, tabl.

Pirus, C. et Leridon, H. (2010). "Les grandes cohortes d'enfants dans le monde." *Population* **65**(4): 671-730. annexes.

LES ENQUETES

Enquêtes en milieu scolaire

Bilans de santé des 3-4 ans dans PMI des départements

L'article L.2112-2 du code de la santé publique stipule 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 ainsi que le dépistage des anomalies ou déficiences, et la pratique de vaccination. Il comprend des tests de dépistage (vue, audition, langage) et un examen médical ou paramédical au cours desquels sont abordés la santé, l'alimentation, le sommeil, le développement, la socialisation et les vaccinations. Ces bilans de santé auprès des enfants de 3-4 ans permettent d'assurer une continuité dans les actions de prévention entre la surveillance médico-sociale des deux premières années et le premier bilan de santé scolaire réalisé au cours de la sixième année par les équipes de promotion de la santé en faveur des élèves.

Bilans de santé de l'Éducation nationale (6 ans et 12 ans)

Les médecins et les infirmiers de la mission promotion de la santé en faveur des élèves sont présents tout au long de la scolarité des élèves pour assurer des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé, pour les médecins, et prendre en charge l'accueil et l'écoute des élèves pour tout motif ayant trait à la santé, pour les infirmiers.

Dans ce cadre, deux examens de santé sont obligatoires : la visite médicale lors de la sixième année de l'enfant et la visite de dépistage par l'infirmier lors de la douzième année de l'enfant (cf. arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation6).

Lors de ces bilans de santé, des données peuvent être collectées afin d'assurer un suivi épidémiologique de la santé des enfants.

Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire

Depuis l'année scolaire 1999-2000, le ministère en charge de la santé - direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), et direction générale de la santé (DGS) - organise, en partenariat avec le ministère chargé de l'éducation nationale - direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) et direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) - des enquêtes sur la santé des élèves à trois moments clés de leur scolarité : en grande section de maternelle (5-6 ans) ; en CM2 (9-10 ans) ; et en 3ème (14-15 ans). Elles constituent un élément central de la surveillance de l'état de santé et du recours à la prévention chez l'enfant et l'adolescent.

- Consulter [les enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés](#) (site du ministère chargé de la santé)
- [La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013](#) (juin 2015)
- [La santé des élèves de CM2 en 2015](#) (février 2017)
- [La santé des élèves scolarisés en 3ème en 2009](#) (février 2014)

Enquête « santé social »

L'enquête « santé social » est réalisée par la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) et couvre l'ensemble des établissements de l'enseignement public du premier et du second degré des académies de métropole et d'outre-mer.

Le recueil de données sur le suivi social et de santé des élèves n'est pas réalisé dans une perspective épidémiologique sur la santé ou la situation sociale des élèves mais elle permet d'obtenir un état des lieux de la mise en œuvre de la politique éducative sociale et de santé. L'enquête porte sur l'ensemble des établissements de l'enseignement public des académies de métropole et d'Outre-mer.

- [Site du ministère chargé de l'éducation](#)

Enquêtes et cohortes en population générale

D'autres enquêtes nationales sur la santé des jeunes existent. Bien que toutes ne soient pas réalisées en milieu scolaire, elles permettent d'approcher l'état de santé des jeunes au travers de questions portant sur la situation scolaire des jeunes (établissement fréquenté, niveau scolaire, etc.) et la santé perçue. Certaines de ces enquêtes reposent sur un échantillon national suffisamment important, qui permet des exploitations à l'échelle des régions, voire des départements.

Enquêtes Nationales Périnatales (Perinat)

En France, nous ne disposons pas de registre médical national permettant de suivre à l'échelle du pays les principaux indicateurs de l'état de santé de la mère et du nouveau-né, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, et les facteurs de risque. Des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) sont donc réalisées en routine pour fournir des données sur ces indicateurs et aider à l'orientation des politiques de prévention. Cinq enquêtes ont eu lieu, en 1995, 1998, 2003, 2010 et mars 2016.

- [Site Epopé \(Inserm\)](#)

Enquête Santé soins et protection sociale (ESPS)

L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins d'un échantillon de 8 000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes. Elle est représentative d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine.

L'enquête est un panel. Elle a lieu tous les deux ans et interroge les mêmes ménages tous les quatre ans. L'échantillon a été renouvelé entièrement en 2010. ESPS est aussi appariée avec les données de consommation de soins issues de l'Assurance maladie. La possibilité de lui associer également les données de remboursement des organismes complémentaires est actuellement en cours d'évaluation. Les enquêtes de 1996 à 2010 comportaient des questions sur la santé des enfants⁴.

➤ [Site de l'Irdes](#)

Enquête EHIS

European Health Interview Survey - Enquête européenne par entretien sur la santé d'Eurostat est nommée en France l'Enquête santé européenne (EHIS). Elle produit des indicateurs de santé standardisés qui permettent des comparaisons entre pays européens répétées dans le temps. Ces indicateurs sont mis à disposition sur le [site internet de la Commission européenne](#). [Les données individuelles sont également mises à disposition de la communauté uniquement à des fins de recherche](#). EHIS comprend quatre modules : état de santé, recours aux soins de santé, déterminants de la santé et variables socio-économiques générales des personnes âgées d'au moins 15 ans vivant en ménages ordinaires (hors institutions). Les adolescents sont présents dans l'enquête après l'âge de 15 ans.

➤ [Site de l'Irdes](#)

⁴ Apouey, B. H. et Geoffard, P. Y. (2014). "Child health and access to health care in France : Evidence on the role of family income." *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique* **62**(3)

Pôle Documentation de l'Irdes - Safon M.-O.

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-enfants-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-enfants-en-france.epub

Cohorte Elfe (Ined, Inserm...)

Le projet Elfe⁵ a pour objectif de suivre pendant 20 ans 18300 enfants nés en 2011 pour mieux comprendre comment les conditions périnatales et l'environnement dans ses différentes dimensions affectent, de la période intra-utérine à l'adolescence, le développement, la santé et la socialisation des enfants. L'environnement est caractérisé au niveau familial, socio-économique, géographique, physico-chimique. Le projet est pluridisciplinaire et se construit à partir des propositions de 150 chercheurs associés.

- [Site d'Elfe](#)
- [Site de l'Ined](#)

ESPAD et ESCAPAD

Depuis une quinzaine d'années, sous l'impulsion de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), les niveaux d'usage des drogues licites et illicites à l'adolescence, sont appréhendés à travers un ensemble d'enquêtes représentatives en population générale. Ce dispositif d'observation des usages de produits psychoactifs s'appuie notamment sur les enquêtes HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) et ESCAPAD qui interrogent régulièrement, les adolescents âgés de 11 ans à 17 ans.

> Consulter les enquêtes [ESPAD](#) et [ESCAPAD](#)

Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire

En 2013-14 coordonnée par l'unité Inserm 1178 « Santé mentale et santé publique » et le pôle universitaire de la Fondation Vallée.

- [Site de l'Inserm](#)

Baromètre santé

Coordonné par Santé publique France avec l'analyse sur les comportements des jeunes de 15-30 ans sur trois années (2000, 2005 et 2010)

> [Site de Santé publique France](#)

Études européennes ou internationales

Enquête Euro-Peristat

Le projet [EURO-PERISTAT](#) a pour objectifs de suivre et évaluer la santé des mères et des enfants pendant la période périnatale – grossesse, accouchement et post-partum – en Europe, en utilisant des indicateurs valides et fiables. Le projet a commencé en 1999 dans le cadre du EU's Health Monitoring Programme et atteint actuellement sa quatrième phase, en recherchant à produire en routine des données sur la santé périnatale en Europe.

- [Site Epopé \(Inserm\)](#)
- [Site Euro-Peristat](#)

⁵ Pirus, C. et Leridon, H. (2010). "Les grandes cohortes d'enfants dans le monde." [Population](#) 65(4)

Enquête internationale *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*

L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*⁶ est conduite tous les quatre ans. La France y participe, tout comme quarante-quatre autres pays ou régions. Cette enquête prend en compte les thématiques de la santé mentale, du bien-être, des habitudes alimentaires, de la perception du corps, du handicap et de la maladie chronique, de la santé dentaire, de l'expérimentation de produits psychoactifs, des relations amoureuses et de la sexualité, du vécu scolaire, des brimades et du harcèlement, des relations familiales et avec les pairs, ainsi que des inégalités sociales de santé, tout en proposant des comparaisons entre les résultats français et les résultats internationaux.

La population étudiée dans l'enquête HBSC-France en 2014 compte 10 434 élèves de 11 à 15 ans ; scolarisés en France métropolitaine dans 481 classes du CM2 à la première année de lycée (général, technologique et professionnel), dans 286 établissements publics et privés sous contrat.

- Site du ministère chargé de l'éducation
- <http://eduscol.education.fr/cid110121/parution-des-resultats-enquete-hbhc-sur-sante-des-collegiens.html>
- <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/enquete-cours/scolaire-jeunes.asp>

Réseau ENOC sur la santé mentale des enfants et adolescents en Europe⁷

ENOC est une organisation à but non lucratif réunissant des institutions indépendantes en charge de la promotion et de la protection des droits de l'enfant tels qu'ils sont formulés dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE). Fondé en 1997, le réseau ENOC compte actuellement 42 membres dans 34 États européens. En 2018, les membres d'ENOC ont travaillé sur la thématique « droits de l'enfant et bien-être, promouvoir la santé mentale » et rendent leurs conclusions dans un rapport publié à l'occasion de la conférence annuelle du réseau qui a lieu au siège du Défenseur des droits, à Paris, du 19 au 21 septembre 2018.

- [Site de l'ENOC](#)

Organisation mondiale de la santé

Afin de promouvoir la santé des enfants en Europe, le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé a élaboré la stratégie pour la santé des enfants et des adolescents (2015-2020), qui a été adoptée par tous les États membres de la Région européenne de l'OMS. La mise en œuvre de la stratégie a fait l'objet d'un suivi dans le cadre des profils de pays compilant les données sanitaires existantes, et d'une enquête menée auprès de l'ensemble des 53 ministères européens de la Santé. Les réponses de 48 pays font l'objet d'une description graphique, quantitative et qualitative. Le rapport 2018 sur la santé des enfants et adolescents en Europe⁸ permet de passer en revue les progrès réalisés à cet égard, et de combler les lacunes dans la réalisation intégrale du potentiel des enfants et des adolescents en matière de santé et de bien-être.

- Voir notamment « Sources statistiques » en page 192 du rapport de l'OMS.

⁶ Ehlinger, V., Spilka, S. et Godeau, E. (2016). "Présentation de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens de France en 2014." *Agora débats/jeunesses* Hors série(4)

⁷ Rapport 2018 du Défenseur des droits : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2018/09/rapport-denoc-sur-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-adolescents-en-europe>

⁸ OMS (2018). Situation of child and adolescent health in Europe
Pôle Documentation de l'Irdes - Safon M.-O.

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-enfants-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-enfants-en-france.epub

- [Site de l'OMS](#)

RAPPORTS OFFICIELS

Bantuelle, M. et Demeulemeester, R. (2008). Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire : Programmes et stratégie efficaces. Saint-Denis INPES: 133.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

Cet ouvrage identifie les moyens efficaces pour prévenir les comportements à risque et contribuer ainsi à réduire leur fréquence et la gravité des traumatismes ou pathologies qui pourraient en découler, sans pour autant supprimer toute prise de risque. Ce recueil se structure en deux parties, autour de six chapitres. La première décrit les étapes et éléments du développement des enfants et des adolescents, les comportements considérés comme à risque et les facteurs qui influencent et déterminent ces comportements. L'autre partie propose des stratégies de prévention qui sont reconnues comme efficaces ainsi que les ressources utiles à l'élaboration des interventions.

Basset, C. (2014). La Protection Maternelle et Infantile. Les avis du CESE. Paris CESE: 58.

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2014/2014_21_pmi.pdf

Le Conseil économique social et environnemental (CESE) a adopté à l'unanimité un avis sur la Protection maternelle et infantile (PMI), présenté par sa section des affaires sociales et de la santé. Il émet 14 préconisations visant en tout premier lieu à réaffirmer le caractère de service public de la PMI. Il propose notamment d'inscrire les missions de la PMI dans la loi de santé, en particulier celles de la prévention, rappelant qu'elle est un outil majeur de réduction des inégalités sociales de santé. Le CESE recommande également de valoriser le savoir-faire de la PMI en développant les coopérations, en en faisant un acteur de coordination des acteurs et de l'aide à la famille et de repérage des situations de vulnérabilité. Il apporte enfin une série de recommandations pour que soient définies des priorités nationales, avec les moyens nécessaires dédiés : définition d'une politique et de sa programmation au niveau national, reconnaissance du rôle de la PMI dans les instances de programmation régionales et départementales et évaluation de certaines missions de la PMI pour en améliorer l'efficacité.

Bruston, P., Descoubes, B., Naves, P. et Simon-Delavelle, F. (2014). Modernisation de l'action publique (MAP) : mission d'évaluation de la gouvernance de la protection de l'enfance (diagnostic, recommandation et proposition de plan d'action). Rapport Igas ; 2013-165R. Paris IGAS: 2 vol. (167 +150).

http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/fichiers-attaches/epp_protection_enfance_rapport_tome1.pdf

http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/fichiers-attaches/epp_protection_enfance_rapport_tome2.pdf

La protection de l'enfance est l'ensemble des interventions visant à prévenir ou à réduire les dangers auxquels un mineur peut être exposé. L'évaluation de la gouvernance de la protection de l'enfance a été confiée à l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) et à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Quatre axes de réflexion ont structuré les investigations de la mission : finances, pilotage, articulation des protections administratives et judiciaires et impact de la politique de protection de l'enfance sur ses bénéficiaires. A l'issue de l'évaluation, trois axes de progrès ont été identifiés par la mission : améliorer la

lisibilité d'une politique publique complexe ; piloter collectivement une politique publique décentralisée ; conduire le renouvellement des pratiques professionnelles et institutionnelles. Les recommandations sont suivies d'une proposition de plan d'action qui précise leurs modalités de mise en œuvre.

Camard, J. P., Embersin-Kyprianou, C., Feron, V. et al. (2017). Questions de santé en Île-de-France : Appui au projet régional de santé 2018-2022. Paris ORSIF: 176 , tab., graph., fig.
http://www.ors-idf.org/dmddocuments/2017/2017_QuestionDeSante_versionWEB.pdf

En vue de l'élaboration du Projet régional de santé 2 (PRS2), l'ARS Île-de-France a sollicité l'expertise de l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France. Sur des thématiques identifiées comme prioritaires par l'agence, l'ORS a rassemblé et analysé un ensemble d'informations et de données relatives à la santé des Franciliens et à ses déterminants. Cette publication apporte des éléments-clés sur l'état de santé général à travers des indicateurs transversaux (espérance de vie, mortalité générale, mortalité prématurée et « évitable ») mais aussi des populations vulnérables (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap) et des déterminants de santé (contexte socio-démographique, expositions environnementales, comportements individuels défavorables à la santé comme la consommation d'alcool ou de tabac). Ces données sont fournies à l'échelle départementale pour mettre en évidence les inégalités territoriales de santé.

Chauvin, F. et Mansour, Z. (2017). Stratégie nationale de santé publique : contribution du Haut Conseil de la santé publique. *Avis et rapports*. Paris HCSP: 189 , tab., graph., fig.
www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20170908_strategienatlesantecontribhcsp.pdf

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi pour réaliser l'analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants, des stratégies d'action afin de déterminer les domaines d'action et des objectifs de la Stratégie nationale de santé (SNS). Il a ainsi identifié quatre problèmes à prendre en compte : les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ; l'augmentation des risques d'exposition de la population aux risques infectieux ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences ; l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux. Quatre principes d'action : la santé comme objectif dans toutes les politiques ; une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé . une approche territorialisée de la SNS ; la nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens. Et cinq axes d'actions : une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue ; des orientations pour un système de santé adapté aux enjeux ; le développement de l'innovation en santé ; le développement et le soutien à la formation et à la recherche en santé publique ; une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents. Le HCSP préconise, enfin, une approche par déterminants de santé, plutôt qu'une approche par pathologie. Pour améliorer la gouvernance, il recommande que soit élaboré et mis en œuvre un Plan national de santé publique.

CNNSE (2015). Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques. Paris Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant.: 44.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_maladies_chroniques.pdf

Organiser le parcours de soins de tous les enfants atteints d'une maladie chronique et améliorer leur qualité de vie sont des objectifs majeurs. Certaines maladies chroniques sont fréquentes comme l'asthme, les allergies, l'obésité, les troubles des apprentissages. D'autres sont moins fréquentes comme l'épilepsie, le diabète, certaines maladies digestives ou rénales, la drépanocytose dans certaines régions. D'autres sont rares et ont conduit à développer des parcours spécifiques dans le cadre du plan maladies rares. Les prévalences diverses des différentes maladies impliquent des schémas différents d'organisation du parcours de soins. L'évolution de certaines maladies chroniques peut entraîner la survenue d'un handicap, devenant ainsi un facteur aggravant de la maladie. La réflexion sur le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique doit intégrer la complexité liée à l'âge et aux différentes phases d'acquisition de l'autonomie de l'enfant. Chaque tranche d'âge a ses spécificités : le nourrisson et le jeune enfant avec l'acquisition d'une autonomie progressive, le passage de l'enfant à l'adolescent ; le passage à l'âge adulte. L'âge et le développement de l'enfant sont à considérer au même titre que la maladie elle-même, ce qui fait la spécificité de la prise en charge de l'enfant. En conséquence, les modèles retenus pour les maladies chroniques des adultes ne peuvent s'appliquer tels quels au parcours de soins des enfants atteints de maladie chronique. Ce document traite du parcours de soins des enfants atteints de maladie chronique somatique, y compris de ses conséquences sur le développement et l'état de santé psychique des enfants. Les troubles psychiatriques chroniques et les troubles envahissants du développement ne sont pas traités dans ce document (tiré de l'introduction).

Coldefy, M., Com-Ruelle, L., Dourgnon, P., Lucas-Gabrielli, V., Sermet, C., Sorasith, C., Or, Z. et al. (2015). Santé en France : problèmes et politiques. Collection Avis et rapports. Paris La Documentation française: 175 , tab., graph., fig.

La loi sur la santé publique de 2004 prévoit que le Haut Conseil de la santé publique établisse un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population rendu public. L'étude porte sur les problèmes et les déterminants de santé et sur les stratégies de prise en charge en termes de politiques publiques. Une étude synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant... Le parti pris est celui de la concision : ni tableaux, ni courbes, ni cartes mais une tentative d'explication synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant... Chacun (professionnels de la santé ou non) doit ainsi mieux comprendre l'étendue et la hiérarchie des problèmes de santé et l'action publique déployée à tous les échelons. Mobilisant des savoirs multidisciplinaires (épidémiologie, santé publique, sociologie, sciences politiques...), cet ouvrage témoigne des progrès accomplis comme aussi des innombrables enjeux qui restent à relever.

Coulm, B., Bonnet, C., Blondel, B., Vanhaesebrouck, A., Vilain, A., Fresson, J. et Rey, S. (2017). Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Paris Drees: 317 , tabl., fig.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

[BDSP. Notice produite par ORSRA pR0x89CA. Diffusion soumise à autorisation]. L'étude, fondée sur un échantillon de naissances représentatif de l'ensemble des naissances en France sur l'année, présente l'évolution des principaux indicateurs périnataux relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque. Il décrit également l'organisation des soins dans les 517 maternités de France.

D'Almeida, S., Boisserie-Lacroix, L., Sermet, C., et al., Prost, T. et Rey, S. (2015). L'état de santé de la population en France - Édition 2015. *Études et Statistiques*. Paris DREES: 502, tabl., graph., carte. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie la 6e édition du rapport sur l'État de santé de la population en France, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données. À travers plus de 200 indicateurs, ce panorama détaillé de la santé conjugue approches par population, par déterminants et par pathologies, illustrant l'état de santé globalement favorable des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontées les politiques publiques, dont les inégalités sociales de santé. Mortalité, espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, mortalité cardio-vasculaire : au regard de ces grands indicateurs, l'état de santé en France se révèle globalement favorable, comparé aux autres pays développés. Les Français vivent toujours plus longtemps, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences de ce vieillissement de la population. Mais ce bon diagnostic est à nuancer par l'existence de disparités persistantes, notamment entre les femmes et les hommes, entre les régions et entre les différentes catégories sociales.

Dreux, C. (2014). La prévention en santé chez les adolescents. Paris Académie nationale de médecine: 55. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/06/DreuxPrévention-rapport-17.6.14final1.pdf>

Près de 90% des adolescents de 12 à 18 ans s'estiment en bonne santé, mais on observe chez certains d'entre eux des comportements à risque pouvant entraîner des troubles irréversibles pour leur devenir. Il s'agit en particulier de l'usage des drogues légales et illégales, de troubles psycho comportementaux pouvant conduire au suicide, d'une sexualité naissante mal contrôlée, d'habitudes alimentaires défavorables associées à la sédentarisation, d'une consommation excessive et peu contrôlée des technologies d'information et de communication (TICS) par ailleurs indispensables aujourd'hui. Pour tenter d'informer objectivement les adolescents, les méthodes de communication ciblées sur les adultes sont impuissantes et il faut mettre en place des actions spécifiques faisant appel, notamment, aux groupes de jeunes, les pairs, ayant suivis une formation adaptée pour éviter la stigmatisation des ados souvent victimes de groupes de pression ou du sectarisme de certains « éducateurs ». Le rôle de la famille, de l'école, de la médecine scolaire (à refondre) est capital surtout dans la préadolescence (6-12ans). L'accent est mis sur l'importance des activités physiques et sportives sur le plan de la santé mais aussi au niveau psycho-comportemental. Une attention particulière doit se porter sur les jeunes issus de milieux défavorisés qui, comme nous l'avons écrit dans le 1er rapport (La culture de prévention : des questions fondamentales adopté à l'unanimité par l'Académie de médecine le 15/10/2013), sont trop souvent oubliés. La prévention « humaniste » et le développement du lien social doivent constituer la base de nos actions. Aux 10 recommandations prioritaires concluant le premier rapport nous en avons ajouté 8 plus spécifiques aux adolescents (résumé d'auteur).

Dupays, S., Hesse, C. et Vincent, B. (2015). L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures. *Rapport IGAS ; IGAS 2014-167R*. Paris IGAS: 150. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000866-l-acces-gratuit-et-confidentiel-a-la-contraception-pour-les-mineures>

A la demande de la ministre en charge de la santé, des affaires sociales et du droit des femmes, cette mission d'évaluation vise à identifier les besoins, blocages et solutions concernant l'accès à la contraception des mineures. Le rapport vise en premier lieu à spécifier les moyens opérationnels permettant la mise en œuvre effective des dispositions d'anonymat, pour toutes les mineures, et de gratuité, pour les adolescentes de 15 à 17 ans, adoptées en lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2013 et 2014, et ce à toutes les étapes de leur parcours d'accès à la contraception (examens médicaux, prescription, retrait-pause des contraceptifs). Il examine ensuite, de façon plus large, les pistes qui mériteraient d'être explorées afin de mieux couvrir les besoins des jeunes (ex. éducation à la sexualité, démedicalisation de la délivrance des microprogestatifs, accroissement du rôle des infirmières scolaires) via notamment le lancement d'expérimentations.

Elbaum, M., Ferras, B. et Palach, J.-M. (2014). La couverture sociale des jeunes (16-29 ans) en fonction des risques, Paris : Inspection générale des affaires sociales

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE BjoEoR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les parcours des jeunes vers l'insertion professionnelle et l'indépendance résidentielle et financière ont eu tendance à devenir de plus en plus longs, instables et diversifiés en fonction de leur niveau social et éducatif, dans un contexte où le marché du travail leur a été particulièrement défavorable depuis 2008-2009. Cette évolution soulève un certain nombre de problèmes pour le système de protection sociale, auxquels le rapport envisage des réponses à travers des pistes de réformes.

Fosse, S., Fagot-Campagna, A., Druet, C. et Romon, I. (2012). Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Rapport méthodologique. Saint Maurice INVS: 73 +annexes.

Ce rapport détaille le déroulement de la seconde étude Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) réalisée en 2007-2010, ainsi que la méthodologie d'analyse. Il s'agit d'une étude transversale réalisée sur un échantillon d'environ 10 000 personnes diabétiques tirées au sort à partir des bases de consommation médicale de l'Assurance maladie. Les personnes diabétiques adultes résidant en France métropolitaine sont enquêtées ainsi que leurs médecins. Les données d'enquête sont couplées aux données de consommation médicale et à celles du PMSI extraites sur 3 années. Une étude de mortalité est également réalisée. Entred 2007-2010 inclut un échantillon de personnes résidant dans les Départements d'outre-mer et un échantillon d'enfants.

Fourcade, N., Von Lennep, F., Luciano, L., Rey, S. et al. (2017). L'état de santé de la population en France : rapport 2017. Paris DREES: 435 , tab., graph., fog., carte.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

Cette édition 2017 du rapport sur l'état de santé de la population en France conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour illustrer l'état de santé globalement bon des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels est confronté le pays et auxquels les politiques publiques doivent répondre. Coordinné pour la première fois avec la nouvelle agence nationale de santé publique – Santé publique France – cette édition 2017 accorde une place plus large aux données régionales et infrarégionales avec l'introduction de cartes et données supplémentaires et l'ajout de 18 profils régionaux synthétisant les principales caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires des nouvelles régions administratives. Une typologie socio-sanitaire des territoires a été également réalisée : elle

permet de mettre en évidence des zones particulièrement vulnérables. Ces enrichissements ont été rendus possibles grâce à la mobilisation de tous les contributeurs habituels du rapport, et celle de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et du réseau des observatoires régionaux de santé (ORS) pour les profils régionaux.

Garnier, C., Lorenzo, P., Mathieu, C. et al. (2017). L'état de santé des enfants d'âge scolaire en France. Apport des observatoires régionaux de la santé sur la production d'indicateurs liés à la santé des enfants d'âge scolaire. Paris FNORS: 41 , tabl., graph., fig.

<http://www.fnors.org/index.html>

À la demande de la Direction générale de la santé (DGS), la Fnors a réalisé un état des lieux des dispositifs existants en France pour suivre l'état de santé des enfants d'âge scolaire, notamment à travers l'implication des Observatoires régionaux de santé (ORS) sur la mise en place d'études ou la production d'indicateurs auprès de cette population. Dans un premier temps, ce document présente les dispositifs de suivi de la santé des enfants en milieu scolaire en France et les indicateurs disponibles à l'échelle nationale. Puis, afin de mettre en avant les démarches locales, un état des lieux est réalisé et porte sur les travaux des ORS impliqués pour l'exploitation de données issues de dispositifs existants ou pour la mise en place d'enquêtes spécifiques. Chaque système d'information mis en place par les ORS fait l'objet d'une fiche de synthèse en annexe du document.

Godeau, E., Navarro, F., Arnaud, C., Le Luong, T. et Blanquer, J. M. (2012). La santé des collégiens en France en 2010 : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Saint-Denis : INPES

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>

En France, la jeunesse est une priorité affichée du gouvernement. Depuis 1994, le réseau international de chercheurs Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) étudie les comportements de santé des adolescents de 11 à 15 ans, au moyen d'une enquête en population scolaire répétée tous les quatre ans. Ce sont les principaux résultats de l'enquête menée au collège en France en 2010 que nous présentons ici, articulés autour de quelques thématiques essentielles (bien-être, image de soi et poids, sommeil, engagement dans la sexualité, alcool, harcèlement) et de leurs contextes (famille, école, pairs). Afin d'enrichir leur interprétation, ces résultats sont rapprochés de ceux des autres pays ayant participé à l'enquête ainsi que de ceux de la France lors de la précédente vague de l'enquête, en 2006. Les objectifs de cette publication et des travaux de recherche qu'elle expose seront atteints s'ils permettent aux décideurs et aux acteurs de terrain d'adapter au mieux les politiques publiques et les actions de prévention et de promotion pour la santé et le bien-être au collège et s'ils y contribuent à la réduction des inégalités de santé.

Inserm (2009). Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. Expertise collective. Paris INSERM: 252 , tabl., fig., annexes.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000396/index.shtml>

Ce document présente les travaux d'un groupe de travail réuni par l'Inserm à la demande du Régime social des indépendants (RSI) pour élaborer des propositions visant à améliorer le suivi des enfants dans le cadre des examens de santé. Il s'appuie sur les données et les recommandations issues de plusieurs expertises collectives publiées entre 2002 et 2007 et qui concernent la santé des enfants et des adolescents.

Inserm (2009). Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Expertise collective opérationnelle : de l'expertise collective à l'action. Paris La Documentation française: 187.

Ce document constitue la deuxième édition de l'expertise opérationnelle réalisée par un groupe de travail réuni en 2003 par l'Inserm à la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants (Canam) pour élaborer des propositions d'actions de prévention et d'éducation à la santé pour les enfants et les adolescents.

Isaac-Sibille, C. et Bareigts, E. (2018). Rapport d'information sur la prévention de la jeunesse. Paris Assemblée nationale: 181.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1234.asp>

L'objet du présent rapport est de proposer des solutions pour la mise en œuvre pratique d'une politique de prévention ambitieuse en France, permettant de réduire les inégalités de destins et d'en finir avec les déclarations de bonnes intentions. Ces travaux se concentrent sur la prévention santé à l'égard de la jeunesse, et plus particulièrement sur les actions de prévention primaire, visant à éviter l'apparition des maladies et à promouvoir les comportements favorables à la santé, de la conception à la sortie de l'adolescence. Plus les actions de prévention et de promotion de la santé interviennent tôt, plus elles sont efficaces et « rentables ». De surcroît, les enfants et jeunes d'aujourd'hui sont par définition les adultes et les parents de demain : c'est la santé des populations des décennies à venir qui se joue actuellement. Une telle approche impose de relever deux défis : les différences de temporalité entre l'action publique et la santé des populations : les résultats d'une politique de prévention orientée vers les jeunes ne peuvent être appréciés qu'à l'issue de plusieurs années, et plus probablement de plusieurs dizaines d'années ; la réconciliation des différentes branches du système de santé, qui découlent de l'organisation héritée de 1945, peu propice à la mise en œuvre d'une politique de prévention efficace.

Jousselman, C., Cosquer, M. et Hassler, C. (2015). Portraits d'adolescents - Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Paris INSERM: 180, tabl., fig., annexes.

<http://presse-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf>

Une grande enquête, coordonnée par l'Unité Inserm 1178 « Santé mentale et santé publique » et le pôle Universitaire de la Fondation Vallée, dresse un état des lieux des problématiques et enjeux actuels de l'adolescence. Ces données, recueillies au moyen d'auto-questionnaires, confrontent les perceptions de 15 235 jeunes scolarisés, âgés de 13 à 18 ans, concernant leur propre adolescence. L'étude aborde des sujets aussi divers que leur santé physique et mentale, leurs consommations, leurs loisirs, ou encore leur sexualité. Les résultats obtenus réaffirment le caractère complexe de ces adultes en devenir, avec une différence fille/garçon bien inscrite et un gradient selon l'âge. Ils devraient permettre d'améliorer les connaissances sur les comportements de ces derniers, et d'identifier de nouveaux indicateurs de difficultés, utiles à la mise en place d'actions de prévention.

