

# La SANTÉ des ENFANTS

## de 0 à 12 ans

### en Bretagne



Tableau  
de Bord

Septembre 2022

## Contexte

Les inégalités sociales de santé apparaissent dès la petite enfance et peuvent avoir un impact tout au long de la vie<sup>1</sup>. Dès le plus jeune âge, surpoids et obésité, caries dentaires, troubles du langage, exposition excessive aux écrans ou consommation d'aliments gras et de boissons sucrées, sont plus fréquemment observés au sein des milieux les moins favorisés. Ce constat confirme la nécessité de mobiliser les acteurs de la promotion de la santé et d'organiser un suivi de qualité des enfants aux âges clés.

Ces inégalités de santé chez les enfants, marquées par un gradient social, ne sont pas une fatalité comme le souligne le rapport de l'IGAS<sup>2</sup>. Même s'il n'est pas toujours facile d'agir sur les différents déterminants en cause, du fait de la multiplicité des facteurs (socio-économiques, environnementaux, liés aux comportements individuels) et de leurs interactions complexes, il est possible de les réduire. La période de la petite enfance est une importante fenêtre d'opportunité car les actions menées de manière précoce permettent d'agir sur les racines des inégalités de santé pour obtenir des effets tout au long de la vie. À titre d'exemple, on peut citer les programmes menés à l'école en matière de développement des compétences psychosociales<sup>3</sup> qui ont fait leurs preuves.

Une étude de l'OCDE<sup>4</sup> a par ailleurs montré que, malgré des investissements élevés en direction de la petite enfance et de l'enfance, la France présente des résultats moyens pour quatre des six dimensions mesurant le bien-être des enfants :

<sup>1</sup> [Cour des comptes, Rapport public annuel 2012, La politique de périnatalité - Avis du CESE \(Conseil économique, social et environnemental\).](#)

<sup>2</sup> Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Mai 2011, 204 p. <https://www.vie-publique.fr/rapport/32071-les-inegalites-sociales-de-sante-dans-lenfance-sante-physique-sante>

<sup>3</sup> Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement.

<sup>4</sup> [Assurer le bien-être des enfants - Comparaison du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE - OCDE - 2009.](#)

logement et environnement, bien-être éducationnel (mesurant les écarts entre individus), santé et sécurité (santé périnatale, couverture vaccinale, pratique d'activité physique) et comportements à risque. Elle est en-dessous de la moyenne pour la dimension qualité de la vie scolaire, et au-dessus pour le bien-être matériel des enfants.

En Bretagne, le Projet Régional de Santé (PRS 2018-2022) identifie une priorité relative à la santé des enfants et des jeunes. Si pour la population des jeunes, les données de santé sont nombreuses et partagées, pour les enfants, des données existent, mais elles sont éparpillées, partiellement exploitées et exploitables. Elles ne permettent pas d'appréhender l'état de santé des enfants.

Enfin, il convient de souligner que la stratégie nationale des 1 000 premiers jours, ainsi que la stratégie de lutte contre la pauvreté, mettent en exergue l'importance d'agir dès la petite enfance.

Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne (ARS) a sollicité l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (ORS) pour réaliser un travail de synthèse sur l'état de santé des enfants âgés de 0 à 12 ans dans la région à partir des données existantes.



## Quels objectifs pour cette synthèse ?

- Clarifier les connaissances disponibles concernant l'état de santé des enfants âgés de 0 à 12 ans dans la région Bretagne, les mettre en perspective avec le niveau national, afin de permettre de prioriser des actions régionales en faveur des enfants.

- Appréhender les inégalités territoriales pour adapter les actions.

Le présent document rassemble les données actuellement disponibles et exploitables sur différentes problématiques relatives à la santé des enfants âgés de 0 à 12 ans. Il a vocation à être mis à jour à la fin du PRS et pourra être enrichi afin de répondre de manière optimale aux besoins des professionnels concernés en matière de prévention et de soins.

Ce travail repose sur la collecte, l'analyse et la synthèse des données existantes sur l'état de santé des enfants et ses déterminants en Bretagne. La population ciblée est celle des enfants de 0 à 12 ans. Cette tranche d'âge correspond approximativement à la période qui s'étend de la naissance jusqu'à l'entrée au collège. Dans la mesure du possible, le choix a été fait de distinguer différentes classes d'âge : moins de 3 ans, maternelle (3 à 5 ans), primaire (6 à 10 ans), début du collège (11 à 12 ans). Tous les indicateurs ne sont pas disponibles pour l'ensemble de ces tranches d'âge et sont présentés souvent par tranches quinquennales, pouvant aller jusqu'à 14 ans selon les thématiques.

Pour aborder les disparités, les données, quand cela était possible, ont été déclinées par territoire (département, EPCI).

L'approche développée est quantitative et ne peut aborder que les thématiques pour lesquelles des systèmes d'information statistique permettent une observation chiffrée.

Ce travail mené avec l'appui de l'ARS, et des acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge des enfants (Conseils départementaux, Éducation nationale, Cellule Bretagne de Santé publique France) s'est appuyé sur une étape initiale de validation conjointe des indicateurs de santé qui sont présentés dans ce rapport.

## SOURCES DE DONNÉES

Données socio-démographiques et économiques - **Insee**.  
 Modes de vie des enfants - **Drees, enquête PMI**.  
 Données relatives à la scolarisation - **Rectorat de l'Académie de Rennes ; Ministère de l'Éducation nationale**.  
 Données relatives à la protection de l'enfance - **Drees, Enquête Aide sociale ; Ministère de la Justice**.  
 Données de l'**Observatoire des morts inattendues du nourrisson (OMIN)**  
 Causes médicales de décès - **Inserm CépiDc**.  
 Incidence des affections de longue durée - **ALD - (Cnam/MSA/RSI)**.  
 Séjours en établissement de santé de médecine-chirurgie-obstétrique - **PMSI MCO, ATIH**.  
 Remboursements de l'assurance maladie - **SNDS**.  
 Bénéficiaires de l'allocation éducation enfant handicapé - **Cnaf, CCMSA**.  
 Bilans de santé à 3-4 ans en maternelle - **Enquête conjointe Elfe-PMI**.  
 Couverture vaccinale - **Santé publique France**.  
 Densités de professionnels de santé libéraux - **Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)**.

<b>Contexte</b>	<b>1</b>
<b>Méthodologie et sources de données</b>	<b>2</b>
<b>Synthèse</b>	<b>3</b>
<b>Chiffres-clés</b>	<b>5</b>
<b>Le contexte socio-démographique et économique</b>	<b>6</b>
Caractéristiques démographiques	6
Conditions de vie des familles	8
Modes de vie des enfants	10
Enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE)	12
<b>L'état de santé des jeunes enfants</b>	<b>13</b>
Principales causes de décès	13
Ce que nous apprennent les données de l'Observatoire des morts inattendues du nourrisson (OMIN)	14
Motifs d'hospitalisation	16
Motifs des nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD)	19
Ce que nous apprennent les bilans de santé des enfants scolarisés	20
Troubles neuro-développementaux	22
Couverture vaccinale	23
Pathologies liées à l'environnement	25
<b>Les enfants en situation de handicap</b>	<b>27</b>
Bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	27
Scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté	28
<b>Le recours aux soins et densités de professionnels de santé</b>	<b>30</b>
Recours aux médecins généralistes libéraux	31
Recours aux pédiatres libéraux	32
Recours aux ophtalmologues libéraux	33
Recours aux dentistes libéraux	34
Recours aux médecins spécialistes d'oto-rhino-laryngologie (ORL) libéraux	36
Recours aux orthophonistes libéraux	37
Recours aux pédopsychiatres libéraux	37





## Que retenir de l'état des lieux ?

### Dans la région, la population jeune est inégalement répartie

En 2017, plus de 32 000 bébés sont nés en Bretagne. Le nombre de femmes en âge de procréer diminue et la fécondité des bretonnes se réduit.

Plus de 500 000 enfants sont âgés de 0 à 12 ans en 2016. Cette classe d'âge représente 15,2 % de la population bretonne totale, elle est plus importante en Ille-et-Vilaine, avec une surreprésentation au nord et au sud de Rennes Métropole, et plus faible dans les territoires situés dans la moitié ouest de la région. Cette part devrait continuer à diminuer jusqu'en 2030, surtout dans le département du Morbihan.

### Les indicateurs sociaux sont globalement favorables en Bretagne...

Près de 9 enfants sur 10 (86 %) vivent avec un couple parental et 14 % avec un seul parent. Cette proportion régionale d'enfants vivant dans une famille monoparentale est inférieure à la moyenne de France métropolitaine (17 %). Au cours de la dernière décennie, le nombre de familles monoparentales a augmenté, dans la région plus rapidement qu'en France.

La Bretagne figure parmi les régions les moins confrontées aux difficultés sociales. Elle présente un taux de familles avec enfant(s) dans lesquelles aucun des parents n'est en emploi qui se situe 4 points en-dessous de la moyenne nationale.

### ... mais il existe des facteurs de vulnérabilités sociales et territoriales

Les familles monoparentales, composées le plus souvent d'une mère, vivent dans des conditions économiques et sociales plus fragiles que les couples avec enfants. En 2015 dans la région, près de 30 % des familles monoparentales vivaient sous le seuil de pauvreté.

Certaines situations familiales difficiles nécessitent la mise en place de mesures de protection spécifique des enfants : environ 2 700 enfants de moins de 11 ans ont été pris en charge au titre de la protection de l'enfance fin 2018.

Si les indicateurs de précarité montrent peu d'inégalités socio-économiques entre les départements, il existe des zones de précarité au sein même de chaque département.

Les communautés d'agglomération de Brest, Lorient et Rennes sont les plus marquées par des indicateurs de vulnérabilité sociale (monoparentalité, parents sans emploi). La vigilance doit être maintenue dans ces territoires qui masquent des inégalités infra-territoriales.

### Le contexte régional est favorable à la réussite scolaire, mais des disparités locales demeurent

36 % des enfants de moins de 3 ans vont à l'école : cette proportion est deux fois plus élevée qu'au niveau national. Le retard scolaire à l'entrée en classe de 6<sup>e</sup> est légèrement inférieur à celui de France métropolitaine à la rentrée 2019. Si globalement, le contexte régional est favorable, des territoires infrarégionaux méritent une attention particulière.

À la rentrée 2018, environ 9 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire dans les écoles de la région (maternelles et élémentaires). Cet effectif a fortement progressé depuis la loi de février 2005 accordant la priorité à la scolarisation en milieu ordinaire.

En 2018, 6 300 enfants bénéficient de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

### Les cancers et les conséquences des accidents constituent des enjeux de santé majeurs

Les enfants bretons âgés de moins de 13 ans sont dans leur très grande majorité en bonne santé. Les décès à cet âge sont rares, et ils sont aussi en partie évitables.

**Chez les moins de 1 an** : les causes de décès et d'hospitalisation sont essentiellement dues aux affections périnatales.

**Entre 1 et 4 ans**, les causes de décès les plus fréquentes concernent les accidents de la vie courante et les tumeurs. Les motifs d'hospitalisation en court séjour se concentrent quant à eux sur les maladies de l'appareil respiratoire et la sphère ORL.

**Entre 5 et 14 ans**, les accidents de la vie courante et les cancers constituent les deux principales causes de décès. Les hospitalisations sont liées principalement aux maladies respiratoires entre 5 et 9 ans et aux extractions dentaires et accidents de la vie courante chez les 10-14 ans.

### La santé mentale a un poids important dans la morbidité

Certains enfants sont atteints d'une maladie chronique : environ 2 200 enfants de moins de 15 ans sont admis chaque année en Affection de longue durée (ALD). Par rapport à la moyenne nationale, la situation en Bretagne apparaît globalement proche, si l'on considère le taux régional de nouvelles admissions en ALD. Parmi ces enfants, 850 sont admis en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 530 âgés de 10 à 14 ans sont hospitalisés en court séjour pour ce même motif. Par ailleurs, un nombre non négligeable d'hospitalisations sont liées à une tentative de suicide : 296 enfants de 10 à 14 ans de la région sont concernés en 2018, parmi lesquels 86 % d'entre eux sont des jeunes filles. Moins de cinq décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année chez les 10-14 ans, mais la région présente toutefois dès cette classe d'âge une surmortalité par suicide par rapport à la France métropolitaine.



### **Surpoids et obésité : la situation est relativement favorable en région, mais il est nécessaire d'en suivre l'évolution**

Les situations de surcharge pondérale concernent, selon les bilans de PMI réalisés à l'âge de 3-4 ans, 9 % des enfants de la région : 7,7 % sont en surpoids et 1,2 % sont obèses. Les données disponibles témoignent d'une situation régionale plus favorable qu'au plan national chez les enfants, mais il est important de suivre les données dans le temps. Les déterminants en lien avec la nutrition et l'activité physique sont peu documentés faute d'indicateurs régionaux disponibles qui nécessiteraient d'être développés.

Les données recueillies par les personnels de santé de l'Éducation nationale, notamment lors de l'enquête nationale menée auprès des élèves à l'occasion du bilan de santé de la sixième année, devraient permettre d'enrichir ce constat.

### **Aux enjeux majeurs identifiés en termes d'état de santé, s'ajoutent différentes problématiques de nature variée**

Il s'agit notamment de la prévalence de l'asthme, avec plus de 30 000 enfants de moins de 15 ans ayant recours à un traitement antiasthmatique régulier, et des troubles des apprentissages qui concerneraient 5 à 6 % des enfants selon l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Selon les bilans de santé à 3-4 ans réalisés par les PMI, 3,4 % des enfants ont un retard de langage.

### **La couverture vaccinale tend globalement à progresser, mais reste insuffisante**

Les couvertures vaccinales DTP, Haemophilus influenzae de type B, hépatite B et pneumocoque sont élevées ( $\geq 90\%$ ). Cependant, les couvertures vaccinales contre les pneumocoques, le méningocoque et le ROR doivent être améliorées afin d'atteindre ou de dépasser le seuil de 95 % qui est atteint pour le DTP et Haemophilus influenzae de type B.

### **Le recours aux soins est différencié selon les territoires pour certains professionnels de santé libéraux**

Les données de remboursements de l'Assurance maladie montrent un recours différencié aux professionnels de santé libéraux selon les territoires, qui s'explique en partie par l'offre de soins. La part prise par les médecins généralistes dans le suivi de la santé des enfants est importante, près de 9 enfants sur 10 âgés de 0 à 12 ans ayant consulté dans l'année. Le recours aux pédiatres libéraux est moins élevé là où le recours aux médecins généralistes est plus important.

Le recours aux dentistes libéraux montre moins de disparités territoriales, entre 3 et 4 enfants sur 10 ayant consulté dans l'année. La Cnam a développé des programmes de prévention spécifiques en direction des enfants. Le plus important porte sur la santé bucco-dentaire et s'intitule : « M'T dents ». En 2018, en Bretagne, la participation au programme M'T dents est plus élevée qu'au plan national. Les bilans de santé réalisés à 3-4 ans par les PMI mettent également en évidence un état de santé bucco-dentaire plus favorable dans la région qu'au niveau national : 5,4 % des enfants bretons présentent au moins une dent cariée non soignée (7,4 % en France).

Enfin, la part des enfants ayant consulté au moins une fois dans l'année un ophtalmologue, un ORL ou un orthophoniste libéral peut varier du simple au double selon les territoires.

### **De nombreuses sources de données existent sur la santé des enfants mais leur exploitation présente des limites**

Plusieurs bases de données ont été analysées. Elles permettent d'appréhender la santé des jeunes enfants dans son ensemble à l'échelle de la région.

Les données de mortalité et de morbidité ont été exploitées et analysées uniquement à une échelle régionale en raison des effectifs observés. Les données de l'Assurance maladie offrent une vision du recours aux soins des praticiens libéraux à l'échelon infra-régional.

Par ailleurs de nombreux indicateurs ne sont pas exploités faute de données suffisantes.

Les bilans de santé des 5-6 ans de l'Éducation nationale permettent de disposer de données précieuses sur les pathologies identifiées lors du bilan de santé (vision, audition, vaccination, santé bucco-dentaire, surpoids, obésité, trouble du langage). Ils nécessitent d'être encore plus exhaustifs et homogénéisés.

Concernant les bilans réalisés à 3-4 ans par les PMI, l'optimisation du traitement informatique des dossiers devrait permettre de disposer d'un recueil de données harmonisées et fiables dans les prochaines années.

## Contexte socio-démographique et économique



**500 000** enfants âgés de 0 à 12 ans en Bretagne en 2016



**32 000** naissances en 2017



En baisse de 12,6 % entre 2011 et 2017



**14 %** des enfants vivent dans une famille monoparentale en 2016, en hausse

**1 enfant sur 10** vit dans

une famille sans emploi Taux très < au taux national en 2016 **9,7 % vs 13,8 %**

**6 300** enfants de moins de 12 ans bénéficiaires de l'AEEH<sup>1</sup> en 2018



Taux < au taux national

<sup>1</sup> Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

## Mortalité



**environ 160** décès par an en moyenne entre 2014 et 2016 chez les enfants de 0 à 14 ans dont **70 %** à moins de 1 an

10 morts inattendus du nourrisson en moyenne chaque année

1<sup>ère</sup> cause selon l'âge

Moins de 1 an Affections d'origine périnatale

Entre 1 à 14 ans Causes externes et tumeurs

## Recours aux soins

Près de **9/10** enfants



ont eu recours à un Médecin généraliste libéral au moins 1 fois en 2018

Près de **4/10** enfants



Chirurgien-dentiste libéral

**1/4** enfant



Ophthalmologue libéral

Près de **2/10** enfants



Pédiatre libéral

**1/10** enfant



Orthophoniste libéral

**1/10** enfant



ORL libéral

## Modes de vie des enfants et scolarisation

**2 700** enfants de moins de 11 ans pris en charge par l'ASE<sup>2</sup>



Une scolarisation à 2 ans **2 fois** plus importante en Bretagne qu'en France

**9 000** enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire dans les écoles de la région



en hausse soit **3,4 %** de l'ensemble des élèves, comme au niveau national



La moitié de ces élèves dispose d'une aide humaine individuelle

<sup>2</sup> Aide Sociale à l'Enfance

## Problèmes de santé



**41 000** enfants de 0 à 14 ans hospitalisés en court séjour en 2018

1<sup>ère</sup> cause selon l'âge

Moins de 1 an Affections d'origine périnatale

Entre 1 à 9 ans Maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes

Entre 10 à 14 ans Maladies de l'appareil digestif



**2 200** enfants de 0 à 14 ans admis chaque année en ALD<sup>3</sup> pour une maladie chronique

le + souvent pour une pathologie psychiatrique



Chez les enfants de 3-4 ans **7,7 %** en surpoids **1,2 %** obèses



**5 %** des enfants de 0 à 14 ans suivent un traitement anti-asthmatique régulier en 2018

<sup>3</sup> Affection de longue durée

## Couverture vaccinale

**>90%** des enfants

**<=90%** des enfants

Diptérie-tétanos-poliomyélite (DTP)  
Coqueluche  
Haemophilus influenzae de type b  
Pneumocoque  
Hépatite B

Rubéole-oreillons-rougeole (ROR)  
Méningocoque C



## CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

### Plus de 500 000 enfants sont âgés de 0 à 12 ans en Bretagne...

La région Bretagne compte en 2016 plus de 504 000 enfants âgés de 0 à 12 ans (figure 1), avec une légère prédominance de garçons (51,1 % vs 48,9 % de filles).

### ... et cette population est en légère diminution

L'effectif des enfants de 0 à 12 ans a légèrement diminué entre 2011 et 2016 en Bretagne (-0,2 %, vs +0,1 % au niveau national).

Les évolutions départementales sont hétérogènes : de -0,8 % dans le Finistère à +0,7 % en Ille-et-Vilaine.

### La part des enfants dans l'ensemble de la population est plus importante en Ille-et-Vilaine...

La classe d'âge des 0-12 ans représente 15,2 % de la population bretonne totale, vs 15,7 % en moyenne métropolitaine (figure 2). Cette proportion varie selon les départements, de 14,5 % dans le Finistère à 16,5 % en Ille-et-Vilaine.

### ... avec une surreprésentation qui est marquée au nord et au sud de Rennes Métropole

Les territoires situés à proximité de Rennes Métropole sont ceux dans lesquels la part des enfants de 0 à 12 ans dans la population totale est la plus importante (figure 3). Il s'agit des EPCI de Liffré-Cormier Communauté, Val d'Ille-Aubigné, Bretagne Romantique, Brocéliande, Vallons de Haute-Bretagne et Bretagne Porte de Loire. À l'opposé, un vaste territoire couvrant une partie des Côtes-d'Armor, du Morbihan et du Finistère présente les plus faibles proportions.

## DÉFINITION

Les **Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)** sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles des collectivités locales. Les métropoles, communautés d'agglomération et communautés de communes en sont les formes les plus courantes.

Le périmètre des EPCI est pertinent pour l'analyse des données puisque c'est à cette échelle que se prennent un certain nombre de décisions au niveau local.

### 1 Répartition des enfants de 0-12 ans par tranche d'âge en 2016 et évolution 2011-2016

	MOINS DE 3 ANS	3 À 5 ANS	6 À 10 ANS	11 À 12 ANS	TOTAL 0-12 ANS	ÉVO. 2011-2016
Côtes-d'Armor	17 434	20 005	35 742	14 816	87 996	-0,7%
Finistère	26 825	29 922	52 999	21 952	131 698	-0,8%
Ille-et-Vilaine	36 950	40 140	69 279	27 651	174 020	0,7%
Morbihan	22 220	24 775	45 073	18 357	110 424	-0,5%
<b>BRETAGNE</b>	<b>103 429</b>	<b>114 841</b>	<b>203 093</b>	<b>82 776</b>	<b>504 139</b>	<b>-0,2%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>2 191 441</b>	<b>2 335 366</b>	<b>3 990 565</b>	<b>1 580 231</b>	<b>10 097 602</b>	<b>0,1%</b>

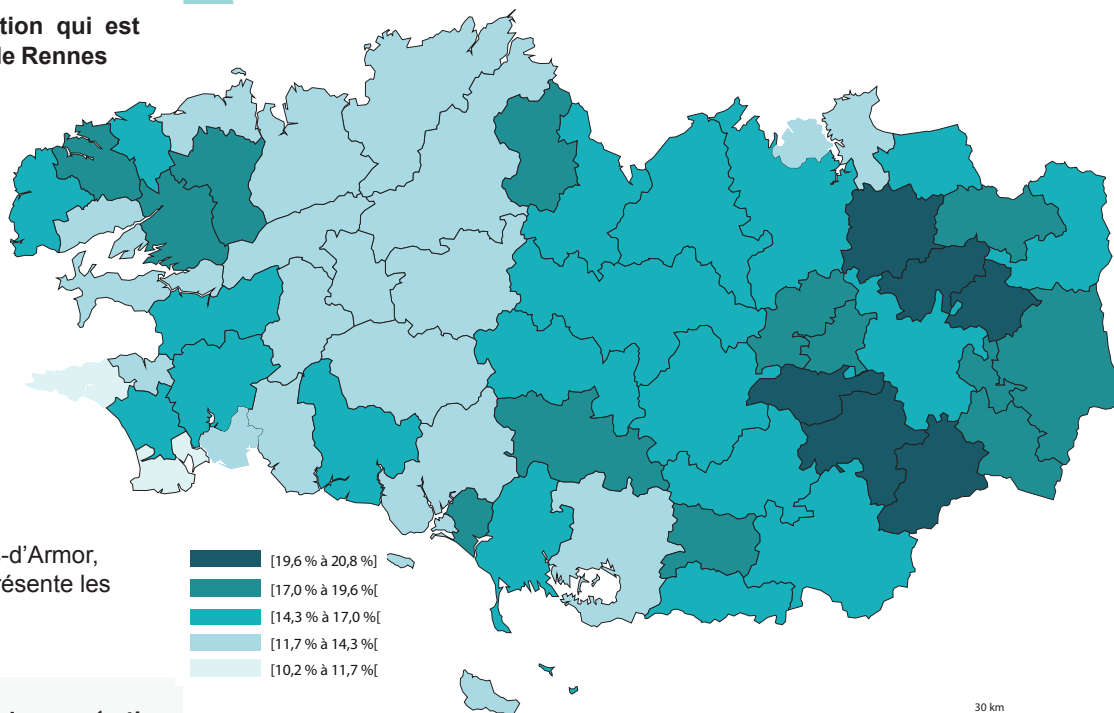
Source : Insee, recensement de la population - Exploitation ORS Bretagne.

### 2 Répartition des enfants de 0-12 ans dans la population totale en 2016

	% DANS LA POPULATION TOTALE				% DANS LA POPULATION TOTALE 0-12 ANS
	MOINS DE 3 ANS	3 À 5 ANS	6 À 10 ANS	11 À 12 ANS	
Côtes-d'Armor	2,9%	3,3%	6,0%	2,5%	14,7%
Finistère	3,0%	3,3%	5,8%	2,4%	14,5%
Ille-et-Vilaine	3,5%	3,8%	6,6%	2,6%	16,5%
Morbihan	3,0%	3,3%	6,0%	2,5%	14,8%
<b>BRETAGNE</b>	<b>3,1%</b>	<b>3,5%</b>	<b>6,1%</b>	<b>2,5%</b>	<b>15,2%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>3,4%</b>	<b>3,6%</b>	<b>6,2%</b>	<b>2,5%</b>	<b>15,7%</b>

Source : Insee, recensement de la population - Exploitation ORS Bretagne.

### 3 Répartition de la part des enfants de 0-12 ans dans la population totale en 2016, par EPCI



**La cartographie à l'échelle des EPCI masque des inégalités infra-territoriales dans les EPCI avec une population importante.**

Source : Insee, recensement de la population - Exploitation ORS Bretagne.

## EN SAVOIR +

Cette plaquette ne présente pas d'indicateurs sur la santé en périnatalité. Ils sont disponibles dans le rapport « Indicateurs de suivi de l'activité périnatale en Bretagne en 2014 », Les rapports de l'ARS Bretagne - Février 2017.



## La diminution du nombre de naissances se poursuit...

En 2017, avec plus de 32 000 naissances domiciliées en Bretagne, la baisse de la natalité se poursuit : -12,6 % entre 2011 et 2017 (figure 1). Elle confirme la tendance observée depuis 2010.

Cette variation résulte de deux composantes : l'évolution de la fécondité et du nombre de femmes en âge d'avoir des enfants.

L'indicateur conjoncturel de fécondité bretonne s'établit à 1,79 enfant par femme en 2017, contre 2,02 en 2010. Il est inférieur au niveau national (1,88) comme chaque année depuis 2013. Sa diminution explique plus des trois quarts (77 %) de la baisse des naissances bretonnes entre 2010 et 2017 (82 % en France).

La baisse des naissances en Bretagne s'explique également en partie par le recul du nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) : en moyenne, -0,2 % par an en Bretagne sur la période 2007-2012.

## ... ainsi que le recul global de la population jeune

Selon les projections de population de l'Insee disponibles pour les enfants, le nombre d'enfants de **0 à 4 ans** restant stable à l'horizon 2030 (183 000), et la population totale augmentant, leur part passerait de 5,5 % en 2016 à 5,1 % en 2030 (figure 2).

Dans la classe d'âge des **5-9 ans**, qui correspond en partie à la période de scolarisation à l'école primaire, la région compte en 2016 environ 204 000 enfants (6,1 % de la population). Dans les années à venir, cet effectif devrait diminuer pour atteindre 191 000 en 2030 soit 5,3 % de la population. Le Morbihan est le département qui enregistrerait la baisse la plus importante, suivi par les Côtes-d'Armor, puis le Finistère, l'Ille-et-Vilaine étant moins concerné.

Quant à la proportion de jeunes de **10 à 14 ans**, elle diminuerait également en région, plus fortement dans les Côtes-d'Armor et le Morbihan.

## EN SAVOIR +

[Plus de 400 000 habitants supplémentaires en Bretagne d'ici 2040 - Insee Analyses Bretagne N° 89 de novembre 2019.](#)

## 1 Nombre de naissances domiciliées entre 2011 et 2017

	2011	2014	2017	ÉVO. 2011-2017
Côtes-d'Armor	6 221	5 790	5 332	-14,3%
Finistère	9 615	9 088	8 370	-12,9%
Ille-et-Vilaine	13 033	12 555	11 680	-10,4%
Morbihan	7 895	7 554	6 754	-14,5%
<b>BRETAGNE</b>	<b>36 764</b>	<b>34 987</b>	<b>32 136</b>	<b>-12,6%</b>

Source : Insee, état-civil - Exploitation ORS Bretagne.

## EN SAVOIR +

### La France a la fécondité la plus élevée d'Europe

L'indicateur de fécondité est resté stable en France entre 2018 et 2019 après avoir baissé de 2,02 enfants par femme en 2010 à 1,84 en 2018. Le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants a légèrement baissé, ce qui explique que le nombre des naissances ait un peu diminué en 2018.

L'âge moyen des mères à la naissance recule : les femmes qui ont accouché en 2019 avaient en moyenne 30,8 ans.