Le Défenseur des droits (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. Paris Le Défenseur des droits: 201, tab., graph., fig.

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

Ce rapport tente de répondre aux questions suivantes : Les enfants placés au titre de la protection de l'enfance sont-ils bien soignés ? Quelle effectivité de leurs droits à la santé et aux soins ? La prise en compte de la santé des enfants placés est d'autant plus importante

que leur exposition plus fréquente à la précarité et à des situations de vulnérabilité particulière ont pu participer à dégrader leur état de santé et à les éloigner des soins et politiques de prévention. Aussi, la prise en charge de ces enfants au titre de leur protection prend-elle en compte ces problématiques renforcées de santé ?

Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F. et Scotton, C. (2011). Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Rapport IGAS ; 2011 065. Paris IGAS: 204 , annexe.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000581/index.shtml>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GR0xkDpt. Diffusion soumise à autorisation]. Adossé au premier rapport de l'IGAS sur les inégalités sociales de santé et ses déterminants sociaux, ce rapport vise à appliquer les constats de ce rapport général au cas précis de l'enfance et à analyser dans quelle mesure la prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités de santé modifierait les politiques publiques ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé des enfants.

Marie, E. et Boissier, P. (2015). La protection sociale des jeunes de 16 à 29 ans Rapport annuel 2015 de l'Inspection générale des affaires sociales : remis au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement, Paris : La Documentation française

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8CR0xmKA. Diffusion soumise à autorisation]. Dans son rapport, l'Inspection générale des affaires sociales analyse les dispositifs sociaux mis en place pour les 11 millions de jeunes de 16 à 29 ans que compte la France. A travers des simulations de droits, ce rapport recense un ensemble d'options de réformes possibles.

Mathieu, J. L. (2018). Prévention : quels enjeux de santé publique ! Analyse de politique publique, Paris : l'Harmattan

Cet ouvrage présente les différentes politiques de santé publique entreprises en France, sous leurs aspects médicaux (la vaccination, lutte contre les addictions) et non médicaux (veille épidémiologique, campagne de sensibilisation à l'amélioration de l'alimentation,...). L'auteur fait état des avancées françaises et propose des pistes de réflexion pour une sensible amélioration de la situation actuelle.

Ministère chargé de la santé (2018). Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie, Paris : Ministère chargé de la santé
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque_psnp.pdf

Ce document présente les 25 mesures-phares de la politique de prévention destinées à accompagner les Français pour rester en bonne santé tout au long de leur vie. Ces mesures concrétisent le premier axe de la Stratégie nationale de Santé, stratégie qui porte l'action du Gouvernement en matière de santé pour les cinq prochaines années. Ce document aborde tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux ; et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l'autonomie de nos aînés.

Ministère chargé de la santé (2018). Ma santé 2022 : un engagement collectif, Paris : MSSPS
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf

La stratégie, annoncée ce mardi 18 septembre par le président de la République, propose une transformation en profondeur du système de santé autour de 3 engagements prioritaires : Placer le patient au coeur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme ; Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ; Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.. Ce dossier de presse rassemble les propositions du gouvernement français sur le plan de transformation du système de santé à l'Elysée. Quatre mesures emblématiques ont été annoncées: la suppression du *numerus clausus* dès la rentrée 2020. La création de 4.000 postes d'assistant médical d'ici à 2022, avec la mission de décharger les médecins d'actes simples comme la prise de tension ou de température, le suivi des rendez-vous, et des tâches administratives. L'envoi de 400 médecins salariés dans les déserts médicaux. Ils seront recrutés dès l'année prochaine sur la base du volontariat. Et la fin de l'exercice isolé d'ici à 2022 via la mise en place de 1.000 communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS). Par ailleurs, la part de la tarification à l'activité sera réduite à 50% des financements hospitaliers en 2022. Deux forfaits pour la prise en charge du diabète et de l'insuffisance rénale seront ainsi créés. Pour l'instant, seul l'hôpital est concerné. La médecine de ville sera ensuite impliquée et d'autres pathologies seront ciblées.

Ministère chargé de la santé (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris Ministère chargé de la santé: 54.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Cette publication rassemble les principaux axes du projet de la stratégie nationale de santé pour 2018-2022. Le premier thème prioritaire concerne la prévention et la promotion de la santé, négligée de longue date au profit de l'approche curative. Ce premier axe recouvre notamment la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, la prévention des maladies infectieuses, la lutte contre les addictions, la promotion de la santé mentale, ainsi que d'un environnement et de conditions de travail favorables à la santé, l'amélioration du dépistage et la prévention de la perte d'autonomie. Le second axe porte sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Il devrait en particulier englober le nouveau plan de lutte contre les déserts médicaux. L'objectif de ce second chantier est "de passer d'une approche en silo à une approche centrée sur les besoins des patients, avec des parcours organisés au niveau du territoire". Cette formulation très générale devrait s'éclaircir en octobre avec la présentation d'"un plan d'accès aux soins, qui sera ensuite complété". Le troisième axe vise l'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins avec une réflexion sur l'évolution de la tarification à l'activité qui prenne davantage en compte les parcours, la qualité et la pertinence des soins et des actes. Cette préoccupation de la qualité devrait également passer par des évolutions dans la formation des professionnels.

Salomon, J. (éd.), Bourdillon, F. (éd.), Chambaud, L. (éd.) et al. (2018). Réduction des inégalités sociales de santé. Les villes agissent dès l'enfance. Genève OMS: 70 , tab., graph., fig.

<http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2018-Ouvrage-ISS-Petite-Enfance-VF-Haute-Def.pdf>

L'ouvrage propose un rappel des enjeux que représentent les inégalités sociales de santé (ISS), ainsi que l'importance d'agir dès les premiers stades de la vie. Puis, il dresse un tableau des acteurs du champ de l'enfance et de la petite enfance.

Santé publique France (2016). Etat de santé des collégiens en France : enquête HSBC. Saint-Maurice Santé Publique France: Pagnation multiple, tab., graph., fig.

L'enquête internationale « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC), menée tous les 4 ans dans plus de 40 pays, permet de documenter précisément l'état de la santé et du bien-être des adolescents de 11 à 15 ans et d'appréhender ses évolutions. Les données du

volet français viennent d'être publiées sous forme de fiches thématiques. L'enquête indique que les adolescents français s'estiment majoritairement en bonne santé : 86 % des filles et 78 % des garçons ont une perception positive de leur vie. Elle identifie des évolutions positives s'agissant des comportements de santé avec l'augmentation du brossage des dents, la diminution de la violence et du harcèlement, l'augmentation de la pratique régulière d'un sport. Cependant, des évolutions négatives se dégagent également telles que la perception plus négative de la vie chez les filles, une augmentation du stress lié au travail scolaire, ou encore la diminution de la consommation de fruits et légumes. De plus, les inégalités de santé apparaissent marquées comme l'attestent certains indicateurs. L'obésité et le surpoids ou le fait de ne pratiquer aucune activité physique sont significativement plus fréquents chez les élèves de familles les moins favorisées.

Santé publique France (2017). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice Santé Publique France: 42, tabl., fig.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016>

L'étude ESTEBAN s'inscrit dans le cadre du programme national nutrition santé mis en place par le ministère en charge de la Santé. Elle fait suite à l'étude nationale nutrition santé – ENNS – menée en 2006. Réalisée à 10 ans d'intervalle, la comparaison des résultats indique une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte.

Versini, D. (2011). Prendre soins des enfants et des adolescents atteints de cancer, de leurs familles et des équipes de soignants : constats et recommandations. Paris Défenseur des enfants ; Paris la Documentation française: 94.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000229/index.shtml>

Outre un rapport sur son activité, la Défenseure des enfants, Dominique Versini, rend public chaque année un rapport thématique concernant différentes problématiques touchant les enfants et les adolescents. Elle a souhaité cette année approfondir la situation des jeunes patients atteints de maladies graves parmi lesquelles le cancer, en vue de mieux comprendre le contexte et les répercussions de cette maladie sur l'ensemble de leurs conditions de vie. Quinze propositions viennent illustrer le rapport, axées autour de cinq thèmes : prise en charge thérapeutique et psychologique, formation des professionnels et des bénévoles associatifs, conditions de vie des familles, scolarité et vie sociale des adolescents, prise en charge spécifique des adolescents compte tenu de leurs besoins.

Zumkeller, M. (2009). Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures. Rapport d'information ; 2130. Paris Assemblée Nationale: 136.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2130.pdf>

Ce rapport aborde la question de l'état de santé des mineurs placés sous main de justice, tant dans la phase préparatoire à la décision de justice que dans la phase de son exécution. Il estime nécessaire d'améliorer le suivi sanitaire et psychique de ces mineurs, et de « repenser l'articulation du soin et de l'accompagnement éducatif pour donner sa pleine efficacité à la sanction pénale ». Dans une première partie, le rapport préconise de parfaire les connaissances statistiques sur l'état de santé des mineurs placés sous main de justice. Puis il émet des propositions pour renforcer le partenariat entre les ministères de la justice et de la

santé et suggère notamment la mise en place d'un dossier judiciaire unique. Enfin le rapport présente des recommandations pour améliorer la prise en charge des mineurs présentant des troubles du comportement qui sont souvent placés dans des établissements inadaptés.

AUTRE LITTÉRATURE : ARTICLES, OUVRAGES, DOCUMENTS DE TRAVAIL

Apouey, B. H. et Geoffard, P. Y. (2013). Child Health and Use of Health Care Services in France: Evidence on the Role of Family Income. *Working paper; 2013-30*. Paris Paris School of economics: 39. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2361456

Our paper investigates the relationship between family income and child health in France. We first examine whether there is a significant correlation between family income and child general health, and the evolution of this relationship across childhood years. We then study the role of specific health problems, the use of health care services, and supplemental health insurance coverage, in the income gradient in general health. We also quantify the role of income in child anthropometric measurements. Whenever possible, we compare our results for France with those obtained for other developed countries. Using data on up to approximately 24,000 French children from the Health, Health Care and Insurance Surveys, we apply econometric techniques to quantify the correlation between household income, child general health, specific health problems, anthropometric characteristics, use of health care services, and supplemental insurance coverage. There is a positive and significant correlation between family income and child general health in France. The income gradient in child general health is possibly smaller in France than in other developed countries. The gradient in general health is explained by the greater prevalence of specific health problems for low-income children. In addition, income is strongly correlated with anthropometric characteristics. The use of health care services and supplemental health insurance coverage are probably not major determinants of the gradient in general health. The relationship between income and health in adulthood has antecedents in childhood. Improving access to health care services for children from low-income families may not be enough to decrease social health inequalities in childhood.

Apouey, B. H. et Geoffard, P. Y. (2014). "Child health and access to health care in France : Evidence on the role of family income." *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique* **62**(3): 179-190.

[BDSP. Notice produite par ORSRA DJR0xtAn. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Cette étude porte sur la relation entre le revenu du ménage et la santé des enfants en France. Nous nous intéressons d'abord à l'existence d'un gradient revenu/santé générale et à son évolution au cours de l'enfance. Nous nous interrogeons ensuite sur le rôle des problèmes spécifiques de santé dans le gradient de santé générale. Nous quantifions également l'effet du revenu sur les caractéristiques anthropométriques. Finalement, nous examinons si l'accès aux soins et la couverture santé complémentaire sont des mécanismes susceptibles d'expliquer le gradient de santé générale. Lorsque cela est possible, nous comparons nos résultats avec ceux obtenus pour d'autres pays développés. Méthodes : Nous exploitons les données de l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale, entre 1996 et 2010. Elles contiennent au maximum 24000 observations environ. A l'aide d'outils économétriques, nous quantifions la corrélation entre le revenu du ménage, la santé générale de l'enfant, ses problèmes spécifiques de santé, ses caractéristiques anthropométriques, son accès aux services de soins, et sa couverture complémentaire. Résultats : Le revenu du ménage est significativement corrélé à la santé générale des enfants en France. Cet effet semble plus faible en France que dans les autres pays développés. Ce gradient revenu/santé générale

s'explique par la plus forte prévalence de problèmes spécifiques de santé chez les enfants de familles démunies. Nous montrons aussi que le revenu a un effet sur les caractéristiques anthropométriques. L'accès aux soins et la couverture complémentaire ne semblent pas être des mécanismes importants qui expliqueraient la corrélation entre le revenu et la santé générale. (Résumé auteur).

Apouey, B. H. et Geoffard, P. Y. (2015). "Le gradient et la transmission intergénérationnelle de la santé pendant l'enfance." *Economie Et Statistique*(475-476): 113-133.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475G.pdf

En dépit d'un accès aux soins universel, on observe un gradient de santé dans l'enfance en France, c'est-à-dire une association positive entre le niveau de revenu familial et l'état de santé des enfants. Cette corrélation peut s'interpréter selon deux chaînes causales qui font toutes deux appel à la santé des parents. Dans une première approche, le revenu familial améliorerait la santé des parents, qui elle-même influencerait positivement la santé des enfants. Dans une seconde approche, la santé des parents aurait un effet à la fois sur le revenu familial et la santé des enfants, créant par là-même une corrélation fallacieuse entre revenu et santé des enfants. L'effet des politiques publiques sur la santé des enfants sera différent selon les effets à l'œuvre. Si le revenu des parents influence la santé des parents qui elle-même agit sur la santé des enfants, alors une politique qui augmente le revenu de certains ménages entraînera une amélioration de la santé des parents puis des enfants. Mais si la corrélation entre revenu et santé des enfants est fallacieuse, alors une politique de hausse de revenu n'aura aucun impact favorable sur la santé des enfants. En revanche, si la santé des parents a un effet causal sur la santé de leurs enfants, toute mesure permettant d'améliorer la santé des parents est susceptible de bénéficier également aux enfants. Cet article utilise les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 1994-2008 pour étudier les relations entre le revenu familial et plusieurs aspects de la santé des enfants et des parents. Nos résultats suggèrent que le revenu a un impact sur la santé digestive et pondérale des enfants, indépendamment de l'effet de la santé des parents. Ce résultat pointe vers le rôle des conditions de vie dans les inégalités sociales de santé pendant l'enfance (résumé d'auteur).

Beck, F., Richard, J. B. et et al. (2013). Le comportement de santé des jeunes : Analyses du Baromètre santé 2010, Saint-Denis : INPES
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>

Basée sur les résultats du Baromètre santé 2010, l'originalité de cette étude est de dresser un portrait de la jeunesse dans sa diversité, en cours d'études ou déjà au travail, et parfois aussi en situation de chômage. Par la tranche d'âge large qu'elle s'est donnée, analysant les comportements de santé des 15-30 ans, elle entérine également un fait sociologique majeur : l'allongement de la durée de la jeunesse. L'analyse présentée ici renvoie une image de la jeunesse assez nuancée, avec des tendances parfois préoccupantes, telles que la remontée récente du tabagisme ou les hausses des épisodes d'alcoolisation ponctuelles importantes, en particulier chez les jeunes filles, parfois plutôt rassurantes, comme le sentiment d'information élevé sur de nombreux thèmes de santé, ou encore le fait que la grande majorité des expérimentateurs de drogues illicites ne renouvellent pas, ou peu, leurs premières pratiques addictives. L'irruption des technologies de l'information et de la communication, devenues presque indispensables à la vie sociale des adolescents, est une nouvelle donne. Elle est ici étudiée au prisme de l'usage d'Internet pour la recherche d'informations liées à la santé, soulignant tous les enjeux qu'il y a à investir le web et les réseaux sociaux dans un objectif de promotion de la santé.

Berbis, J., Einaudi, M. A., Simeoni, M. C., Brevaut-Malaty, V., Auquier, P., d'Ercole, C. et Gire, C. (2012). "Quality of life of early school-age French children born preterm: a cohort study." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* **162**(1): 38-44.

OBJECTIVES: To describe the health-related quality of life (HRQL) of a cohort of children aged 6-10 years who were born preterm; and to determine whether sociodemographic factors, neonatal features and neurocognitive status were affecting their HRQL. **STUDY DESIGN:** All singleton infants born between 24 and 32 weeks of gestation between January 1997 and December 2001 at the study hospital, who were still alive in 2007 (age 6-10 years), and who had undergone complete clinical paediatric follow-up were included in the study. Maternal and perinatal data were obtained by chart review and regular clinical examination. The 'Battery for Rapid Evaluation of Cognitive Functions' (BREV) was used for cognitive evaluation when children were aged 4-8 years. HRQL data were collected in 2007 using the 'Vecu et Sante Percue de l'Adolescent et de l'Enfant' (VSP-A) questionnaire (parent version). The HRQL of the preterm children was compared with that of a French reference population. **RESULTS:** Of 202 children who fulfilled the inclusion criteria, 82 children participated in the study. Their mean age was 7.9 years [standard deviation (SD) 1.4], mean birth weight was 1130.0 g (SD 361.4), 23 children were born before 28 weeks of gestation, 46 were female and 11 had major neurocognitive disorders. These data were not significantly different for the non-respondents (n=120). Parents of preterm children reported a significantly lower perception of HRQL of their child compared with parents of children in the reference population, as reflected by VSP-A global index scores and scores for the 'body image', 'vitality', 'psychological well-being' and 'school performance' dimensions. In multivariate analyses, three factors were found to be significantly associated with at least one dimension in the VSP-A scale in the preterm children: presence of major neurocognitive disorders, negatively correlated with 'vitality', 'relationships with friends', 'physical well-being' and 'school performance' dimensions; maternal parity, positively correlated with the 'psychological well-being' dimension; and socio-economic status of family, positively correlated with the 'relationships with friends' dimension. The maximum R(2) was 15%. **CONCLUSION:** In addition to neurocognitive disorders, other variables such as socio-economic status of the family have a significant impact on the HRQL of preterm children at 6-10 years of age. Given the low proportion of variability in HRQL explained by the models, there is a need to explore other factors (e.g. environmental).

Berger, D., Flenghi, D., Marchand-Mallet, S., Rochigneux, J. C. et Mougnotte, A. (2012). "[A participatory approach to general health promotion in secondary schools: "diagnosante" in the Rhone-Alpes region]." *Sante Publique* **24**(5): 387-401.

A diagnosis questionnaire ("diagnosante", or health diagnosis program) was administered in 10 secondary schools in the Rhone-Alpes region of France. The study was based on a sample of 2,553 students. The health diagnosis program includes questions about lifestyle, the environment, risk behaviors, emotional life and self-esteem. The students were asked to respond to 18 components with an impact on wellbeing (perceived health) and to describe how they experience these components (experienced health). Beyond providing individual diagnoses, the data could be used by secondary school staff to focus health education programs on real needs and to promote local health education. The diagnosis questionnaire, which does not focus on individual behaviors, provides a new tool for developing a school-community approach, for motivating teaching staff and for promoting partnerships. The diagnosis questionnaire is also participatory insofar as it encourages discussion among students, educators, teachers and staff on health promotion in schools.

Bois, C. et Guillemot, G. (2014). "Bilans de santé PMI 3-4 ans à l'école maternelle dans les Hauts-de-Seine , France : synthèse des études 2005 et 2010 et perspectives." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(29): 482-490.
http://www.invs.sante.fr/beh/2014/29/2014_29_2.html

[BDSP. Notice produite par InVS Crq7R0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Les services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI) ont pour mission d'organiser un bilan de santé à l'école maternelle pour les enfants de 3-4 ans. Dans ce cadre, deux enquêtes ont été menées en 2005 et 2010 dans le département des Hauts-de-Seine, portant sur respectivement 1 914 et 1 227 enfants. Pour chacune, sont présentés les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents, les vaccinations et les résultats de l'examen clinique (avec recherche du surpoids) et du dépistage des troubles sensoriels, du langage et du comportement. Le taux général d'orientation vers une consultation spécialisée est analysé selon trois critères de fragilité : pratique d'une langue étrangère (respectivement 29,9% et 36,6% de chaque échantillon), scolarisation en zone d'éducation prioritaire (12,1% et 13,6%), couverture sociale de santé fragile (15,5% et 13,4%) et leur cumul éventuel. La fréquentation antérieure des consultations en centre de PMI est majorée très significativement dès qu'il existe au moins une situation de fragilité. Concernant le bilan de 3-4 ans, à l'exception des vaccinations, les résultats de santé sont stables entre les deux enquêtes, notamment le taux général d'orientation vers une consultation spécialisée (29,5% et 27,1%, différence non significative, NS). Les enfants ayant un et surtout deux facteurs de fragilité sont davantage orientés (40% et 36,5%, $p < 0,001$) ainsi que les enfants dont le père est employé ou ouvrier (33,6%, $p < 0,001$), mais même dans les situations les plus favorables, un enfant sur 5 au moins est orienté. Ces résultats mettent en évidence l'existence d'inégalités sociales de santé dès l'âge de 4 ans, mais aussi l'intérêt d'un bilan de santé universel. Sous-employés actuellement, les recueils lors du bilan de 3-4 ans à l'école maternelle pourraient être utilisés régulièrement sur une échelle géographique large pour guider et évaluer les dispositifs et politiques publiques. (R.A.).

Bois, C. et Guillemot, G. (2010). "[Health checkups for children of 3-4 years of age in the Hauts-de-Seine department (France): results and prospects]." Arch Pediatr **17**(3): 233-242.

INTRODUCTION: A mission of the department's State Maternal and Child Welfare Service is to organize the first checkups for children attending nursery schools. Here, we present the data of the Hauts-de-Seine department (France). PATIENTS AND METHOD: All of the PMI physicians who carry out checkups of children aged 3 to 4 years in the nursery schools of the department, contributed in this study by random drawing a sample of 1914 children, born in 2001, who were in the 1st year of nursery school in 2004-2005. The data gathered concern the children's way of living, their personal and family antecedents, vaccinations, the results of the clinical examination, tests of hearing, vision, and language, the existence of special health or educational programs for children with handicaps or illnesses (PPS and PAI), as well as the types of health insurance coverage the children have. RESULTS: The median age of the children at the time of the checkups was 3 years and 8 months. Half of the children had had some kind of childcare from before the age of 1 year. Two-thirds of the children spend more than 25h a week at school. Twenty-seven percent of the children had already been hospitalized, due to accidents in 5 % of the cases. One child out of 20 lives in a nuclear family that has experienced a serious familial disease. Thirty percent of the children speak or understand a second language. Fifteen percent of the children have poor health insurance coverage. 8.5 % of the children were overweight, 1.6 % were obese, 3.9 % were too thin. 2.5

% were in school with PAI programs, and 0.4 % with PPS programs. As a result of the checkups, 30.1 % of the children were referred (28.3 % for children who have both social security and mutual insurance), including 4.7 % for hearing tests, 13.7 % for vision, 4.4 % for dental checkups, 6.3 % for anomalies of the general examination, 2.7 % for psychological difficulties, 2.6 % for serious language difficulties. 28.9 % of the parents received advice (26.4 % for children who have both social security and mutual insurance) for psychological difficulties, language issues, DTCPH (diphtheria, tetanus, whooping cough, poliomyelitis and hemophilus) and Measles, Mumps, Rubella (MMR) vaccination boosters, and 56.1 % when we add the recommended hepatitis B vaccination. Children who are in schools in priority education zones represent 12.1 % of them. These 2 subgroups are distinguished for a large number of variables, which reflect the very early appearance of social inequalities in terms of health care. Children who went to the Child Welfare Service represented 35 % of the sample, children who are in schools in priority education zones represent 12.1 % of them.

CONCLUSION: The complete and systematic medical exam for children in nursery school at the age of 3-4 years old, the key age for screening, give occasion to appreciate global children's health. There should be thinking on the national level about how to group the results of the departments.

Borderies, F. et Amar, E. (2015). "Les services de PMI : plus de 5 000 sites de consultations en 2012." *Etudes Et Resultats (Drees)*(913): 6.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-services-de-pmi-plus-de-5-000-sites-de-consultations-en,11459.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8R0xkJ8r. Diffusion soumise à autorisation]. Les services de protection maternelle et infantile des départements, avec 5 100 points fixes de consultations, assurent des missions sanitaires et médico-sociales de proximité, à destination des mères, des futures mères et des enfants de moins de 6 ans. Ils interviennent aussi dans le cadre de séances de planification et d'éducation familiale. Les actions en faveur des enfants, coeur de l'activité de la PMI, représentent 59% des activités de consultations et de visites à domicile : en 2012 plus de 700 000 enfants ont bénéficié d'au moins une consultation. Le suivi des mères et la planification sont les deux autres grands domaines d'intervention. Les séances de consultations sont encadrées par des normes légales. Six départements sur dix atteignent la norme d'activité relative au suivi des enfants, mais près d'un sur deux n'assure pas de séances pré ou post-natales ou moins de la moitié de ce qui est prévu par la loi. La pratique des visites à domicile relativise ce constat. 95% des départements atteignent la norme sur les effectifs de personnel.

Bourdillon, F., Lenoble, E., Giampino, S. et et al. (2011). "Prévention et santé mentale de l'enfant : les questions éthiques soulevées par les approches ciblées." *Sante Publique*(6): 181-188.

[BDSP. Notice produite par EHESP F8R0xAn8. Diffusion soumise à autorisation]. En France, les modalités de mise en oeuvre de la prévention précoce en santé mentale chez l'enfant font débat entre les tenants d'une approche universelle basée sur des dispositifs existants (PMI, accueil du petit enfant) et basée sur une relation de confiance entre professionnels, parents et enfants, et les tenants d'une approche ciblée sur certaines populations. Les questions éthiques posées par les stratégies ciblées sont présentées.

Bricard, D., Jusot, F. et Tubeuf, S. (2010). "Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?" *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(154): 1-6.

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>

Plusieurs études récentes ont mis en évidence l'existence d'inégalités de santé en France liées au milieu d'origine. Afin de mieux comprendre l'effet à long terme des conditions de vie dans l'enfance, des questions spécifiques ont été introduites dans l'Enquête santé et protection sociale 2006 de l'Irdes. Les résultats montrent l'importance des inégalités des chances en santé en France : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte. Les comportements à risque adoptés par les parents, le niveau d'éducation de la mère et les conditions matérielles de vie difficiles pendant l'enfance conditionnent les modes de vie adoptés par les enfants qui influencent à leur tour la santé à long terme. Cet effet indirect du milieu d'origine s'ajoute aux effets mieux connus de reproduction sociale et aux effets directs des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte. En dehors d'interventions visant à améliorer l'égalité des chances à l'école et ou plus globalement les conditions de vie, des politiques de prévention et de promotion de la santé ciblées vers les populations les plus modestes sont des pistes possibles pour réduire les inégalités des chances en santé.

Chan Chee, C., Guignon, N., Delmas, M. C., Herbet, J. B. et Gonzalez, L. (2012). "Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **60**(1): 31-39.

[BDSP. Notice produite par ORSRA kn9IR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Bien que le diagnostic et la prise en charge de la dépression dans la population adolescente soient parmi les priorités de santé publique, il existe peu de données épidémiologiques concernant cette population. Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la prévalence des troubles dépressifs chez des collégiens en classe de troisième et d'identifier les principales variables sociodémographiques associées à ces troubles. Méthode : Les données ont été recueillies en classe de troisième au cours du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, en 2003-2004. Les troubles dépressifs ont été évalués selon la classification du DSM-IV, à l'aide d'un auto-questionnaire issu d'un outil standardisé, le Composite International Diagnosis Interview-Short Form (CIDI-SF). Résultats : L'échantillon national comprenait 7110 élèves âgés de 15,1ans en moyenne. Parmi les adolescents interrogés, 9,6 % (IC 95 % : 8,6-10,6) ont déclaré des symptômes compatibles avec au moins un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois. Trois facteurs étaient indépendamment associés à une probabilité plus importante de survenue d'un épisode dépressif majeur dans les 12 derniers mois : être de sexe féminin (odds ratio ajusté =3,0 ; IC 95 % : 2,4-3,8), avoir un âge supérieur ou égal à 16ans (ORa =2,2 ; IC 95 % : 1,0-5,0) et vivre avec sa mère seule (ORa =1,7 ; IC 95 % : 1,3-2,4) ou avec sa mère et le conjoint de cette dernière (ORa =1,4 ; IC 95 % : 1,0-2,1). Conclusion : Après discussion de ces résultats obtenus à partir d'un échantillon national représentatif montrant l'ampleur des troubles dépressifs dans la population adolescente, la nécessité de mettre en place une surveillance de la santé mentale dans cette population, ainsi qu'une prévention et une prise en charge adaptés, s'avère réelle. (résumé d'auteur).

Chardon, O., Guignon, N., Guthmann, J.-P. et Fonteneau, L. (2013). "La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 : une situation contrastée selon l'origine sociale." Etudes Et Resultats (Drees)(853): 6. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-eleves-de-cm2-en-2007-2008,11196.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE r19ER0x8. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008 19% des élèves de CM2 sont en surcharge pondérale et, parmi eux, 4% sont obèses. L'enquête nationale sur la santé des élèves de CM2, confirme la stabilisation de ces prévalences (surpoids et obésité) observée depuis 2002. Cependant la santé bucco-dentaire

des enfants s'est améliorée depuis le début des années 2000, et la couverture vaccinale a progressé pour la rougeole et l'hépatite B depuis 2005. Les situations sont contrastées selon l'origine sociale des élèves : la prévalence de l'obésité varie d'à peine 1% chez les enfants de cadres à près de 7% chez les enfants d'ouvriers. Ces derniers ont aussi nettement plus souvent des caries non soignées ou des troubles de la vision non corrigés. En outre, les enfants d'ouvriers ont, en CM2, quatre fois plus de risques d'avoir des difficultés de lecture que les enfants de cadres et plus de la moitié d'entre eux déclare ne pas savoir très bien nager.

Cicchelli-Pugeault, C. (2003). "La santé des enfants, fonction parentale d'hier et d'aujourd'hui." Santé de l'homme(367).

Depuis des siècles, les parents se mobilisent pour la santé de leurs enfants, en s'abstenant de certains comportements, en prévenant certains bobos et en mettant en place des dispositifs curatifs en cas de maladie. Mais, au fil du temps, le rapport à la santé s'est modifié. De nos jours, chacun est invité à être l'acteur de sa santé, à ne pas subir passivement la maladie et la prescription médicale, et à développer des attitudes préventives pour bénéficier à long terme d'un capital-santé : de tels investissements sont inédits et soutiennent le développement d'actions éducatives. Dans un système demeurant centré sur la dimension curative, l'injonction préventive concerne particulièrement les populations jeunes, encore préservées des pathologies physiques liées à l'avancement en âge, mais pas nécessairement à l'abri de pathologies psychiques. En même temps que le rapport à la santé, le rapport parental à l'enfant a connu une redéfinition profonde. La norme contemporaine ordonne aux parents d'aimer leur progéniture en la protégeant et en l'aidant à s'épanouir de manière autonome. Cette double valorisation de la santé et de l'enfant se traduit régulièrement par l'engorgement des services d'urgence hospitaliers : parce qu'ils prennent leur rôle au sérieux, des parents inquiets se pressent avec leurs enfants dans les salles d'attente de l'institution médicale.

Comiti, V.-P. (2017). "Histoire des pratiques de santé en faveur des enfants mineurs en France, au XVIII^e siècle, XIX^e siècle et dans la première moitié du XX^e siècle. Demandes, résistances et oppositions." Droit, Santé et Société 5-6(5): 3-14.

L'histoire des soins et de façon plus générale des pratiques de santé en faveur des mineurs est exemplaire de la considération apportée aux enfants dans les derniers siècles. Longtemps l'enfant a été considéré comme un adulte en miniature ou bien comme un être imparfait et perfectible. C'est ainsi que, malheureusement, il a été considéré comme apte au travail, voire, par nature, comme un être au développement potentiellement dangereux. Bien souvent, les méthodes d'éducation ont relevé du châtement. L'enfant dit difficile, considéré comme une menace au vivre ensemble, a été puni et emprisonné comme un adulte. La création de structures spécifiques et le développement d'un accompagnement adapté sont récents. La convention internationale des droits de l'homme, certes perfectible, marque une réelle avancée, malheureusement d'application encore partielle.

Coquelet, F. et Valdelievre, H. (2013). "Les enfants en soins de suite et de réadaptation en 2010." Etudes Et Resultats (Drees)(861): 6.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enfants-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-en-2010,11231.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ED99R0xn. Diffusion soumise à autorisation].
L'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour les enfants représente 5% de

l'activité globale de SSR. En 2010, 32 000 enfants de moins de 19 ans ont été pris en charge au cours de 73 000 séjours. Deux tiers de ces séjours sont effectués dans des établissements à but non lucratif. Les principales pathologies prises en charge sont les paralysies, l'obésité, les arthropathies ainsi que les troubles mentaux et du développement. Le type d'hospitalisation, les durées de prise en charge et les actes de rééducation varient selon les pathologies : alors que l'obésité est prise en charge en hospitalisation complète (98% des journées), les paralysies ne le sont que dans les trois quarts des cas (74%). D'une manière générale, les garçons sont surreprésentés dans les services de SSR, sauf pour la prise en charge de l'obésité où les filles sont majoritaires, notamment après 15 ans. Comme pour l'ensemble de la discipline, on note des disparités territoriales dans l'accès pour les enfants à ces types de soins spécialisés.

Da Cruz, N. (2012). "Enfants et adolescents, les oubliés des plans de santé publique : dossier." Medecins : Bulletin D'information De L'ordre National Des Medecins(22): 22-27.

La prise en charge des enfants et des adolescents reste aujourd'hui principalement orientée vers les périodes dites de vulnérabilité : grossesse, naissance et petite enfance. Entre six et seize ans, il n'y a pas de visite médicale obligatoire. Or plusieurs indicateurs pointent un mal-être croissant des enfants et des adolescents. Pourquoi ce constat ? Comment agir ?

Daguerre, A. (2010). "Les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne : un phénomène dérangeant pour les pouvoirs publics." Informations Sociales(157): 96-102.

[BDSP. Notice produite par APHPDOC rHFR0x9q. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre de grossesse adolescentes chez les jeunes filles 15 à 19 ans tend à se réduire dans les pays occidentaux. Pourtant, la perception qu'en ont les pouvoirs publics s'aiguise. L'article examine la façon dont les maternités précoces sont perçues et traitées par les pouvoirs publics dans deux pays : la Grande-Bretagne et la France. Dans le premier, la sexualité est perçue de manière largement agressive. Dans le second s'applique un "référentiel hygiéniste bienveillant". Si ces grossesses dérangeant, ce n'est pas parce qu'elles représentent un risque en terme de santé publique ou un coût trop élevé, car ce n'est pas le cas, mais parce qu'elles vont à l'encontre de la norme sociale concernant l'âge et les conditions de la sexualité et de la procréation. (R.A.).

De SaintPol, T. (2011). "Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(31): 333-338.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-31-2011>

[BDSP. Notice produite par InVS R0xF9nCB. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs - Cette étude vise à décrire les disparités géographiques de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle et à s'interroger sur le lien entre l'état de santé et les modes de vie des enfants. Méthodes - Les données analysées proviennent de l'enquête santé menée auprès de plus de 23 000 enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2005-2006. Résultats - Les académies où la surcharge pondérale et l'obésité, ou encore les problèmes dentaires sont les plus importants, sont aussi celles où les enfants consomment des boissons sucrées tous les jours ou passent beaucoup de temps devant la télévision ou les jeux vidéo. Les disparités de santé entre académies touchent des aspects aussi différents que l'asthme, plus répandu à l'Ouest de la France, ou les problèmes de vision. Conclusion - Les résultats de cette étude soulignent le lien étroit entre état de santé et comportements des élèves, et

c'est dans les académies où la santé des enfants est la meilleure que leurs modes de vie (alimentation, activité physique...) le sont aussi. (R.A.).

Delmas, M. C., Guignon, N., Leynaert, B., Annesi-Maesano, I., Com-Ruelle, L., Gonzales, L. et Fuhrman, C. (2012). "Prévalence et contrôle de l'asthme chez le jeune enfant en France." Revue Des Maladies Respiratoires **29**(5): 688-696.

<http://www.em-consulte.com/article/727769/article/prevalence-et-contrôle-de-l-asthme-chez-le-jeune-en>

Peu de données sont disponibles sur les disparités régionales de la prévalence de l'asthme en France. Cette enquête a été effectuée au cours de l'année scolaire 2005-2006 auprès d'un échantillon tiré au sort de plus de 20 000 enfants de grande section de maternelle. La prévalence cumulée de l'asthme et les prévalences des symptômes évocateurs d'asthme et du traitement pour crise de sifflements ou d'asthme dans les 12 derniers mois ont été estimées pour la France entière et pour chaque région. Pour l'ensemble de la France, la prévalence cumulée de l'asthme était de 9,8 % et la prévalence des sifflements dans l'année écoulée de 10,7 %. Selon la région, on observait un gradient croissant d'Est en Ouest et des prévalences élevées dans les départements d'outre-mer. Ces variations selon la région persistaient après ajustement sur le sexe de l'enfant, la structure de la famille et la taille de la fratrie. Parmi les enfants qui avaient eu des sifflements ou un traitement dans l'année écoulée, 42 % avaient eu des symptômes fréquents ou sévères.

Delmas, M. C., Guignon, N., Leynaert, B., Com-Ruelle, L., Annesi-Maesano, I., Chardon, O. et Fuhrman, C. (2014). "Évolution de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France : enquêtes nationales de santé en milieu scolaire 2003-2008." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(20): 360-365.

http://www.invs.sante.fr/beh/2014/20/pdf/2014_20_3.pdf

Les données sur les tendances de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France sont rares. Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont effectuées sur des échantillons d'élèves tirés au sort, alternativement en grande section de maternelle, cours moyen 2e année (CM2) et troisième. La prévalence cumulée de l'asthme et les prévalences des symptômes d'asthme au cours des 12 derniers mois ont été estimées à partir des données des enquêtes effectuées en classe de CM2 en 2007-2008 et en troisième en 2008-2009. Elles ont été comparées aux prévalences estimées lors des précédentes enquêtes (CM2 en 2004-2005 et troisième en 2003-2004). La prévalence cumulée de l'asthme était de 14 % en CM2 et de 16% en troisième. Dans chaque niveau scolaire, la prévalence des sifflements dans l'année écoulée était de 10 %. Par rapport aux précédentes enquêtes, on observait une augmentation de la prévalence cumulée de l'asthme et de la prévalence au cours de l'année écoulée de certains symptômes d'asthme. En revanche, la proportion d'élèves asthmatiques ayant eu des symptômes fréquents ou graves dans l'année écoulée était restée stable quel que soit le niveau scolaire. Les tendances observées devront être confirmées par les données des enquêtes à venir. Les données disponibles à ce jour ne montrent pas d'amélioration du contrôle de l'asthme chez l'enfant (résumé d'auteur).

Delmas, M. C., Guignon, N., Leynaert, B., Com-Ruelle, L., Annesi-Maesano, I. et Fuhrman, C. (2009). "Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France." Revue Des Maladies Respiratoires **26**(HS 1): 1S33.

Cette étude a pour but d'estimer la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Les données utilisées proviennent des enquêtes effectuées par l'Education Nationale.

Denolle, C., Marpeau, P., Ronen, K. et Dugravier, R. (2016). "Prise en charge de la petite enfance en milieu hospitalier pour promouvoir la santé de l'enfant et de la mère." Sante En Action (La)(437): 28-29.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE R0xsm7mr. Diffusion soumise à autorisation]. Ils sont itinérants : les professionnels du centre de psychopathologie rattaché à l'hôpital Sainte-Anne à Paris vont au domicile des bébés et de leurs familles pour épauler les parents qui viennent d'avoir un enfant et font face à d'importantes difficultés. Ce centre pluridisciplinaire et qui travaille en réseau est par ailleurs constitué d'une consultation et d'une unité d'hospitalisation de jour bébés-parents. Son maître-mot : soutenir et accompagner le développement du jeune enfant.

Desandes, E., Bonnay, S., Berger, C., Brugieres, L., Demeocq, F., Laurence, V., Sommelet, D., Tron, I., Clavel, J. et Lacour, B. (2012). "Pathways of care for adolescent patients with cancer in France from 2006 to 2007." Pediatr Blood Cancer **58**(6): 924-929.

BACKGROUND: In France, as in other countries, there is a need for a population-based view of access to care and modalities of treatment for adolescents with cancer. PROCEDURE: Using a population-based registration, we report pathways of care for 15-19-year-old patients, diagnosed with cancer in 2006 and 2007, living in six French regions, accounting for 41% of the French population. RESULTS: The median times (inter-quartile range) for diagnosis and treatment of the 594 included adolescents were 8 weeks (3-17) and 3 days (0-16), respectively. First physicians met by the patients were mostly general practitioners (59%). Seventeen percent of patients were firstly seen on emergency wards. Most of the patients (82%) were treated in an adult environment. Management decisions were taken within the context of a multi-disciplinary team (MDT) in 54% of cases. Twenty-seven percent of patients were included in randomized or non-randomized clinical studies: percentage depended on the tumor type and on the number of on-going trials at the study period. Fifteen percent of patients were included in pediatric studies, 7% in adult studies, and 5% in studies including both adults and children. CONCLUSIONS: The pathways of care for French adolescent patients with cancer are heterogeneous. Our results reveal differences in MDT meetings according to tumor types and a lack of effective collaboration between pediatric and adult wards. Efforts must be made to develop cancer networks to ensure that adolescents receive the optimal care in a suitable environment.

Desserprie, A., Marchand, C. et Crozet, C. (2016). "Enfants atteints de maladies chroniques et activités périscolaires : des besoins de formation." Sante Publique **28**(4): 439-449.

[BDSP. Notice produite par EHESP E9FsIROx. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Dans le contexte actuel d'augmentation du nombre d'enfants atteints de maladies chroniques et du nombre de personnes encadrant les activités périscolaires, des difficultés semblent persister malgré l'élaboration de Projets d'Accueil Individualisé (PAI). L'étude explore l'accessibilité et l'utilité des informations contenues dans les PAI et l'intérêt d'un document complémentaire. Méthodes : À partir de messages-clés identifiés par des experts des quatre maladies chroniques les plus fréquentes, un questionnaire a été élaboré et envoyé aux personnes encadrant des activités périscolaires, dans trois circonscriptions du département de Saône et Loire. Une analyse statistique descriptive a été réalisée. Résultats : Cinquante-cinq personnes ont participé à l'étude. 30 (54,5%) avaient déjà encadré des enfants atteints de maladies chroniques. Parmi eux, 21 (70%) avaient pu lire le PAI et 17 (57%) avaient participé à une réunion d'information. 23 sur 28 (82%) [*] ont estimé aidantes les informations contenues dans le PAI et 21 (81%) ont exprimé leurs besoins d'informations

complémentaires. 98% des répondants ont estimé utile de disposer d'un document complémentaire au PAI. Les principaux besoins des encadrants correspondaient à trois principales compétences d'auto-soins : repérer, analyser, mesurer ; faire face, décider ; résoudre un problème de prévention. Conclusion : Cette étude confirme l'utilité du PAI mais aussi le manque de préparation des encadrants des activités périscolaires. Elle met en évidence des besoins de formation pour permettre aux encadrants d'assurer la sécurité des enfants atteints de maladies chroniques.

El-Khoury Lesueur, F., Sutter-Dallay, A. L., Panico, L., Azria, E., Van der Waerden, J., Regnault Vauvillier, N., Charles, M. A. et Melchior, M. (2018). "The perinatal health of immigrant women in France: a nationally representative study." *Int J Public Health* **63**(9): 1027-1036.

OBJECTIVES: Despite the healthy migrant effect, immigrants and descendants of immigrants face health challenges and socio-economic difficulties. The objective of this study is to examine the perinatal health of women of migrant origin. METHODS: The nationwide French ELFE (Etude Longitudinale Française Depuis l'Enfance) birth cohort study recruited approximately 18,000 women. We studied pre-pregnancy BMI, gestational diabetes mellitus (GDM), as well as tobacco, and alcohol consumption during pregnancy according to migrant status and region of origin. RESULTS: Women from North Africa and Turkey had a higher risk of pre-pregnancy overweight and GDM, while women from Eastern Europe and Asia had a lower risk of pre-pregnancy overweight and obesity, but a higher risk of GDM compared to non-immigrants. Women from Sub-Saharan Africa had a higher risk of being overweight or obese pre-pregnancy. Compared to non-immigrants, immigrants-but not descendants of immigrants-had lower levels of tobacco smoking, while descendants of immigrants were less likely to drink alcohol during pregnancy. CONCLUSIONS: Pregnant women of migrant origin have particular health needs and should benefit from a medical follow-up which addresses those needs.

Ganne, C. (2013). "Après la sortie d'un centre maternel : l'impact des trajectoires sur la qualité de vie des enfants." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1-2): 97-121.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE G9R0x9k9. Diffusion soumise à autorisation]. Les centres maternels hébergent des femmes accompagnées de leurs enfants de moins de 3 ans au titre de la protection de l'enfance, afin de fournir un soutien matériel et socio-éducatif aux familles en situation de grande vulnérabilité. L'auteure de cet article a cherché à appréhender le devenir des enfants accueillis dans ces centres maternels, six à sept ans après leur sortie. Elle a mené une enquête par questionnaire, ainsi que des entretiens, auprès de trente-trois enfants dont les trajectoires familiales, résidentielles et scolaires étaient connues, afin d'explorer l'articulation entre le parcours de ces enfants et leur qualité de vie à l'âge de la scolarité élémentaire. Elle montre que les difficultés personnelles des mères et les conditions matérielles de vie impactent négativement cette qualité de vie mais que l'accueil des enfants après leur sortie du centre au sein d'un milieu stable et des relations positives avec leurs pairs peuvent constituer des facteurs de protection.

Gindt-Ducros, A., Guigne, C., Robichon, F. et Bedouin-Bourel, M. C. (2016). "[70 years of school health in France: an old lady's forgotten birthday]." *Sante Publique* **28**(2): 181-185.

School health in France has recently celebrated its 70th birthday. The authors review the last 70 years and the adjustments made by the various professionals in this field to adapt to political and institutional changes, whether or not these changes were designed to improve the health of infants and children. Changing governance does not facilitate the essential

place of team work, especially between Ministry of Education doctors, nurses and social workers. Although these professionals regret the lack of publicity concerning the 70 years of school health, the continuing commitment of young school health professionals illustrates the real importance of health measures in school children and adolescents.

Godeau, E., Sentenac, M., Ehlinger, V., Arnaud, C., Navarro, F. et Beck, F. (2012). "Enquête sur la santé des collégiens en France." Sante De L'homme (La)(421): 7-9.

[BDSP. Notice produite par INPES H9R0xI8o. Diffusion soumise à autorisation]. Tous les quatre ans, l'enquête HBSC est réalisée auprès des collégiens de quarante et un pays dont la France. L'enquête 2010 vient d'être publiée et confirme la montée en puissance de l'utilisation des nouvelles technologies par les adolescents. Si celles-ci n'altèrent pas forcément l'intégration sociale, elles grignotent dangereusement le temps de sommeil, en particulier chez les élèves de troisième. Au rayon des surprises, les deux tiers des collégiens portent un regard positif sur leur scolarité et la même proportion pratique un sport en dehors de l'école.

Godeau, E., Grandjean, H. et Navarro, F. (2008). La santé des élèves de 11 à 15 ans en France : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged children (HBSC), Saint-Denis : INPES

Cet ouvrage présente les principaux résultats français de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children 2006 (HBSC), à laquelle plus de sept mille élèves, scolarisés dans 701 établissements de métropole, du CM2 à la première année de lycée, ont participé. A partir des résultats obtenus, il offre une véritable photographie des opinions et comportements de santé des élèves de 11, 13 et 15 ans, permettant de mieux appréhender les facteurs influençant la santé à la primo-adolescence. Au-delà des conduites d'essai et des comportements à risque qui occupent bruyamment le devant de la scène et sont relayés abondamment par les médias, cette période délicate et complexe se révèle cruciale dans l'acquisition de connaissances et de comportements de santé et de citoyenneté qui trouveront un prolongement à l'âge adulte. Par ses objectifs, la variété des sujets abordés, sa dimension interdisciplinaire et le suivi de l'évolution temporelle des phénomènes observés qu'elle permet, l'enquête HBSC s'inscrit légitimement dans les principales sources d'information sur la santé des jeunes. Menée tous les quatre ans sous l'égide du bureau Europe de l'OMS (www.hbsc.org), la présente version d'HBSC a concerné en parallèle quarante et un pays ou régions d'Europe et d'Amérique du Nord. Elle offre ainsi l'opportunité d'un large éventail de comparaisons internationales. L'enquête HBSC, dans sa version 2006, a été réalisée par le Service médical du rectorat de Toulouse en collaboration avec l'Unité INSERM U558.

Guignon, N., Collet, M., Gonzalez, L., Saint-Pol, T. d. et Fonteneau, L. (2010). "La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006." Etudes Et Resultats (Drees)(737): 8.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-enfants-en-grande-section-de-maternelle-en-2005-2006,7130.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE pR0xDl0J. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête du cycle triennal menée auprès des enfants en dernière année de maternelle lors de l'année scolaire 2005-2006 recueille des informations sur l'état de santé et le recours aux soins ou à la prévention des enfants âgés de cinq à six ans. La prévalence du surpoids et de l'obésité est moins élevée chez les enfants dont le père est cadre que chez les enfants d'ouvriers, reflétant des différences d'habitudes de vie (alimentation, sédentarité) déjà

marquées à cet âge. Les disparités sont aussi géographiques, avec des prévalences de surpoids nettement plus élevées dans les régions proches de la Méditerranée ainsi que dans celles les plus au nord et à l'est de la France. Des inégalités sociales apparaissent aussi dès l'âge de six ans en matière de santé bucco-dentaire et de repérage précoce des troubles sensoriels.

Guignon, N., Delmas, M.-C., Fonteneau, L. et Perrine, A.-L. (2017). "La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale." *Etudes Et Resultats (Drees)*(993): 6.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-eleves-de-cm2-en-2015-un-bilan-contraste-selon-l-origine-sociale>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE loF8sR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Selon l'enquête nationale de santé réalisée auprès des élèves de CM2 au cours de l'année scolaire 2014-2015, 18% des enfants sont en surcharge pondérale et près de 4% sont obèses. Ces chiffres confirment la stabilisation observée depuis 2002. Près de sept élèves de CM2 sur dix ont des dents indemnes de caries, soit une amélioration de 8 points par rapport à 2008, année de la précédente enquête. La proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole (2 doses) a progressé depuis 2008 et s'élève à 93%, tandis que la couverture vaccinale contre l'hépatite B (3 doses) reste stable (46%). En dépit de ces améliorations, la plupart des indicateurs témoignent d'une situation contrastée selon l'origine sociale de l'élève.

Guignon, N., Fonteneau, L., Guthmann, J.-F. et Herbet, J.-B. (2008). "La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 : premiers résultats." *Etudes Et Resultats (Drees)*(632): 8.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er632.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE sqlR0xp8. Diffusion soumise à autorisation]. En 2005, 16% des enfants de CM2 ont un surpoids modéré et 3,7% sont obèses. La proportion d'enfants en surcharge pondérale est restée stable entre 2002 et 2005, mais les écarts se sont accrus au détriment des enfants dont le père est "ouvrier" par rapport à ceux dont le père est "cadre". Cette accentuation des inégalités sociales est aussi illustrée par des disparités croissantes entre les élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire et les autres en ce qui concerne l'équipement en lunettes et l'appareillage dentaire. Quant à la santé bucco-dentaire, elle s'est dégradée dans les DOM avec une proportion d'enfants ayant des dents cariées plus importante en 2005 qu'en 2002, contrairement à la métropole où elle a diminué.

Guinhouya, B. C. b. g. u.-l. f. (2010). "Activité physique de l'enfant scolarisé en France. Le paradoxe d'une priorité de santé publique !" *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique* **58**(4): 255-267.

[BDSP. Notice produite par ORSLR r8R0xH8E. Diffusion soumise à autorisation]. Pour leur santé et un développement harmonieux, il est recommandé que les enfants d'âge scolaire pratiquent un minimum de 60 minutes d'une activité physique d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) au quotidien. Avec seulement environ 11% des filles et 25% des garçons observant ces recommandations, les enfants français figurent parmi les moins actifs au monde. En outre, la plupart d'entre eux passent près de trois heures par jour devant un écran, contrairement aux recommandations qui exigent de se limiter à moins de deux heures par jour. L'analyse des opportunités dont disposent les enfants français pour pratiquer une activité physique régulière révèle pourtant de nombreuses occasions à l'école, au domicile, dans le voisinage et sur le trajet domicile-école. Ces occasions représentent au total 245 minutes par jour, et elles pourraient contribuer à un minimum de 100 minutes par jour d'APMV chez tous les enfants français. La pratique sportive, qui peut poser des problèmes

économiques, deviendrait alors presque subsidiaire. De plus, il existe en France un cadre législatif intéressant et une volonté politique favorable à la promotion de l'activité physique dans la population générale et chez les enfants en particulier. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le déficit d'activité physique chez les enfants français, y compris le peu d'investissements engagés pour les actions de promotion de ce comportement comparés à d'autres risques majeurs de maladies tels que le tabagisme ou l'alcoolisme. A cela pourrait s'ajouter la défaillance des principaux acteurs (e.g., parents, enseignants, professionnels de santé, du sport et de l'activité physique) directement impliqués dans les stratégies de promotion de l'activité physique chez l'enfant. En raison de son influence sur de nombreuses dimensions de la santé infantile, il est nécessaire que les attitudes des adultes à l'égard de l'activité physique et de la sédentarité évoluent plus rapidement. Il importe d'intensifier la sensibilisation des adultes, dans la mesure où l'enseignement/la connaissance, les jeux de rôle, l'encouragement et les conseils d'activité physique bien menés par des professionnels formés constituent les fondements de l'adoption et du maintien d'un comportement actif en routine par l'enfant. Ces actions méritent d'être construites sur une évaluation précise et une caractérisation adéquate des profils d'activité physique dans la population générale et chez les enfants en particulier. (R.A.).

Halley Des Fontaines, V., Kouchner, B. p., Bourdillon, F., Brucker, G. et Tabuteau, D. (2008). Santé des adolescents. Traité de santé publique., Paris : Médecine Sciences Flammarion: 480-485.

Jusot, F., Tubeuf, S. et Trannoy, A. (2013). "Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ?" Economie Et Statistique(455-456): 37-51.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3962

Cet article propose d'évaluer la part des inégalités de santé perçue liées aux conditions dans l'enfance, et celle liées aux comportements à risque, en considérant deux positions éthiques possibles relatives à la corrélation entre milieu d'origine et comportements à risque. Dans une première étape, seul l'effet direct sur la santé du milieu d'origine est considéré comme source d'inégalités des chances. Dans une seconde étape, son effet indirect sur les comportements liés à la santé est en outre considéré comme source d'inégalités illégitimes. L'application aux données de l'enquête Santé Protection Sociale 2006 de l'Irdes, dans laquelle a été introduit un module spécifique de questions sur les conditions de vie dans l'enfance, met en évidence la contribution massive du milieu d'origine aux inégalités de santé et ce, quelle que soit la position éthique retenue. Ainsi, les inégalités des chances représentent jusqu'à 46 % des inégalités de santé alors que celles liées aux comportements à risque ne dépassent pas 7 %, les inégalités résiduelles étant liées à l'influence de l'âge et du sexe.

Lacour, B., Guyot-Goubin, A., Guissou, S., Bellec, S., Desandes, E. et Clavel, J. (2010). "Incidence des cancers de l'enfant en France : données des registres pédiatriques nationaux, 2000-2004." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(49-50): 497-500.

[BDSP. Notice produite par InVS 87R0x17B. Diffusion soumise à autorisation]. La surveillance des cancers de l'enfant en France est assurée depuis 1990 par le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE) et, depuis 2000, par le Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE). Sur la période 2000-2004, ces registres ont recensé 8 473 nouveaux cas de cancers chez les enfants de moins de 15 ans domiciliés en France métropolitaine. La qualité des données est attestée par le nombre moyen élevé de sources par cas (2,7) et par une confirmation histologique ou cytologique de 94% des diagnostics. L'incidence annuelle standardisée est de 156,6 cas par million avec un sex-ratio H/F de 1,2.

Ainsi en France, un enfant sur 440 va développer un cancer avant l'âge de 15 ans. Les cancers les plus fréquents sont les leucémies (29%), les tumeurs du système nerveux central (23%), les lymphomes (12%) et les neuroblastomes (8%). Les taux d'incidence sont proches de ceux des autres pays industrialisés mais un peu plus élevés que ceux observés précédemment par les registres régionaux pédiatriques. Bien qu'on ne puisse pas éliminer formellement une réelle augmentation de l'incidence de certains types de cancers, l'explication la plus probable est une amélioration de la méthodologie d'enregistrement, voire une amélioration des techniques diagnostiques pour les tumeurs cérébrales notamment. (R.A.).

Lang, T., Gremy, I. et Visier, L. (2017). "Crise économique et santé. Dossier." Actualite Et Dossier En Sante Publique(99): 8-52.

[BDSP. Notice produite par EHESP m8mR0xFJ. Diffusion soumise à autorisation]. Les crises économiques affectent particulièrement les populations démunies et leur santé. Elles entraînent une diminution des budgets consacrés à la protection sociale, à l'éducation et au logement, ce qui a des conséquences sur certains déterminants de santé et renforce les inégalités sociales de santé. Les études conduites dans plusieurs pays, et notamment en Grèce, montrent des impacts complexes à court terme. L'objectif des articles de ce numéro est de faire le point sur l'effet sur la santé des politiques en temps de crise. Le "modèle social français" a-t-il permis d'amortir les effets de la crise ? Et, surtout, quelles composantes les diverses politiques publiques ont eu un impact, positif ou aggravant ? L'objectif est aussi de réfléchir à l'effet de la crise et des politiques qu'elle suscite pour les Français dans quelques décennies.

Le Den, M. (2012). "Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention." Sciences Sociales Et Sante **30**(1): 85-101, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP rD888R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dans les sociétés contemporaines, les grossesses chez les adolescentes dérangent et préoccupent quantité d'acteurs de la sphère publique alors même que leur nombre, relativement faible, diminue depuis une trentaine d'année. Partant de ce décalage entre la réalité statistique et la perception sociale de ces grossesses, tout en s'inscrivant dans la perspective théorique de la sociologie des problèmes sociaux, cet article se propose d'analyser le processus de problématisation des grossesses à l'adolescence à travers l'étude de la nature et du rôle des indicateurs de mesure du phénomène au sein des politiques publiques françaises. Il s'agit ici de montrer comment certaines mobilisation des indicateurs les enrôlent dans l'élaboration d'un fait socialement construit comme problème public. (R.A.).

Leclerc, A., Kaminski, M. et Lang, T. (2008). Inégaux face à la santé : du constat à l'action, Paris : INSERM ; Paris : Editions de la découverte

Contrairement à une idée répandue, nous ne sommes pas tous égaux face à la mort. Et nous ne le sommes pas davantage face aux maladies et aux risques sanitaires. Il ne s'agit pas seulement d'une ligne de partage entre les plus pauvres et les autres, mais d'inégalités qui traversent l'ensemble de la société. Il ne s'agit pas non plus avant tout d'accès aux soins. Les inégalités de santé trouvent leur origine dans des domaines extrêmement variés, comme le quartier d'habitation, l'emploi, les conditions de travail, les ressources. Paradoxalement, les "progrès de la médecine" et le développement des démarches de prévention créent également des inégalités. Les connaissances ont beaucoup progressé dans ces domaines, ce qui permet de dresser pour la France un état des lieux fondé sur des données récentes.

Synthétisant les résultats de nombreuses enquêtes, cet ouvrage aborde les multiples facettes du problème. Il montre notamment que les "causes" de ces inégalités sont de mieux en mieux cernées et que cela devrait inciter les responsables politiques et, au delà, l'ensemble de la société à agir en conséquence pour les réduire. En effet, dans de nombreux pays, particulièrement en Europe, une mobilisation importante existe autour de cet enjeu. Le but de cet ouvrage est de le rendre davantage présent dans les débats et les décisions, non seulement dans le secteur de la santé, mais bien au delà, dans tous les secteurs de la société.

Lecoffre, C. et Menard, E. (2014). Saturnisme chez l'enfant. France, 2008-2011, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2014/Saturnisme-chez-l-enfant-France-2008-2011>

[BDSP. Notice produite par InVS smR0xGJo. Diffusion soumise à autorisation]. La surveillance des plombémies chez l'enfant permet de décrire l'activité de dépistage du saturnisme et les cas recensés. De 2008 à 2011, 23 793 enfants ont bénéficié d'une première plombémie. Le nombre d'enfants a diminué de 14% en moyenne chaque année, passant de 7 240 en 2008 à 4 667 en 2011. La probabilité moyenne pour un enfant d'avoir une plombémie avant l'âge de 7 ans était de 0,6%. Le dépistage était concentré en Ile-de-France (64%) ; il s'est développé à La Réunion et en Guyane suite à la découverte d'enfants intoxiqués. Au primodépistage, 3,4% des enfants avaient une plombémie ≥ 100 microg/L ; la moyenne géométrique de la plombémie était de 21,6 microg/L. Entre 200 et 300 cas incidents de saturnisme ont été identifiés chaque année, soit un total de 972. Les principaux facteurs qui ont conduit à les dépister étaient un habitat dégradé (68%), un habitat antérieur à 1949 (58%), la présence d'autres enfants intoxiqués dans l'entourage (35%) et la présence de peintures au plomb dans l'habitat (31%). Aucune plombémie de suivi n'a été enregistrée pour 23% des enfants primodépistés en 2008-2009 dont la plombémie était ≥ 100 microg/L. De plus, sur la période d'étude, 1 489 enfants ont bénéficié d'une première plombémie dans le cadre d'une adoption internationale, dont 606 en 2010. Près d'un enfant sur 10 avait une plombémie ≥ 100 microg/L ; la moyenne géométrique de la plombémie était de 32,6 microg/L. (R.A.).