[France : la fécondité la plus élevée d'Europe - Pison, Gilles ; in Population & Sociétés, n°575, mars 2020, 4p.](#)

### Bilan démographique 2017 : plus de décès que de naissances dans la moitié des communes bretonnes

[Michel Rouxel, Insee Analyses n° 75 du 25/10/2018](#)

## 2 Projections de population à l'horizon 2030 et comparaison avec 2016 (hypothèses : scénario central)

	2016			2030		
	0 À 4 ANS	5 À 9 ANS	10 À 14 ANS	0 À 4 ANS	5 À 9 ANS	10 À 14 ANS
Côtes-d'Armor	5,2%	6,0%	6,2%	4,8%	5,1%	5,4%
Finistère	5,2%	5,9%	6,0%	4,8%	5,1%	5,3%
Ille-et-Vilaine	6,1%	6,5%	6,5%	5,8%	5,9%	5,9%
Morbihan	5,2%	6,0%	6,2%	4,6%	4,9%	5,3%
<b>BRETAGNE</b>	<b>5,5%</b>	<b>6,1%</b>	<b>6,2%</b>	<b>5,1%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,5%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>5,9%</b>	<b>6,2%</b>	<b>6,2%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,5%</b>	<b>5,8%</b>

Source : Insee.

## MÉTHODO

### Le modèle Omphale pour les projections de population

Le modèle « Omphale » (outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves) permet de réaliser des projections de population infra-nationales en projetant d'année en année, à partir de 2013, les pyramides des âges des différents territoires.

L'évolution de la population par sexe et âge quinquennal repose sur des hypothèses d'évolution de trois composantes : la fécondité, la mortalité et les migrations (flux internes à la France et solde migratoire avec l'étranger). Différents scénarios sont ainsi élaborés selon les hypothèses retenues.

Le scénario central, décrit dans cette publication, reproduit les tendances observées sur un passé récent (début des années 2010) : fécondité stable et évolution de la mortalité parallèle à la tendance nationale, taux de migrations entre territoires stables.

## DÉFINITION

### Indice conjoncturel de fécondité (ICF) :

L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée. Cet indicateur peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants qu'aurait une génération fictive de femmes qui connaîtraient, tout au long de leur vie féconde, les taux de fécondité par âge observés cette année-là. Il est exprimé en nombre d'enfants par femme (ou pour cent femmes).

Source Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012734>

## CONDITIONS DE VIE DES FAMILLES

### Près de 9 enfants sur 10 vivent au sein d'une famille composée d'un couple parental

En Bretagne, en 2016, les enfants de moins de 11 ans vivent principalement au sein d'un couple (85,7 % d'entre eux), leurs deux parents en général, plus rarement un parent et un beau-parent.

Près de 60 000 enfants de moins de 11 ans vivent dans une famille monoparentale, soit 14,3 % de l'ensemble des enfants de la région dont 12 % dans une famille monoparentale dont le parent isolé est une femme (figure 1).

La part d'enfants vivant dans une famille monoparentale augmente avec l'avancée en âge : elle est presque multipliée par deux entre 0-3 ans et 6-10 ans.

### Les familles monoparentales sont moins nombreuses en Bretagne qu'en France métropolitaine...

Cette proportion qui varie de 14,1 % dans les Côtes-d'Armor et en Ille-et-Vilaine à 14,9 % dans le Finistère est inférieure à celle observée au niveau national : 16,7 % (figure 1).

De fortes disparités territoriales sont observées à l'échelle plus fine des EPCI (figure 2). Les proportions les plus élevées sont observées à Brest Métropole (20,7 %) et dans la Communauté de communes de Haute Cornouaille (20,1 %), ainsi que dans les agglomérations suivantes : Rennes Métropole, Pays de Saint-Malo Agglomération, Concarneau Cornouaille Agglomération, Saint-Brieuc Armor Agglomération, Quimper Bretagne Occidentale, Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération, Lorient Agglomération et également dans des zones plus rurales (Pays Bigouden Sud ; Douarnenez Communauté ; Poher Communauté ; Côte d'Émeraude).

### ... pour autant, la monoparentalité progresse en Bretagne, plus qu'au niveau national

Avec près de 13 000 enfants supplémentaires vivant dans une famille monoparentale entre 2006 et 2016, la monoparentalité augmente dans la région (+ 24 %) plus encore qu'en France métropolitaine (+16 %).

En Bretagne, la monoparentalité concerne de plus en plus les hommes (19 % des familles monoparentales en 2014 comparé à 14 % en 1999). En 15 ans, le nombre de pères vivant seuls avec son ou ses enfant(s) a plus que doublé dans la région, passant de 7 300 en 1999 à 15 800 en 2014. L'évolution du cadre législatif constitue vraisemblablement l'un des facteurs explicatifs de ce changement.

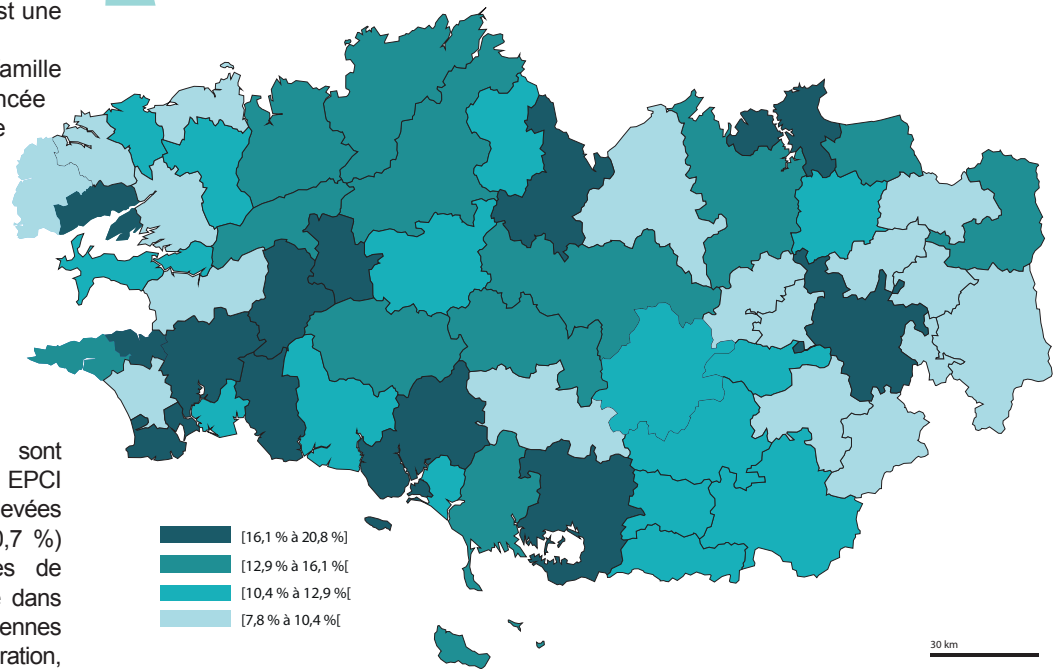
### 1 Enfants de moins de 11 ans vivant dans une famille monoparentale en 2016

	MOINS DE 3 ANS		3 À 5 ANS		6 À 10 ANS		TOTAL MOINS DE 11 ANS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Côtes-d'Armor	1 521	8,8%	2 743	13,7%	6 029	17,0%	10 293	14,1%
Finistère	2 379	9,0%	4 164	14,3%	9 501	18,2%	16 043	14,9%
Ille-et-Vilaine	3 552	9,8%	5 448	13,9%	11 255	16,5%	20 254	14,1%
Morbihan	1 966	8,9%	3 383	13,7%	7 665	17,3%	13 014	14,3%
<b>BRETAGNE</b>	<b>9 417</b>	<b>9,2%</b>	<b>15 738</b>	<b>13,9%</b>	<b>34 449</b>	<b>17,2%</b>	<b>59 604</b>	<b>14,3%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>249 463</b>	<b>11,6%</b>	<b>369 067</b>	<b>16,1%</b>	<b>777 928</b>	<b>19,9%</b>	<b>1 396 458</b>	<b>16,7%</b>

Source : Insee, recensement de la population - Exploitation ORS Bretagne.

Les fichiers Insee utilisés pour le calcul de cet indicateur ne permettent pas de présenter des données pour les enfants jusqu'à 12 ans.

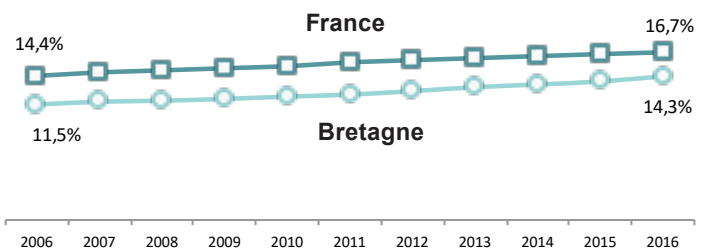
### 2 Part d'enfants de moins de 11 ans vivant dans une famille monoparentale en 2016, par EPCI



### 3 Enfants de moins de 11 ans vivant en famille monoparentale



#### Évolution entre 2006 et 2016



Source : Insee, recensement de la population - Exploitation ORS Bretagne.

## DÉFINITION

- Le couple au sein d'un ménage correspond à un ensemble formé de deux personnes de 18 ans ou plus sauf exception, qui partagent la même résidence principale et qui répondent à au moins l'un des critères suivants : ils déclarent tous les deux vivre en couple ou être mariés, pacsés ou en union libre. Cette définition d'un couple est utilisée par l'Insee à partir de la diffusion des résultats statistiques du millésime 2013.

- La méthode de recensement de l'Insee rattache l'enfant à un seul ménage : il est recensé dans le logement dans lequel il passe le plus de temps, ou en cas d'égalité à une date donnée.





## Les familles défavorisées sont moins nombreuses en Bretagne...

En 2016, 8,3 % des enfants de moins de 11 ans ont des parents sans emploi. Cette proportion est la plus élevée pour les enfants de moins de 3 ans (9,7 % d'entre eux).

Comparativement au niveau national, la situation apparaît nettement plus favorable en Bretagne quelle que soit la tranche d'âge des enfants.

Ce chiffre connaît une progression depuis 2006 où le taux était de 6,1 %.

Si cet indicateur de précarité montre peu d'inégalités socio-économiques entre les départements (figure 1), il existe des zones de précarité au sein même de chaque département (figure 2). On observe ainsi une situation plus dégradée dans les Monts d'Arrée Communauté, à Belle-Île-en-Mer, Brest Métropole, Roi Morvan Communauté, Rennes Métropole, Douarnenez Communauté et Lorient Agglomération, qui affichent des taux supérieurs à 11 %.

À l'inverse, le Pays d'Iroise, Val d'Ille-Aubigné, Montfort Communauté et le Pays de Châteaugiron Communauté apparaissent les plus préservés (taux inférieurs à 2,9 %).

## ... et les familles monoparentales moins précaires en Bretagne qu'en France métropolitaine

En effet, le taux de pauvreté de ces familles<sup>1</sup> atteint 29,4 % en 2015 vs 31 % en France métropolitaine.

Ce taux de pauvreté des familles monoparentales varie faiblement selon les départements : 28,3 % dans le Finistère, 29,2 % en Ille-et-Vilaine, 29,7 % dans le Morbihan et 31 % dans les Côtes-d'Armor. Il varie également selon le sexe du parent isolé : 30,8 % pour les femmes à la tête d'une famille monoparentale, vs 24,6 % des hommes. La pauvreté des enfants dépend avant tout de la situation de leurs parents sur le marché du travail.

## DÉFINITION

**Taux de pauvreté :** pourcentage de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est calculé au niveau de la France métropolitaine : il est égal à 60 % du niveau de vie médian de l'ensemble des personnes.

### 1 Enfants de moins de 11 ans vivant dans une famille sans emploi\* en 2016

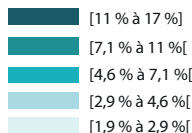
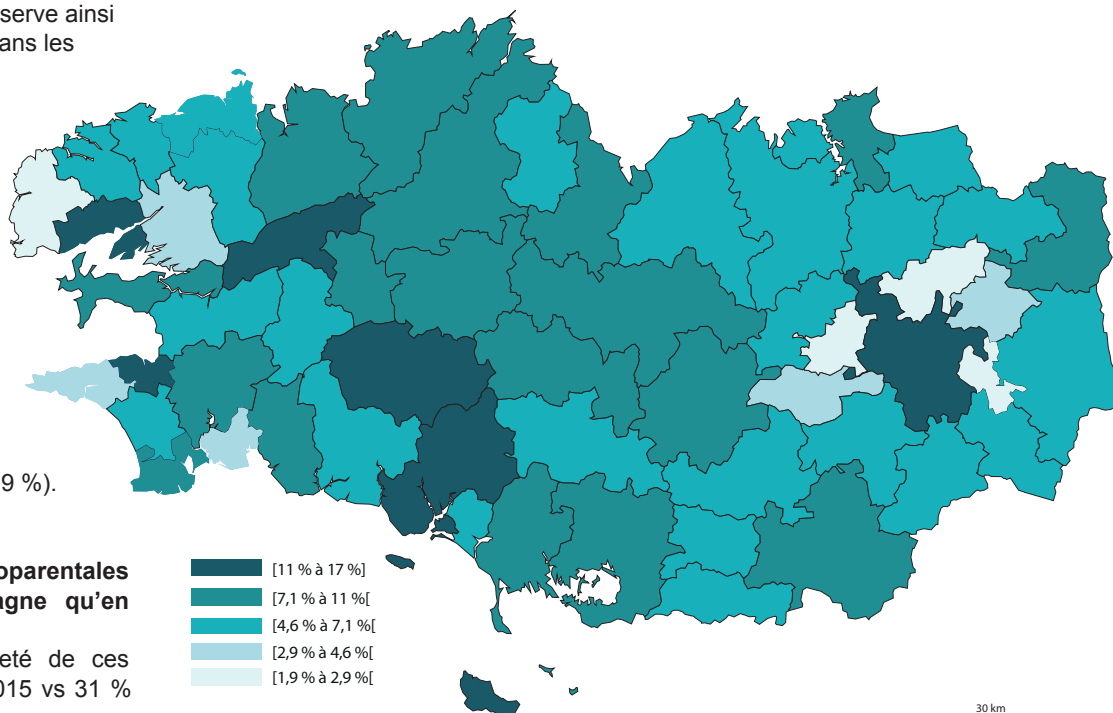
	MOINS DE 3 ANS		3 À 5 ANS		6 À 10 ANS		TOTAL MOINS DE 11 ANS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Côtes-d'Armor	1 680	9,7%	1 560	7,8%	2 818	7,9%	6 058	8,3%
Finistère	2 387	8,9%	2 581	8,9%	4 063	7,8%	9 031	8,4%
Ille-et-Vilaine	3 616	9,9%	3 112	7,9%	4 752	6,9%	11 480	8,0%
Morbihan	2 175	9,8%	2 225	9,0%	3 662	8,3%	8 062	8,9%
<b>BRETAGNE</b>	<b>9 860</b>	<b>9,7%</b>	<b>9 480</b>	<b>8,4%</b>	<b>15 295</b>	<b>7,6%</b>	<b>34 635</b>	<b>8,3%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>295 651</b>	<b>13,8%</b>	<b>284 252</b>	<b>12,4%</b>	<b>451 081</b>	<b>11,5%</b>	<b>482 816</b>	<b>12,4%</b>

\* soit famille monoparentale dont le parent n'a pas d'emploi, soit couple dont les 2 parents n'ont pas d'emploi

Source : Insee, recensement de la population - Exploitation ORS Bretagne.