Leger, D., Beck, F., Godeau, E. et Richard, J. B. (2012). "La chute du temps de sommeil au cours de l'adolescence : résultats de l'enquête HBSC 2010 menée auprès des collégiens." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(44-45): 515-517.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-44-45-2012>

[BDSP. Notice produite par InVS R0xrCs8. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction. Le sommeil de l'adolescent a une importance capitale sur sa santé et son développement. Il est unanimement recommandé aux adolescents d'avoir suffisamment de sommeil, en particulier en période scolaire. Cependant, les normes de sommeil nécessaire en fonction de l'âge reposent davantage sur des traditions que sur des valeurs de référence dans la population générale. Le but de cette étude a été de mieux connaître la réalité du sommeil des adolescents français. Méthode. Les données concernant 9 251 élèves de 11 à 15 ans recrutés pour participer à l'enquête française de l'étude internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) ont été analysées ; 50,7% des répondants sont des garçons. Une estimation du temps de sommeil total (TST) déclaré pour les jours avec classe le lendemain (TSTAC), ainsi que pour les jours sans classe le lendemain (TSTSC) a été faite à partir de 8 items spécifiques. Ont été considérés comme "courts dormeurs" les sujets dont le TSTAC était < 7 heures et comme "en dette de sommeil" ceux dont la différence (TSTSC - TSTAC)

était >2 heures. Résultats. Une diminution significative du TSTAC est observée entre 11 et 15 ans, à la fois pour le TSTAC (9 h 26 mn vs. 7 h 55 mn ; $p < 0,001$) et pour le TSTSC (10 h 17 mn vs. 9 h 44 mn ; $p < 0,001$). La dette de sommeil passe de 16,0% des 11 ans à 40,5% des 15 ans ($p < 0,001$). Le sommeil court concerne quant à lui de 2,6% des 11 ans à 24,6% des 15 ans ($p < 0,001$). Conclusion. Malgré le besoin de sommeil à l'adolescence, le temps de sommeil habituel diminue avec l'âge à l'adolescence pour devenir très court à 15 ans, créant tout au long de l'adolescence une dette de sommeil de plus en plus fréquente. (R.A.).

Lot, F., Esvan, M., Bernillon, P., Hamrene, K., Cazein, F., Bousquet, V., Warszawski, J. et Gallay, A. (2010). "Estimation du nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH chez les enfants en France entre 2003 et 2006." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(30): 316-320.

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/30/beh_30_2010.pdf

[BDSP. Notice produite par InVS Ek8kR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - Le mode de contamination de l'enfant par le VIH est le plus souvent une transmission materno-foetale. L'objectif de notre étude était d'estimer le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez l'enfant de moins de 13 ans, en France métropolitaine, sur la période 2003-2006. Méthodes - La méthode capture-recapture a été utilisée à partir de trois sources d'informations : le système de déclaration obligatoire du VIH (DOVIH), l'Enquête périnatale française (EPF) et la surveillance de l'activité de dépistage des laboratoires d'analyses de biologie médicale (LaboVIH). Les estimations ont été produites par des modèles log-linéaires prenant en compte les dépendances entre les sources et les variables d'hétérogénéité. Résultats - Deux cent treize (213) cas ont été recensés par l'une au moins des trois sources sur la période d'étude. Le modèle log-linéaire retenu a pris en compte les dépendances entre les sources DOVIH et EPF, et EPF et LaboVIH, ainsi que les interactions entre EPF et la région de diagnostic, EPF et le pays de naissance et DOVIH et l'année de diagnostic. Ce modèle estimait à 364 le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les enfants pour la période 2003-2006, dont 62% étaient nés à l'étranger. Le taux d'exhaustivité de la DOVIH était estimée à 28,3%. Conclusion - Malgré une surestimation possible, qui nécessiterait de confronter les résultats aux données de terrain, cette étude a permis d'estimer pour la première fois un nombre annuel moyen de 90 nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez l'enfant en France métropolitaine. Les recommandations pour le dépistage des femmes enceintes, répété si besoin en fin de grossesse, ont toute leur place pour optimiser la prévention de la transmission materno-foetale. La prévalence élevée dans certaines régions du monde, notamment en Afrique subsaharienne, justifierait de proposer un dépistage du VIH aux enfants qui arrivent en France, afin qu'ils bénéficient d'une prise en charge adaptée. L'implication des biologistes depuis 2007 et la sensibilisation des pédiatres devraient augmenter l'exhaustivité du système de déclaration obligatoire du VIH chez l'enfant. (R.A.).

Mansour, Z. (2018). "Prévention et promotion de la santé : une responsabilité collective." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(103): 8-59.

Ce dossier est consacré à la prévention et à la promotion de la santé comme responsabilité collective. Après avoir défini la promotion de la santé et la prévention, les outils et ressources existants, la nécessité d'évaluation, il présente quelques illustrations de la responsabilité collective en matière de santé : aménagement urbain, qualité de vie au travail, promotion de la santé à l'école, dans les services judiciaires pour la jeunesse... Il développe ensuite les concepts d'empowerment, de marketing social critique, de littératie.

Marciano, P. (2009). *L'hôpital de jour pour enfants dans le parcours de soins*, Toulouse : éditions Eres

L'hôpital de jour occupe une place déterminante dans le dispositif de soins en pédopsychiatrie et plus généralement parmi l'ensemble du réseau mis en place en direction des enfants souffrant de troubles médico-psychologiques. Cet ouvrage présente les enfants qui sont aujourd'hui accueillis à l'hôpital de jour, les professionnels qui en assurent le fonctionnement quotidien, les modalités concrètes de l'accueil à temps partiel, les relations avec les autres institutions, comme l'école, désormais inscrites dans des actions complémentaires, les différents supports thérapeutiques (actions psychothérapeutiques individuelles ou en groupe), les activités diverses... Il analyse la place spécifique des espaces et des temps « interstitiels » dont l'incidence est désormais reconnue, ainsi que le travail effectué avec les parents. Une situation clinique illustre le parcours d'un enfant, sur plusieurs années, dans un hôpital de jour (4^e de couv.)

Moro, M.-R. (2017). "Généraliser les alliances entre éducation et santé au sein des établissements scolaires." Sante En Action (La)(439): 4-5.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE EqBJR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison préconisent dans leur rapport de mission remis au président de la République lors du lancement du plan Bien-être et Santé des jeunes un ensemble de mesures. Deux sont en cours de mise en oeuvre : l'expérimentation d'un Pass Santé Jeunes - garantissant jusqu'à dix consultations gratuites avec un psychologue, dans trois régions et auprès de 1 500 adolescents - et la création d'un corps unique de psychologues de l'Éducation nationale, avec 300 recrutements prévus courant 2017.

Nazare, J.-A. (2016). "Une approche socio-écologique pour la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité des adolescents." Sante En Action (La)(437): 6-7.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE 8qAGR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. La pratique de l'activité physique dépend de l'individu et aussi très fortement de son environnement, familial, social, géographique. Chez l'adolescent en particulier, l'aspect attrayant de la pratique et la motivation sont des critères favorables majeurs. L'étude Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (Icaps), unique en France, démontre que l'on peut augmenter le niveau de pratique d'activité physique des adolescents, initiative mise en oeuvre dans les collèges.

Nemirovski, B., Pommereaux, X., Binder, P. et et al. (2017). "Parcours de soins : Dépression de l'adolescent. Toute rupture dans le parcours est un contresens." Concours Medical **139**(6): 28-32.

[BDSP. Notice produite par ORSRA F9pknR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Près de 8% des adolescents entre 12 et 18 ans souffriraient de dépression. Parmi ceux-ci, deux tiers présentent un épisode dépressif majeur (EDM), et près de 80% de ceux ayant une dysthymie n'ont pas accès aux soins. Il y a 500 à 600 décès par an par suicide chez les jeunes Français, c'est la deuxième cause de mortalité dans cette population.

Nguyen-Thanh, V., Clement, J., Thelot, B. et et al. (2015). "Les interventions efficaces en prévention des accidents de la vie courante chez les enfants : une synthèse de littérature." Sante Publique **27**(4): 481-489.

[BDSP. Notice produite par EHESP lJR0xno9. Diffusion soumise à autorisation]. La prévention des accidents de la vie courante dont sont victimes les enfants représente un enjeu de santé

publique important. Dans cet article, nous proposons de faire le point sur les connaissances scientifiques concernant les interventions efficaces pour prévenir ce problème. Cette synthèse a été réalisée selon une méthode spécifique de sélection, d'analyse de la littérature scientifique et de classification des interventions retenues reposant sur la technique de synthèses de synthèses (rapid reviews). Ce travail a permis d'identifier un certain nombre d'interventions prometteuses et efficaces pour chacun des principaux types d'accidents de la vie courante touchant particulièrement les enfants. (introd.).

Obradovic, I. (2009). Évaluation du dispositif des "consultations jeunes consommateurs" (2004-2007). Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge, Saint-Denis la Plaine : OFDT <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxiop1.pdf>

[BDSP. Notice produite par ORSMIP D9R0xB9r. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis son lancement fin 2004, le dispositif des "consultations jeunes consommateurs" (CJC) propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leurs familles : de mars 2005 à décembre 2007, 45 000 usagers de produits et 26 000 personnes de leur entourage ont été accueillis. Après une première enquête nationale menée en 2005, l'Observatoire des drogues et des toxicomanies a renouvelé ses investigations pour caractériser le public reçu, par type d'usage et par filière de recrutement (recours spontané, orientation judiciaire ou autre), la réponse qui lui est offerte et les parcours individuels au sein du dispositif. L'enquête propose une analyse des facteurs prédictifs du drop out mais aussi des conditions de réussite, à court terme, des tentatives de réduire le niveau d'usage. Elle souligne en outre les disparités dans les pratiques professionnelles de prise en charge et de repérage des usages nocifs et de la dépendance. Ce bilan de trois ans d'activité offre ainsi des perspectives de réflexion sur la différenciation des profils d'usage et de suivi du public en fonction des canaux de recrutement, en soulignant notamment la prépondérance des consultants orientés par la justice, majoritairement usagers occasionnels de cannabis. (Résumé d'auteur.).

Paget, L. M., Thelot, B. et Perrine, A. L. (2015). Les accidents chez les élèves de grande section de maternelle en France métropolitaine en 2012-2013. Enquête en milieu scolaire, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2015/Les-accidents-chez-les-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-France-metropolitaine-en-2012-2013>

[BDSP. Notice produite par InVS poolJR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport décrit les accidents survenus chez les enfants de grande section de maternelle (GSM), majoritairement âgés de 6 ans, à partir de l'enquête en milieu scolaire réalisée en 2012-2013. Des taux d'incidence d'accidents ont été calculés, les circonstances de survenue d'accident et leurs conséquences ont été décrits et des facteurs de risque ont été identifiés. Au total, parmi les 17 487 enfants interrogés, 4% ont été accidentés au cours des trois derniers mois : 4,3% des garçons et 3,2% des filles. La plupart de ces accidents, 98%, étaient des accidents de la vie courante (AcVC), 2% étaient des accidents de la circulation. Les AcVC sont survenus d'abord au domicile (46%), il s'agissait surtout de chutes (65%), la tête était touchée dans 57% des cas, les lésions étaient majoritairement des plaies (44%) et des fractures (20%). Près des deux tiers des accidentés ont eu recours aux urgences, 4% ont été hospitalisés. L'analyse multivariée a permis de déterminer plusieurs facteurs liés au risque d'accident : le fait d'être un garçon, l'obésité ou le surpoids étaient des facteurs aggravants, contrairement au fait d'être scolarisé en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) et au fait d'avoir des troubles de l'audition, qui étaient protecteurs. L'enquête 2012-2013 a été réalisée chez les élèves de

GSM avec la même méthode et les mêmes questions qu'en 2005-2006. La comparaison à 7 ans d'intervalle montre une grande similitude des résultats. Les seules différences apparaissent dans l'analyse multivariée : les facteurs de risque retrouvés en 2012-2013, sauf le sexe, n'avaient pas été retrouvés en 2005-2006. Inversement, des facteurs dans l'enquête 2005-2006 n'ont pas été retrouvés en 2012-2013 : le fait que les mères ne soient pas ouvrières, le nombre plus élevé d'enfants dans la fratrie, le nombre plus important d'heures passées à jouer à l'extérieur, le nombre moins élevé d'heures passées devant un écran, tous liés à davantage d'accidents. Cette enquête scolaire chez les enfants de 5-6 ans, souligne l'importance de la surveillance par les adultes, notamment dans le cadre domestique (où surviennent la plupart des AcVC à cet âge). À cet âge charnière où les enfants apprennent à lire, écrire, compter, et deviennent ainsi plus autonomes, ils sont encore de fait totalement dépendants de la surveillance rapprochée que les adultes doivent exercer pour leur éviter d'être accidentés.

Parent, S. (2011). Le statut social des enfants de 0 à 5 ans influe-t-il sur la prise en charge de leurs problèmes de santé ? A partir d'une étude réalisée en médecine générale. Paris SFMG. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine: 80 , tabl., fig., annexes.

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/637/fichier_these_parentda41b.pdf

Sachant que la dégradation de la santé et de la situation sociale sont des processus intriqués souvent définis dès l'enfance et que, par ailleurs, les inégalités sociales de santé sont déterminées par la qualité des soins offerts, notre objectif était d'évaluer dans quelle mesure le statut social des enfants âgés de 0 à 5 ans pouvait avoir une influence sur leur prise en charge médicale. Cette thèse s'appuie sur une étude rétrospective analysant les pratiques de médecins généralistes exerçant dans un même cabinet. L'évaluation de celles-ci a reposé sur la prise en compte de différentes variables quantitatives : la vaccination, la prescription d'antibiotiques, celle d'examen complémentaires, l'établissement de certificats, le recours à un autre professionnel de santé et la prise en charge médicamenteuse lors d'un état fébrile. La population a été divisée en deux groupes enfants précaires et non précaires. Les résultats montrent que les enfants précaires avaient bénéficié de moins d'actes de prévention. Ils présentaient un nombre plus important de dermatoses. En revanche, la prescription d'antibiotiques et la prise en charge des états fébriles étaient comparables. Les autres variables étudiées présentaient des valeurs légèrement plus faibles pour les enfants précaires. Cette thèse conclut que, quel que soit leur statut social, les enfants précaires et non précaires avaient été pris en charge de façon similaire. Les disparités néanmoins constatées ne semblent pas pouvoir être attribuées à une attitude différenciée des médecins vis-à-vis de ces deux groupes.

Piffaretti, C., Fosse-Edorh, S., Coutant, R., Choleau, C., Guilmin-Crepon, S. et Mandereau-Bruno, L. (2017). "Incidence du diabète de type 1 chez l'enfant en France en 2013-2015, à partir du système national des données de santé (SNDS). Variations régionales." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(27-28): 571-578.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/index.html>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE BR0x8BAI. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : en l'absence de registre national du diabète de type 1 (DT1), l'objectif de cette étude était d'estimer l'incidence de ce type de diabète chez les enfants en France et ses variations régionales, à partir des bases de données médico-administratives. Méthodes : l'algorithme, construit pour identifier les enfants nouvellement diagnostiqués diabétiques de type 1, sélectionnait les enfants âgés de 6 mois à 14 ans qui avaient eu au moins un séjour hospitalier de deux jours ou plus avec un diagnostic de diabète et au moins un

remboursement d'insuline dans l'année suivante. Les enfants étaient exclus de l'étude s'ils avaient été remboursés au moins une fois pour de l'insuline ou un antidiabétique oral avant le début de l'hospitalisation, ou s'ils étaient atteints d'un autre type de diabète. Sur la période 2013-2015, des taux spécifiques d'incidence ont été calculés, par sexe, classe d'âge et régions. Résultats : entre 2013 et 2015, 6 424 enfants ont été identifiés comme nouvellement atteints de DT1. Le taux d'incidence en France sur cette période était de 18,0 pour 100 000 personnes-années. Les taux d'incidence régionaux les plus élevés étaient observés dans les régions Corse (21,7 pour 100 000 personnes-années), Provence-Alpes-Côte d'Azur (21,1) et Hauts-de-France (19,7). Les taux d'incidence régionaux les plus bas étaient relevés en Guyane (3,6 pour 100 000 personnes-années), en Guadeloupe (12,2), à La Réunion (14,2) et, en France métropolitaine, dans les régions Pays de la Loire (15,8), Nouvelle-Aquitaine (16,8) et Normandie (16,9). Conclusion : les bases de données médico-administratives permettent un accès pérenne à des informations sur l'incidence de certaines pathologies. Ces informations sont essentielles pour la planification de soins de santé et pour la recherche en santé. Les bases de données médico-administratives ont permis l'estimation de l'incidence du DT1 chez tous les enfants de la population française, ainsi que ses variations régionales.

Pomarede, R., Choquet, M., Bouvier-Colle, M.-H. et al. (2017). "La santé des jeunes." Actualite Et Dossier En Sante Publique(100): 35-48.

[BDSP. Notice produite par EHESP oJHHR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. Dès 1995, dans le premier dossier consacré aux jeunes, on constatait que, si globalement les indicateurs décrivant leur état de santé s'amélioraient, il demeurait des problèmes spécifiques, comme la souffrance psychique ou la consommation de produits psychoactifs. En 2014, un nouvel état des lieux mettait en exergue les inégalités sociales et leur poids dans la construction du capital santé des individus dès leur enfance.

Pomarède, R. et Jeammet, P. (2014/03). "La santé : un capital en construction dès l'enfance." Actualite Et Dossier En Sante Publique(86): 9-57.

La France est un pays riche de ses enfants et le taux de natalité ne fléchit pas. L'enjeu est de les conduire vers la vie d'adulte dans les meilleures conditions possibles pour chacun. Afin d'y parvenir, le parcours de l'enfance et de l'adolescence doit éviter un certain nombre d'écueils. Plus que les risques de maladies somatiques, aiguës ou chroniques qui ne sont pas traitées ici, ce dossier s'attache à décrire les conditions de développement physique et psychique des enfants et des jeunes, ainsi qu'appréhender les conditions favorables aux acquisitions et aux apprentissages sociaux. Les professionnels en charge de la santé et du développement des enfants et des jeunes pourront y puiser des réflexions et des sources d'actions concrètes.

Revue Prescrire (2018). "Santé en CM2, toujours des inégalités sociales." Revue Prescrire **38**(413): 230.

En France, chez les élèves de CM2, la fréquence de la surcharge pondérale s'est stabilisée entre le début des années 2000 et 2015, sans régresser. La santé buccodentaire s'est améliorée et la couverture vaccinale s'est stabilisée. Mais des différences restent marquées selon les classes sociales.

Revet, A., Montastruc, F., Raynaud, J. P., Baricault, B., Montastruc, J. L. et Lapeyre-Mestre, M. (2018). "Trends and Patterns of Antidepressant Use in French Children and Adolescents From 2009 to 2016:

A Population-Based Study in the French Health Insurance Database." *J Clin Psychopharmacol* **38**(4): 327-335.

PURPOSE/BACKGROUND: Over the last decade, the use of antidepressants (ATDs) in children and adolescents has markedly increased in several occidental countries, but recent data in French children are missing. This study aimed to assess trends of ATD use in French children (6-11 years) and adolescents (12-17 years) and to characterize changes in ATD prescribing patterns from 2009 to 2016. **METHODS:** Using data from the French Health Insurance Database, annual prevalence and incidence of ATD use and changes in ATD prescribing patterns were analyzed. **RESULTS:** Overall ATD prevalence of use rose slightly from 0.51% in 2009 to 0.53% in 2016 (+3.9%), with a decrease in children (0.18%-0.11%; -38.9%) and an increase in adolescents (0.86%-0.98%; +14.0%) and an overall female preponderance (56.7% in 2009; 58.7% in 2016). Serotonin reuptake inhibitor prevalence of use increased from 0.24% to 0.34%, whereas tricyclic ATD use decreased (from 0.20% to 0.16%). Similar trends were obtained with overall incidence of use, from 0.39% in 2009 to 0.36% in 2016 (-7.7%). Sertraline was the most frequently prescribed in adolescents (2009: 22.2% of all ATD prescriptions; 2016: 32.9%), whereas amitriptyline was the most prescribed in children (2009: 42.7% and 2016: 41.2%). Off-label use decreased in adolescents (from 48.4% to 34.8%) but increased in children (from 10.0% to 26.5%). **IMPLICATIONS/CONCLUSIONS:** Antidepressant level of use in French children and adolescents was stable in recent years and lower than that observed in other European countries and the United States.

Robin, P. (2012). "[Health is life": children's perceptions of health care]." *Sante Publique* **24**(5): 417-428.

The purpose of this study was to explore perceptions of health among children in the care of child protective services in Haute-Savoie (France). A qualitative study was conducted to explore children's perceptions of health care. The study involved interviews with children and a quality of life questionnaire. The results show that many aspects of the quality of life of children in care are adversely affected, including energy, sleep, pain, and emotional responses. The children interviewed also identified two main issues in their life: their relationship with their family and their education. The results show that children in care tend to have a passive view of health, which appears to be related to a lack of self-confidence and to a lack of trust in relationships and institutions. The results highlight the impact of social factors on health inequalities and confirm the importance of social relationships, the sense of control over one's life, and the feeling of recognition.

Roustit, C., Campoy, E., Renahy, E., King, G., Parizot, I. et Chauvin, P. (2011). "Family social environment in childhood and self-rated health in young adulthood." *BMC Public Health* **11**: 949.

BACKGROUND: Family social support, as a form of social capital, contributes to social health disparities at different age of life. In a life-course epidemiological perspective, the aims of our study were to examine the association between self-reported family social environment during childhood and self-reported health in young adulthood and to assess the role of family functioning during childhood as a potential mediating factor in explaining the association between family breakup in childhood and self-reported health in young adulthood. **METHODS:** We analyzed data from the first wave of the Health, Inequalities and Social Ruptures Survey (SIRS), a longitudinal health and socio-epidemiological survey of a random sample of 3000 households initiated in the Paris metropolitan area in 2005. Sample-weighted logistic regression analyses were performed to determine the association between the quality of family social environment in childhood and self-rated health (overall health,

physical health and psychological well-being) in young adults (n = 1006). We used structural equation model to explore the mediating role of the quality of family functioning in childhood in the association between family breakup in childhood and self-rated health in young adulthood. RESULTS: The multivariate results support an association between a negative family social environment in childhood and poor self-perceived health in adulthood. The association found between parental separation or divorce in childhood and poor self-perceived health in adulthood was mediated by parent-child relationships and by having witnessed interparental violence during childhood. CONCLUSION: These results argue for interventions that enhance family cohesion, particularly after family disruptions during childhood, to promote health in young adulthood.

Sommelet, D. (2006). L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Paris Ministère chargé de la Santé: 544.

Ce rapport confié à Mme Danièle Sommelet par lettre de mission de Monsieur Philippe Douste-Blazy du 25 avril 2005 analyse l'état de santé des enfants et des adolescents en France. L'accès au progrès médical, la qualité des méthodes de prévention et de dépistage et le traitement de nombreuses pathologies ont largement contribué au bon état de santé des enfants et des adolescents en France. Toutefois des progrès peuvent être accomplis, en particulier dans les domaines suivants : les connaissances épidémiologiques sur l'état de santé et les besoins des enfants et adolescents, la situation démographique des pédiatres, et notamment leur répartition géographique, la coordination entre les différents acteurs de santé et les actions de prévention

Sommelet, D. (2008). "L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **192**(5): 1043-1060.

[BDSP. Notice produite par INIST-CNRS r9k8R0xo. Diffusion soumise à autorisation]. Cette mise au point a pour objet de synthétiser le rapport de mission qui nous a été confié par le Ministre de la santé dans le but de présenter, à l'issue d'un état des lieux concernant les besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent, la multiplicité et le cloisonnement des acteurs parfois mal formés, des propositions visant à améliorer et à coordonner leur prise en charge. Les constats plaident en faveur de la mise en place d'une stratégie interministérielle ciblée sur une politique de santé (physique, mentale, sociale), réellement au service des jeunes de zéro à dix-huit ans et de leurs familles. Cette mission, sous l'égide du Ministère de la santé, devrait réunir tous les professionnels de terrain, les représentants de parents et d'associations, les décideurs et les financeurs ; des liens doivent être renforcés, sinon établis entre les ministères concernés et les structures décentralisées.

Spilka, S. (2017). "Usages de drogues des adolescents à Paris et en Seine-Saint-Denis. Une exploitation territoriale d'ESCAPAD 2014." Tendances(116): 4 , fig.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsx2.pdf>

[BDSP. Notice produite par OFDT oGkR0xDF. Diffusion soumise à autorisation]. L'analyse régionale des usages à 17 ans réalisée à partir de l'enquête ESCAPAD a notamment mis en lumière la moindre consommation régulière de tabac, d'alcool ou de cannabis des adolescents franciliens par rapport à leurs homologues du reste du pays. Aujourd'hui, une analyse infra-régionale menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR), toujours à partir de l'enquête ESCAPAD 2014, compare, les usages des adolescents résidant dans deux départements mitoyens aux antagonismes socio-économiques marqués : Paris et

la Seine-Saint-Denis. Ce numéro de Tendances, rédigé à partir de nombreuses cartographies, illustre les contrastes entre Paris où les usages sont généralement plus importants que dans le reste de la région et la zone nord de l'Île-de-France affichant des usages plus faibles. La synthèse des résultats présentés révèle l'hétérogénéité des usages entre les jeunes de ces deux départements, mais aussi à l'intérieur même de ces territoires urbains qui sont subdivisés en différentes zones. À 17 ans, les jeunes Parisiens sont plus nombreux à consommer des substances psychoactives que ceux résidant en Seine-Saint-Denis. Ce dernier département est aussi plus diversifié, avec notamment une partie est où les usages des jeunes se rapprochent de ceux mesurés à Paris ou en métropole. Les Alcoolisations ponctuelles importantes (API) constituent le comportement pour lequel on observe le plus de contrastes entre les deux territoires, les niveaux d'usage d'alcool étant particulièrement faibles en Seine Saint-Denis par rapport à la moyenne nationale. En complément, ce numéro apporte à partir de l'enquête scolaire Health Behaviour in School-aged Children 2014 (HBSC) des données comparatives s'agissant des expérimentations de tabac, d'alcool et de cannabis parmi la population des collégiens de 11-15 ans de ces deux départements. Les collégiens de Seine-Saint-Denis apparaissent moins concernés que leurs homologues parisiens.

Spilka, S., Ehlinger, V., Le Nezet, O., Pacoricon, D., Ngantcha, M. et Godeau, E. (2015). "Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les "années collège"." *Tendances*(106): 6 , graph., tabl.

<http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/alcool-tabac-et-cannabis-en-2014-durant-les-annees-college-tendances-106-decembre-2015/>

[BDSP. Notice produite par OFDT B9CR0x88. Diffusion soumise à autorisation]. En 2012, l'OFDT publiait pour la première fois, grâce à l'enquête européenne HBSC 2010, un état des lieux des niveaux de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis parmi les collégiens français. En 2014, un nouvel exercice de l'enquête a permis d'actualiser ces données et d'examiner leur évolution, tout en abordant pour la première fois les usages de la cigarette électronique (e-cigarette) et de la chicha. Présentés dans ce numéro de Tendances, les résultats du volet drogues de l'enquête en France permettent d'établir quelques grands constats : - Première substance psychoactive expérimentée par les collégiens, l'alcool fait cependant l'objet d'un moindre engouement (expérimentations et usages récents d'alcool en nette baisse en 2014, premières ivresses plus tardives et moins fréquentes qu'en 2010). - Le tabac, dont l'expérimentation au collège reste largement moins répandue que celle de l'alcool, est la substance la moins sexuellement différenciée même si, dorénavant, les filles présentent une expérimentation inférieure à celle des garçons et un tabagisme quotidien moins précoce qu'en 2010. - L'expérimentation de cannabis est restée stable par rapport à 2010. Si elle demeure très rare parmi les plus jeunes (11-13 ans), elle progresse, néanmoins, toujours aussi fortement au fil du collège pour concerner près d'un élève de 3e sur quatre en 2014. Les niveaux d'expérimentation de la chicha révèlent quant à eux une popularité importante de ce mode d'usage. Enfin, l'usage de la e-cigarette se concentre, tout comme en population adulte, principalement chez les fumeurs de cigarettes.

Toubiana, L., Clarisse, T., N'Guyen, T. T. et Landais, P. (2009). "Observatoire Hivern@le - KhiObs : surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France."

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire(1): 1-5.

http://www.invs.sante.fr/beh/2009/01/beh_01_2009.pdf

[BDSP. Notice produite par InVS 8R0xBIkC. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif - L'observatoire des pathologies de la sphère ORL chez l'enfant a pour objectif d'estimer les incidences des épisodes aigus de rhinopharyngite, d'otite moyenne, d'angine, de sinusite et de laryngite en période hivernale en France métropolitaine. Méthode - Un échantillon de

praticiens "observateurs" recueille les cas des pathologies surveillées dans le cadre de leur consultation. Les incidences des pathologies observées sont estimées. Outre l'accès interactif et direct aux données, les résultats sont disponibles en temps réel sur le site ou par newsletters sous forme de bilans hebdomadaires au niveau national et régional. Résultats - Cet observatoire a fonctionné au cours des hivers 2005-2006 et 2006-2007 avec un réseau de médecins généralistes, ORL et pédiatres. Il a permis de décrire pour les motifs de consultation observés un nombre total cumulé de 388 685 consultations au cours des deux saisons. Le nombre de consultations a été estimé à 18,6 millions en moyenne durant la période hivernale pour ces pathologies, soit environ 1,65 consultation par enfant et par saison. Conclusion - L'observatoire Hivern@le-KhiObs a précisé quantitativement la très grande fréquence des infections ORL de l'enfant. Il permet de mieux connaître la diffusion de ces pathologies au cours de l'hiver afin de contribuer à une rationalisation de l'approche de ces pathologies en santé publique. (Résumé d'auteur).

Tuppin, P., Drouin, J., Mazza, M., Weill, A., Ricordeau, P. et Allemand, H. (2011). "Hospitalization admission rates for low-income subjects with full health insurance coverage in France." Eur J Public Health **21**(5): 560-566.

BACKGROUND: Complementary Universal Health insurance (CMUC) providing free access to health care has been available in France, since 2000 for people with an annual income <50% of the poverty threshold. **METHODS:** Data were derived from the French national health insurance reimbursements and short-stay admissions database for 2007 (80% of subjects under the age of 60 years in France, including 4.8 million CMUC beneficiaries). Rate ratios were calculated by dividing the rate of CMUC beneficiaries by that of other beneficiaries standardized for the sex and age distribution of CMUC beneficiaries. **RESULTS:** The hospitalization rate of CMUC beneficiaries was 17.2% and the standardized rate for non-CMUC beneficiaries was 13.2% (ratio: 1.3). It was equally raised regardless of gender and age of CMUC beneficiaries. The hospital mortality rate was 0.61% for CMUC beneficiaries and the adjusted rate for non-CMUC beneficiaries was 0.35% (1.8). The hospitalization ratio for CMUC beneficiaries was >1 for all of the 22 major diagnostic categories, including psychiatry, toxicology and alcohol (3.7), HIV (3.3), infectious diseases other than HIV (1.9), burns (2.6), trauma (1.7) and female genital tract tumours (1.6) but not breast tumours (0.8). Hospitalizations for investigations such as endoscopies were also more frequent, as well as stays of <48 h for radiotherapy (1.6), chemotherapy (1.5) and dialysis (2.2). **CONCLUSIONS:** In this low-income population with free access to health care, hospitalization and hospital mortality rates were higher for many diseases that are known targets for prevention and screening actions.

Vallier, N. (2008). "Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004." Points De Repere(18): 1-8.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_18.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS 8n9AR0xF. Diffusion soumise à autorisation].
Globalement, les onze millions d'enfants et adolescents de moins de 15 ans sont en bonne santé en France. Cependant plus de 180 000 (1,7%) d'entre eux sont reconnus comme atteints d'une affection de longue durée (ALD) par l'Assurance Maladie (Régime général) en 2004. Les plus fréquentes sont les affections psychiatriques (51 000 soit 0,5% des enfants et 28% de l'ensemble des ALD des moins de 15 ans, dont 15 000 diagnostics de retard mental). Les maladies neurologiques graves concernent 30 500 enfants (0,2% des enfants et 17% de l'ensemble des ALD de la tranche d'âge).