Les fichiers Insee utilisés pour le calcul de cet indicateur ne permettent pas de présenter des données pour les enfants jusqu'à 12 ans.

### 2 Part d'enfants de moins de 11 ans vivant dans une famille sans emploi en 2016, par EPCI



Source : Insee, recensement de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2013 - exploitation ORS Bretagne.



## REPÈRES

D'après l'Insee, les familles monoparentales ont des conditions de vie moins favorables et sont plus souvent en situation de précarité que les familles dont les parents vivent en couple, ou les familles recomposées. Les femmes sont plus souvent à la tête de ménages pauvres du fait de conditions d'emploi plus précaires.

Source : « [En Bretagne, les femmes à la tête d'une famille monoparentale sont plus souvent en situation de pauvreté que celles vivant seules](#) », Insee Flash Bretagne N°50 de mars 2019



## Les familles en difficulté sont localisées essentiellement dans certaines villes-centres (communes centrales des agglomérations)

Les villes-centres enregistrent les parts les plus élevées pour quatre critères socio-économiques : plus de 30 % d'entre elles sont monoparentales, 15 % n'ont aucun parent en emploi, 36,3 % ont des bas revenus et 6,4 % vivent dans un logement surpeuplé.

Vitré, Auray, Lannion, Pontivy et Quimper sont dans une situation plutôt favorable. À l'opposé, une part importante de familles connaît des difficultés dans les villes-centres de Dinan, Saint-Brieuc, Redon, Fougères, Saint-Malo, Lorient, Vannes, Brest et Morlaix.

Source : « [Des familles plus présentes et avec moins de fragilités sociales dans les couronnes périurbaines](#) » - Jean-Marc Lardoux, Insee Analyses Bretagne N°34 - Mars 2016

<sup>1</sup> Enfants de tous les âges.



## MODES DE VIE DES ENFANTS

**Le taux d'accès aux modes de garde des enfants de moins de 3 ans est plus élevé dans les départements bretons qu'au niveau national...**

Les taux départementaux d'équipement en accueil des enfants de moins de 3 ans (accueil collectif, accueil familial et assistants maternels) sont tous supérieurs au taux national en 2018, avec une augmentation notable des places d'accueil collectif depuis 2011. La capacité globale d'accueil des jeunes enfants varie selon les départements : elle est la plus importante dans les Côtes-d'Armor et la plus faible en Ille-et-Vilaine. L'offre de garde par les assistants maternels reste très majoritaire.

**... et la scolarisation des enfants de 2 ans est deux fois plus importante**

Dans la région, à la rentrée scolaire 2016, 36 % des enfants de deux ans sont scolarisés en Bretagne. Cette proportion est deux fois plus élevée qu'au niveau national.

91 % des enfants âgés de 3 ans et la quasi-totalité des enfants de 5 ans (96 %) sont scolarisés. Le taux de scolarisation à partir des 3 ans varie peu entre les départements.

Avec respectivement 45 % et 41 % d'enfants de 2 ans scolarisés, les départements du Finistère et du Morbihan se placent nettement devant les Côtes-d'Armor (36 %) et l'Ille-et-Vilaine (27 %). L'importance du réseau des écoles privées en Bretagne peut expliquer en partie cette situation<sup>1</sup>.

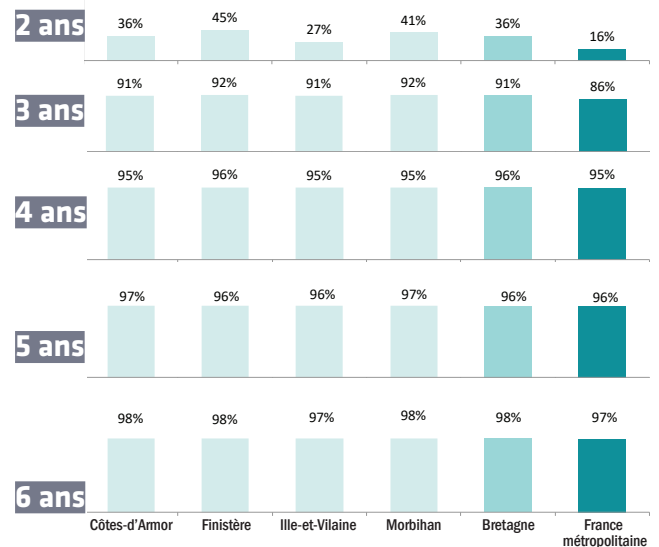


### 1 Capacités d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans en 2018 et évolution 2011-2018

	ACCUEIL COLLECTIF (HORS JARDINS D'ENFANTS)	ACCUEIL FAMILIAL	ASSISTANTS MATERNELS	TAUX GLOBAL 2018	EVOLUTION ANNUELLE 2011-2018		
					ACCUEIL COLLECTIF	ACCUEIL FAMILIAL	ASSISTANTS MATERNELS
Côtes-d'Armor	9,5	2,0	64,4	75,9	8,1%	0,8%	2,4%
Finistère	13,5	1,3	59,6	74,4	6,8%	-1,5%	2,8%
Ille-et-Vilaine	14,4	1,1	56,3	71,8	7,5%	1,1%	0,4%
Morbihan	11,8	0,7	60,6	73,0	7,1%	2,1%	1,9%
<b>France métropolitaine</b>	<b>18,8</b>	<b>2,0</b>	<b>44,8</b>	<b>65,6</b>	<b>6,0%</b>	<b>-3,5%</b>	<b>2,3%</b>

Source : Drees, enquête PMI 2011 et 2018 - Exploitation ORS Bretagne. Le niveau régional n'est pas disponible.

### 2 Taux de scolarisation des enfants en 2016



Source : Insee, recensement de la population - Exploitation ORS Bretagne. Les résultats du recensement de la population sont présentés en utilisant l'âge en années révolues (âge au dernier anniversaire).



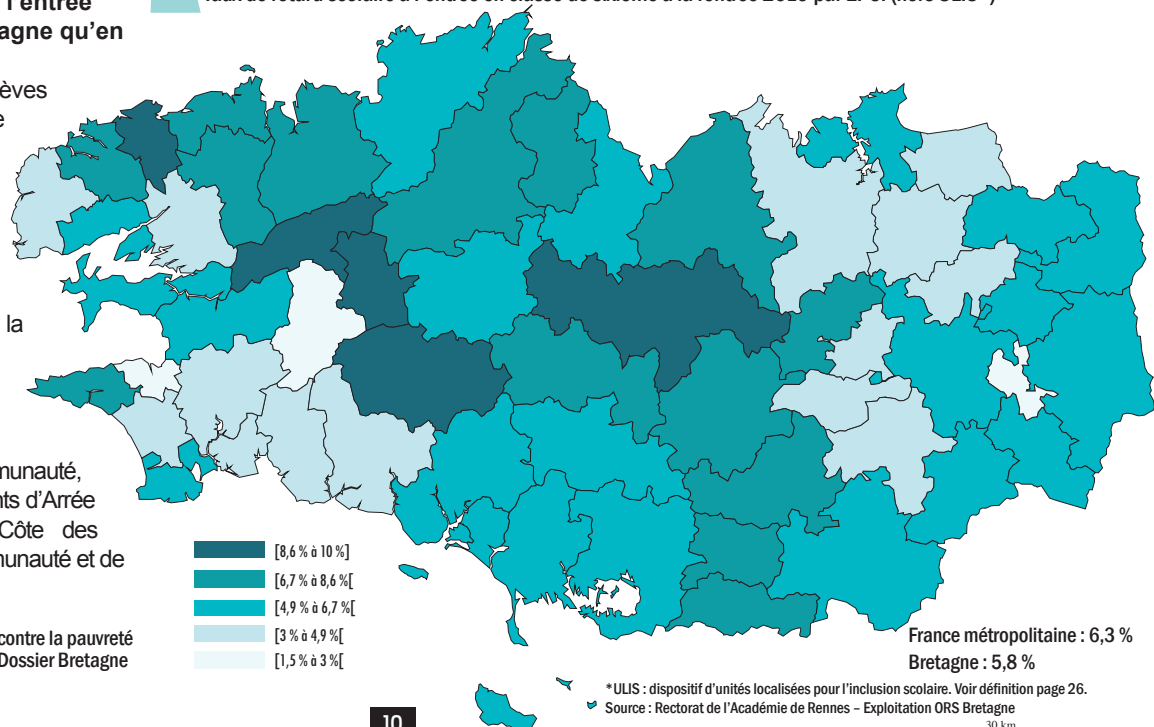
### Les dispositifs d'accueil adapté pour les enfants de moins de 3 ans

L'accueil précoce en milieu scolaire constitue un premier levier de lutte contre l'échec scolaire, surtout pour les enfants dont la famille est éloignée de la culture scolaire pour des raisons sociales, culturelles et/ou linguistiques. C'est un dispositif qui facilite également la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale pour les parents ayant un emploi. Il existe une vingtaine de dispositifs d'accueil des 2-3 ans en région.

### Le taux d'élèves en retard à l'entrée en 6<sup>e</sup> est plus faible en Bretagne qu'en moyenne nationale

À la rentrée 2019, 5,8 % des élèves de la région entrés en sixième ont au moins un an de retard (6,3 % au niveau national). Néanmoins, les situations diffèrent d'un département à l'autre. Si le Finistère (5,5 %) et l'Ille-et-Vilaine (5,1 %) ont des taux de retard inférieurs à la moyenne régionale, ils sont de 6,5 % dans les Côtes-d'Armor et le Morbihan. À une échelle plus fine, les taux avoisinent les 9 % dans les EPCI de Poher Communauté, Loudéac Communauté, des Monts d'Arrée Communauté, de Lesneven Côte des Légendes, du Roi Morvan Communauté et de Bretagne Centre.

### 3 Taux de retard scolaire à l'entrée en classe de sixième à la rentrée 2019 par EPCI (hors ULIS\*)



<sup>1</sup> Indicateurs de suivi du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPPIS) - Insee Dossier Bretagne N° 3 - Juin 2018.

## Le risque d'échec scolaire est lié à une « précarité économique dans les communes de taille moyenne »

Le décrochage scolaire est un processus multifactoriel. La typologie des cantons ci-dessous fait ressortir 6 configurations de risques et pointe des disparités infrarégionales importantes. Le zoom sur l'académie bretonne confirme le contexte favorable à la réussite scolaire : À la différence de toute autre académie, le type de risque social « cumul de fragilités économique, familiale, culturelle en milieu urbain » (en rouge) n'est pas du tout représenté.

Le second type de risque social « disparités de conditions de vie dans les grandes périphéries » (en orange) est lui aussi absent. En revanche, les types « sécurité économique et soutien culturel » (vert clair) et « garantie de l'emploi à niveaux de qualification variés » (vert foncé) rassemblent 46 % des cantons et 59 % de la population. Un canton sur dix est dans une situation de précarité économique qui peut constituer un facteur d'échec scolaire.

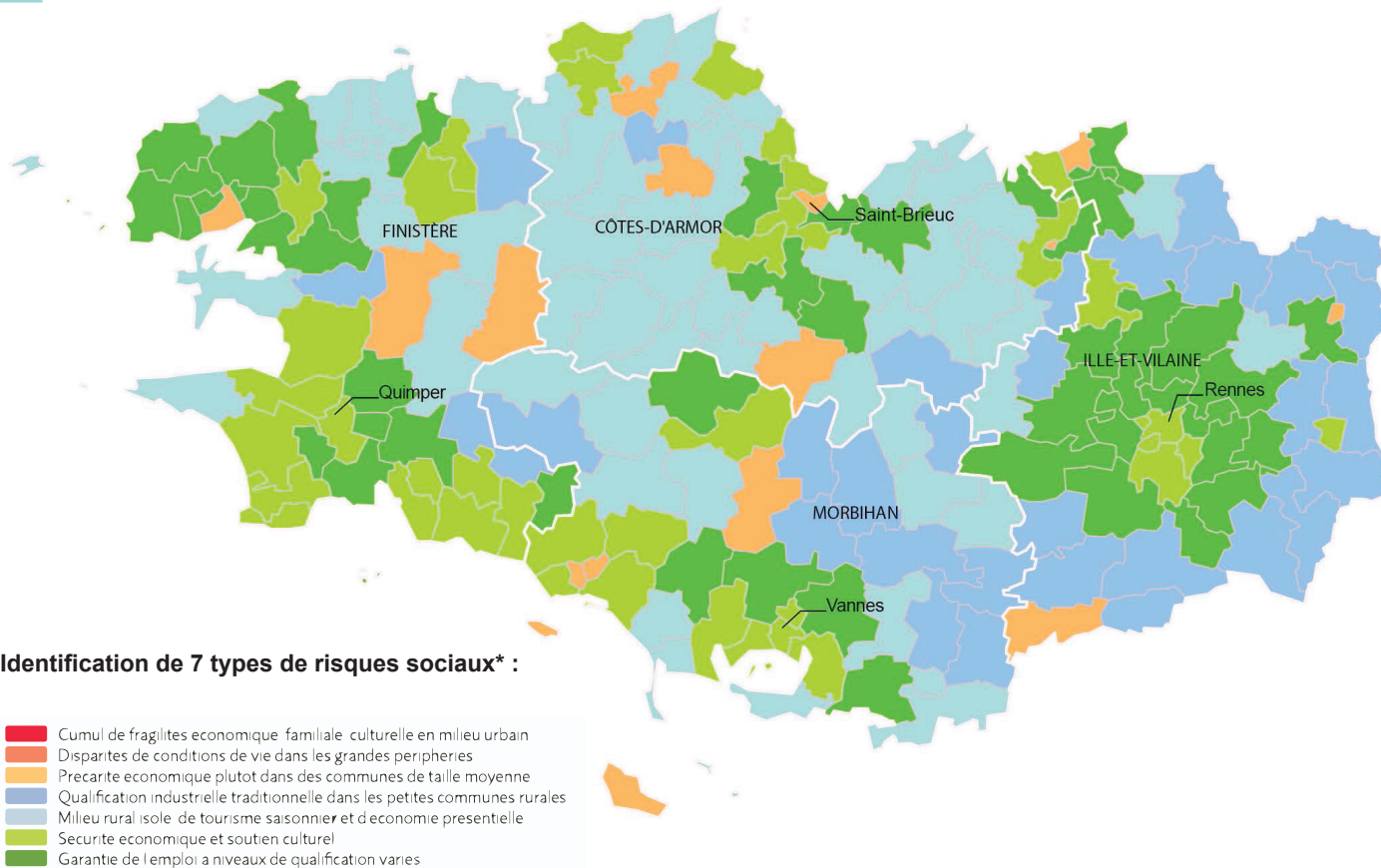
Les cantons exposés sont représentés par les centres urbains de Brest, Lorient, Saint-Malo et Saint-Brieuc avec de plus petits pôles urbains (Guingamp, Dinan, Redon), des cantons périurbains comme Lanester, et d'autres ruraux, plus nombreux, comme Loudéac, Pleyben, Belle-Île ou Carhaix-Plouguer, où les risques de décrochage sont associés davantage à des précarités économiques.