Vilain, A. (2018). Le deuxième certificat de santé de l'enfant : Certificat au 9e mois (CS9) - 2016. Série Sources et méthodes ; 69. Paris Drees: 114.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-deuxieme-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-9e-mois-cs9-2016>

Depuis la décentralisation, c'est le département qui a en charge l'établissement des statistiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant (décret n° 85-894 du 14 août 1985 relatif aux modalités d'établissement par le département de statistiques en matière d'action sociale et de santé, réaffirmé par la loi relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance du 18 décembre 1989). De leur naissance à l'âge de six ans, les enfants sont soumis à vingt examens préventifs obligatoires. Trois d'entre eux donnent lieu à l'établissement de certificats de santé : avant le huitième jour, au neuvième mois et au vingt-quatrième mois. Depuis 1985, les départements constituent ainsi des fichiers de données à partir de ces examens, dont les résultats anonymisés sont publiés par la Drees.

Vilain, A. (2018). Le premier certificat de santé de l'enfant - Certificat au 8e jour (CS8) - 2016. Série Sources et méthodes ; 68. Paris Drees: 152.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-premier-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-8e-jour-cs8-2016>

Depuis la décentralisation, c'est le département qui a en charge l'établissement des statistiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant (décret n° 85-894 du 14 août 1985 relatif aux modalités d'établissement par le département de statistiques en matière d'action sociale et de santé, réaffirmé par la loi relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance du 18 décembre 1989). De leur naissance à l'âge de six ans, les enfants sont soumis à vingt examens préventifs obligatoires. Trois d'entre eux donnent lieu à l'établissement de certificats de santé : avant le huitième jour, au neuvième mois et au vingt-quatrième mois. Depuis 1985, les départements constituent ainsi des fichiers de données à partir de ces examens, dont les résultats anonymisés sont publiés par la Drees.

Vilain, A. (2018). Le troisième certificat de santé de l'enfant - Certificat au 24e mois (CS24) - 2016. Série Sources et méthodes ; 70. Paris Drees: 114.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-troisieme-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-24e-mois-cs24-2016>

Depuis la décentralisation, c'est le département qui a en charge l'établissement des statistiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant (décret n° 85-894 du 14 août 1985 relatif aux modalités d'établissement par le département de statistiques en matière d'action sociale et de santé, réaffirmé par la loi relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance du 18 décembre 1989). De leur naissance à l'âge de six ans, les enfants sont soumis à vingt examens préventifs obligatoires. Trois d'entre eux donnent lieu à l'établissement de certificats de santé : avant le huitième jour, au neuvième mois et au vingt-quatrième mois. Depuis 1985, les départements constituent ainsi des fichiers de données à partir de ces examens, dont les résultats anonymisés sont publiés par la Drees.

Vilain, A., Gonzalez, L., Rey, S. et Matet, N. (2013). "Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques." Etudes Et Resultats (Drees)(848): 6.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/surveillance-de-la-grossesse-en-2010-des-inegalites-socio,11175.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE srR0xqAr. Diffusion soumise à autorisation]. À partir de l'enquête nationale périnatale de 2010, cette étude analyse la surveillance prénatale des mères selon leurs caractéristiques socio-professionnelles, leur nationalité, leur âge et leur situation familiale. Elle confirme l'influence d'un gradient social dans les différentes dimensions du suivi prénatal des mères : déclaration de grossesse, suivi régulier grâce à des consultations mensuelles et des échographies, préparation à la naissance. Comme en 2003, davantage de femmes jeunes ou de classes sociales défavorisées ont un suivi insuffisant. Les recommandations concernant les risques infectieux encourus pendant la grossesse sont peu connues et les examens concernant les dépistages demeurent mal compris par de nombreuses femmes, essentiellement parmi les plus défavorisées. Ces dernières présentent par ailleurs davantage de facteurs de risque pour leur santé et celle de leur enfant, que le suivi prénatal ne suffit donc pas à compenser.

Visier, L., Gremy, I. et Zoia, G. (2017). "L'impact de la crise sur le bien-être et la santé du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(99): 12-17.

[BDSP. Notice produite par EHESP p7k99R0x. Diffusion soumise à autorisation]. En France, comme dans d'autres pays européens, les jeunes actifs, leurs familles et leurs enfants ont particulièrement été touchés. Une analyse des effets sanitaires de la crise doit tenir compte, en plus des déterminants sociaux usuels, des politiques sociales déployées dans les pays, de leur capacité à amortir la crise et des populations qu'elles visent. Les études socio-économiques convergent pour montrer l'impact négatif de la crise sur la famille et les enfants.

Vuillermoz, C., Vandentorren, S., Brondeel, R. et Chauvin, P. (2017). "Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France." *PLoS One* **12**(9): e0184138.

BACKGROUND: Despite their poor health status, homeless women encounter many barriers to care. The objectives of our study were to estimate the prevalence of unmet healthcare needs in homeless women and to analyse associated relationships with the following factors: financial and spatial access to care, housing history, migration status, healthcare utilisation, victimization history, caring for children, social network and self-perceived health status. METHODS: We used data from 656 homeless women interviewed during the ENFAMS representative survey of sheltered homeless families, conducted in the Paris region in 2013. Structural equation models (SEM) were used to estimate the impact of various factors on homeless women's unmet healthcare needs. RESULTS: Among those interviewed, 25.1% (95%CI[21.3-29.0]) had at least one unmet healthcare need over the previous year. Most had given up on visiting general practitioners and medical specialists. No association with factors related to financial access or to health insurance status was found. However, food insecurity, poor spatial health access and poor self-perceived health were associated with unmet healthcare needs. Self-perceived health appeared to be affected by victimization and depression. DISCUSSION: The lower prevalence of unmet healthcare needs in homeless women compared with women in stable housing situations suggests that homeless women have lower needs perceptions and/or lower expectations of the healthcare system. This hypothesis is supported by the results from SEM. Strategies to provide better access to care for this population should not only focus on financial interventions but also more broadly on spatial healthcare access, cultural norms, and perceptions of health. Reducing their unmet

needs and improving their access to healthcare and prevention must include an improvement in their living, financial and housing conditions.

ÉTUDES INTERNATIONALES

Elgar, F. J., Pfortner, T. K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. et Currie, C. (2015). "Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study." *Lancet* **385**(9982): 2088-2095.

Background : Information about trends in adolescent health inequalities is scarce, especially at an international level. We examined secular trends in socioeconomic inequality in five domains of adolescent health and the association of socioeconomic inequality with national wealth and income inequality. Methods : We undertook a time-series analysis of data from the Health Behaviour in School-aged Children study, in which cross-sectional surveys were done in 34 North American and European countries in 2002, 2006, and 2010 (pooled n 492 788). We used individual data for socioeconomic status (Health Behaviour in School-aged Children Family Affluence Scale) and health (days of physical activity per week, body-mass index Z score [zBMI], frequency of psychological and physical symptoms on 0–5 scale, and life satisfaction scored 0–10 on the Cantril ladder) to examine trends in health and socioeconomic inequalities in health. We also investigated whether international differences in health and health inequalities were associated with per person income and income inequality. Findings From 2002 to 2010, average levels of physical activity (3.90 to 4.08 days per week; $p < 0.0001$), body mass (zBMI -0.08 to 0.03 ; $p < 0.0001$), and physical symptoms (3.06 to 3.20, $p < 0.0001$), and life satisfaction (7.58 to 7.61; $p = 0.0034$) slightly increased. Inequalities between socioeconomic groups increased in physical activity (-0.79 to -0.83 days per week difference between most and least affluent groups; $p = 0.0008$), zBMI (0.15 to 0.18; $p < 0.0001$), and psychological (0.58 to 0.67; $p = 0.0360$) and physical (0.21 to 0.26; $p = 0.0018$) symptoms. Only in life satisfaction did health inequality fall during this period (-0.98 to -0.95 ; $p = 0.0198$). Internationally, the higher the per person income, the better and more equal health was in terms of physical activity (0.06 days per SD increase in income; $p < 0.0001$), psychological symptoms (-0.09 ; $p < 0.0001$), and life satisfaction (0.08; $p < 0.0001$). However, higher income inequality uniquely related to fewer days of physical activity (-0.05 days; $p = 0.0295$), higher zBMI (0.06; $p < 0.0001$), more psychological (0.18; $p < 0.0001$) and physical (0.16; $p < 0.0001$) symptoms, and larger health inequalities between socioeconomic groups in psychological (0.13; $p = 0.0080$) and physical (0.07; $p = 0.0022$) symptoms, and life satisfaction (-0.10 ; $p = 0.0092$). Interpretation Socioeconomic inequality has increased in many domains of adolescent health. These trends coincide with unequal distribution of income between rich and poor people. Widening gaps in adolescent health could predict future inequalities in adult health and need urgent policy action.

Le Défenseur des droits, L. (2018). La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe : rapport de synthèse. Paris Le Défenseur des droits: 34, tab., graph., fig.
<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2018/09/rapport-denoc-sur-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-adolescents-en-europe>

Ce rapport de l'ENOC, organisation à but non lucratif réunissant des institutions indépendantes en charge de la promotion et de la protection des droits de l'enfant, vise à apporter un premier aperçu européen de la situation relative à la santé mentale des enfants et des adolescents. Afin de dresser un constat de la situation, un questionnaire a été adressé à l'ensemble des membres du réseau ENOC en février 2018. Les objectifs du questionnaire

sont les suivants : appréhender la définition de la santé mentale retenue dans les différents pays ou régions ; documenter l'organisation des politiques publiques et stratégies nationales engagées ; dresser un constat de la situation propre à chaque État membre quant à l'accès aux services de santé mentale et au respect des droits des enfants et des adolescents pris en charge ; recenser les bonnes pratiques en la matière ; et enfin, recueillir des éléments de connaissance sur l'accès à la santé mentale des enfants et adolescents en situation de vulnérabilité particulière.

OMS (2018). Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Copenhagen Office des publications du bureau régional de l'Europe: vii +83.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/adolescent-alcohol-related-behaviours-trends-and-inequalities-in-the-who-european-region,-20022014-2018>

This report presents the latest trends in alcohol consumption and drinking behaviours among 15-year-olds across the WHO European Region, taken from the HBSC study. It highlights gender and socioeconomic inequalities across the Region. Trends have previously been reported separately, but this report brings together for the first time a broader range of HBSC data on adolescent alcohol consumption and drinking behaviours to review the latest evidence and highlight differences in alcohol use by gender, socioeconomic position and geographic subregion.

OMS (2018). Situation of child and adolescent health in Europe. Copenhagen Office des publications du bureau régional de l'Europe: ix + 220.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/situation-of-child-and-adolescent-health-in-europe-2018>

To promote child health in Europe, the World Health Organization Regional Office for Europe developed the child and adolescent health strategy (2015–2020), which was adopted by all Member States of the WHO European Region. The strategy's implementation was monitored through country profiles compiling existing health data and a survey sent to all 53 European ministries of health. Responses from 48 countries are described graphically, quantitatively and qualitatively. This report helps to review achievements and address gaps in realizing the full potential for the health and well-being of children and adolescents.

Zeitlin, J., Alexander, S., Barros, H. et al. (2018). European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Euro-Peristat: 180 , tab., graph., fig.
<http://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>

aisant suite aux deux précédents bilans de 2004 et 2010, le nouveau rapport européen Euro-Peristat présente une photographie des données sur la santé périnatale en 2015 pour 28 pays membres de l'Union Européenne, plus l'Islande, la Norvège et la Suisse. Euro-Peristat est coordonné par l'Inserm et financé dans le cadre d'une Joint Action européenne sur l'information en santé. Au sein de ce rapport, les chercheurs de l'équipe Epopé du Centre de recherche épidémiologie et statistique publient des données sur les principaux indicateurs de santé des enfants (mortalité, mortalité néonatale, prématurité...) et de leur mère (mortalité), des pratiques médicales (césariennes ..), et des facteurs de risque autour de la naissance. Leurs résultats permettent de situer la France par rapport aux autres pays en matière de système d'information et d'indicateurs de santé et offrent une vision plus globale que les résultats annuels nationaux ou internationaux. Une des forces de ce nouveau rapport est qu'il présente un grand nombre de données sur la santé de l'enfant, renseignées à partir

des statistiques hospitalières (ou PSMI). Ceci permet d'avoir des indicateurs fondés sur la totalité des naissances annuelles, alors qu'auparavant ces indicateurs étaient documentés par un échantillon représentatif de l'ensemble des naissances, issu des Enquêtes nationales périnatales. Par ailleurs, la France fait partie des sept pays européens ayant un système renforcé pour comptabiliser les décès maternels et ainsi limiter la sous-estimation habituelle de cet indicateur de santé.

Aspects spécifiques : périnatalité, soins bucco-dentaires, obésité, vaccination

PERINATALITE

Ancelot, L., Bonnal, L. et Depret, M.-H. (2018). "Renoncer aux soins périnataux : quelles conséquences sur l'état de santé du nourrisson ?" Revue Economique **69**(3): 373-405.

De nombreuses études ont mis au jour les mécanismes intergénérationnels à l'œuvre dans la construction des inégalités de santé. Ces travaux convergent vers l'idée que l'état de santé d'un individu est en grande partie lié aux comportements adoptés par ses parents, parfois avant même sa naissance. Cette contribution vient compléter cette idée et ces études. Notre objectif est d'étudier l'impact du renoncement aux soins de la future mère sur l'état de santé de son nourrisson à la naissance. Pour ce faire, nous utilisons les données de l'Enquête nationale périnatale réalisée en 2010. Nous montrons que la probabilité qu'un nourrisson naisse avec un problème de santé augmente si sa mère a, durant sa grossesse, à la fois rencontré un problème de santé et renoncé à des soins.

Blondel, B., Lelong, N., Kermarrec, M. et Goffinet, F. (2012). "[Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys]." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) **41**(2): 151-166.

OBJECTIVE: To study trends in the main indicators of health, medical practice and risk factors in France. POPULATION AND METHOD: A sample of all births during one week was set-up in 1995 (n=13,318), 1998 (n=13,718), 2003 (n=14,737) and 2010 (n=14,903), and we compared data from these four years. RESULTS: Between 1995 and 2010, maternal age and body mass index increased steadily, but tobacco smoking decreased. In 2010, 39.4% of pregnant women had a visit with a midwife in maternity unit, versus 26.6% in 2003. Deliveries occurred in large public hospitals more and more frequently. The increase in caesarean sections was no longer significant between 2003 and 2010. In general medical decisions during pregnancy and delivery were closer to professional recommendations in 2010 than in the previous years. Live births before 37 weeks increased steadily from 5.4% in 1995 to 6.6% in 2010, but the proportion of births below 2500g or under the 10th percentile stopped increasing since 2003. CONCLUSION: Routine national perinatal surveys highlight major trends in maternal characteristics, obstetric practice, organisation of services and perinatal health.

Blondel, B., Lelong, N., Kermarrec, M. et Goffinet, F. (2012). "Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) **41**(4): e1-e15.

OBJECTIVE: To study trends in the main indicators of health, medical practices and risk factors in France. POPULATION AND METHOD: We collected data from samples of all births in France during one week in 1995 (n=13318), 1998 (n=13718), 2003 (n=14737) and 2010 (n=14903) and have compared them. RESULTS: Between 1995 and 2010, maternal age and

body mass index increased steadily, but tobacco use decreased. In 2010, 39.4% of pregnant women had a visit with a midwife in a maternity unit, versus 26.6% in 2003. Deliveries occurred in large public hospitals more and more frequently. The increase in caesarean sections was no longer significant between 2003 and 2010. In general, medical decisions during pregnancy and delivery were closer to professional recommendations in 2010 than in earlier years. Live births before 37 weeks increased steadily from 5.4% in 1995 to 6.6% in 2010, but the proportion of birth weights below 2500g or the 10th percentile stopped increasing after 2003. CONCLUSION: Routine national perinatal surveys highlight major trends in maternal characteristics, obstetric practices, organisation of services, and perinatal health.

Blondel, B. et Zeitlin, J. (2013). "[Perinatal health in France: an average position in Europe with a few worrying differences]." *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* **42**(7): 609-612.

Bocquet, A. et Vidailhet, M. (2015). "Nutri-Bebe 2013 Study Part 2. How do French mothers feed their young children?" *Arch Pediatr* **22**(10 Suppl 1): 10s17-10s19.

Nutri-Baby SFAE 2013 is the 5th edition of a survey conducted every 8 years since 1981 by SFAE (Secteur Français des Aliments de l'Enfance) in collaboration with an opinion poll institute (SOFRES) for the feeding behavior part of the study and with CREDOC for calculating nutrient intake: 1,188 mothers of infants and young children from 15 days to 3 years of age were interviewed in 2013. The present paper is limited to the behavioral part of the investigation on the observance by mothers of pediatric recommendations. Overall, the "2013 mother" is self-confident (76% declare being confident in their experience and instinct). They are aware of the recommendations of healthcare professionals, but the family circle is also influential. Although growing-up milk is more widely consumed than in 2005 (+8%), cow's milk (half-skimmed and not whole milk), even if it is introduced 2 months later than in 2005, is still consumed by 34% of children at 12-17 months of age and by 64% of 24 - to 29-month-old children. Milk is still frequently warmed up in a microwave oven. Breastfeeding mothers or those who breastfed more frequently give growing-up milk and home-cooked foods and afterwards their children refuse different foods less frequently. Adult foods that are not adapted for children are introduced too early. Foods in morsels are proposed very late. Fried foods and sweet foods appear too early in infant meals. Consumption of infant formulas and specific baby foods is increasing, but at around 1 year of age a decrease in the consumption of these adapted foods is observed.

Combiér, E., Charreire, H., Le Vaillant, M., Michaut, F., Ferdynus, C., Amat-Roze, J. M., Gouyon, J. B., Quantin, C. et Zeitlin, J. (2013). "Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy." *Health Place* **24**: 225-233.

Maternity unit closures in France have increased travel time for pregnant women in rural areas. We assessed the impact of travel time to the closest unit on perinatal outcomes and care in Burgundy using multilevel analyses of data on deliveries from 2000 to 2009. A travel time of 30min or more increased risks of fetal heart rate anomalies, meconium-stained amniotic fluid, out-of-hospital births, and pregnancy hospitalizations; a positive but non-significant gradient existed between travel time and perinatal mortality. The effects of long travel distances on perinatal outcomes and care should be factored into closure decisions.

Coulm, B., Bonnet, C., Blondel, B., Vanhaesebrouck, A., Vilain, A., Fresson, J. et Rey, S. (2017). Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Paris Drees: 317 , tabl., fig.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

[BDSP. Notice produite par ORSRA pR0x89CA. Diffusion soumise à autorisation]. L'étude, fondée sur un échantillon de naissances représentatif de l'ensemble des naissances en France sur l'année, présente l'évolution des principaux indicateurs périnataux relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque. Il décrit également l'organisation des soins dans les 517 maternités de France.

Euro-Peristat (2013). European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Europeristat: 250 , tabl., fig.

http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf

Le nouveau rapport EURO-PERISTAT présente les données de la santé périnatale en 2010 pour 26 pays membres de l'Union Européenne, plus l'Islande, la Norvège et la Suisse. EURO-PERISTAT est financé par la Commission européenne (Programme de santé de l'UE, DG Santé et Consommateurs) et coordonné par l'Inserm. Ce rapport réunit les caractéristiques des femmes enceintes et des nouveau-nés, leur santé, et les pratiques médicales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum en 2010. Il comprend également les données de deux autres projets européens en lien avec la santé périnatale sur la paralysie cérébrale (SCPE) et les anomalies congénitales (EUROCAT). Le rapport permet de situer la France par rapport aux autres pays européens et d'apprécier ses points forts et ses points faibles, en matière de système d'information (recueil des données concernant la mère et l'enfant) et d'indicateurs sur la santé et les pratiques médicales.

Padilla, C., Lalloue, B., Pies, C., Lucas, E., Zmirou-Navier, D. et Severine, D. (2014). "An ecological study to identify census blocks supporting a higher burden of disease: infant mortality in the lille metropolitan area, france." *Matern Child Health J* **18**(1): 171-179.

In France, reducing social health inequalities has become an explicit goal of health policies over the past few years, one of its objectives is specifically the reduction of the perinatal mortality rate. This study investigates the association between infant mortality and social deprivation categories at a small area level in the Lille metropolitan area, in the north of France, to identify census blocks where public authorities should prioritize appropriate preventive actions. We used census data to establish a neighbourhood deprivation index whose multiple dimensions encompass socioeconomic characteristics. Infant mortality data were obtained from the Lille metropolitan area municipalities to estimate a death rate at the census tract level. We used Bayesian hierarchical models in order to reduce the extra variability when computing relative risks (RR) and to assess the associations between infant mortality and deprivation. Between 2000 and 2009, 668 cases of infant death occurred in the Lille metropolitan area (4.2 per 1,000 live births). The socioeconomic status is associated with infant mortality, with a clear gradient of risk from the most privileged census blocks to the most deprived ones (RR = 2.62, 95 % confidence interval [1.87; 3.70]). The latter have 24.6 % of families who were single parents and 29.9 % of unemployed people in the labor force versus 8.5 % and 7.7 % in the former. Our study reveals socio-spatial disparities in infant mortality in the Lille metropolitan area and highlights the census blocks most affected by the inequalities. Fine spatial analysis may help inform the design of preventive policies tailored to the characteristics of the local communities.

Pilkington, H., Blondel, B., Drewniak, N. et Zeitlin, J. (2014). "Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of foetal and neonatal mortality in France." *Eur J Public Health* **24**(6): 905-910.

BACKGROUND: The number of maternity units has declined in France, raising concerns about the possible impact of increasing travel distances on perinatal health outcomes. We investigated impact of distance to closest maternity unit on perinatal mortality. **METHODS:** Data from the French National Vital Statistics Registry were used to construct foetal and neonatal mortality rates over 2001-08 by distance from mother's municipality of residence and the closest municipality with a maternity unit. Data from French neonatal mortality certificates were used to compute neonatal death rates after out-of-hospital birth. Relative risks by distance were estimated, adjusting for individual and municipal-level characteristics. **RESULTS:** Seven percent of births occurred to women residing at ≥ 30 km from a maternity unit and 1% at ≥ 45 km. Foetal and neonatal mortality rates were highest for women living at < 5 km from a maternity unit. For foetal mortality, rates increased at ≥ 45 km compared with 5-45 km. In adjusted models, long distance to a maternity unit had no impact on overall mortality but women living closer to a maternity unit had a higher risk of neonatal mortality. Neonatal deaths associated with out-of-hospital birth were rare but more frequent at longer distances. At the municipal-level, higher percentages of unemployment and foreign-born residents were associated with increased mortality. **CONCLUSION:** Overall mortality was not associated with living far from a maternity unit. Mortality was elevated in municipalities with social risk factors and located closest to a maternity unit, reflecting the location of maternity units in deprived areas with risk factors for poor outcome.

Serfaty, A., Baron, S., Crenn-Hebert, C., Barry, Y. et Tala, S. (2017). "[Perinatal health and medical administrative data: What uses, which stakeholders, what the issues for birth data? - Special REDSIAM]." *Rev Epidemiol Sante Publique* **65 Suppl 4**: S209-s219.

BACKGROUND: The uses of medical administrative data (MAD/BDMA) emerged in perinatal health following the work on regionalization of very pre-term birth. They have become more numerous since the late 2000s. The objective of this article is to take stock of the existing work carried out within the REDSIAM-perinatal group, on MAD/BDMA and their uses for the period of "birth". **METHODS:** The studied MADs are the Hospital Discharge Data (PMSI) and the French national health database (SNIIRAM). The material includes knowledge shared by the members of the REDSIAM-perinatal group, scientific references and gray literature. **RESULTS:** Our exploratory study shows that the uses of MAD in perinatal health are diversified at the local, regional and national levels. The works and publications, increasing, take the form of public access of processed data. Collective thinking makes it possible to move from a localized use to an institution, a network or several, to a national use and an inscription in public authorities' responses. In 2015/2016, two institutional sites provide access to data on maternal and child health: Data.Drees and ATIH ScanSante. MAD/BDMA uses are multiple: epidemiological use (count of births by gestational age, weight in particular; perinatal indicators), quality of care, planning (maternity activities, regionalization of care). There is an increasing interest among stakeholders, producers and/or operators of MAD/BDMA (decision-makers, professionals or researchers). **CONCLUSION:** The BDMA, including the PMSI and the SNIIRAM, are used and relevant in Perinatal health with the rise of health networks, the territorialisation of health, in an increased demand for quality of care. Their use will increase the reliability of the data collected and an inscription in the validation studies, more and more numerous in the field of BDMA. The algorithms need to be more finely compiled, validated and enhanced.

Serfaty, A., Gold, F., Benifla, J. L. et Breart, G. (2010). "[The eastern Paris perinatal network (2008-2010). Defining the target population and assessing health needs]." Rev Epidemiol Sante Publique **58**(2): 127-138.

BACKGROUND: Since the 1990s, governmental plans in France have imposed the regionalization of perinatal care to improve both safety and quality of care. The Eastern Paris Perinatal Network is under construction in health area 75-2, which includes the 11th, 12th, 13th and 20th arrondissements of Paris. A major issue is ensuring that the network can meet the needs of its target population. The objective is to define the network's target population of mothers and newborns. **METHODS:** We designed a matrix to help assess these needs and identify the data required to define the network's population. Four principal data sources were analyzed: the National Statistics and Economic Studies Institute (Insee) data, annual health facility activity data, national medical informatics program data, and 8th-day health certificates. **RESULTS:** The network's target population varies according to the precise perinatal period and the planning stage. For the conception period, it includes the general population and specifically all women of childbearing age (15-49 years). The health area included 672,000 inhabitants in 2006, 29% of them are women of childbearing age. The proportion of people born outside France and who are of foreign nationality ranges, according to arrondissement, from 13.2 to 20.0%; the mean for the Paris metropolitan area is 14.7%. Approximately 16,500 women gave birth in 2007, at nine obstetric facility sites in the health area (five level I, three level II, and one type III); only 41.46% of them resided in the health area. Approximately 2500 women living in the health area gave birth at a facility outside the area. The population likely to be covered by the network is thus estimated at approximately 19,000 women. **CONCLUSION:** A network must simultaneously take into account the local resident population and the population using its health care system. In an urban area such as Paris, where the health care supply is dense, it is essential for policy planning process to define the contours of the target population of a health network.

Tavoularis, G. (2015). "Nutri-Bebe 2013 Study Part 1. Presentation and methodological considerations." Arch Pediatr **22**(10 Suppl 1): 10s11-16.

The French Agency for Children's Foods (SFAE) has conducted a national survey on the eating behaviors and food consumption of children under 3 years of age every 8 years since 1981. A survey of this scope requires the involvement of many stakeholders with diverse skills (professionals in conducting studies and surveys, healthcare professionals and researchers such as pediatricians and nutritionists, sociologists and statisticians) before, during and after the completion of the survey. In 2013, the survey was repeated and focused on 1188 children aged 15 days to 35 months. This survey is original in that it examines the habits and behaviors of mothers regarding their child's diet and also assesses the children's diet from a quantitative point of view (in terms of daily food intakes and nutrient intakes). The purpose of the present paper is to describe the methodology of the national dietary survey and to discuss the effects of the method on the assessment of food and nutrient intakes.

SOINS BUCCO-DENTAIRES

Azogui-Levy, S., Dargent-Pare, C., Boy-Lefevre, M.-L., Kouchner, B. p., Bourdillon, F., Brucker, G. et Tabuteau, D. (2008). Santé bucco-dentaire. Traité de santé publique., Paris : Médecine Sciences Flammarion: 540-566.

Azogui-Levy, S. et Rochereau, T. (2012). "Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques." Sante De L'homme (La)(417): 5-6.

Les données épidémiologiques montrent une amélioration significative de la santé buccodentaire des enfants. Ainsi, en vingt-cinq ans, la proportion d'enfants de 12 ans indemnes de carie est passée de 12 % à 56 %. Mais ces progrès considérables ne doivent pas masquer les difficultés d'accès aux soins qui continuent de pénaliser les populations les plus fragilisées. Les inégalités observées en santé bucco-dentaire sont fortes et corrélées avec les inégalités sociales.

Blanc, N., Courbet, D., Deplaupe, M. O. et et al. (2017). Agir sur les comportements nutritionnels Réglementation, marketing et influence des communications de santé. Expertise collective. Paris INSERM: 412 , annexes.

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Pour faire face à la hausse de l'obésité en France, l'État a mis en place dès 2001, une politique publique de santé nutritionnelle en lançant le Programme National Nutrition Santé (PNNS). En 2007, un décret de la loi de santé publique de 2004 impose que les publicités en faveur des produits alimentaires manufacturés et des boissons avec ajouts de sucres, sel, édulcorants de synthèse, doivent contenir une information à caractère sanitaire. Cette disposition s'applique quels que soient les médias (télévision, radio ou affichage publicitaire). Ces messages sont à présent bien connus du public (5 fruits légumes par jour...). Cependant au fil du temps, des enquêtes montrent qu'ils attirent de moins en moins l'attention et que leur visibilité est inégale selon les supports. De plus, le mode de diffusion des messages engendre des problèmes de compréhension et ils sont parfois perçus comme une caution des produits présentés dans la publicité. L'Inserm a été sollicité fin 2013 par Santé Publique France pour réaliser une expertise collective afin de disposer d'un bilan des connaissances scientifiques et d'analyser l'impact de messages sanitaires diffusés par les médias de masse sur les cognitions, attitudes, intentions et comportements.

Calvet, L., Moisy, M. et Fourcade, N. (2013). "Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge." Etudes Et Resultats (Drees)(847): 6.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/sante-bucco-dentaire-des-enfants-des-inegalites-des-le-plus-jeune-age>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE HmJR0xmJ. Diffusion soumise à autorisation]. La santé bucco-dentaire des enfants s'est nettement améliorée ces vingt dernières années. Cependant, des inégalités sociales de recours aux soins et de santé demeurent : 9 enfants de cadres âgés de 6 ans sur 10 n'ont jamais eu de caries contre 7 enfants d'ouvriers sur 10 en 2006. La Haute Autorité de santé préconise une visite annuelle chez le dentiste dès l'apparition des dents de lait. Or, le recours aux soins dentaires des enfants est inférieur à cette recommandation : selon l'enquête Handicap-Santé de 2008, seuls 70% des 5-15 ans avaient consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois. Ce pourcentage masque à la fois des inégalités sociales et territoriales, puisque ce sont 8 enfants de cadres sur 10 qui ont consulté un dentiste dans l'année contre 6 enfants d'ouvriers.