À l'inverse, les cantons susceptibles de favoriser la réussite scolaire correspondent aux couronnes périurbaines résidentielles des grandes aires urbaines à fort taux de ménages actifs dotés de hauts niveaux de revenu et de diplôme.

### EN SAVOIR +

« [L'Atlas des risques sociaux d'échec scolaire. L'exemple du décrochage France métropolitaine et Dom](#) ». Céreq, UMR CNRS ESO et la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) - Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Paris, 2016, 160 p.

## 1 Les zones à risque d'échec scolaire (« décrochage scolaire ») à l'échelle des cantons de Bretagne



\* Combinaison de 7 variables susceptibles d'agir sur l'échec scolaire et l'orientation des élèves : niveau de revenu des ménages, conditions d'emploi, niveau de diplôme des adultes, part des familles monoparentales, nombre d'enfants, conditions de logement.

Source : Insee, recensement de la population 2011, Revenus fiscaux localisés. Calcul et cartographie : Céreq - ESO CNRS, Caen.

## ENFANTS PRIS EN CHARGE PAR L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE (ASE)



Les Conseils Départementaux ont un rôle essentiel dans le domaine de la protection de l'enfance contre toute forme de maltraitance ou de carences éducatives.

### Plus de 9 000 enfants ont été pris en charge par l'ASE fin 2018

En Bretagne au 31 décembre 2018, 9 179 enfants ont été pris en charge par l'ASE et accueillis dans des structures d'hébergement (établissements ou familles d'accueil) (figure 1).

Parmi ces enfants, trois sur dix (30 %) ont moins de 11 ans. Cette part varie de 26 % dans le Finistère à 35 % dans les Côtes-d'Armor, niveau proche de la moyenne nationale (figure 2).

### EN SAVOIR +

La répartition des mesures d'aide sociale à l'enfance par sexe et âge est commentée au niveau national dans [l'ouvrage annuel de la Drees sur l'aide et l'action sociales](#) (fiches 22 à 26).

### En 2018, plus de 3 500 enfants de 0 à 12 ans ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants

Lorsqu'un enfant est en danger ou en risque de danger au sens de l'article 375 du Code civil, le juge des enfants peut être saisi de la situation du mineur, soit par le procureur de la République, soit par le père, la mère ou le tuteur, soit par le service ou la personne auquel il a été confié, soit par le mineur lui-même. Un dossier est alors ouvert par le juge des enfants. Ce nombre de 3 617 enfants de 0 à 12 ans correspond au nombre d'enfants dans l'année pour lesquels le juge des enfants a été saisi en assistance éducative (figure 3). Il correspond à un taux de 7 pour 1 000 enfants, similaire au taux national.

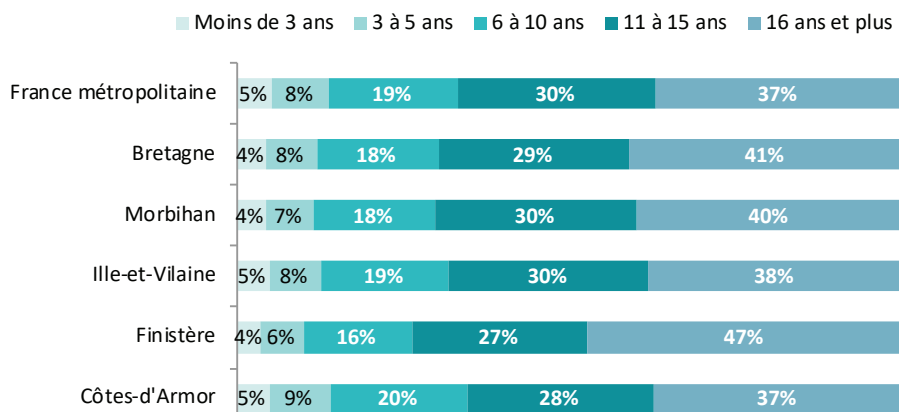
### 1 Nombre d'enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE)\* au 31 décembre 2018 selon l'âge

	MOINS DE 3 ANS	3 À 5 ANS	6 À 10 ANS	11 À 15 ANS	16 ANS ET PLUS	TOTAL ENFANTS CONFISÉS À L'ASE	PART DES ENFANTS CONFISÉS À L'ASE PARMIS L'ENSEMBLE DES MOINS DE 18 ANS
Côtes-d'Armor	76	149	325	447	594	1 591	1,3%
Finistère	98	175	440	721	1 285	2 719	1,5%
Ille-et-Vilaine	159	249	624	969	1 234	3 235	1,3%
Morbihan	69	120	297	497	651	1 634	1,0%
<b>BRETAGNE</b>	<b>402</b>	<b>693</b>	<b>1 686</b>	<b>2 634</b>	<b>3 764</b>	<b>9 179</b>	<b>1,3%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>8 862</b>	<b>14 137</b>	<b>32 159</b>	<b>49 453</b>	<b>61 742</b>	<b>166 353</b>	<b>1,2%</b>

\* Enfants accueillis en établissement et en famille d'accueil (hors enfants bénéficiaires d'actions éducatives et placements directs par un juge). Les données ne sont disponibles que pour les tranches d'âge spécifiques présentées ci-dessus.

Source : Drees, Enquête Aide sociale 2018 - Exploitation ORS

### 2 Répartition des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) au 31 décembre 2018 selon l'âge et le lieu de résidence



Source : Drees, Enquête Aide sociale 2018 - Exploitation ORS

### 3 Nombre d'enfants pour lesquels le juge a été saisi en assistance éducative (hors tutelles aux prestations sociales) en 2018

ACTIVITÉ CIVILE DES TRIBUNAUX POUR ENFANTS :	NOMBRE D'ENFANTS DE 0 À 12 ANS
TPE de Brest*	373
TPE de Lorient	338
TPE de Quimper	353
TPE de Rennes	1 227
TPE de Saint-Brieuc	621
TPE de Saint-Malo	312
TPE de Vannes	393
<b>BRETAGNE</b>	<b>3 617</b>

Source : Ministère de la Justice / SG / SDSE / Tableaux de bord des juridictions pour mineurs

\* Les données 2018 ont dû être estimées à partir des données 2017 pour la juridiction de Brest.



## PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS

En Bretagne, 163 décès ont été recensés en moyenne chaque année entre 2014 et 2016 chez les enfants âgés de moins de 15 ans dont plus de 70 % à moins de 1 an (114 décès annuels).

### Les principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de 1 an sont les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

La première cause identifiée de mortalité avant 1 an est liée aux « affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ». Elle concerne en 2007-2016, plus de la moitié des décès (55 % en région vs 51 % en France métropolitaine). Les autres causes principales sont les « malformations congénitales et maladies chromosomiques » et les « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen, non classés ailleurs<sup>1</sup> », concernant respectivement 18 % et 14 % des décès survenant avant 1 an en Bretagne, contre 21 % et 15 % en France métropolitaine. Concernant « les symptômes, signes et résultats anormaux d'examen non classés ailleurs », plus de la moitié d'entre eux soit 9 % de l'ensemble des décès survenus avant un an, sont des morts subites du nourrisson.

### Chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, les causes externes et les tumeurs sont à l'origine d'environ la moitié des décès

En région, les causes externes de décès représentent 29 % des décès parmi les enfants âgés de 1 à 4 ans et 25 % chez ceux âgés de 5 à 9 ans. Dans la majorité des cas, ils correspondent à des accidents de la vie courante (chute, noyade, étouffement...). La seconde cause de mortalité entre 1 et 9 ans est liée à des tumeurs, représentant 16 % des décès entre 1 et 4 ans et 27 % entre 5 et 9 ans. La répartition des décès observée en France métropolitaine sur cette même période est globalement similaire à celle observée en région.

### Les causes externes de décès représentent la première cause de décès chez les 10-14 ans

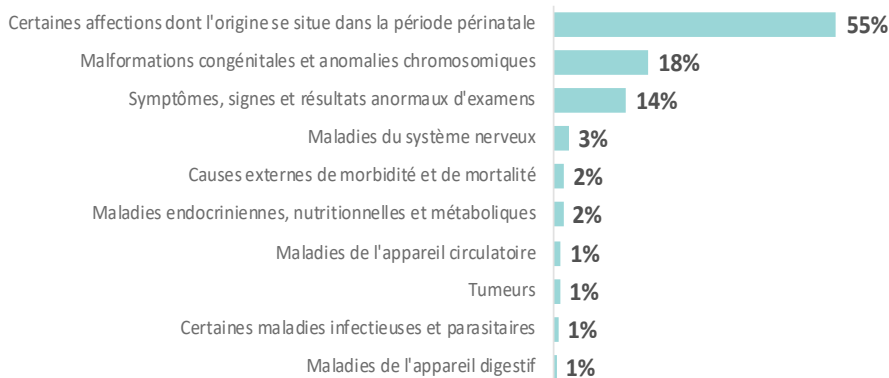
Dans cette classe d'âge, les décès sont le plus souvent liés aux causes externes (39 % dont 14 % de suicides), puis aux tumeurs (26 % dont 23 % de cancers).

## 1 Nombre de décès et taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de 15 ans en Bretagne et en France métropolitaine en 2014-2016

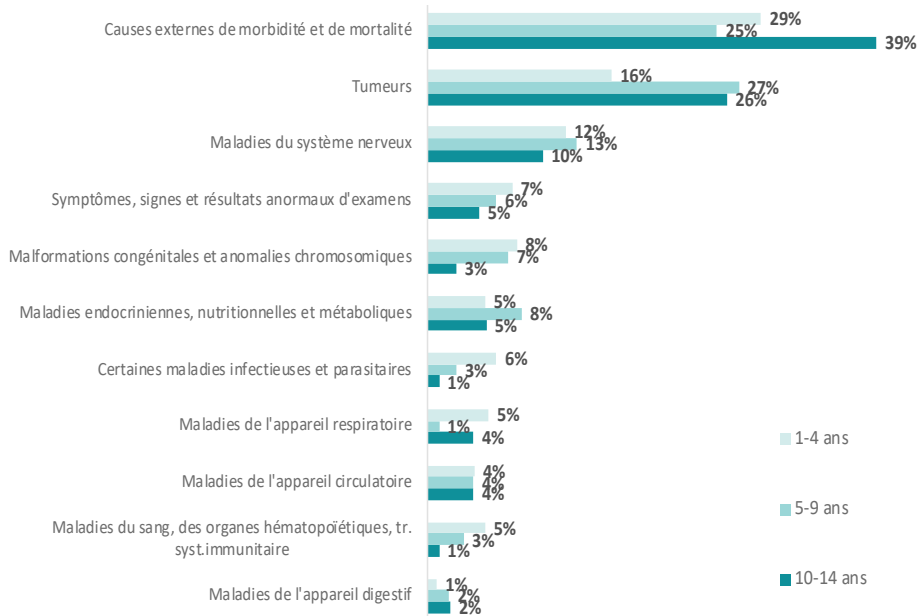
	NOMBRE MOYEN ANNUEL DE DÉCÈS				TAUX BRUT DE MORTALITÉ (%)			
	MOINS DE 1 AN	1 À 4 ANS	5 À 9 ANS	10 À 14 ANS	MOINS DE 1 AN	1 À 4 ANS	5 À 9 ANS	10 À 14 ANS
Bretagne	114	19	14	16	3,4	0,1	0,1	0,1
France métropolitaine	2 575	479	308	338	3,6	0,2	0,1	0,1

Sources : Insem CépiDc, Insee.

## 2 Principales causes de décès chez les enfants âgés de moins d'un an (2007-2016\*)



## 3 Principales causes de décès chez les enfants âgés de 1 à 14 ans (2007-2016\*)



Source : Insem CépiDc

\*Choix d'une période de 10 années afin de disposer d'effectifs de décès suffisants par tranche d'âge

## EN SAVOIR +

En 2015, [Zeitlin J.](#) a montré la forte corrélation existant entre l'indice de désavantage social (Fdep - indice calculé selon le taux de chômage, le revenu médian par unité de consommation, la part d'ouvriers et de bacheliers) et la mortalité, mortalité néonatale et prématurité. En effet, les taux de mortalité, de mortalité néonatale et de prématurité augmentent avec la défavorisation.

<sup>1</sup> Le chapitre XVIII de la CIM intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires non classés ailleurs » correspond à une majorité de symptômes et syndromes n'aboutissant pas à un diagnostic précis.

## CE QUE NOUS APPRENNENT LES DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE DES MORTS INATTENDUES DU NOURRISSON (OMIN)

### DÉFINITION

La mort inattendue du nourrisson (MIN) est « le décès d'un nourrisson survenant brutalement alors que rien, dans les antécédents connus du nourrisson, ne pouvait le laisser prévoir ». Ce type de décès se produit généralement avant 1 an, avec un pic de mortalité entre 2 et 4 mois. Après investigations complètes incluant l'histoire des faits ainsi que la totalité des examens complémentaires recommandés par la Haute Autorité de Santé (biologie, imagerie...), soit une cause expliquant le décès est retrouvée (une pathologie non diagnostiquée par un professionnel de santé ou d'apparition soudaine, un accident, un traumatisme, une intoxication, etc.), soit aucune cause n'est mise en évidence, on parle alors de mort subite du nourrisson (MSN). Source : <https://www.chu-nantes.fr/observatoire-national-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson>.

### MÉTHODO

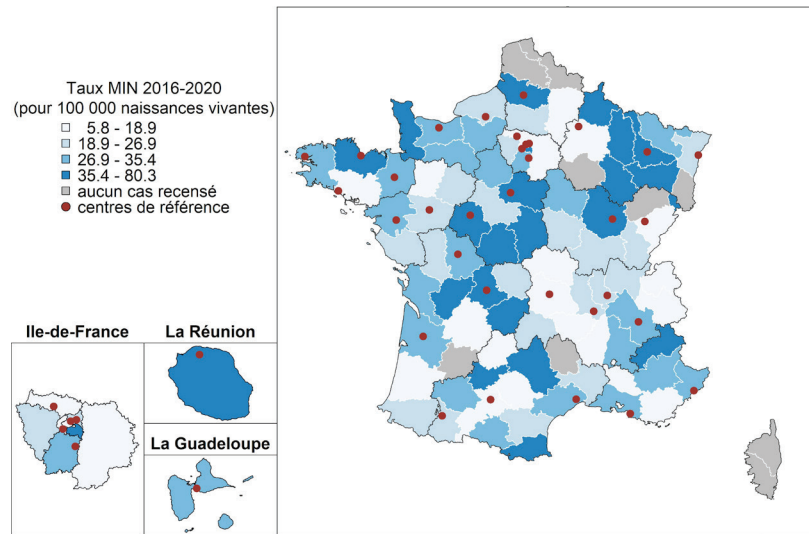
L'Observatoire national des morts inattendues du nourrisson (ci-après désigné « Registre OMIN ») a pour but de collecter de manière codée les données et échantillons de tous les enfants de 0 à 2 ans, décédés dans un contexte de mort inattendue du nourrisson, pris en charge dans un Centre Référent MIN (CRMIN) français participant et dont les parents ont accepté la participation. Ces enfants sont inclus de façon prospective. L'enregistrement des MIN se fait par l'intermédiaire d'une fiche de recensement. Lorsqu'une MIN est indiquée à un CRMIN, l'investigateur du centre complète une fiche contenant les initiales du patient, le mois et l'année de décès, le mois et l'année de naissance, le type de prise en charge, et l'envoi ensuite à la cellule de coordination du registre OMIN. Après réception de cette fiche, le nouveau cas est enregistré à la fois dans une base de données spécifique (cahier d'observation qui contient toutes les données du patient) et dans les fichiers de recensement de cas, afin d'obtenir des statistiques globales par année et par centre.

**En France, 250 à 350 nourrissons en moyenne décèdent chaque année de MIN**  
D'après les données issues du registre des décès de l'Observatoire national des Morts Inattendues du Nourrisson, entre mai 2015 et juin 2021, le nombre d'enfants âgés de moins d'un an, décédés en France s'élève à 1 198, dont 61 en Bretagne. L'âge médian<sup>1</sup> au décès est de 4,2 mois en Bretagne contre 3,8 mois au niveau national.

### En Bretagne, le département des Côtes-d'Armor est le plus concerné

La carte du registre OMIN présentée ci-contre sur la période 2016 à 2020 illustre les disparités infrarégionales. La Bretagne présente un taux moyen de MIN de 27,7 pour 100 000 naissances vivantes, qui est légèrement inférieur à la moyenne nationale (28,6). Le Morbihan est le département qui enregistre le taux de MIN le plus faible (14,9), à l'inverse des Côtes-d'Armor qui présente le taux le plus élevé de la région (38,1). L'Ille-et-Vilaine est le second département le plus touché avec 30,8 MIN pour 100 000 naissances vivantes, suivi du Finistère (27).

1 Taux de MIN pour 100 000 naissances vivantes par département, sur la période 2016-2020



Source : OMIN 2021

NB : Jusqu'en 2020 il n'y avait que 36 centres de référence (carte ci-dessus). Depuis 2021, le centre de Lille participe à l'OMIN, passant le nombre de CRMIN français à 37.

La couleur grise attribuée à certains départements indique qu'aucun recensement n'a été réalisé dans le registre OMIN (et non qu'il n'y a pas eu de MIN sur la période).

<sup>1</sup> La médiane partage une distribution en deux parties d'effectifs égaux. 50% des unités ont une valeur inférieure ou égale à la médiane et 50% des unités ont une valeur supérieure ou égale.

## CE QUE NOUS APPRENNENT LES DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE DES MORTS INATTENDUES DU NOURRISSON (OMIN)

### Rôle des CRMIN

En France, il existe actuellement des centres d'accueil et de prise en charge de la mort inattendue du nourrisson localisés dans des établissements hospitaliers. Ces centres référents sur la mort inattendue du nourrisson (CRMIN) ont pour missions de prendre en charge l'enfant décédé et sa famille, d'animer la recherche et de diffuser des messages de prévention concernant la MIN au grand public et aux professionnels de santé.

Les données présentées dans la suite de cette note (période 2015-2021) comptabilisent les cas de MIN recensés par le CRMIN de Lille et de la Martinique, contrairement à la figure précédente (2016-2020).

### La MIN est souvent multifactorielle, ce qui complique son diagnostic

La MIN peut résulter de facteurs individuels, familiaux et/ou environnementaux. D'après le registre OMIN, entre 2015 et 2021, les principaux facteurs explicatifs des décès diagnostiqués MIN étaient individuels. En effet, en Bretagne comme en France, il existe une surmortalité des nourrissons de **sexe masculin**, souvent significative jusqu'à un an. Ces derniers représentent 62 % des décès recensés en Bretagne contre 56 % en France.

Autre facteur prédominant, le **tabagisme** qui constitue le second facteur de risque le plus important dans la MIN. Il explique 30 % (pour le tabagisme anténatal) et 20 % (pour le tabagisme postnatal ou passif) des cas de MIN en Bretagne. Le **faible poids de naissance** des nourrissons représente 10 % des décès en Bretagne, soit une part plus faible qu'au niveau national. Enfin, la **prématurité** des nouveaux nés peut elle aussi constituer un facteur de risque de MIN, avec un niveau comparable en Bretagne (15 %) et en France (16 %).

### L'asphyxie, première cause de MIN expliquée

La suffocation ou l'asphyxie représentent 51 % des causes de décès en Bretagne et 29 % en France. Ce diagnostic est très souvent lié à un environnement de couchage inadapté pour le nourrisson (position sur le ventre ou sur le côté, partage du lit avec un ou des adultes, literie inadaptée ou encombrée, hyperthermie ambiante...).

### L'infection des voies respiratoires ou générales est la seconde cause de décès expliqués, avec un pic de mortalité observé en hiver

En France, ce diagnostic est posé pour 17 % des décès alors qu'il ne représente que 7 % en Bretagne. La mort par cause infectieuse peut résulter d'infections lors de la période périnatale, ou, d'une bactérie dans un contexte épidémique hivernal (bronchiolite virale, grippe...).

### Pour 4 % des MIN recensées en France dans le registre OMIN, aucune cause ni facteur de risque n'a pu être identifié (MSN)

Par définition, les morts inattendues du nourrisson (MIN) sont des décès pour lesquels un diagnostic post-mortem a été effectué et a permis de trouver une raison au décès survenu.

Dans la réalité, toutes les MIN ne font pas l'objet d'investigations complètes (refus des parents de réaliser l'autopsie, absence de matériel, indisponibilité du personnel pour réaliser l'examen, mauvaise qualité des échantillons...) et ne permettent pas d'identifier avec certitude une cause au décès. Souvent des facteurs de risque sont identifiés, mais ceux-ci doivent être accompagnés de résultats scientifiques pour pouvoir expliquer objectivement le décès. Les facteurs de risque ne peuvent à eux seuls permettre de poser un diagnostic précis. Dans ce cas, et même si des investigations complètes ont eu lieu, on parle de mort subite du nourrisson (MSN).

Entre mai 2015 et juin 2021, 26 % des MIN recensées en France ont été expliquées après investigations complètes. En revanche, 22 % restent inexpliquées après examen complet malgré la présence de facteurs de risque.

Enfin, 4 % sont des MSN sans facteur de risque (malgré des investigations complètes).

### Toute position de sommeil où les voies aériennes supérieures risquent de se trouver obstruées est à proscrire

L'âge, le sexe, le faible poids de naissance, la prématurité et les antécédents médicaux sont autant de risque contre lesquels il est impossible d'agir. En revanche, certains facteurs de risque externes, principalement liés à l'environnement de sommeil et au tabagisme actif ou passif, sont évitables et constituent un levier d'action essentiel pour réduire les décès de MIN.

### Les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Association Naître et Vivre

- Pendant le sommeil, toujours coucher le bébé sur le dos (la position latérale présente des risques de voir l'enfant se retourner) ;
- Privilégier les jeux en position ventrale pendant les heures d'éveil vers l'âge de 4 mois (période importante pour l'acquisition du tonus cervical) ;
- Choisir un matelas ferme, aux dimensions du lit, avec un drap ajusté, sans oreiller ni édredon, coussins, couette (le visage doit être dégagé) ;
- Privilégier une « turbulette » ou une « gigoteuse » afin de les laisser respirer et prévenir un étouffement accidentel (éviter l'emballotage) ;
- Placer tous les jouets et peluches en dehors du berceau ;
- Éviter de fumer pendant la grossesse ou en présence du bébé ;
- Placer l'enfant seul dans son lit, dans la chambre parentale (le co-sleeping est déconseillé) ;
- S'assurer que la température de la chambre soit entre 18 et 20 degrés ;
- Communiquer ces mesures de prévention à toute personne en charge du bébé.

Contact : omin@chu-nantes.fr



## MOTIFS D'HOSPITALISATION

### LES HOSPITALISATIONS DE COURT SÉJOUR EN MÉDECINE-CHIRURGIE-OBSTÉTRIQUE (MCO)

#### MÉTHODO

##### Méthodologie PMSI

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal mentionné dans les séjours. Dans le PMSI court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), ce diagnostic principal est défini comme le motif de prise en charge ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. Il est codé à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10<sup>e</sup> révision (CIM10).

#### Le taux d'hospitalisation d'enfants âgés de 1 à 14 ans est moins élevé qu'en moyenne métropolitaine

En Bretagne, 127 enfants âgés de 1 à 4 ans pour 1 000 ont été hospitalisés en 2019, soit un taux d'hospitalisation plus faible que celui observé au niveau national (141). Entre 5 et 14 ans, les taux d'hospitalisations sont également moins importants (63 pour 1 000 enfants bretons contre 74 en moyenne en France), alors qu'ils sont plus élevés pour les enfants de moins de 1 an (*figure 1*).

#### Pour les enfants de moins d'un an : les affections d'origine périnatale prédominent

Plus de 13 000 enfants bretons de moins d'un an ont été hospitalisés au moins une fois en 2018 en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique).

Quatre sur dix (42 %) ont été hospitalisés pour des « affections d'origine périnatale » (prématurité, hypotrophie, détresse respiratoire du nouveau-né...) (*figure 2*). Les « maladies de l'appareil respiratoire » (essentiellement les bronchiolites aiguës) représentent le deuxième motif d'hospitalisation avant un an (19 %).

À noter que la Bretagne se démarque par des taux d'hospitalisation plus élevés pour les malformations congénitales et anomalies chromosomiques chez les moins de 1 an.

#### MÉTHODO

Dans les graphiques ci-dessous, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM qui réunissent les maladies, soit dans des agrégats les localisant selon leur siège anatomique ou fonctionnel (maladies de l'appareil respiratoire, maladies de l'appareil digestif...), soit dans des agrégats généraux (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires).

Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « **Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs** ».

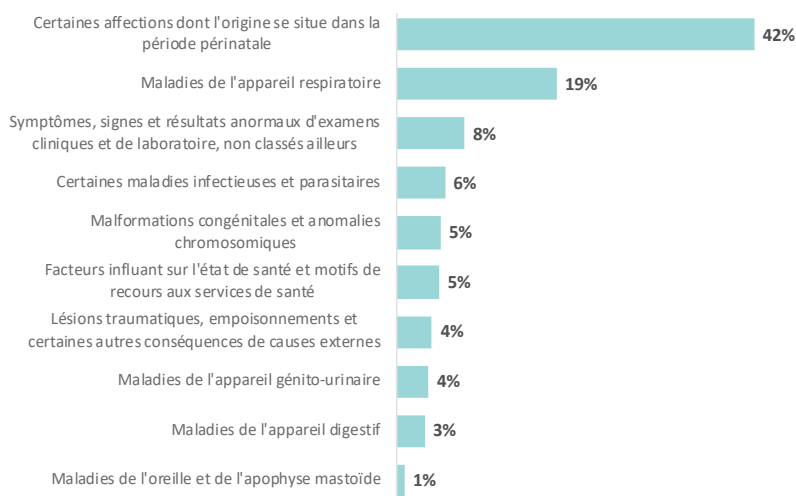
De même, les motifs non répertoriés dans les chapitres de symptômes, de maladies ou de traumatismes et empoisonnements sont classés dans un chapitre appelé « **Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé** ». Ce sont, dans cette étude, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention.

#### 1 Taux d'hospitalisation pour 1 000 enfants selon l'âge en 2019 en Bretagne et en France métropolitaine

	TAUX D'HOSPITALISATION (‰)		
	MOINS DE 1 AN	1 À 4 ANS	5 À 14 ANS
BRETAGNE	489	127	63
France métropolitaine	478	141	74

Source : PMSI MCO 2019 - Drees

#### 2 Part d'enfants hospitalisés selon le motif en 2018 Chez les moins de 1 an



Source : PMSI MCO 2018 - Exploitation ORS Bretagne





## Pour les enfants de 1 à 4 ans : les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes, suivies des otites moyennes non suppurées sont les motifs les plus fréquents d'hospitalisation

Plus de 16 000 enfants bretons âgés de 1 à 4 ans ont été hospitalisés au moins une fois en 2018 en court séjour, soit 11 % des enfants de cette classe d'âge.

**Les maladies de l'appareil respiratoire** constituent le premier motif d'hospitalisation en court séjour des enfants de 1 à 4 ans (29 % des enfants hospitalisés, soit 4 903 enfants concernés chaque année), avec le plus souvent en cause les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes (2 439) et l'asthme (969).

**Les maladies de l'oreille et de l'apophyse** se positionnent au second rang (14 % ; 2 387 enfants), avec essentiellement les otites moyennes non suppurées (2 127 enfants).

Arrivent ensuite parmi les diagnostics principaux les plus fréquents :

- **les lésions traumatiques** (9 % ; 1 550 enfants), et notamment les lésions traumatiques intracrâniennes (416),

- **les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé** (9 % ; 1 487 enfants) le plus souvent pris en charge pour mise en place et ajustements d'appareils (353) et des examens de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes (288),

- **les maladies infectieuses et parasitaires** (8 % ; 1 319 enfants), le plus souvent infections intestinales virales et autres spécifiées (477) et diarrhée et gastro-entérite d'origine infectieuse présumée (506).

À noter que la Bretagne se démarque par des taux d'hospitalisation plus élevés qu'en moyenne nationale pour les maladies de l'oreille chez les 1-4 ans.

## Pour les enfants de 5 à 9 ans : les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes sont au premier plan

Plus de 12 000 enfants âgés de 5 à 9 ans ont été hospitalisés au moins une fois en court séjour en 2018, soit 6 % des enfants de cette classe d'âge.

**Les maladies de l'appareil respiratoire** ont concerné 17 % des enfants (essentiellement les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes, 1 358 enfants). Arrivent ensuite **les facteurs influant sur l'état de santé** (14 %), le plus souvent des prises en charge pour mise en place et ajustement d'appareils (398) et des examens de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes (337).

**Les « lésions traumatiques et empoisonnement »** (13 %) arrivent au troisième rang (essentiellement des fractures de l'avant-bras (360), suivies par les maladies de l'oreille et de l'apophyse (8 %), le plus souvent des otites moyennes non suppurées (724 enfants).

## Pour les enfants de 10 à 14 ans : les maladies de l'appareil digestif sont au premier rang, devant les traumatismes

Près de 12 000 jeunes âgés de 10 à 14 ans ont été hospitalisés au moins une fois en 2018 en court séjour, soit 6 % des jeunes de cette classe d'âge.