Cnam (2008). "Des premiers résultats positifs pour le nouveau programme de prévention bucco-dentaire M'T dents." Point D'information (Cnamts): 11.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_d_etape_MT_dents.pdf

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) présente dans ce dossier de presse les premiers résultats positifs pour le nouveau programme de prévention bucco-dentaire M'T dents lancé en 2007 dans le cadre du Plan ministériel de prévention bucco-dentaire. Six mois après son lancement, ce nouveau programme enregistre un taux de participation global de 24 % (et même 27 % chez les enfants de 6 ans), alors qu'il ne dépassait pas 18% avec le précédent dispositif (Bilan Bucco-Dentaire). Il montre toute son utilité car plus d'un tiers des enfants et jeunes ayant bénéficié d'un examen de prévention a eu besoin de soins consécutifs. Toutefois, ces premiers résultats, bien que positifs, doivent s'améliorer : l'enjeu est aujourd'hui d'augmenter le taux de participation au programme en 2008, pour la tranche d'âge des 6 ans, de 5 points, à 32 %.

Cnam (2013). M'T dents : une progression constante de la participation au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance Maladie, Paris : CNAMTS

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP_MT_dents_VDEF.pdf

Colombani, H. (2013). "À Nanterre, la prévention bucco-dentaire chez les enfants, pour lutter contre les inégalités." Sante En Action (La)(426): 41-43.

[BDSP. Notice produite par INPES R0xqr78C. Diffusion soumise à autorisation]. La municipalité de Nanterre dans les Hauts-de-Seine s'est dotée d'une politique de la petite enfance pour tenter de réduire les inégalités. La moitié des habitants de Nanterre vivent dans des quartiers populaires. Le service de la santé s'est développé de façon prioritaire dans ces quartiers. À titre d'exemple, 7 500 enfants (écoles maternelles et élémentaires) bénéficient, chaque année, du programme municipal de prévention bucco-dentaire. L'un des fers de lance de ce programme est l'ouverture d'une consultation de pédodontie dans trois centres de santé.

Cour des Comptes (2016). Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes: 247-286.

La prise en charge des soins bucco-dentaires par l'assurance maladie continue à se dégrader, non sans conséquences fortes en termes d'accès aux soins et de situation sanitaire d'une partie de la population (I). Les acteurs publics demeurent en effet dans une relation de faiblesse avec les professionnels (II). L'organisation des soins bucco-dentaires et leurs modalités de financement doivent ainsi être repensées en profondeur (III). (tiré de l'intro).

Eono, P., Gillet, P. et Cerba, O. (2008). "La santé bucco-dentaire des jeunes de 12 et 15 ans en Province Sud (Nouvelle-Calédonie, France) - Enquête 2007." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(33): 296-299, fig., tabl.

http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf

La santé bucco-dentaire des enfants est l'une des préoccupations de la Loi de santé publique du 9 août 2004. Depuis 1991, la Province Sud de Nouvelle-Calédonie réalise tous les cinq ans une enquête pour connaître l'état de santé bucco-dentaire des jeunes de 12 et 15 ans. Cette enquête permet de mesurer l'évolution de l'état bucco-dentaire de la population scolaire et d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention. En 2007, un échantillon représentatif comprenant 319 enfants de 12 ans et 270 enfants de 15 ans de la population scolaire, a été constitué. Les variables étudiées sont celles préconisées par l'OMS, mais ne sont présentés ici que les résultats concernant l'indice carieux CAO (dents définitives). Cet indice comptabilise les dents Cariées, les dents Absentes par cause de carie et les dents Obturées.

Les résultats indiquent que l'indice CAO s'améliore, cependant, ils mettent en évidence une différence entre les communautés européenne, mélanésienne et polynésienne. Ils suggèrent également un accès aux soins dentaires difficile dans certaines parties de la Province. (résumé d'auteur).

Germa, A., Kaminski, M. et Nabet, C. (2010). "Impact of social and economic characteristics on orthodontic treatment among children and teenagers in France." Community Dent Oral Epidemiol **38**(2): 171-179.

OBJECTIVES: This study aimed to estimate the prevalence of orthodontic treatment in France among children and teenagers aged 8-18 years, by sex and by age, and to investigate the specific role of social and economic characteristics on use of orthodontic treatment. **METHODS:** We analyzed data from the cross-sectional national health survey conducted in France in 2002-2003, which included a sample of 5988 children aged 8-18 years. All data were collected by interview including the question on orthodontic treatment. Other data used in our study were family social status and income, maternal educational attainment and place of birth, whether the child was covered by a supplementary health insurance and whether the residence was urban or rural. We also calculated the density of orthodontists in the district. Multivariate logistic regression analyses were used to study the relationships between these social and economic factors and orthodontic treatment. **RESULTS:** The prevalence of orthodontic treatment was 14% of all children aged 8-18, 15% for girls, and 13% for boys, and 23% in the 12 to 15-year age group. Children were less likely to have orthodontic treatment when parents were service or sales workers compared with children whose parents were managers or professionals (aOR = 0.50; 95%CI: [0.34;0.76]), when family income was in the lowest, compared with highest quartile (aOR = 0,62; 95% CI: [0.45;0.85]), when children had no supplementary insurance compared with children covered by private insurance (aOR = 0.53; 95% CI: [0.34; 0.81]), or when they lived in rural compared with urban areas (aOR = 0.70; 95% CI: [0.54; 0.91]). **CONCLUSION:** There are social inequalities in orthodontic treatment in France, associated mainly with social status, annual income, supplementary insurance, and the residence area.

Himida, T. et Promise, U. (2017). "School-based dental sealant programmes may be effective in caries prevention." Evid Based Dent **18**(1): 13-14.

Design : Split-mouth randomised controlled clinical trial. **Intervention :** School-based dental sealant (SBDS) programme. The study population that was selected from 67-year-old pupils of 16 elementary schools in areas of low socioeconomic status within Nice, France. Children with first permanent molar pairs sufficiently erupted for sealing with no caries (ICDAS [International Caries Detection and Assessment System] 0) or initial enamel lesions (ICDAS 1-2) were included. Children were randomised to either the intervention group (light polymerised resin-based sealant with fluoride) or the control group (no treatment). **Outcome measure :** The primary outcome measure was caries with sealant retention as a secondary outcome. **Results :** Four hundred and fifty-seven pairs of permanent first molars belonging to 276 school children were randomised. At three years 378 pairs in 228 children were available for analysis. The overall retention rate was 32.3%. Sealed molars had 67% less risk of new carious lesions, adjusted hazard ratio = 0.33(95%CI; 0.24-0.46). **Conclusions :** SBDS programmes can be effective in preventing the development of carious lesions in school children, particularly those who come from low socioeconomic backgrounds and may, as a result, be unable to receive adequate oral healthcare in other settings outside the school. ICR should determine the selection of at-risk sub-groups for which the intervention could be considered.

Joseph, C., Velley, A. M., Pierre, A., Bourgeois, D. et Muller-Bolla, M. (2011). "Dental health of 6-year-old children in Alpes Maritimes, France." *Eur Arch Paediatr Dent* **12**(5): 256-263.

AIM: To describe the dental health status of 6-year-old children using the ICDAS-II advanced method and to evaluate the association between the known caries risk factors with the cavitated caries lesion (WHO basic method) or with both non-cavitated and cavitated caries lesion caries (ICDAS II). **METHODS:** In this cross-sectional study, a questionnaire was used to evaluate oral health and dietary habits of children. A clinical examination and a Cario analysis test (Pierre Fabre Oral care) were performed. **STATISTICS:** Logistic regression analyses were used to assess the association between caries and daily tooth-brushing, dietary habits, visible plaque and salivary factors. **RESULTS:** There were 341 children (52% female and 6.25+/-0.46 years of age) in this study. Using the ICDAS-II advanced method, 39% of the children were caries-free. This proportion was larger (67.2%) using the WHO method. In multivariate models, visible dental plaque and Streptococcus mutans count were associated with caries experience registered as ICDAS-II codes 1-6 or codes 3-6. The absence of daily tooth-brushing with fluoridated toothpaste was associated only with caries experience ICDAS-II codes 3-6. **CONCLUSION:** The use of WHO or ICDAS-II method changed the proportion of caries-free children but not the clinical caries risk factors associated with caries experience.

Lungarde, K., Blaizeau, F., Auger-Aubin, I., Floret, D., Gilberg, S., Jestin, C., Hanslik, T., Le Goaster, C., Levy-Bruhl, D., Blanchon, T. et Rossignol, L. (2013). "How French physicians manage with a future change in the primary vaccination of infants against diphtheria, tetanus, pertussis and poliomyelitis? A qualitative study with focus groups." *BMC Fam Pract* **14**: 85.

BACKGROUND: As in other European countries, the French vaccination schedule changes according to epidemiological and socio-economic situations. Further changes are planned for 2013, including the withdrawal of one dose for primary vaccination against diphtheria, tetanus, polio, pertussis and Haemophilus influenzae. A partnership between the French Technical Vaccination Committee and the French Institute for Health and Medical Research designed a study to assess primary care physicians' agreement about this modification. **METHODS:** Qualitative study with focus groups and semi-structured interviews in France. Four focus groups were conducted with physicians, supplemented by four individual interviews. **RESULTS:** The physicians of the survey had accepted the suggested vaccination schedule well. A few concerns had been underlined: fear of less follow-up care for infants resulting from the removal of one visit driven by the primary vaccination; fear of loss of vaccine efficacy; suspicion of the existence of financial arguments at the origin of this change; and adjustment to current vaccination schedule. Several suggestions were made: providing strong support from health authorities; developing stable and simple recommendations; providing effective tools for monitoring patient's vaccination status. **CONCLUSIONS:** Physicians' opinions suggested a good acceptance of a possible change about primary vaccination against diphtheria, tetanus, polio, pertussis and Haemophilus influenzae. Physicians' suggestions resulted from this qualitative study on a new vaccination schedule. It showed how that their involvement was feasible for preparing the implementation of a new vaccination schedule.

Muller-Bolla, M., Courson, F., Smail-Faugeron, V., Bernardin, T. et Lupi-Pegurier, L. (2015). "Dental erosion in French adolescents." *BMC Oral Health* **15**: 147.

BACKGROUND: Since the 2000s, different epidemiological studies focusing on the prevalence or the aetiology of DE in adolescents recognised them as an at-risk population due to their

eating behaviours. None was carried out in French adolescents. The primary objective of this study was to assess the prevalence of dental erosion (DE) using the total BEWE score among adolescents in the department of Alpes Maritimes, France. The secondary objectives were to observe changes in prevalence estimates depending on both the cutoff value of total BEWE score with different teeth/dental surfaces examined, and to identify the related risk factors. METHODS: A cross-sectional study in a multistage random sample of 339 14-yr-old schoolchildren was carried out in 2014. The children completed a self-administered questionnaire concerning diet and oral habits. Caries was assessed with ICDAS-II (International Caries Detection and Assessment System-II) criteria and erosion with BEWE (Basic Erosive Wear Examination) index. The total BEWE score was calculated to assess the DE prevalence with two cutoff values (3 and 1). Data were analysed using descriptive statistics and logistic regression models. RESULTS: The 331 children were aged 14.4 +/- 0.5 years. The DE prevalence was 39 % using a total BEWE score \geq 3. With a cutoff total BEWE score of 1 (at least one affected tooth), the prevalence varied from 3.9 to 56.8 % depending on the teeth/surfaces that were used for the analysis. The DE prevalence, assessed with only first molars and maxillary incisors, was about 54 %. The risk factors for DE (total BEWE score \geq 3) were daily consumption of acidic beverages (OR: 4.0; 95 % CI: 2.1-7.6) and acidic sweets (OR: 3.2; 95 % CI: 1.2-8.0), low socio economic category (OR: 2.4; 95 % CI: 1.1-5.0) and visible dental biofilm (OR: 2.0; 95 % CI: 1.2-3.4). CONCLUSION: Depending on the method chosen, the prevalence varied from 3.9 to 56.8 % among these adolescents. Thus, a consensus on choice of index, teeth to examine and age at assessment is necessary to standardise measurement of DE prevalence.

Tenenbaum, A., Sayada, M. et Azogui-Levy, S. (2017). "[An illustrated guide to dental screening: a school survey]." *Sante Publique* **29**(5): 635-642.

AIM: Marked social inequalities in oral health are observed right from early childhood. A mandatory complete health check-up, including dental screening, is organized at school for 6-year-old children. School healthcare professionals are not well trained in dental health. The aim of this study was to assess the relevance of an illustrated guide as a simple and rapid dental screening training tool in order to ensure effective, standardized and reproducible screening. METHODS: A cross-sectional study was conducted in the context of the dental examination performed as part of the health check-up. Two examiners (Doctor E1 and Nurse E2) were trained in dental screening by means of the illustrated guide. This reference guide, comprising pictures and legends, presents the main oral pathology observed in children. RESULTS: 109 consent forms for oral screening were delivered, and 102 children agreed to participate (93.57%). The sensitivity of detection of tooth decay by examiners E1 and E2 was 81.48% with a specificity of 96%. No correlation was observed between the child's age (+/- 6 years) and correct detection rates. CONCLUSIONS: The illustrated guide is an appropriate and rapid tool for dental screening that can improve the quality of dental check-up and increase the number of children detected.

Traver, F., Du Saucey, M. J. et Gaucher, C. (2014). "État bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD)." *Sante Publique* **26**(4): 481-490.

[BDSP. Notice produite par EHESP G9R0x8FB. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article est d'analyser les besoins en soins dentaires des jeunes, âgés de 6,9,12,15 et 18 ans, ayant eu recours à l'examen bucco-dentaire et mesurer le respect de leur programme de soins et l'amélioration de leur état dentaire dans les neuf mois suivant l'EBD, en 2007 et 2010.

Traver, F., Saucey, M. J. et Gaucher, C. (2014). "[Oral hygiene of children and adolescents participating in the dental examination program]." *Sante Publique* **26**(4): 481-490.

OBJECTIVE: This study was designed to analyse the dental care needs of young people aged 6, 9, 12, 15 and 18 years based on dental examination, assess their compliance with the dental care programme and improvement of their dental status during the nine months following the dental examination programme, in 2007 and 2010. **METHODS:** Comparative study of two random samples of young people derived from twenty representative funds of the general national health insurance scheme: first sample of 24,151 young people in whom a dental examination was performed between 1st May and 31 July 2007, and a second sample of 24,768 young people in whom a dental examination was performed during the same period in 2010. **RESULTS:** The proportion of young people aged 9, 12, 15 and 18 years not requiring dental care and free of caries increased significantly between 2007 and 2010, in the context of the dental examination programme, and the DMF index (number of decayed, missing and filled teeth) decreased for all ages. Regardless of age, the proportion of children requiring dental care and who completed this care following the dental examination programme was not significantly different between the two years. The proportion of 15-year-olds and 18-year-olds requiring dental care, but who failed to complete dental care decreased significantly between 2007 and 2010. Regardless of age, nine months after the dental examination programme, the caries index declined significantly in 2007 and 2010. **CONCLUSION:** The dental status of young people with caries who participated in the dental examination programme globally improved with generally good compliance with their dental care programme. The current challenge is to include populations with more severe caries in this programme.

Tubert-Jeannin, S., Leger, S. et Manevy, R. (2012). "Addressing children's oral health inequalities: caries experience before and after the implementation of an oral health promotion program." *Acta Odontol Scand* **70**(3): 255-264.

OBJECTIVE: (1) To evaluate the dental status of 5-year-old children in Clermont-Ferrand (France) in 2009; (2) To measure changes in children's dental status between 2003 and 2009; and (3) To estimate the impact of an Oral Health Promotion (OHP) program implemented in nine schools since 2005. **MATERIALS AND METHODS:** All 5-year-olds attending public schools in deprived areas (n = 15) and six randomly selected other schools in Clermont-Ferrand were invited to participate. Dental status was recorded using d(3)mft, as in 2003. Parents responded to questions about their child's oral hygiene and provided socio-demographic information. **RESULTS:** Of children invited, 478 (77%) were examined. Mean dmft was 1.18 (SD 2.61); 27.6% had at least one tooth affected. Caries experience varied significantly with deprivation status, oral hygiene and household SES indicators. The only difference observed between 2003 and 2009 was an increase in the 'f' component (p < 0.001). Dental status had slightly deteriorated in areas characterized in 2003 by low caries levels (p=0.07). In deprived areas, mean dmft increased in schools without the OHP program (p = 0.04). Changes between 2003 and 2009 were studied at school level using Multiple Factorial Analysis; it tended to improve in four schools, which had the OHP program. Household indicators of SES changed little. Oral hygiene levels varied differently from one school to another. **CONCLUSIONS:** Caries experience was high, with large inequalities between children. No major differences were observed between 2003 and 2009. The OHP program has done little to reduce disparities in oral health, even if dental status improved in four schools.

Villaume, C., Litovsky, B., Witczak, I. et al. (2010). "De l'école au cabinet dentaire : une action de prévention pour les enfants de six ans." *Pratiques Et Organisation Des Soins*(4): 303-311.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1004_Prevention_bucco-dentaire_des_enfants_de_six_ans.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS R0x98m9A. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact sanitaire et d'appréhender les limites d'une politique d'accompagnement en prévention bucco-dentaire sur des enfants de six ans scolarisés en zones d'éducation prioritaire.

OBESITE

Anses (2012). Disparités socioéconomiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents. Maisons-Alfort ANSES: 252 , tabl., fig., annexes.

La question des relations entre alimentation et niveau socioéconomique est peu étudiée chez les enfants et adolescents en France. L'expertise menée par l'Anses sur ce sujet montre une moins bonne qualité nutritionnelle de l'alimentation chez les enfants et adolescents issus de milieux défavorisés. Elle met aussi en évidence chez ces derniers une consommation plus faible de fruits et légumes et plus élevée de boissons sucrées. Le rapport montre toutefois une moindre consommation de certains produits sucrés (confiseries, gâteaux) chez les enfants et adolescents de milieux défavorisés. Il souligne également une consommation équivalente de poisson quel que soit le niveau socio-économique de ces enfants et adolescents. Plus que les critères de revenu, le niveau d'études des parents apparaît comme un facteur déterminant de la qualité de l'alimentation. Ainsi, à revenu équivalent, la qualité nutritionnelle augmente avec le niveau d'études des parents.

Apouey, B. H. et Geoffard, P. Y. (2015). Parents' education and child body weight in France: The trajectory of the gradient in the early years. Working paper n° 2015 – 36. sl Halshs archives ouvertes: 48 , tabl., fig.

<https://ideas.repec.org/p/hal/psewpa/halshs-01223321.html>

This paper explores the relationship between parental education and offspring body weight in France. Using two large datasets spanning the 1991-2010 period, we examine the existence of inequalities in maternal and paternal education and child reported body weight measures, as well as their evolution across childhood. Our empirical specification is flexible and allows this evolution to be non-monotonic. Significant inequalities are observed for both parents' education – maternal (respectively paternal) high education is associated with a 7.20 (resp. 7.10) percentage points decrease in the probability that the child is reported to be overweight or obese, on average for children of all ages. The gradient with respect to parents' education follows an inverted U-shape across childhood, meaning that the association between parental education and child body weight widens from birth to age 8, and narrows afterward. Specifically, maternal high education is correlated with a 5.30 percentage points decrease in the probability that the child is reported to be overweight or obese at age 2, but a 9.62 percentage points decrease at age 8, and a 1.25 percentage point decrease at age 17. The figures for paternal high education are respectively 5.87, 9.11, and 4.52. This pattern seems robust, since it is found in the two datasets, when alternative variables for parental education and reported child body weight are employed, and when controls for potential confounding factors are included. The findings for the trajectory of the income gradient corroborate those of the education gradient. The results may be explained by an equalization in actual body weight across socioeconomic groups during youth, or by changes in reporting styles of height and weight.

Benoteau, A. C. et Le Vaillant, P. (2009). "Repérer l'enfant à risque d'obésité en médecine générale. La formation fait bouger les pratiques." *Medecine : Revue De L'unaformec* 5(9): 415-419.

Contexte : L'augmentation importante de la prévalence de l'obésité infantile est aujourd'hui partout un grave problème de santé publique. L'utilisation systématique des courbes de corpulence présentes dans le carnet de santé permettrait au médecin de dépister précocement ce risque. Méthode : Enquête qualitative dans une région française (Pays-de-Loire) auprès de 15 médecins généralistes ayant participé à 3 types d'actions de sensibilisation/formation sur ce thème. Résultats : L'utilisation des courbes de corpulence et une meilleure connaissance de la question du rebond d'adiposité après ces actions montre que l'objectif visé a été atteint. Discussion : Une formation de type interactif permet d'induire des changements de comportement professionnel sur un point particulièrement important. Elle dédramatise un certain nombre d'appréhensions (complexité du problème, peur des représentations du patient, confusion entre dépistage et prise en charge) et permet d'élargir le débat au-delà du strictement médical. Conclusion : Le besoin d'augmenter le savoir et les compétences des médecins est satisfait au mieux lorsque l'action implique leur participation active. Les problèmes de manque de temps et de valorisation de ce type d'activités pourraient sans doute trouver un début de solution dans la mise en oeuvre d'une consultation spécifique de prévention chez l'enfant.

Bonsergent, E., Agrinier, N., Thilly, N., Tessier, S., Legrand, K., Lecomte, E., Aptel, E., Hercberg, S., Collin, J. F. et Briancon, S. (2013). "Overweight and obesity prevention for adolescents: a cluster randomized controlled trial in a school setting." *Am J Prev Med* 44(1): 30-39.

BACKGROUND: Given the increasing prevalence of obesity among youth over the past decade, prevention has become an international public health priority. PURPOSE: To evaluate the 2-year effectiveness of three strategies aimed at preventing overweight and obesity among adolescents in a high school setting. DESIGN: PRomotion de l'ALIMENTation et de l'Activite Physique (PRALIMAP) is a school-based RCT. Each study high school was assigned to receive or not, over a 2-year period (Grades 10 and 11), each of three prevention strategies according to a 2 x 2 x 2 factorial school randomization. Data were collected in 2006-2009 and analyzed in 2009-2011. SETTING/PARTICIPANTS: A total of 3538 adolescents (aged 15.6+/-0.7 years at baseline) in 24 public high schools in Lorraine (northeastern France) completed the PRALIMAP trial. INTERVENTIONS: The prevention strategies were education (development of nutritional knowledge and skills); environment (creation of a favorable environment by improving availability of "healthy" dietary items and physical activity); and screening and care (detection of overweight/obesity and, if necessary, adapted care management). MAIN OUTCOMES MEASURES: The main outcome of interest was BMI; BMI z-score and prevalence of overweight/obesity were considered as secondary outcomes. RESULTS: Adolescents who completed the PRALIMAP trial were younger, less often suspected of having eating disorders and depression, and came from a higher socioeconomic class than those who did not. The 2-year change of outcomes was more favorable in the 12 screening and care high schools compared to the no-screening ones: a 0.11 lower increase in BMI (p=0.0303); a 0.04 greater decrease in BMI z-score (p=0.0173); and a 1.71% greater decrease in overweight/obesity prevalence (p=0.0386). Education and environment strategies were not more effective than no strategy intervention. CONCLUSIONS: Although the screening and care strategy is an effective way to prevent, at 2 years, overweight and obesity among adolescents in a high school setting, its effects over and above no strategy intervention were small. TRIAL REGISTRATION: This study is registered at www.clinicaltrials.gov/NCT00814554.

Cailliez, E., Fanello, S., Gerard, S. et Pietri, M. (2012). "[Childhood obesity and general medicine]." Soins Pédiatr Pueric(267): 41-45.

The results of a 2009-2010 survey of general practitioners in Maine-et-Loire show that their practices have improved over the last few years with regard to the prevention and treatment of childhood obesity. However, the recommendations of the French national health authority and the French national nutrition and health programme are not sufficiently applied and doctors face numerous difficulties, including a lack of parental involvement.

Castetbon, K., Deschamps, V., Malon, A., Salanave, B., Szego, E., Roudier, C., Oleko, A., Vernay, M. et Herberg, S. (2009). "Caractéristiques sociales et économiques associées à la consommation de fruits et légumes chez les enfants de 3 à 17 ans en France métropolitaine, ENNS 2006-2007." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(22): 221-225.

[BDSP. Notice produite par InVS AmH9R0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - Notre objectif était d'identifier les caractéristiques sociales, économiques et d'insécurité alimentaire associées à la consommation de fruits et légumes chez les enfants en France. Méthodes - Les consommations alimentaires ont été recueillies par trois rappels des 24 heures auprès de 1 627 enfants de 3 à 17 ans inclus dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) en 2006-2007. Les probabilités d'une consommation faible (<280 g/j) ou moyenne (280 à 400 g/j) de fruits et légumes ont été comparées à la probabilité d'une consommation adéquate (=400 g/j) selon les caractéristiques sociales et économiques des enfants et de leur foyer, grâce à des régressions logistiques multinomiales. Résultats - La probabilité d'une consommation faible de fruits et légumes était significativement plus élevée chez les enfants appartenant à un foyer dont la personne de référence était de profession indépendante (par rapport aux cadres et professions intermédiaires : RRRa : 2,44 [1,30-4,56]), de niveau scolaire "collège" (par rapport au niveau supérieur au baccalauréat : RRRa : 2,79 [1,91-4,07]) et "lycée" (RRRa : 1,70 [1,07-2,72]), et chez ceux dont le foyer était en situation d'insécurité alimentaire (par rapport à ceux qui ne l'étaient pas : RRRa : 2,76 [1,16-6,52]). Conclusion - Nos résultats mettent en évidence que les dimensions sociales, scolaires et économiques sont associées de façon indépendante à une faible consommation de fruits et légumes chez les enfants en France. (R.A.).

Chardon, O., Guignon, N., Guthmann, J.-P. et Fonteneau, L. (2013). "La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 : une situation contrastée selon l'origine sociale." Études Et Résultats (Drees)(853): 6. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-eleves-de-cm2-en-2007-2008,11196.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE rI9ER0x8. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008 19% des élèves de CM2 sont en surcharge pondérale et, parmi eux, 4% sont obèses. L'enquête nationale sur la santé des élèves de CM2, confirme la stabilisation de ces prévalences (surpoids et obésité) observée depuis 2002. Cependant la santé bucco-dentaire des enfants s'est améliorée depuis le début des années 2000, et la couverture vaccinale a progressé pour la rougeole et l'hépatite B depuis 2005. Les situations sont contrastées selon l'origine sociale des élèves : la prévalence de l'obésité varie d'à peine 1% chez les enfants de cadres à près de 7% chez les enfants d'ouvriers. Ces derniers ont aussi nettement plus souvent des caries non soignées ou des troubles de la vision non corrigés. En outre, les enfants d'ouvriers ont, en CM2, quatre fois plus de risques d'avoir des difficultés de lecture que les enfants de cadres et plus de la moitié d'entre eux déclare ne pas savoir très bien nager.

Chau, N., Chau, K., Mayet, A., Baumann, M., Legleye, S. et Falissard, B. (2013). "Self-reporting and measurement of body mass index in adolescents: refusals and validity, and the possible role of socioeconomic and health-related factors." *BMC Public Health* **13**: 815.

BACKGROUND: Body mass index assessment using self-reported height and weight (BMIsr) can encounter refusals and under/over-reporting while for assessment with measured data (BMIm) refusals can be more frequent. This could relate to socioeconomic and health-related factors. We explored these issues by investigating numerous potential factors: gender, age, family structure, father's occupation, income, physical/sports activity, subjective weight perception, school performance, unhealthy behaviours, physical/psychological health, social relationships, living environment, having sustained violence, sexual abuse, and involvement in violence. **METHODS:** The sample included 1559 adolescents from middle schools in north-eastern France. They completed a questionnaire including socioeconomic and health-related data, self-reported height/weight, measured height/weight, and weight perception (participation rate 94%). Data were analysed using logistic regression models. **RESULTS:** BMIsr encountered under-reporting (with change in BMI category, 11.8%), over-reporting (6.0%), and reporting refusals (3.6%). BMIm encountered more numerous refusals (7.9%). Reporting refusal was related to living with a single parent, low school performance, lack of physical/sports activity, sustained violence, poor psychological health, and poor social relationships (gender/age-adjusted odds ratios 1.95 to 2.91). Further to these factors, measurement refusal was related to older age, having divorced/separated parents, a father being a manual worker/inactive, insufficient family income, tobacco/cannabis use, involvement in violence, poor physical health, and poor living environment (1.30 to 3.68). Under-reporting was related to male gender, involvement in violence, poor psychological health, and overweight/obesity (as assessed with BMIm) (1.52 to 11). Over-reporting was related to male gender, younger age, alcohol consumption, and underweight (1.30 to 5.35). Weight perception was linked to reporting refusals and under/over-reporting, but slightly linked to measurement refusal. The contributions of socioeconomic and health-related factors to the associations of weight perception with reporting refusal and under/over-reporting ranged from -82% to 44%. There were substantial discrepancies in the associations between socioeconomic/health-related factors and overweight/obesity assessed with BMIsr and BMIm. **CONCLUSIONS:** BMIsr and BMIm were affected by numerous biases related to vulnerability which were also obesity risk factors. BMIsr encountered under/over-reporting which were related to some socioeconomic and health-related factors, weight perception, and BMIm. BMIm was more affected by refusals than BMIsr due to socioeconomic and health-related factors. Further research is needed.

Cnam (2010). Prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : l'action de l'Assurance Maladie auprès des médecins traitants et des assurés, Paris : CNAMTS
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dp_Prevention_obesite_vdef.pdf

Dans le cadre du PNNS 2006-2010, l'Assurance Maladie s'est engagée à accompagner les professionnels de santé libéraux pour promouvoir la bonne pratique en matière de prise en charge et de prévention de l'obésité. Cette action est menée en concertation avec le Ministère de la Santé et des Sports.

De Saint Pol, T. (2011). "Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(31): 333-338.

[BDSP. Notice produite par InVS R0xF9nCB. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs - Cette étude vise à décrire les disparités géographiques de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle et à s'interroger sur le lien entre l'état de santé et les modes de

vie des enfants. Méthodes - Les données analysées proviennent de l'enquête santé menée auprès de plus de 23 000 enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2005-2006. Résultats - Les académies où la surcharge pondérale et l'obésité, ou encore les problèmes dentaires sont les plus importants, sont aussi celles où les enfants consomment des boissons sucrées tous les jours ou passent beaucoup de temps devant la télévision ou les jeux vidéo. Les disparités de santé entre académies touchent des aspects aussi différents que l'asthme, plus répandu à l'Ouest de la France, ou les problèmes de vision. Conclusion - Les résultats de cette étude soulignent le lien étroit entre état de santé et comportements des élèves, et c'est dans les académies où la santé des enfants est la meilleure que leurs modes de vie (alimentation, activité physique...) le sont aussi. (R.A.).

Deschamps, V., Salanave, B., Vernay, M., Guignon, N. et Castetbon, K. (2010). "Facteurs socio-économiques associés aux habitudes alimentaires, à l'activité physique et à la sédentarité des adolescents en classe de troisième en France (2003-2004). Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(13): 113-117.