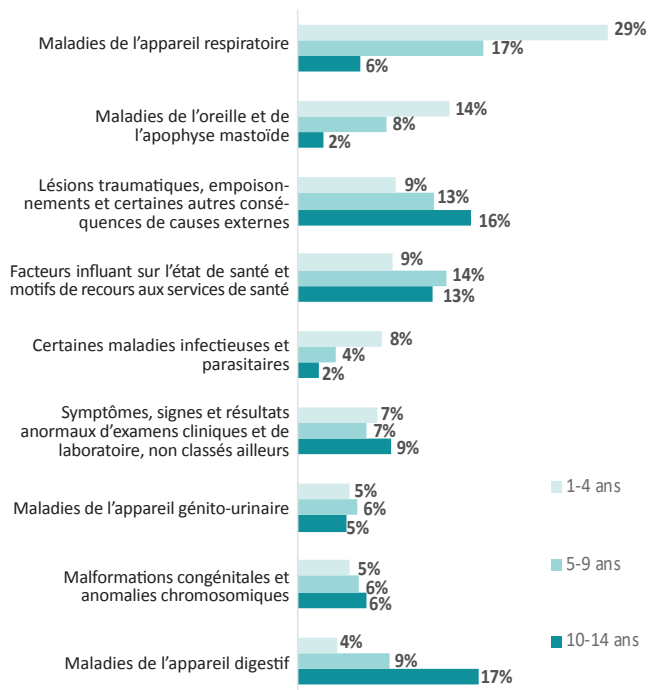
**Les maladies de l'appareil digestif** représentent le premier motif d'hospitalisation en court séjour des 10-14 ans (1 997 enfants, soit 17 %). Ces séjours hospitaliers sont liés dans plus d'un tiers des cas à des dents incluses et enclavées (712 enfants), qui correspondent à l'extraction de dents de sagesse, et dans 29 % des cas à l'appendicite aiguë (589).

Comme dans les autres classes d'âge, **les lésions traumatiques** (y compris séquelles et complications) motivent une part importante des hospitalisations (1 921 enfants, soit 16 %), avec le plus souvent en cause des fractures de l'avant-bras (404).

Par ailleurs, 1 498 jeunes (soit 13 %) ont été hospitalisés pour différents facteurs et recours, avec au premier plan des soins de contrôle orthopédiques (408).

À partir de cette classe d'âge, les hospitalisations en lien avec des **troubles de la santé mentale** émergent. Les troubles mentaux et du comportement constituent le diagnostic principal d'hospitalisation en court séjour de près de 530 jeunes bretons de 10 à 14 ans en 2018. Par ailleurs, un nombre non négligeable d'hospitalisations dans les services de court séjour sont liées à une tentative de suicide : 296 enfants de 10 à 14 ans de la région sont concernés en 2018, dont 86 % d'entre eux sont des jeunes filles.

1 Part d'enfants hospitalisés selon le motif en 2018 chez les 1 à 14 ans



Source : PMSI MCO 2018 - Exploitation ORS Bretagne

## MOTIFS D'HOSPITALISATION

### LES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES DES ENFANTS MALTRAITÉS



#### Quelles données statistiques sur les violences envers les enfants à partir des données sur les hospitalisations (PMSI) ?

En France, il n'existe pas de données exhaustives et nationales qui permettent cette surveillance épidémiologique. Dans ce contexte, une étude a pour la première fois permis de fournir une estimation de la prévalence de la maltraitance physique.

Elle a concerné les enfants de moins d'un an hospitalisés en raison d'une maltraitance, et a été obtenue à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur la période 2007-2014. **Cette prévalence de la maltraitance physique chez les enfants de moins d'un an a ainsi été estimée entre 0,04 % et 0,11 %.**

Les auteurs ont par ailleurs mis en évidence un taux élevé de mortalité intra-hospitalière à un an chez ces enfants, estimé entre 2,56 et 3,13 %, soit un taux 10 fois plus élevé chez les enfants maltraités que chez les autres enfants hospitalisés.

Source : Gilard-Pioc S, Cottenet J, François-Purcell I, Quantin C. « [Estimation de la prévalence des enfants de moins d'un an, hospitalisés en France pour maltraitance physique sur la période 2007-2014](#) ». Bull Epidémiol Hebd. 2019 ; (26-27) : 526-32.



#### Une autre étude du BEH a par ailleurs permis d'estimer l'incidence des traumatismes crâniens infligés par secouement (TCIS) - ou syndromes du bébé secoué.

À partir des codages PMSI-MCO spécifiques aux lésions cérébrales et extra-cérébrales sur la période 2015-2017, on recenserait **512 cas probables et 703 cas possibles de syndrome du bébé secoué** (ou traumatisme crânien infligé par secouement), soit entre 22,1 et 52,4 cas pour 100.000 naissances vivantes. Ces chiffres sont les premiers disponibles pour la France, et issus des données hospitalières.

Source : Paget LM, Gilard-Pioc S, Quantin C, Cottenet J, Beltzer N. « [Les enfants victimes de traumatismes crâniens infligés par secouement hospitalisés : analyse exploratoire des données du PMSI](#) ». Bull Epidémiol Hebd. 2019 ;(26-27) : 533-40.

### LES RECOURS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS CHEZ LES ENFANTS



#### Des recours aux soins non programmés fréquents chez les enfants

Les soins non programmés sont définis comme « ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences ». Les soins non programmés permettent de répondre, durant la plage d'ouverture des cabinets médicaux, aux besoins de soins de la population en proximité, sans mobiliser les services d'urgences lorsque ce n'est pas nécessaire, dans un contexte de démographie médicale tendu (urgentistes, médecins libéraux).

La dernière étude couvrant à la fois les urgences hospitalières et la réponse de ville à la demande de soins non programmés est celle de la Direction de l'évaluation et des études statistiques (Drees)<sup>1</sup> du Ministère de la Santé et des Solidarités réalisée en 2004. Selon cette enquête, le nombre de consultations non programmées en médecine de ville représente 12 % du nombre total de consultations annuelles, et **concerne deux fois plus les enfants et les jeunes adultes que les personnes âgées.**

<sup>1</sup> Drees, Etudes et résultats, n°471, mars 2006, «Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats ».



## MOTIFS DES NOUVELLES ADMISSIONS EN AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD)

Plus de 2 200 nouvelles admissions en affections de longue durée chez des enfants âgés de moins de 15 ans sont recensées en moyenne chaque année en région

En Bretagne, entre 2017 et 2019, 2 239 nouvelles admissions en ALD chez des enfants âgés de moins de 15 ans ont été recensées en moyenne chaque année (figure 1), soit un taux légèrement inférieur à celui observé en moyenne en France métropolitaine (3,9 pour 1 000 enfants âgés de moins de 15 ans en région contre 4,2 en France métropolitaine). L'augmentation des ALD s'est nettement accélérée depuis 2016, suite à la simplification des déclarations.

**Les affections psychiatriques de longue durée constituent le premier motif de nouvelles admissions en ALD des enfants de moins de 5 ans**

Elles concernent 28 % de l'ensemble des enfants en ALD à cet âge.

Parmi les affections psychiatriques, les causes les plus fréquemment observées sont les troubles du développement psychologique et des acquisitions et le retard mental.

Le second motif des nouvelles admissions en ALD chez les enfants âgés de 0-4 ans concerne « l'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, les cardiopathies valvulaires graves et les cardiopathies congénitales graves » (16 %), suivi par « les formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie) et l'épilepsie grave » (14 %).

**Chez les enfants de 5 à 9 ans, les affections psychiatriques représentent la moitié des nouvelles admissions en ALD**

Le second motif le plus fréquent concerne « les formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie) et l'épilepsie grave » (plus d'un enfant sur 10).

**Chez les enfants de 10 à 14 ans, les affections psychiatriques représentent 3 cas sur 10, devant les scioses**

Les affections psychiatriques de longue durée représentent le premier motif d'admission en ALD des 10-14 ans (35 %).

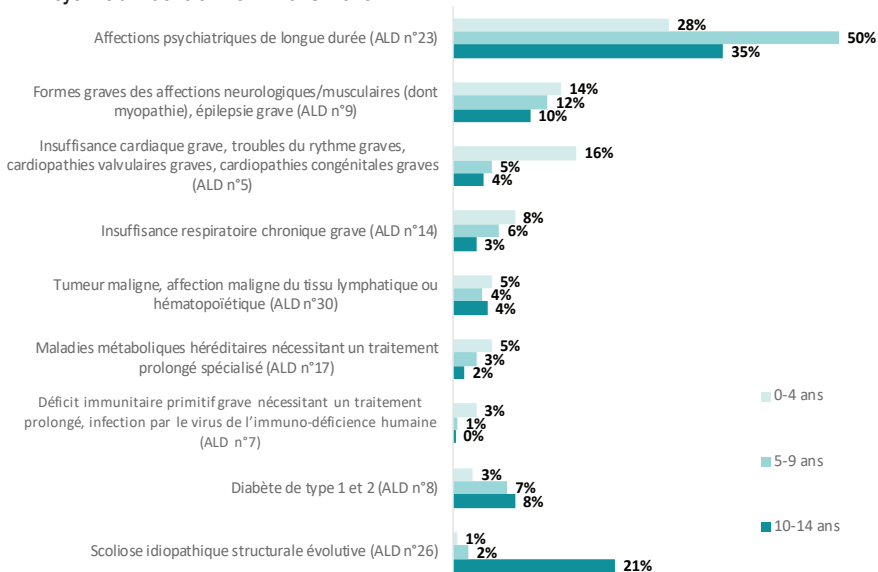
À partir de cette classe d'âge, les nouvelles admissions en ALD pour sciosie idiopathique structurale évolutive émergent (21 %).

### 1 Nouvelles admissions en ALD chez les enfants âgés de moins de 15 ans en Bretagne et en France métropolitaine en moyenne annuelle en 2017-2018-2019

	NB MOYEN ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD				TAUX BRUT (‰)			
	0 À 4 ANS	5 À 9 ANS	10 À 14 ANS	0 À 14 ANS	0 À 4 ANS	5 À 9 ANS	10 À 14 ANS	0 À 14 ANS
BRETAGNE	665	742	832	2 239	3,9	3,8	4,1	3,9
France métropolitaine	16 424	15 154	15 675	47 253	4,6	3,9	4,1	4,2

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI - Exploitation ORS

### 2 Principaux motifs des nouvelles admissions en ALD des enfants selon l'âge en Bretagne en moyenne annuelle en 2017-2018-2019



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI - Exploitation ORS

### Les admissions en affection de longue durée

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Les ALD ne représentent pas l'incidence réelle des pathologies. Les admissions ne sont pas liées aux seuls facteurs médicaux, elles peuvent également dépendre de la couverture complémentaire des assurés, de leurs comportements ou de celui de leur médecin traitant, ainsi que des avis des médecins-conseils ou des évolutions de la réglementation. Ainsi, si tous les bénéficiaires des ALD sont malades, toutes les personnes atteintes d'une pathologie faisant partie de la liste des ALD ne bénéficient pas nécessairement de ce dispositif.

### 630 enfants ont reçu un traitement médicamenteux contre le diabète en Bretagne en 2018

La base des données de consommation inter-régimes (DCIR) issue du Système national des données de santé (SNDS) permet de repérer les enfants diabétiques ayant été traités pharmacologiquement.

En Bretagne, en 2018, environ 630 enfants de moins de 15 ans ont reçu au moins trois délivrances de médicaments antidiabétiques dans l'année, ce qui représente un taux de 1,1 enfant pour 1 000 enfants pris en charge dans l'année. On observe un taux brut qui augmente avec l'âge, passant de 0,5 pour 1 000 enfants de moins de 5 ans, à 2 pour 1 000 chez les 10-14 ans.

## CE QUE NOUS APPRENNENT LES BILANS DE SANTÉ DES ENFANTS SCOLARISÉS

Deux bilans réalisés en école maternelle et primaire sont mis en exergue :

**Le premier est réalisé par les services de protection maternelle et infantile (PMI) pour les enfants de 3-4 ans**

Cet âge de 4 ans est particulièrement adapté pour un examen global de santé, car certaines pathologies ne sont pas fixées, ce qui ouvre de réelles possibilités de prévention et de prises en charge précoce. Il intervient également à un âge clef de la petite enfance, pour des échanges sur les comportements en matière de santé. Il conduit à diverses recommandations (vaccinations, vitamine D, hygiène bucco-dentaire...) et pour 25 à 30 % des enfants à une ou plusieurs orientations (médecin traitant, ORL, ophtalmologue, dentiste, autre spécialiste, psychologue...).

**Le second bilan est réalisé par les personnels de santé de l'Éducation nationale pour les enfants de 6 ans (en grande section de maternelle ou au CP)**

Cet examen comprend le dépistage précoce des signes qui peuvent entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage : problèmes sensoriels, difficultés de langage, de comportement...

En raison de la mise en œuvre de l'arrêté du 3 novembre 2015, les données disponibles pour les bilans de santé de 6 ans pour l'année 2018-2019 sont biaisées car les bilans réalisés par les infirmiers ne sont pas exhaustifs.

Sur la période 2018-2019, près de 17 500 élèves soit environ la moitié des élèves ont bénéficié d'un dépistage infirmier et/ou d'un bilan médical.

Concernant les comportements et habitudes de vie des enfants, l'enquête conjointe Elfe-PMI réalisée auprès des enfants de 3-4 ans en maternelle et présentée ci-dessous permet de disposer d'indicateurs dans ce domaine à l'échelle régionale et nationale.

## RÉSULTATS DES BILANS DE SANTÉ À 3-4 ANS EN MATERNELLE À PARTIR DE L'ENQUÊTE CONJOINTE ELFE-PMI

### MÉTHODO

L'équipe coordinatrice de l'[Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance \(Elfe\)](#) et 30 services départementaux de PMI, dont les 4 bretons, se sont associés pour un projet, mené sous la direction du Dr Corinne Bois lors de l'année scolaire 2014-2015 (petite section) ou 2015-2016 (moyenne section). Cette étude a été financée par l'Institut de recherche en santé publique (Iresp).

L'ensemble de ce dispositif a permis de disposer d'une vision élargie de la santé des enfants de 4 ans en France métropolitaine (environ 10 000 enfants concernés, dont 3 000 inclus dans la cohorte Elfe) et près de 1 650 enfants en Bretagne. Cette taille d'échantillon offre la possibilité de mener des analyses à l'échelle régionale.

Le suivi à plus long terme des enfants de la cohorte Elfe permettra d'estimer les retards de diagnostic et de prise en charge en fonction de la réalisation ou non de la visite conseillée, ainsi que d'évaluer un potentiel effet sur la réussite scolaire ultérieure de l'enfant.



### LA SANTÉ : DES INÉGALITÉS SOCIALES DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE

Selon une [étude nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(Drees\)](#), réalisée en 2012-2013 en grande section de maternelle, il ressort que les indicateurs de santé et habitudes de vie rendent compte de fortes disparités selon le milieu social. Les enfants d'ouvriers sont davantage touchés par le surpoids et l'obésité que les enfants de cadres, le constat est le même pour ce qui est de la santé bucco-dentaire.