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/13/beh_13_2010.pdf

[BDSP. Notice produite par InVS R0xH889C. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - À partir des données recueillies dans le cadre du cycle triennal en 2003-2004, notre objectif était de décrire les comportements alimentaires, d'activité physique et de sédentarité chez les adolescents en classe de troisième en France, et d'en déterminer les facteurs socio-économiques associés. Méthodes - Le recueil des données a été réalisé par questionnaire en face à face auprès de 7 538 adolescents. Les fréquences de comportements (comme la prise de petit-déjeuner et la fréquentation de la cantine), la consommation de certains groupes d'aliments (fruits, légumes, produits laitiers, boissons sucrées), la pratique d'activité physique et la sédentarité ont été décrites. Les facteurs socio-économiques associés à des comportements pouvant être considérés comme défavorables ont été identifiés par des régressions logistiques. Résultats - Près des deux tiers (63,7%) des adolescents déclaraient ne pas consommer chaque jour des fruits, 62,9% des légumes, 19,8% des produits laitiers et 30,9% un petit-déjeuner. Plus de la moitié mangeaient tous les jours à la cantine le midi. Par ailleurs, 37,3% d'entre eux ne pratiquaient jamais de sport en dehors de l'école et 41,0% passaient plus de 3 heures par jour devant un écran. Le sexe, l'âge, les conditions de vie familiale et sociale des adolescents étaient des facteurs associés à ces comportements : les comportements alimentaires, d'activité physique et de sédentarité considérés comme défavorables étaient ainsi globalement associés à des caractéristiques socio-économiques défavorables. Conclusion - Les adolescents scolarisés en classe de troisième constituent une population à risque de comportements nutritionnels défavorables à la santé. Ces données confirment l'importance d'actions de promotion de la santé dans cette classe d'âge et soulignent l'intérêt de la prise en compte des facteurs socio-économiques dans leur élaboration. (R.A.).

Ducrot, P. (2017). Alimentation et activité physique des jeunes : bilan des actions réalisées et pistes d'amélioration. Saint-Maurice Santé Publique France: 80 , tabl., fig., annexes.

http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/nutrition/rapport2017_alimentation-activite-physique/interventions-alimentation-activite-physique-jeunes.pdf

L'action 11.6 du Plan Cancer vise à développer l'éducation sur l'alimentation et l'activité physique dès la maternelle et le primaire notamment pendant le temps périscolaire dans le cadre de la réforme sur les rythmes scolaires. Dans le cadre de cette action pilotée par Santé publique France, un recensement des actions de prévention et/ou de promotion de la santé menées sur le territoire en 2013-2014 a été réalisé à l'aide de la base OSCARS (Outil

d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé), celle de la Mutualité française et d'un questionnaire en ligne sur le site de l'Inpes. Les critères de sélection étaient : 1) Thèmes : alimentation et/ou activité physique ; 2) Population cible : 3-18 ans ; 3) Années : 2013 et 2014 ; 4) Milieux : scolaire, périscolaire, sportif, associatif, universitaire. Les données issues de ce recensement ont ensuite été comparées aux critères d'efficacité identifiés dans la littérature en vue de formuler des propositions pour la mise en place d'interventions efficaces.

Franc, C., Renard, E., Le Vaillant, M. et Pelletier-Fleury, N. (2009). "La perception par les pédiatres des contraintes économiques : quelle incitation dans la prise en charge de l'obésité infantile ?" Revue Economique **60**(2): 507-520, 503 tabl.

Le dépistage précoce et la prévention sont essentiels dans la prise en charge de l'obésité infantile. L'approche « santé publique » a élargi le champ de l'analyse économique à l'étude de l'offre de prévention : le rôle des médecins est central particulièrement pour la fourniture de prévention secondaire (dépistage). Il s'agit alors de comprendre quels incitatifs peuvent encourager les médecins ou pédiatres à intervenir activement dans la prise en charge de l'obésité infantile. Ce travail propose d'étudier les perceptions qu'ont les pédiatres des contraintes économiques auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique de routine en les analysant au regard de leurs différents profils que nous avons construits sur la base de leurs connaissances, attitudes, croyances et pratiques en matière de prise en charge de l'obésité de l'enfant. Il en tire des conséquences sur des incitatifs (pas nécessairement économiques) qu'il faudrait mettre en place pour améliorer la prise en charge au quotidien de cette affection chronique.

Francois, P., Guyomard, A., Baudet, D., Dubois-Fabing, D., Boussuges, S., Perrin, F. et Seigneurin, A. (2014). "[Evaluation of an obesity prevention program for school-aged children in deprived urban areas]." Arch Pediatr **21**(7): 727-735.

OBJECTIVE: Increasing prevalence of obesity particularly affects underprivileged families and children. This study aimed to estimate the efficiency of an obesity prevention program for school-aged children in deprived urban areas. METHODS: This was an intervention trial with a before-and-after comparison of a cohort of school-aged children in preschool and primary school in three deprived urban areas in Grenoble, France. All school-aged children in the first and third year of preschool and the third year of primary school during the 2008-2009 and 2009-2010 school years, whose parents agreed to participate in the study, were included. Children were seen again 2 years later. The staff of the school health service measured and weighed the children during a medical check-up, thus determining their body mass index (BMI) and Z score. A school doctor suggested specific care to the parents of overweight children. A lifestyle questionnaire was completed. The primary outcome was changes in BMI and the Z score over 2 years. The secondary outcome was changes in lifestyle and eating habits. RESULTS: A total of 2434 children were included in the screening campaign. Of the 2434 children included in screening, 1824 children were reviewed and evaluated at 2 years. At inclusion, overweight prevalence increased with age, from 6.4% in the first year of preschool to 21.9% in the third year of primary school. More than 60% of overweight children had a high social vulnerability score. Prevalence of overweight increased from 13.8% to 21.5% in 2 years in the entire cohort ($P < 0.001$). In the 252 overweight children, the mean BMI increased from 20 kg/m² to 21.8 kg/m² ($P < 0.001$), as did the mean Z score, which increased from 2.72 to 2.9 ($P < 0.001$). There was no significant interaction depending on whether the family physician was in private practice or employed by a health center. According to their eating habits, fewer of the overweight children had a snack in the morning

and more had a school lunch. More than half of the children thought they had improved their eating habits. They played more sports (30% versus 49.5%). CONCLUSION: This study failed to demonstrate that incentive for medical management of excess weight had an effect on the short-term (2 years) evolution of the children's corpulence.

Gillier, S. (2009). "L'obésité de l'enfant est-elle "affaire de généraliste" ?" Medecine : Revue De L'unaformec 5(9): 420-421.

L'enquête originale de A.C. Benoteau faite auprès d'un groupe de médecins généralistes sans doute un peu plus « concernés » que la moyenne, puisqu'ils ont tenté d'évaluer leurs pratiques professionnelles sur ce sujet, apporte des données qui nous concernent tous. Elles intéressent à la fois nos pratiques, nos représentations et nos incertitudes. Elles ne peuvent que nous inciter à imaginer et mettre en oeuvre les coopérations nécessaires.

Girardet, J. P., Bocquet, A., Bresson, J. L., Chouraqui, J. P., Darmaun, D., Dupont, C., Frelut, M. L., Ghisolfi, J., Goulet, O., Rieu, D., Rigo, J., Thibault, H., Turck, D. et Vidailhet, M. (2009). "[French national program for nutrition and health: effects on children's health]." Arch Pediatr 16(1): 3-6.

Guignon, N. (2011). "Encadré - Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France, 2005-2006." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(8-9): 95-.

Le constat d'inégalités sociales de santé précoces, illustré ici par la surcharge pondérale, plaide pour des actions de prévention précoces et ciblées, complémentaires des campagnes déjà existantes à destination de la population générale.

Guignon, N., Delmas, M.-C., Fonteneau, L. et Perrine, A.-L. (2017). "La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale." Etudes Et Resultats (Drees)(993): 6.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-eleves-de-cm2-en-2015-un-bilan-contraste-selon-l-origine-sociale>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE loF8sR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Selon l'enquête nationale de santé réalisée auprès des élèves de CM2 au cours de l'année scolaire 2014-2015, 18% des enfants sont en surcharge pondérale et près de 4% sont obèses. Ces chiffres confirment la stabilisation observée depuis 2002. Près de sept élèves de CM2 sur dix ont des dents indemnes de caries, soit une amélioration de 8 points par rapport à 2008, année de la précédente enquête. La proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole (2 doses) a progressé depuis 2008 et s'élève à 93%, tandis que la couverture vaccinale contre l'hépatite B (3 doses) reste stable (46%). En dépit de ces améliorations, la plupart des indicateurs témoignent d'une situation contrastée selon l'origine sociale de l'élève.

HAS (2011). Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (Actualisation des recommandations 2003). Recommandations professionnelles. Saint-Denis : HAS: 222.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

[BDSP. Notice produite par HAS DR0xFHBs. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette recommandation est d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des enfants et adolescents ayant un surpoids ou une obésité. Cette recommandation a été élaborée à la demande de la Direction générale de la santé. Ce travail a été réalisé dans le cadre du deuxième programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010.

Jouret, B., Ahluwalia, N., Dupuy, M., Cristini, C., Negre-Pages, L., Grandjean, H. et Tauber, M. (2009). "Prevention of overweight in preschool children: results of kindergarten-based interventions." Int J Obes (Lond) **33**(10): 1075-1083.

OBJECTIVE: Given the increasing prevalence of pediatric obesity, we evaluated two kindergarten-based strategies for reducing overweight in preschool children in the Haute-Garonne Department in France. METHODS: Kindergartens (n=79) were randomly assigned to one of the two strategies and followed for 2 years. In the first group (Epidemiologie et prevention de l'obesite infantile, EPIPOI-1), parents and teachers received basic information on overweight and health, and children underwent screening to identify those with overweight (body mass index (BMI) > or = 90th percentile) or at risk for overweight (BMI between 75 and 90th percentile), who were then followed up by their physicians. EPIPOI-2 children, in addition, received kindergarten-based education to promote healthy practices related to nutrition, physical activity and sedentary behaviors. Data on control children from non-intervention kindergartens (n=40) were retrieved from medical records at the Division of School Health. RESULTS: At baseline, groups differed significantly on age and school area (underprivileged/not). Owing to a significant interaction between school area and group, analyses were stratified by school area. At baseline, groups did not differ on overweight prevalence and BMI z-scores for any school area. After intervention, prevalence of overweight, BMI z-score and change in BMI z-score were significantly lower in intervention groups compared with controls in underprivileged areas. Using multilevel analysis adjusted for potential confounders, a significant effect on overweight prevalence at the end of the study was noted for EPIPOI-1 in underprivileged areas only (odds ratio and 95% confidence interval: 0.18 (0.07-0.51). In non-underprivileged areas, the gain in BMI z-score was lower in EPIPOI-2 group compared with control and EPIPOI-1. CONCLUSION: Our results suggest that simple measures involving increasing awareness on overweight and health, and periodic monitoring of weight and height with follow-up care when indicated, could be useful to reduce overweight in young children from underprivileged areas. A reinforced strategy with an education component, in addition, may be indicated in children in non-underprivileged areas.

Jouret, B. et Haupp, A. (2015). "Primary care interventions for pediatric overweight or obesity." Rev Prat **65**(10): 1278-1282.

Obesity is a slow progressive chronic disease, for the complications as well as efficacy of the care. A long-term success requires a comprehensive educational diagnosis that explores the various dimensions of the child and his family, thus allowing to define the care project. Both the motivational Interviewing that is based on the technics of therapeutic patient education and the parents' implication are the key factors for the success of the care. They allow, from the assessment of competencies of parents and child to propose, according to child's situation, the best targeted management. The follow up will be step by step, in long-term concerted interdisciplinarity, with in each visit the possibility of choosing a new objective or reinforcing some objectives suitable for the child, in combination with strategies that frequently involve the parents. Negotiation between caregiver(s), the child and his family are suitable. The greatest flexibility on both sides will allow to go forward together to reach the chosen aim.

Keke, L. M., Samouda, H., Jacobs, J., Di Pompeo, C., Lemdani, M., Hubert, H., Zitouni, D. et Guinhouya, B. C. (2015). "Indice de masse corporelle (IMC) et systèmes de classification de l'obésité infantile : une comparaison des références françaises, IOTF et OMS." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **63**(3): 173-182.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xm78B. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : L'objectif de cette étude est de comparer trois systèmes de classification du poids de l'enfant basés sur l'indice de masse corporelle (IMC) : le système français, celui du Groupe de travail international sur l'obésité (International Obesity Task Force, IOTF) et celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Méthodes : L'étude a recruté 1382 enfants dans l'académie de Lille en mai 2009, âgés de 4 à 12 ans (moyenne=8,4+/-1,7ans). Les enfants mesuraient en moyenne 131,5+/-10,9 cm avec un poids moyen de 30,7+/-9,2 kg, correspondant à un IMC moyen de 17,4+/-3,2 kg/m². Le statut pondéral a été déterminé selon les trois systèmes de classification étudiés et leurs concordances ont été calculées avec le coefficient kappa de Cohen. Résultats : Les critères de l'OMS donnaient une estimation de la prévalence du surpoids (20,0%) supérieure à celle donnée par les critères français (13,8%, p<0,0001) et par ceux de l'IOTF (16,2%, p=0,01). Des résultats similaires ont été trouvés concernant la prévalence de l'obésité (OMS : 11,6%, IOTF : 6,7%, p<0,0001, système français : 6,7%, p<0,0001). La concordance entre les trois systèmes allait de "modérée" à "parfaite" (0,43=1,00, p<0,0001). Les coefficients de kappa étaient plus élevés lorsqu'il s'agissait de la catégorie obésité (0,63=1,00 ; p<0,0001) que pour la catégorie surpoids - obésité exclue (0,43=0,94 ; p<0,0001). Quand le sexe et l'âge (4-6a ns vs. 7-12 ans) ont été pris en compte pour déterminer le surpoids, le plus petit coefficient kappa a été obtenu entre le système français et celui de l'OMS chez les garçons âgés de 7-12 ans (? 0,28, p<0,0001), et le plus grand entre le système français et l'IOTF chez les filles âgées de 7-12 ans (? 0,97, p<0,0001). En ce qui concerne l'obésité, la concordance entre les trois systèmes de classification allait de 0,60 à 1,00 (p<0,0001), avec les plus petites valeurs obtenues entre l'OMS et le système français, et l'OMS et l'IOTF pour les garçons âgés de 7-12 ans (? 0,60, p<0,0001 dans les deux cas). Conclusion : Globalement, la classification de l'OMS a conduit à une surestimation de la prévalence du surpoids et/ou de l'obésité dans cet échantillon d'écoliers par rapport aux estimations données par les systèmes de classification français et de l'IOTF. Le degré de concordance entre ces trois systèmes était fonction du sexe et de l'âge des enfants. Le système de classification français semble donner des résultats très concordants avec ceux de l'IOTF en ce qui concerne le surpoids, particulièrement chez les enfants de 7 à 12 ans. (Résumé auteur).

Keke, L. M., Samouda, H., Jacobs, J., Di Pompeo, C., Lemdani, M., Hubert, H., Zitouni, D. et Guinhouya, B. C. (2015). "Indice de masse corporelle (IMC) et systèmes de classification de l'obésité infantile : une comparaison des références françaises, IOTF et OMS." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **63**(3): 173-182.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xm78B. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : L'objectif de cette étude est de comparer trois systèmes de classification du poids de l'enfant basés sur l'indice de masse corporelle (IMC) : le système français, celui du Groupe de travail international sur l'obésité (International Obesity Task Force, IOTF) et celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Méthodes : L'étude a recruté 1382 enfants dans l'académie de Lille en mai 2009, âgés de 4 à 12 ans (moyenne=8,4+/-1,7ans). Les enfants mesuraient en moyenne 131,5+/-10,9 cm avec un poids moyen de 30,7+/-9,2 kg, correspondant à un IMC moyen de 17,4+/-3,2 kg/m². Le statut pondéral a été déterminé selon les trois systèmes de classification étudiés et leurs concordances ont été calculées avec le coefficient kappa de Cohen. Résultats : Les critères de l'OMS donnaient une estimation de la prévalence du surpoids (20,0%) supérieure à celle donnée par les critères français (13,8%, p<0,0001) et par ceux de l'IOTF (16,2%, p=0,01). Des résultats similaires ont été trouvés concernant la prévalence de l'obésité (OMS : 11,6%, IOTF : 6,7%, p<0,0001, système français : 6,7%, p<0,0001). La concordance entre les trois systèmes allait de "modérée" à "parfaite"

(0,43=1,00, $p<0,0001$). Les coefficients de kappa étaient plus élevés lorsqu'il s'agissait de la catégorie obésité (0,63=1,00 ; $p<0,0001$) que pour la catégorie surpoids - obésité exclue (0,43=0,94 ; $p<0,0001$). Quand le sexe et l'âge (4-6a ns vs. 7-12 ans) ont été pris en compte pour déterminer le surpoids, le plus petit coefficient kappa a été obtenu entre le système français et celui de l'OMS chez les garçons âgés de 7-12 ans (? 0,28, $p<0,0001$), et le plus grand entre le système français et l'IOTF chez les filles âgés de 7-12 ans (? 0,97, $p<0,0001$). En ce qui concerne l'obésité, la concordance entre les trois systèmes de classification allait de 0,60 à 1,00 ($p<0,0001$), avec les plus petites valeurs obtenues entre l'OMS et le système français, et l'OMS et l'IOTF pour les garçons âgés de 7-12 ans (? 0,60, $p<0,0001$ dans les deux cas). Conclusion : Globalement, la classification de l'OMS a conduit à une surestimation de la prévalence du surpoids et/ou de l'obésité dans cet échantillon d'écoliers par rapport aux estimations données par les systèmes de classification français et de l'IOTF. Le degré de concordance entre ces trois systèmes était fonction du sexe et de l'âge des enfants. Le système de classification français semble donner des résultats très concordants avec ceux de l'IOTF en ce qui concerne le surpoids, particulièrement chez les enfants de 7 à 12 ans. (Résumé auteur).

Mathiot, H., Nugier, A. et Nguyen-Thanh, V. (2016). "Connaissance des repères nutritionnels par les élèves de cinquième de France métropolitaine." *Sante En Action (La)*(437): 4-5.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE 99R0x78B. Diffusion soumise à autorisation]. Les repères les mieux connus des jeunes adolescents sont ceux relatifs aux fruits et aux légumes, au groupe viande-poisson-oeuf et aux produits laitiers. En revanche, la majorité d'entre eux ne sait pas qu'il est recommandé de consommer des féculents à chaque repas et de pratiquer une heure d'activité physique par jour.

Padilla, N., Biason, M.-L. et Ledesert, B. (2012). "Prévalence et facteurs de risque de la surcharge pondérale chez les écoliers narbonnais de 5 à 11 ans." *Sante Publique* **24**(4): 317-328.

[BDSP. Notice produite par EHESP DR0xr17J. Diffusion soumise à autorisation]. Face à l'augmentation du surpoids et de l'obésité des enfants, la ville de Narbonne a souhaité réaliser un état des lieux de la situation, pour mettre en place des actions ciblées visant à stabiliser la prévalence de la surcharge pondérale. L'objectif principal de l'étude est de cibler les facteurs influençant la surcharge pondérale de l'enfant. L'enquête menée en 2008-2009, porte sur un échantillon comprenant 1476 enfants tous issus des établissements scolaires publics et privés de la ville. L'enquête conclut à l'importance de mettre en place des actions prioritaires auprès des populations défavorisées et des mères en surcharges pondérale pour stabiliser la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant notamment en proposant des conseils d'hygiène alimentaire et en luttant contre sédentarité et en promouvant le sommeil de l'enfant.

Peneau, S., Salanave, B., Maillard-Teyssier, L., Rolland-Cachera, M. F., Vergnaud, A. C., Mejean, C., Czernichow, S., Vol, S., Tichet, J., Castetbon, K. et Hercberg, S. (2009). "Prevalence of overweight in 6- to 15-year-old children in central/western France from 1996 to 2006: trends toward stabilization." *Int J Obes (Lond)* **33**(4): 401-407.

OBJECTIVE: The prevalence of overweight in children has markedly increased over the past few decades in France, as in all Western countries. We sought to describe the yearly prevalence of childhood overweight from 1996 to 2006 and to assess whether a shift in trends could be observed dating from the time the Nutrition and Health National Program (PNNS) was set up in France in 2001, in particular according to gender, age and family

economic status. DESIGN: We used annual overweight prevalence of standardized 6- to 15-year-old populations (total=26 600) with weight and height measured at health examination centers in the central/western part of France between 1996 and 2006. Regression slopes of overweight prevalence were evaluated between 1996 and 2006, and specifically between 1996 and 2001, and 2001 and 2006. The annual prevalence and estimated slopes were compared in subgroups, taking into account gender, age and economic status of the family. RESULTS: The prevalence increased between 1996 (11.5%) and 1998 (14.8%) and was stable between 1998 and 2006 (15.2%). According to linear regression, the overall trend in prevalence of overweight children between 1996 and 2006 was stable (slope=0.19, P=0.08). Similarly, the prevalence of overweight increased between 1996 and 1998 in boys and girls, in 6-10 year olds, in 11-15 year olds and in non-disadvantaged children, and remained stable thereafter. The prevalence of overweight in the disadvantaged group increased between 1996 (12.8%) and 2001 (18.9%) (slope=1.16, P=0.004) and was stable between 2001 and 2006 (18.2%) (slope=0.09, P=0.78). CONCLUSION: The results of this study reveal a stable prevalence of overweight since 1998 in most groups studied, and since 2001 in the disadvantaged group.

Romon, M., Lommez, A., Tafflet, M., Basdevant, A., Oppert, J. M., Bresson, J. L., Ducimetiere, P., Charles, M. A. et Borys, J. M. (2009). "Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes." *Public Health Nutr* **12**(10): 1735-1742.

OBJECTIVE: A school-based nutrition information programme was initiated in 1992 in two towns in northern France (Fleurbaix and Laventie, FL) and was followed by a number of community-based interventions. We took the opportunity to measure the outcomes in terms of childhood obesity and overweight over the next 12 years. DESIGN: Repeated, cross-sectional, school-based survey. For the school years beginning in 1992, 2000, 2002, 2003 and 2004, the height and weight of all 5- to 12-year-old children attending school were measured in FL. In 2004, the same assessments were made in two comparison towns with similar socio-economic characteristics but no intervention. SETTING: Fleurbaix and Laventie (intervention towns), Bois-Grenier and Violaines (comparison towns), northern France. SUBJECTS: In 2002, 2003 and 2004, respectively 515, 592 and 633 children were measured in FL (participation rate of 95-98% of all eligible individuals); in the comparison towns, 349 children were measured in the 2004 school year (98% of the towns' school population). RESULTS: After an initial increase, trends in mean BMI and prevalence of overweight started to reverse. Compared with 2002, the age-adjusted OR for overweight in FL was significantly lower in 2003 and 2004 (but for girls only). In the 2004 school year, the overweight prevalence was significantly lower in FL (8.8%) than in the comparison towns (17.8%, P < 0.0001). CONCLUSION: These data suggest that, over a long period of time, interventions targeting a variety of population groups can have synergistic effects on overweight prevalence. This gives hope that it is possible to reverse trends towards increasing overweight by actions at the community level.

Schipman, J., Toussaint, J. F., Berthelot, G., Maillet, H., Ovigneur, H., Deschamps, T., Sedeaud, A. et Sauliere, G. (2015). "Indice de masse corporelle et condition physique chez 49 600 collégiens et lycéens de six régions françaises, 2007-2014." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(30-31): 552-561.

[BDSP. Notice produite par InVS qR0xAB7m. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : la sédentarité devient un enjeu majeur de société. Dans un contexte d'inactivité croissante, la condition physique représente désormais un important déterminant de santé autant qu'un

objectif des politiques publiques, nationales et européennes, ciblant en particulier les plus jeunes. L'objectif de notre étude était d'analyser le lien entre ce déterminant de santé et l'indice de masse corporelle (IMC) chez l'adolescent. Méthode : des tests de condition physique ont été réalisés entre 2007 et 2014 dans six régions de France chez 49 631 collégiens et lycéens âgés de 11 à 18 ans. Les distributions des vitesses de sprint et au test navette de 3 minutes ont été cartographiées par âge, sexe et indice de masse corporelle (IMC) selon des analyses de variance et des fonctions de densité. Résultats : les vitesses moyennes réalisées au test navette et de sprint ne varient pas au cours de la période, mais progressent avec l'âge. Elles sont plus élevées chez les garçons. Les enfants avec un IMC normal présentent des vitesses de course plus élevées que ceux en surpoids ou obèses ($p < 0,05$). Les fonctions de densité selon les gradients de vitesse permettent d'identifier un intervalle d'IMC optimal pour la condition physique. Discussion-Conclusion : La condition physique des enfants et adolescents, appréciée par les vitesses au test navette et de sprint, varie selon le sexe et l'âge. Comme les fonctions de survie ou de performance athlétique, elle répond de manière asymétrique aux variations d'IMC, selon le manque de masse musculaire active ou l'excès de masse adipeuse. Un poids de forme dans l'intervalle d'IMC normal est associé à une condition physique optimale. Par la simplicité de sa mesure, la condition physique (appréciée par la vitesse de déplacement) peut être utilisée comme indicateur du niveau d'activité physique pratiqué afin d'en évaluer les impacts sanitaires sur de larges populations.

Tauber, M. (2015). "[Organization of care for obese children and teenagers]." *Rev Prat* **65**(10): 1283-1284.

Thibault, H., Carriere, C., Baine, M., Ruello, M., Delmas, C., Atchoarena, S., Devaud, J. Y., Baratchart, B. A. et Maurice-Tison, S. (2009). "[Prevention of childhood overweight and obesity program of Aquitaine region, France]." *Arch Pediatr* **16**(6): 570-572.

Thibault, H., Carriere, C., Langevin, C., Barberger-Gateau, P. et Maurice, S. (2013). "Evolution of overweight prevalence among 5-6-year-old children according to socio-economic status." *Acta Paediatr* **102**(3): 273-277.

AIM: To assess time trends in overweight and obesity prevalence among 5-6-year-old children of Bordeaux city (France) over seven school years from 2004-2005 to 2010-2011. METHODS: For each year, all 5-6-year-old children from 63 of the 69 schools of Bordeaux were included: 2005, 2100, 2010, 1952, 2040, 2017 and 2111 subjects, respectively. Weight and height were collected by school doctors, and weight status was defined according to the age- and sex-specific body mass index cut-off points of the International Obesity Task Force (IOTF) for obesity and to the French age- and gender-specific child cut-off (close to the IOTF cut-off) for overweight including obesity. RESULTS: From 2004-2005 to 2010-2011, an overall decrease was observed in overweight including obesity (from 8.9% to 5.2%, $p < 0.001$) and obesity prevalences (from 2.8% to 1.4%, $p = 0.046$). Similar results were observed in non-low socio-economic status (SES) areas ($p < 0.001$), whereas the prevalence did not vary significantly in low-SES areas ($p > 0.05$). CONCLUSION: Overweight prevalence has decreased between 2004 and 2011 in 5-6-year-old children from Bordeaux. However, the gap between low and non-low-SES areas has persisted during these years.

Thibault, H., Meless, D., Carriere, C., Baine, M., Saubusse, E., Castetbon, K., Rolland-Cachera, M. F. et Maurice-Tison, S. (2010). "[Early screening criteria for children at risk of overweight]." *Arch Pediatr* **17**(5): 466-473.

BACKGROUND: Health professionals who monitor the growth of children are also involved in the early detection of overweight. Appropriate tools are required for this purpose. **OBJECTIVE:** The study sought to identify predictive markers of the development of subsequent overweight using a simple set of criteria. **METHODS:** A consecutive cohort was composed of 1424 grade 4 children in Aquitaine, France, aged 8-9 years. Body mass index (BMI) was calculated during school health assessments at 8-9 years of age. Data from previous assessments at 3-4 and 5-6 years of age were also collected. **RESULTS:** Of the 189/1424 children (13.9 %) who were overweight according to the French national cut off for children aged 8-9 years, 67 (33.8 %) were already overweight at 3-4 years and 107 (54.1 %) at 5-6 years. Of the 134 (9.4 %) who were overweight at 5-6 years, 43.3 % were already overweight at 3-4 years and 79.9 % were overweight at 8-9 years. On the other hand, 76 of these 134 children (56.7 %) were not overweight at 3-4 years, so they had become overweight between the two assessments. The combination of the criterion "overweight at 3-4 years or 5-6 years" and "increase in BMI > 1 kg/m² between 3-4 years and 5-6 years" appears to be the best predictor of the risk of overweight at 8-9 years, with good sensitivity (75.3 %) and specificity (87.9 %). **CONCLUSION:** A predictive tool based on BMI changes between ages 3-4 years and 5-6 years could be used for the early detection of the risk of developing overweight and obesity. The tool is easy to use, especially for health care in schools. Furthermore, the present findings confirm the value of following up and managing children who are already overweight between the ages of 3 and 6 years.

Tounian, P. (2015). "Why are there fewer obese children in France than in other Western European countries?" *Acta Paediatr* **104**(2): 118-120.

Treppoz, S. (2010). "[Childhood obesity: what's happening in France? Some news...]." *Arch Pediatr* **17**(6): 896-897.

Verdot, C., Deschamps, V., Salanave, B. et Torres, M. (2017). "Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(13): 234-241.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/index.html>

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'obésité a atteint les proportions d'une épidémie mondiale conduisant à une augmentation des maladies chroniques associées. Par conséquent, il est nécessaire de promouvoir des politiques de santé publique pour réduire ce phénomène. C'est l'un des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS), mis en place en 2001 par le ministère de la Santé. Cet article décrit l'évolution de la corpulence des enfants et adultes (6-74 ans) en France entre 2006 et 2015 à partir de deux études nationales transversales constituées par un plan de sondage probabiliste à trois degrés : ENNS-2006 (N=3 566) et Esteban-2015 (N=3 702). Les données anthropométriques ont été mesurées au moyen de procédures standardisées selon les recommandations de l'OMS. La comparaison 2006-2015 indique une stabilité du surpoids et de l'obésité en France chez les adultes et les enfants. En 2015, chez les adultes, la prévalence du surpoids (obésité incluse) était de 54% chez les hommes et 44% chez les femmes, et l'obésité atteignait 17%, sans évolution depuis 10 ans (prévalence du surpoids=49% dans les deux études). En 2015, chez les enfants, cette prévalence était de 16% chez les garçons et 18% chez les filles, sans évolution significative depuis 2006. La prévalence de la maigreur augmentait significativement et atteignait 13% en 2015. Malgré sa stabilisation sur 10 ans, la prévalence du surpoids et de l'obésité reste importante, ce qui requiert des politiques publiques ambitieuses pour en inverser la tendance et réduire ses effets sur la santé.

VACCINATION

Santé publique France (2018). Bilan vaccinal à un an après le nouveau calendrier vaccinal : données de Santé publique France

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/evenement/2018/12/17/sante-publique_864188

Bourdillon, F. (2017). "Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(Hors-série): 1-

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE R0xH8C99. Diffusion soumise à autorisation]. Il y a environ un an, le Pr Alain Fischer remettait à la Ministre en charge de la Santé un rapport de recommandations issues des travaux du comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination (1). Ce comité s'est appuyé sur le travail de deux jurys, l'un de citoyens et l'autre de professionnels de santé, ainsi que sur très nombreuses contributions de la société civile et d'experts. Dans ce cadre, Santé publique France a présenté ses propres travaux, issus du Baromètre santé 2016 et d'une enquête qualitative : l'enquête "Baromètre santé 2016" a été réalisée par téléphone entre janvier et août 2016, auprès de 15 000 personnes âgées de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine. Une large partie du questionnaire était consacrée aux opinions et pratiques en matière de vaccination ; l'enquête qualitative a été conduite au printemps 2016, au moyen d'entretiens semi-directifs menés auprès de douze groupes comportant chacun une dizaine de personnes et dont la composition reflétait au mieux les caractéristiques sociodémographiques et socioculturelles de la population française métropolitaine. Il s'agissait d'appréhender le niveau de connaissances, la perception et les attentes du grand public sur la coexistence, dans le calendrier vaccinal en vigueur, de vaccinations obligatoires et de vaccinations recommandées. À la veille du débat parlementaire sur l'obligation vaccinale, il est apparu important, d'une part, de publier dans le BEH les résultats de ces travaux qui ont éclairé le comité d'orientation de la concertation citoyenne et, d'autre part, de présenter les arguments de nature épidémiologique qui montrent l'importance d'une amélioration de la couverture vaccinale des jeunes enfants. Enfin, parce que la majorité des parents disent rechercher auprès des médecins les informations sur les vaccinations (81,3%), il paraît aujourd'hui essentiel de donner la parole aux généralistes et aux futurs professionnels qui sont et seront, avec les pédiatres, les principaux prescripteurs de vaccins. C'est pourquoi, nous avons souhaité confier, dans ce BEH, l'expression des points de vue d'une part du Collège de la médecine générale et d'autre part des jeunes médecins, représentés par les internes de santé publique et de médecine générale (CLiSP (2) et ISNAR-IMG (3)). J'espère que les travaux présentés dans ce BEH apporteront des éclairages permettant de mieux comprendre et faire comprendre les enjeux de la vaccination. Santé publique France y est très attentive. Son site Internet Vaccination Info Service (4) est devenu en quelques mois le site de référence pour trouver de très nombreuses informations, avec notamment le dossier pédagogique : "Élargissement de l'obligation vaccinale à 11 maladies : un enjeu de santé publique" (5).

Figoni, J., Che, D., Levy-Bruhl, D., Guthmann, J. P. et Antoine, D. (2011). "Impact des modifications des modalités de vaccination par le BCG sur l'épidémiologie de la tuberculose en France en 2009." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(22): 255-257.

[BDSP. Notice produite par InVS R0x8jkFl. Diffusion soumise à autorisation]. L'obligation de vaccination par le BCG a été suspendue en juillet 2007 et remplacée par une recommandation de vaccination des enfants à risque de tuberculose. Par ailleurs, le dispositif de vaccination intradermique (Monovax (R)) a été retiré du marché en janvier 2006, entraînant dès cette date une baisse de la couverture vaccinale. Les données de la déclaration obligatoire de la tuberculose parmi les enfants nés après janvier 2006 permettent de juger de l'impact de ces nouvelles modalités de vaccination. En 2009 en France, le nombre de cas de tuberculose parmi les enfants de moins de 4 ans est similaire à celui observé avant 2006 et le nombre de formes graves (méningites et miliaires) reste très faible. Cependant, le nombre de cas parmi les moins de 4 ans augmente hors Île-de-France et s'accompagne d'une augmentation de la proportion de cas non vaccinés. Les données épidémiologiques ne montrent pour l'instant pas d'impact des nouvelles modalités de vaccination au-delà de ce qui était attendu, mais l'évolution de l'épidémiologie de la tuberculose parmi les enfants et les niveaux de couverture vaccinale des enfants à risque doivent être suivis avec la plus grande attention. (R.A.).

Fonteneau, L., Guthmann, J. P., Collet, M., Vilain, A., Herbet, J. B. et Levy-Bruhl, D. (2010). "Couvertures vaccinales chez l'enfant estimées à partir des certificats de santé du 24ème mois, France, 2004-2007." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(31-32): 330-333.

[BDSP. Notice produite par InVS R0xm8osk. Diffusion soumise à autorisation]. La couverture vaccinale des enfants en bas âge est estimée à partir des certificats de santé, au sein d'un dispositif associant les médecins praticiens, les services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Nous présentons ici les estimations calculées à partir des données des certificats de santé du 24ème mois de 2004 à 2007 (enfants nés de 2002 à 2005). En 2004, deux méthodes de recueil ont été utilisées, la collecte de données agrégées par département d'une part et de données individuelles d'autre part. Selon les années, 64 à 74 départements ont envoyé leurs données individuelles, ce qui représentait entre 26% et 36% des naissances. Les couvertures diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et Haemophilus influenzae b (Hib) étaient stables et élevées (environ 90% pour 3 doses plus un rappel). Les couvertures rougeole, rubéole et oreillons (RRO) et hépatite B étaient en progression. Elles étaient de 90% pour la couverture RRO et de 42% pour la couverture hépatite B en 2007. La couverture BCG a diminué pour atteindre 78,2% la même année. Les déterminants de couverture vaccinale rougeole ont été étudiés par une régression logistique. Elle était plus élevée en Île-de-France et dans les DOM par rapport aux autres zones géographiques (hors Bassin parisien) ($p < 10^{-3}$), ainsi que chez les enfants dont le certificat de santé avait été rempli en PMI ou dans un autre lieu que dans un cabinet médical privé ($p = 10^{-3}$). Les estimations obtenues en 2004 avec les deux méthodes de recueil sont dans l'ensemble cohérentes. Malgré leur progression, les couvertures RRO et hépatite B restent insuffisantes par rapport aux objectifs de santé publique. Le certificat de santé est un outil précieux et permet des estimations précises, et des analyses au niveau départemental. La participation et le délai de mise à disposition des données devraient cependant être améliorés. (R.A.).

Fonteneau, L., Ragot, M., Guthmann, J. P. et Levy-Bruhl, D. (2015). "Use of health care reimbursement data to estimate vaccination coverage in France : Example of hepatitis B, meningitis C, and human papillomavirus vaccination." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **63**(5): 293-298, tabl., rés., graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 89R0x9mH. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Les sources de données utilisées en routine pour estimer la couverture vaccinale en France, comme les certificats de santé de l'enfant ou les enquêtes en milieu scolaire, permettent des estimations fiables mais sont peu réactives. Nous avons donc exploré la faisabilité et la pertinence d'utiliser les données de remboursement de vaccins pour estimer la couverture vaccinale, dans le but de pouvoir identifier rapidement des changements récents. Méthodes : nous avons utilisé l'échantillon généraliste des bénéficiaires, un échantillon représentatif du système national inter-régimes de l'assurance maladie qui contient les données de consommation de soins des assurés sociaux. Nous avons d'abord validé cette nouvelle source de données en comparant la couverture vaccinale rougeole estimée avec l'échantillon généraliste des bénéficiaires avec celle estimée avec les certificats de santé. Nous présentons ici les résultats des couvertures vaccinales hépatite B, méningocoque C et papillomavirus humain. Résultats : la couverture vaccinale rougeole estimée avec l'échantillon généraliste des bénéficiaires était très proche (91,4%) de celle estimée avec les certificats de santé (90,6%). Parmi les enfants nés en 2011 la couverture vaccinale hépatite B (1 dose) était de 88,7% et la couverture vaccinale méningocoque C (1 dose) était de 56,4% à 24 mois en décembre 2013. Concernant la vaccination contre le papillomavirus humain, 20,1% des jeunes filles nées en 1997 avaient reçu une vaccination complète à l'âge de 16 ans. Conclusion : ce nouvel outil, utilisé maintenant en routine, permet de suivre les couvertures vaccinales des enfants de façon fiable et réactive (résumé d'auteur).

Fonteneau, L., Urcun, J. M., Kerneur, C., Guthmann, J. P., Guignon, N., Levy-Bruhl, D. et Herbet, J. B. (2008). "Couverture vaccinale des enfants âgés de 11 ans scolarisés en CM2, France, 2004-2005. Bilans réguliers de surveillance - Maladies infectieuses." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(51-52): 493-497.

[BDSP. Notice produite par InVS FkEtR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - Depuis 1999, un cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire a été mis en place en France afin d'estimer des indicateurs permettant de suivre l'état de santé des enfants, parmi lesquels la couverture vaccinale. Méthodes - L'enquête a été menée en 2004-2005, chez les enfants de 11 ans scolarisés en CM2. L'échantillon a été constitué en utilisant un sondage aléatoire à deux degrés (tirage au sort d'écoles, puis d'élèves au sein des écoles sélectionnées). Résultats - L'analyse a porté sur 6 144 enfants présentant un carnet de santé, âgés en moyenne de 10,9 ans. La couverture est élevée pour le vaccin contre la tuberculose (BCG : 98,1%), contre le tétanos, la diphtérie et la poliomyélite, (DTPolio 5 doses : 90,6%), contre la coqueluche (4 doses : 90,9%) et la première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO : 95,7%). Elle est insuffisante pour la seconde dose de RRO (74,2%) et faible vis-à-vis de l'hépatite B (38,3%). La zone géographique où est scolarisé l'enfant, la taille de l'unité urbaine, la profession du père et la place de l'enfant dans la fratrie influencent la couverture vis-à-vis de certains vaccins. Discussion-Conclusion - Les couvertures BCG, DTPolio et coqueluche sont stables et satisfaisantes. La couverture RRO (1re dose) est élevée mais administrée trop tardivement. La couverture RRO (2e dose) a progressé considérablement mais doit encore être améliorée. La couverture hépatite B a progressé depuis 2002 mais reste très insuffisante (Résumé d'auteur).

Ganry, O., Bernin-Mereau, A. S., Gignon, M., Merlin-Brochard, J. et Schmit, J. L. (2013). "Human papillomavirus vaccines in Picardy, France: coverage and correlation with socioeconomic factors." Rev Epidemiol Sante Publique **61**(5): 447-454.

BACKGROUND: In France, the human papillomavirus vaccine is routinely recommended for 14-year-old females and a "catch-up" vaccination should be offered to female adolescents who are between 15 and 23 years of age. Currently, few studies are available on the coverage rates in France. The aim of this study was to evaluate the coverage of the human papillomavirus vaccine and compliance with the vaccination scheme in Picardy, between 2009 and 2010, and to analyze the socioeconomic factors possibly influencing this coverage. **METHODS:** We selected a female population that was affiliated with the national health insurance organization, living in the Picardy region of France, and aged between 14 and 23 years on 31st December 2010. **RESULTS:** The coverage rate in the study population with at least one dose of vaccine was 16.8%. A complete vaccination scheme (three doses) was observed in less than 38.9% of them, so only 6.5% of this population had received the complete vaccination. Higher rates of coverage and compliance were observed in girls 14 years of age (65.5%) and if the prescriber was a gynecologist or pediatrician (respectively, 44.7% and 48.1%). There is a negative correlation between coverage and compliance and the percentage of single-parent families and immigrant families by canton area of Picardy. The economic cost of an inappropriate scheme was 1.3 million euros for Picardy in 2009. **CONCLUSION:** Coverage and compliance rates of human papillomavirus vaccines in Picardy appear to be low. This study suggests that health authorities in Picardy should provide communication and action campaigns to improve these results.

Gautier, A., Jestin, C. et Chemlal, K. (2017). "Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(Hors série): 21-27.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE rR0x9Cps. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : depuis la pandémie de grippe A (H1N1) de 2009, les réticences vis-à-vis de la vaccination sont largement discutées, tant au niveau national qu'au niveau international. Il est nécessaire de suivre à intervalles réguliers l'adhésion de la population à la vaccination et les réticences vis-à-vis de certaines vaccinations. Méthodes : le Baromètre santé 2016 est une enquête aléatoire réalisée par téléphone, entre janvier et août 2016, auprès de 15 216 personnes âgées de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine. Les résultats présentés dans cet article concernent les 14 875 personnes de âgées de 18 à 75 ans. Résultats : en 2016, 75,1% des personnes interrogées ont déclaré être favorables à la vaccination en général. L'adhésion a augmenté de manière importante par rapport à 2010 (61,2%) mais a diminué par rapport à 2014 (78,8%). La vaccination contre la grippe saisonnière est celle qui recueille le plus d'opinions défavorables en 2016 (15,4%), devant la vaccination contre l'hépatite B (13,0%) et la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) (5,8%). Les vaccins concernant les nourrissons suscitent peu de réticences. Le profil des personnes défavorables à la vaccination est différent selon la nature des vaccinations. Les réticences vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière s'expriment davantage chez les 25-44 ans, mais moins parmi les plus diplômés. Les profils des personnes défavorables aux vaccinations contre l'hépatite B et contre les HPV sont très proches : ce sont principalement des personnes disposant de revenus et de diplômes élevés, les personnes âgées de 45-54 ans et les femmes. Conclusion : les résultats de cette enquête montrent que l'adhésion à la vaccination est un phénomène complexe mettant en jeu plusieurs déterminants sociodémographiques à prendre en compte pour lever les réticences et redonner confiance dans la vaccination.

Gautier, A., Jestin, C. et Verger, P. (2017). "Sources d'information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(Hors série): 28-35.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE r9R0xFGG. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : dans le contexte d'un débat sur l'extension des vaccinations obligatoires pour les nourrissons, il est important d'explorer les sources d'informations, opinions, pratiques et attitudes des parents quant à la vaccination de leur (s) enfant (s), qui seront les premiers concernés par cette mesure. Méthodes : le Baromètre santé 2016, enquête aléatoire réalisée par téléphone, a interrogé 3 938 parents d'enfants âgés de 1 à 15 ans sur leurs opinions et pratiques de la vaccination vis-à-vis de deux maladies : la rougeole et l'hépatite B. Résultats : la majorité des parents déclarent s'informer auprès d'un médecin pour obtenir des informations sur les vaccinations (81,3%) ; 37,4% font des recherches sur Internet. Trois parents sur cinq considèrent que l'hépatite B et la rougeole sont des maladies fréquentes ; pour quatre parents sur cinq leurs vaccins sont efficaces. L'hépatite B est plus souvent perçue comme grave (93,7%) que la rougeole (68,4%) ; 56,3% des parents pensent que le vaccin contre l'hépatite B peut provoquer des effets indésirables graves, alors qu'ils sont 38,4% à le penser pour le vaccin contre la rougeole. Les opinions des parents vis-à-vis de ces deux vaccins sont très liées à la réalisation des vaccinations chez leur (s) enfant (s). En 2016, la proportion de parents déclarant avoir fait vacciner tous leurs enfants a augmenté depuis 2010 pour la vaccination ROR (91,3% vs 89,4%, $p < 0,05$) comme pour la vaccination contre l'hépatite B (44,8% vs 29,4%, $p < 0,001$). Si la vaccination DTP n'était plus obligatoire, 86,4% des parents feraient vacciner leur enfant, tandis que 12,8% ne le feraient "probablement ou certainement pas". Les personnes disposant des revenus les plus bas seraient proportionnellement plus nombreuses à ne pas la faire (14,3%), de même que celles se tournant uniquement vers Internet pour la recherche d'information sur la vaccination (21,2%). Conclusion : les résultats confirment le rôle majeur des médecins dans l'information des parents pour la vaccination de leurs enfants. La recherche d'information via Internet est associée à une moindre pratique des vaccinations, ce qui nécessite de renforcer l'information sur l'intérêt des vaccins et de la rendre accessible, particulièrement aux parents les moins favorisés ; ces derniers seraient moins enclins à faire vacciner leurs enfants si la vaccination DTP n'était plus obligatoire. Le site Internet Vaccination Info Service a été créé dans cet objectif.

Guthmann, J. P., Fonteneau, L., Desplanques, L. et Levy-Bruhl, D. (2010). "[BCG vaccination coverage in children born after the end of compulsory BCG vaccination and followed in maternal and child health clinics in France: a national survey 2009]." *Arch Pediatr* **17**(9): 1281-1287.

OBJECTIVES: Compulsory BCG vaccination was replaced in July 2007 by a strong recommendation to vaccinate children at high risk of tuberculosis. We measured BCG vaccination coverage (VC) in children for whom BCG is recommended, who were born after the end of compulsory BCG vaccination and are usually followed at Maternal and Child Health Clinics (MCHC). METHODS: National sampling survey stratified by region and age group. Sample size was calculated in order to perform a separate analysis in Ile-de-France, region which has a specific vaccination policy and the highest tuberculosis incidence in mainland France. Children were selected through 2-stage random sampling in IDF and 3-stage random sampling outside IDF. They were recruited at the MCHC during the consultation where information was collected by the doctor through a structured

questionnaire. RESULTS: BCG-VC was 89.8% (81.4-94.7) in IDF and 61.7% (53.8-69.0) outside IDF. In IDF, VC in children who had other criteria than solely residing in IDF was 92.4%. Outside IDF, children were on average vaccinated later than in IDF (i.e.: VC at the age of 3 months in children aged 2-12 months: 84% in IDF, 42% outside IDF). In both zones, children aged 2-12 months were vaccinated earlier compared to those aged >12 months. CONCLUSIONS: VC are high in children followed at MCHC in IDF, but can still be improved. They are insufficient in those followed at MCHC outside IDF where children are vaccinated too late. Efforts aimed at improving the dissemination of BCG vaccination recommendations and a better training of doctors in performing intradermal BCG vaccination could facilitate the implementation of this new BCG vaccination policy.

Guthmann, J. P., Che, D., Levy-Bruhl, D., Fonteneau, L. et Antoine, D. (2012). "Impact épidémiologique de la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG et mesure de la couverture vaccinale." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(24-25): 288-291.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-24-25-2012>

[BDSP. Notice produite par InVS 8mAR0x8q. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction. Le vaccin BCG par multipuncture a été retiré du commerce en 2006 et l'obligation vaccinale a été remplacée, en 2007, par une recommandation forte de vaccination des enfants à risque. L'Institut de veille sanitaire est chargé de suivre l'impact de cette décision sur l'épidémiologie de la tuberculose et sur les niveaux de couverture vaccinale (CV) des enfants à risque. Méthode. Les données de la déclaration obligatoire de la maladie en 2010 concernaient les enfants nés depuis 2006. Nous avons analysé les données de vente de vaccins, celles issues des certificats de santé de l'enfant et les données issues d'enquêtes de CV par sondage. Résultats. Le nombre de cas de tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans, en 2010, est stable par rapport à la période 2000-2005. Le nombre de cas a augmenté hors Île-de-France (IdF), où la part des sujets vaccinés parmi les cas diminue. Le nombre de formes graves reste très faible. Les ventes de vaccins sont très inférieures à celles observées en 2005, stables depuis 2007 en dehors de l'IdF, alors qu'elles sont en lente progression en IdF depuis 2008. Les données provisoires des certificats de santé montrent que 79 % des enfants âgés de 9 mois d'IdF nés en 2010 avaient été vaccinés par le BCG. Hors IdF, les études montrent des niveaux de CV parmi les enfants à risque très insuffisants (32 % parmi les enfants vus en médecine générale ; 62 % en PMI). Conclusion. Les données ne montrent pas d'impact des nouvelles modalités de vaccination au-delà de ce qui était attendu. Cependant, les niveaux de CV des enfants à risque sont insuffisants et impliquent de renforcer l'information sur les nouvelles modalités vaccinales. (R.A.).

Guthmann, J. P., Fonteneau, L., Antoine, D., Cohen, R., Levy-Bruhl, D. et Che, D. (2009). "Couverture vaccinale BCG et épidémiologie de la tuberculose chez l'enfant : où en est-on un an après la levée de l'obligation vaccinale en France ?" Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(12-13): 113-116.

[BDSP. Notice produite par InVS 9R0xIF9B. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - L'obligation de vacciner tous les enfants par le BCG a été remplacée en juillet 2007 par une recommandation forte chez les enfants à risque de tuberculose. Nous présentons les premières données de couverture vaccinale (CV) BCG et les données épidémiologiques concernant la tuberculose de l'enfant permettant de juger de l'impact des nouvelles modalités de vaccination. Méthodes - La CV BCG a été estimée d'une part à partir d'une enquête (février-mars 2008) chez les nourrissons suivis en médecine libérale, d'autre part à partir des données de ventes de BCG (2005-2007). Les données épidémiologiques sur la tuberculose sont issues de la déclaration obligatoire. Résultats - La CV des nourrissons suivis

en secteur libéral, nés après la levée de l'obligation vaccinale et présentant au moins un critère de vaccination par le BCG, était de 58% (68% en Île-de-France, 48% hors Île-de-France). Les données de ventes de BCG montraient que la CV en Île-de-France avait baissé globalement de 37% entre 2005 et 2007. Chez les enfants de moins de deux ans, le nombre de cas de tuberculose est resté stable en Île-de-France/Guyane entre 2006 et 2007 et a augmenté en dehors de ces régions. Parmi les 83 cas de 2007, 46 présentaient au moins un critère d'éligibilité vaccinale (55,4%), dont 21 étaient vaccinés (45,7%). Un seul cas de méningite tuberculeuse a été recensé en 2007 chez un enfant de moins de 5 ans. Conclusions - Un an après la levée de l'obligation vaccinale, les couvertures vaccinales BCG sont insuffisantes, même si la surveillance ne semble pas montrer pour l'instant un impact sur le nombre de cas de tuberculose de l'enfant. Un renforcement de la communication auprès des médecins vaccinateurs apparaît prioritaire. (R.A.).

Guthmann, J. P. et Levy-Bruhl, D. (2017). "Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(7): 116-126.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/7/>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE 87R0xFI9. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : la France, où la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose ont considérablement baissé, est considérée comme un pays de faible endémie. La vaccination BCG de l'enfant constitue l'un des moyens de prévention contre la maladie. En 2006, le vaccin par multipuncture a été remplacé par le BCG intradermique et, en 2007, l'obligation vaccinale a été remplacée par une recommandation de vaccination des enfants les plus exposés à la tuberculose. Nous présentons les données sur les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2015, en faisant un focus sur les enfants nés après 2006 afin de juger de l'impact des modifications des modalités vaccinales sur l'incidence de la tuberculose de l'enfant. Résultats : le nombre de cas de tuberculose maladie déclaré en France en 2015 était de 4 741, dont 3 422 cas avec une localisation pulmonaire, soit des taux de 7,1 cas pour 105 habitants et de 5,1/105 pour les formes pulmonaires. Les enfants de moins de 5 ans représentaient 2,5% des cas déclarés (n=121), soit un taux de déclaration de 3,1/105. Les taux de déclaration de la maladie les plus élevés étaient observés dans trois régions (Mayotte : 25,9/105, Guyane : 18,3/105 et Île-de-France : 14,5/105), ainsi que chez certaines populations spécifiques : personnes sans domicile fixe (166,8/105), personnes incarcérées (91,3/105) et personnes nées à l'étranger (35,1/105). Le nombre annuel de cas de tuberculose maladie chez les enfants nés après 2006 diminuait en Île-de-France et augmentait en France métropolitaine hors Île-de-France. Le nombre de cas de tuberculoses sévères chez les enfants nés après 2006 était en moyenne de 2,2 méningites et de 1,3 miliaire par an entre 2007 et 2015. Conclusion : ces données montrent une poursuite de la baisse du nombre de cas de tuberculose déclarés en France. Les données chez l'enfant n'indiquent pas d'impact des nouvelles modalités de vaccination par le BCG au-delà de ce qui était attendu. Il convient cependant de continuer à suivre attentivement l'évolution de l'incidence de la tuberculose, notamment dans les nouvelles générations d'enfants, surtout dans la situation d'inquiétude actuelle provoquée par les incertitudes concernant l'approvisionnement en vaccin BCG.

Guthmann, J. P., Levy-Bruhl, D., Urcun, J. M., Guignon, N., Ben Boutieb, M., Ragot, M., Vilain, A., Collet, M. et Fonteneau, L. (2015). "Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant en France en 2014 : progrès très importants chez le nourrisson, stagnation chez l'adolescent." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(26-27): 499-504.

http://www.invs.sante.fr/beh/2015/26-27/2015_26-27_4.html

[BDSP. Notice produite par InVS BDFHR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. En France, la vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) est recommandée chez tous les nourrissons, avec un schéma à trois doses. Les couvertures vaccinales (CV) nationales sont estimées à l'âge de 6 mois à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), à l'âge de 24 mois à partir des certificats de santé de l'enfant, et chez l'enfant plus âgé et l'adolescent par le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire. Ces différents dispositifs de collecte des données vaccinales font intervenir de multiples partenaires. Nous présentons les CV estimées à partir de ces différentes sources depuis 2004, année pour laquelle les CV à 24 mois ne dépassaient pas 30%. Au total, 92,1% des enfants âgés de 6 mois nés en 2014 avaient débuté une vaccination contre l'hépatite B, comparé à 24,6% pour les enfants nés en 2004. Cette très forte progression s'observait surtout à partir de 2008, où la CV doublait. À l'âge de 24 mois, la CV pour trois doses était de 81,5% en 2013 et suivait la même dynamique. Cette même année, une CV trois doses supérieure à 80% était observée dans 55% des départements, contre 2% en 2008. L'absence de données exploitables dans 18 départements n'a permis de réaliser des estimations régionales que dans 16 (61%) régions en 2013, un progrès par rapport à 2008 (10 (38%) régions). Au-delà de 24 mois, la couverture était de 50,9% à 6 ans (2013), de 45,8% à 11 ans (2008) et de 43,1% à 15 ans (2009). La CV hépatite B est en forte progression chez le nourrisson. Cette dynamique s'explique par l'admission au remboursement du vaccin hexavalent en 2008. Elle pourrait aussi refléter une meilleure acceptabilité de cette vaccination par la population et les professionnels de santé. La couverture reste très insuffisante chez le grand enfant et l'adolescent, chez lesquels les actions de rattrapage doivent être renforcées.

Humez, M., Perrey, C., Jestin, C. et Le Lay, E. (2017). "Obligation vaccinale : résultats d'une étude qualitative sur les connaissances et perceptions de la population générale en France. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(Hors série): 12-20.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE 8jAsER0x. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : une baisse de confiance vis-à-vis de la vaccination est observée depuis plusieurs années en France. Parmi les raisons invoquées figure la coexistence, dans le calendrier vaccinal, de vaccinations obligatoires et de vaccinations recommandées. Dans le cadre de la concertation citoyenne sur la vaccination, une enquête qualitative a été menée par Santé publique France sur les connaissances et attitudes de la population générale à l'égard des vaccinations. L'objectif de notre analyse porte sur le niveau de connaissance, la perception et les attentes de la population générale concernant la coexistence entre des vaccinations obligatoires et des vaccinations recommandées. Méthodes : il s'agit d'une étude qualitative par entretiens de groupe de type semi-directif. Les personnes incluses dans l'étude ont été sélectionnées dans la population générale en France par la méthode des quotas, en fonction de caractéristiques sociodémographiques ou socioculturelles. Douze groupes, composés chacun d'une dizaine de personnes, ont été constitués et réunis chacun une fois entre le 28 avril et le 12 mai 2016 en France métropolitaine. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. Résultats : l'analyse des entretiens montre un faible niveau de connaissance générale des vaccinations. Le caractère recommandé d'un vaccin lui confère une dimension facultative, avec une remise en question en termes d'utilité, d'efficacité et d'innocuité. Le caractère obligatoire d'une vaccination semble avoir un effet positif sur sa perception. Conclusions : cette étude montre qu'une majorité de personnes

n'est pas opposée par principe à l'obligation vaccinale et n'envisage pas favorablement la suppression de cette obligation pour certaines vaccinations. Elle apporte des éléments de compréhension utiles pour orienter les politiques publiques.

Le Marechal, M., Pulcini, C., Verger, P. et Agrinier, N. (2017). "Quelles mesures sont perçues comme utiles par les médecins généralistes français pour améliorer leurs pratiques vaccinales ? Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(Hors série): 36-40.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE R0xlpGDr. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : en France, les couvertures vaccinales restent sub-optimales pour certains vaccins. L'objectif était d'identifier les mesures perçues comme utiles par les médecins généralistes (MG) pour améliorer leur pratique vaccinale quotidienne. Méthodes : en 2014, une enquête transversale par questionnaire sur la vaccination a été menée auprès d'un échantillon national représentatif de 1 582 MG français. Résultats : les MG ont très majoritairement considéré comme utiles les campagnes d'information grand public sur les vaccins (81%), ainsi que les argumentaires sur les bénéfices et les risques de chaque vaccin élaborés à leur intention (79%) ou à celle de leurs patients (78%). Une majorité (61%) accepterait de déléguer l'administration autonome de vaccins à un (e) infirmier (e). Conclusion : ces données confortent certaines des propositions faites dans des rapports récents au plan national (Programme d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, Rapport Hurel, Rapport de la concertation citoyenne).

Levy Bruhl, D. (2017). "Pourquoi des couvertures vaccinales très élevées chez le nourrisson sont-elles nécessaires ? Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(Hors série): 6-11.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE R0xDJJ8F. Diffusion soumise à autorisation]. En France, les couvertures vaccinales du nourrisson sont très élevées pour les vaccins obligatoires ou ceux administrés conjointement dans la première année de vie. En revanche, elles sont insuffisantes pour les vaccins uniquement recommandés et administrés dans la seconde année de vie. L'analyse épidémiologique montre combien il est important de maintenir les niveaux très élevés de couverture obtenus pour les premiers et d'améliorer la couverture vaccinale pour les seconds.

Limousi, F., Lydie, N., Jestin, C., Nugier, A., Cogordan, C. et Gautier, A. (2015). "Les réticences des parents face à la vaccination contre l'hépatite B en France : une enquête en ligne auprès de 5 922 parents, 2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(26-27): 485-491.

http://www.invs.sante.fr/beh/2015/26-27/2015_26-27_2.html

[BDSP. Notice produite par InVS AAGR0xEA. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif était de décrire les attitudes et déterminants psychosociaux de la vaccination contre l'hépatite B chez les parents d'enfants de 1 à 16 ans. Une enquête en ligne à mesures répétées sur échantillons indépendants a été mise en place de 2012 à 2014, dans l'objectif de suivre des indicateurs de santé en population générale ainsi que leurs déterminants psychosociaux. Les

parents d'au moins un enfant de 1 à 16 ans ont été interrogés sur le statut vaccinal de chacun de leurs enfants. Les parents déclarant au moins un enfant non vacciné ont été classés en fonction de leurs réponses à l'ensemble des items explorant les attitudes et déterminants psychosociaux de la vaccination grâce à une analyse en composantes principales suivie d'une classification hiérarchique ascendante. Parmi les 5 922 parents interrogés, 42,4% ont déclaré que tous leurs enfants étaient vaccinés contre l'hépatite B, 31,3% qu'au moins l'un d'entre eux n'était pas vacciné et 26,4% n'étaient pas certains de la vaccination de tous leurs enfants. Parmi ceux ayant au moins un enfant non vacciné, trois profils ont été identifiés : 46,8% étaient méfiants vis-à-vis de la vaccination, 36,0%, y étaient opposés et 17,2%, étaient plutôt compliants. Cette étude a permis d'identifier différents profils de parents auprès desquels il est nécessaire d'adapter les interventions sur la vaccination des enfants contre l'hépatite B.

Lozat, R. (2017). "Point de vue. 50 000 médecins généralistes en première ligne. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(Hors série): 4-5.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE kGR0xtAp. Diffusion soumise à autorisation].

Pour aller plus loin

- Site de la Société française de santé publique (SFSP)

[La santé des enfants](#). Octobre 2018

- Site de Cofemer

[Les échelles de santé chez les enfants et les adolescents](#). 2017

- Santé publique France

[La santé à l'école](#). 2014

- Ministère chargé de la santé

- Rubrique « [Affaires sociales](#) » : dossiers sur les familles monoparentales, la protection de l'enfance, l'accueil du jeune enfant
- Rubrique « [Prévention en santé](#) » : la santé de l'enfant, périnatalité
- [Enquêtes sur la santé des enfants scolarisés](#)

- Ministère chargé de l'éducation

[Enquêtes relatives à la santé des élèves](#)

Voir aussi la rubrique « *Enquêtes* » de cette bibliographie.