### 1 Habitudes de vie et état de santé des enfants scolarisés en petite et moyenne section de maternelle en 2014-2016

	BRETAGNE	FRANCE
<b>I - STATUT PONDERAL</b>		
Indice de Masse Corporel (IMC)		
Corpulence normale	87,0%	85,0%
Obésité	1,2%	2,2%
Surpoids (sans obésité)	7,7%	8,2%
Maigreur	4,1%	4,6%
<b>II - DISPOSITIFS PARTICULIERS D'ACCUEIL MIS EN PLACE A L'ÉCOLE</b>		
Projet d'Accueil Individualisé (PAI)	1,7%	2,5%
Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)		
Oui	0,6%	0,7%
Non, mais envisagé	5,1%	4,6%
Présence d'une Auxiliaire de vie scolaire (AVS)	0,4%	0,4%
<b>III - EXAMEN AUDITIF</b>		
Niveau audition		
Entend bien des deux oreilles	90,3%	89,1%
Entend mal d'une oreille	3,4%	3,1%
Autre situation à risque	2,0%	3,6%
Entend mal des deux oreilles	4,2%	4,2%
<b>IV - EXAMEN VISUEL</b>		
Port de lunettes	9,7%	8,4%
Différence d'acuité visuelle $\geq 2$ entre les deux yeux (à l'exclusion des porteurs de lunettes)	7,5%	8,1%
<b>V - EXAMEN DENTAIRE</b>		
Caries soignées	1,1%	2,0%
Caries non soignées	5,4%	7,4%
<b>VI - EXAMEN LANGAGE</b>		
Retard de langage	3,4%	4,8%

Source : Enquête Elfe - PMI



## Surpoids et obésité concernent respectivement 7,7 % et 1,2 % des enfants bretons de 3-4 ans

Selon les données de l'enquête Elfe-PMI, 7,7 % des enfants de 3-4 ans sont en surpoids et 1,2 % sont obèses en 2014-2016 (figure 1). Les proportions d'enfants en surpoids et obèses sont dans la région plus faibles que celles estimées au plan national (respectivement 8,2 % et 2,2 %).

À titre de comparaison, l'enquête nationale réalisée par la Drees auprès des élèves de grande section de maternelle en 2012-2013 indiquait que 8,4 % des enfants étaient en surpoids et 3,5 % obèses en France (pas de donnée régionale, la Bretagne n'y ayant pas participé).

## 1,7 % des enfants de 3-4 ans bénéficient d'un Projet d'accueil individualisé (PAI)

Afin de faciliter l'accueil en collectivité des enfants présentant des troubles de la santé (pathologie chronique, traitement pour risque vital, régime alimentaire pour raison alimentaire...) et nécessitant des besoins spécifiques, un projet d'accueil individualisé (PAI) peut être établi, selon la circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003.

Ce plan est élaboré à la demande de la famille, ou avec son accord et sa participation, par le chef d'établissement à partir des besoins thérapeutiques de l'enfant ou l'adolescent. Il est rédigé par le médecin de la collectivité (médecin de l'éducation nationale à l'école par exemple).

En 2014-2016, 1,7 % des enfants de 3-4 ans de la région bénéficient d'un PAI.

## 5,4 % des enfants de la région présentent au moins une dent cariée non soignée

L'état de santé bucco-dentaire des enfants apparaît dans la région plus favorable qu'au plan national. Ainsi, en 2014-2016, 5,4 % des enfants bretons âgés de 3-4 ans présentent au moins une dent cariée non soignée vs 7,4 % en moyenne en France.

De plus, selon les données de remboursement de l'assurance maladie, le recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste libéral est dans la région supérieur à la moyenne nationale chez les enfants âgés de moins de 13 ans (38,2 % vs 32,8 %). Cf. *Partie sur le recours aux soins*.

## Les troubles de la vue ou de l'audition ne sont pas toujours corrigés

La proportion d'enfants portant des lunettes est de 9,7 %, soit une part légèrement supérieure à celle observée au plan national.

Parmi les enfants non-porteurs de lunettes, 7,5 % présentent une différence d'acuité visuelle entre les deux yeux, soit un taux un peu en-dessous de la moyenne nationale (8,1 %).

7,6 % des élèves présentent un trouble de l'audition sur au moins une oreille. Ce pourcentage est similaire à la moyenne nationale (7,3 %).

## Des difficultés de langage présentes chez 3,4 % des enfants, soit une fréquence moins importante qu'au niveau national

La maîtrise du langage constitue un élément fondamental de l'épanouissement de la personnalité de l'enfant, de sa réussite scolaire, de son intégration sociale et de sa future intégration professionnelle. Les habiletés acquises dans le champ du langage oral vont notamment constituer le socle de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Elles jouent également un rôle important dans le développement de l'autonomie, de la socialisation et de l'estime de soi.

3,4 % des enfants de la région âgés de 3 à 4 ans ont un retard de langage mis en évidence lors du bilan de santé.

Ces troubles du langage et de l'apprentissage motivent une part importante des recours aux soins d'orthophonie. En 2018, 10,3 % des enfants de la région âgés de moins de 13 ans ont eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste libéral (8,8 % en France métropolitaine). Cf. *Partie sur le recours aux soins*.

### Enfants et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de cohorte Elfe

Le suivi de la cohorte Elfe constituée d'un panel de 18 000 enfants nés en 2011 permet de décrire, à l'échelle nationale, l'équipement des foyers en écrans et la fréquence d'exposition des enfants avec les différents écrans au cours des deux premières années de leur vie.

La quasi-totalité des foyers sont équipés d'ordinateur, de téléviseur, de téléphone portable et d'une connexion internet. Pourtant, les attitudes face aux écrans varient : à 2 ans, 9 % des enfants n'en consomment aucun, tandis que 4 % d'entre eux en consomment quotidiennement 3 ou 4 (télévision, ordinateur ou tablette, smartphone et jeux vidéo).

De tous les écrans, le plus familier est celui de la télévision : les enfants de 2 ans sont 87 % à la regarder, dont 68 % quotidiennement, et ils lui consacrent en moyenne 6 heures et 50 minutes hebdomadaires. Par ailleurs, c'est l'écran qui entre dans le quotidien des enfants le plus précocement : la majorité des enfants commencent à la regarder vers 15 mois. La fréquence de l'audience télévisée des enfants de 2 ans varie par ailleurs selon le niveau de diplôme et la catégorie socioprofessionnelle des parents, le niveau de revenu du ménage, la taille de la fratrie mais aussi l'âge des parents.

Source : [Berthomier Nathalie ; Octobre Sylvie ; Ministère de la Culture, septembre 2019, 32 p.](#)

Pour en savoir plus : [Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans - Haut Conseil de la Santé Publique \(HCSP\), janvier 2020, 84 p.](#)

### Les enfants exposés aux écrans le matin avant l'école et qui discutent rarement, voire jamais, du contenu des écrans avec leurs parents multiplient par 6 leur risque de développer des troubles primaires du langage.

Cette étude a examiné la manière dont les troubles primaires du langage chez les enfants de 3,5 à 6,5 ans pouvaient être associés à une exposition à la télévision, aux ordinateurs, aux consoles de jeux, aux tablettes et aux smartphones.

[Collet M, Gagnière B, Rousseau C, Chapron A, Fiquet L, Certain C. L'exposition aux écrans chez les jeunes enfants est-elle à l'origine de l'apparition de troubles primaires du langage ? Une étude cas-témoins en Ille-et-Vilaine. 2020.](#)



## TROUBLES NEURO-DÉVELOPPEMENTAUX

Peu de données consolidées sont disponibles sur cette thématique pour la Bretagne. Cette partie a vocation à être enrichie par des indicateurs régionaux qui nécessiteraient d'être développés.

### DÉFINITION

Les troubles du neuro-développement sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire.

Ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. Il s'agit de :

- Troubles de la communication
- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité
- Trouble développemental de la coordination
- Trouble spécifique des apprentissages (troubles « dys »)

L'autisme est classé parmi les Troubles envahissants du développement (TED).

En France, selon une [étude de Santé publique France](#), à partir des données de recours aux soins du Système national des données de santé (SNDS), en France en 2017, la prévalence est estimée à 72 pour 10 000 enfants âgés de 5-9 ans.

Chez les garçons, le taux atteint son pic pour un âge situé entre 5 et 9 ans, suivi de près par la tranche d'âge 10-14 ans. Chez les filles, la situation est comparable avec un taux maximal situé entre 5 et 14 ans.

Chez les enfants de 7 ans, les taux sont de 73,6 (soit un enfant sur 136), de 114,5 chez les garçons et de 30,7 chez les filles.

En Bretagne, la prévalence était, pour les deux sexes, tous âges confondus (adultes et enfants) la plus élevée, comparativement aux autres régions. Les disparités régionales observées peuvent témoigner en partie de différences de pratiques de repérage, de diagnostic et de prise en charge. En l'état actuel des connaissances, elles doivent être interprétées avec précaution.

Selon [l'Inserm](#), les troubles spécifiques des apprentissages (troubles « dys ») concerneraient au moins 5 à 6 % des enfants en France, près de 40 % d'entre eux présentant plusieurs types de troubles associés :

- entre 3 et 5 % des enfants seraient concernés par une dyslexie (troubles de lecture),
- la dysphasie (troubles du langage oral), souvent prédictive d'une dyslexie ultérieure, concernerait environ 2 % des enfants,
- les troubles de l'attention seraient présents chez 3 à 5 % des enfants,
- enfin 5 à 7 % des enfants âgés de 5 à 11 ans présenteraient une dyspraxie, c'est-à-dire des troubles spécifiques du développement moteur et de l'écriture.



## COUVERTURE VACCINALE

### Élargissement de l'obligation vaccinale en 2018

L'année 2018 avait été l'occasion d'un changement, avec l'extension de l'obligation vaccinale à 11 vaccins pour tous les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 (contre les 3 premiers de la liste auparavant) :

- 1- diphtérie
- 2- tétanos
- 3- poliomyélite
- 4- coqueluche
- 5- infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b
- 6- hépatite B
- 7- affections invasives à pneumocoque
- 8- méningocoque de sérogroupe C
- 9- rougeole
- 10- oreillons
- 11- rubéole.

### En 2019, les modifications apportées sont mineures

Un nouveau vaccin contre les papillomavirus humains (HPV) est disponible. Il s'agit du Gardasil 9, qui protège contre ces virus transmis lors de rapports sexuels et responsables du cancer du col de l'utérus. Cette vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, pour les hommes homosexuels ou bisexuels de moins de 26 ans ainsi que pour les patients immunodéprimés entre 11 et 19 ans. Le ministère précise que la vaccination renforce la prévention mais ne se substitue pas au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes.

### Points-clés sur les nouvelles recommandations en 2020

Une des nouveautés inscrites au [calendrier des vaccinations 2020](#) est l'extension de la vaccination contre les HPV aux garçons de 11 à 14 ans révolus. Cette recommandation sera applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

### Rattrapage vaccinal

#### Infections invasives à *Haemophilus Influenzae* de type b

Pour les enfants n'ayant pas été vaccinés avant 12 mois, un rattrapage vaccinal peut être effectué jusqu'à l'âge de 5 ans.

**Hépatite B** : la vaccination des nourrissons et le rattrapage des enfants et adolescents peuvent être effectués jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

**Méningocoque C** : Depuis 2018, le calendrier vaccinal recommande de vacciner à 5 mois tous les nourrissons avec un rappel à 12 mois. Pour le rattrapage, pour les enfants qui n'auraient pas été vaccinés avant l'âge de 12 mois, une seule dose de vaccin est recommandée. Ce rattrapage est recommandé jusqu'à l'âge de 25 ans.

**Rougeole, oreillons, rubéole** : Cette vaccination (une injection à 12 mois suivie d'une deuxième injection entre 16 et 18 mois) est obligatoire chez tous les enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Pour les personnes nées depuis 1980 et âgées de plus de 18 mois, le rattrapage vise à obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

**Infections à papillomavirus humains (HPV)** : La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles et pour tous les garçons âgés de 11 à 14 ans révolus. Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les deux sexes entre 15 et 19 ans révolus.

## CALENDRIER SIMPLIFIÉ DES VACCINATIONS 2020

Âge approprié	Vaccinations obligatoires pour les nourrissons							6 ans	11-13 ans	14 ans
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois			
BCG										
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite										
Coqueluche										
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)										
Hépatite B										
Pneumocoque										
Méningocoque C										
Rougeole-Oreillons-Rubéole										
Papillomavirus humain (HPV)										

Sources : Ministère chargé de la santé et Santé publique France  
<https://vaccination-info-service.fr>

## COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS EN BRETAGNE

Les informations présentées dans cette partie sont extraites du *Bulletin de Santé Publique Bretagne* publié en avril 2019. Ce bulletin présente l'ensemble des données de vaccination disponibles dans les 4 départements bretons, comparativement à la France métropolitaine.

**Les couvertures vaccinales DTP, coqueluche, Haemophilus influenzae de type B, pneumocoque et hépatite B sont élevées (> 90 %)**

Pour les vaccins contre la **diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP)**, la **coqueluche** et l'**Haemophilus influenzae de type b**, les taux de couverture sont élevés en 2017, dans les départements bretons comme en France. Ils dépassent l'objectif de la loi de Santé publique (95 %) chez les enfants nés en 2015 (figure 2).

Pour le **pneumocoque**, la couverture vaccinale est en augmentation entre 2015 et 2017 dans tous les départements bretons sauf dans le Morbihan. Elle s'élève à 92,7 % chez les enfants bretons de 2 ans en 2017. Elle reste toutefois inférieure à l'objectif de 95 %.

La couverture vaccinale contre l'**hépatite B**, qui poursuit sa progression (sauf dans le Morbihan où elle a stagné entre 2016 et 2017), reste à améliorer. Elle atteint 91,2 % en 2017 chez les enfants de 2 ans. Cette couverture vaccinale est proche de celle observée au plan national (91,3 %).

**Cependant, celles contre le ROR et le méningocoque doivent être améliorées (<= 90 %)**

La couverture vaccinale du **ROR (rubéole-oreillons-rougeole)**, bien qu'en augmentation entre 2015 et 2017 (sauf en Ile-et-Vilaine), reste aussi insuffisante, dans la région et ses départements, comme en France : 90,2 % à une dose et 81,4 % pour deux doses chez les enfants bretons de 2 ans en 2017. Ces couvertures, proches de la moyenne nationale, n'atteignent pas en effet les objectifs définis par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) pour l'éradication de la rougeole et de la rubéole ( $\geq 95$  %).

Pour le **méningocoque C**, recommandé depuis 2010 à l'âge d'un an et faisant l'objet d'un rattrapage chez les 1-24 ans, la couverture vaccinale demeure insuffisante, bien qu'elle ait progressé dans tous les départements entre 2017 et 2018. En 2018, 84,5 % des enfants de 2 ans étaient vaccinés en Bretagne, une couverture pourtant bien supérieure à la moyenne nationale (78,6 %). Des disparités territoriales sont observées avec des taux variant de 80,9% dans le Morbihan à 87,6 % dans le Finistère.

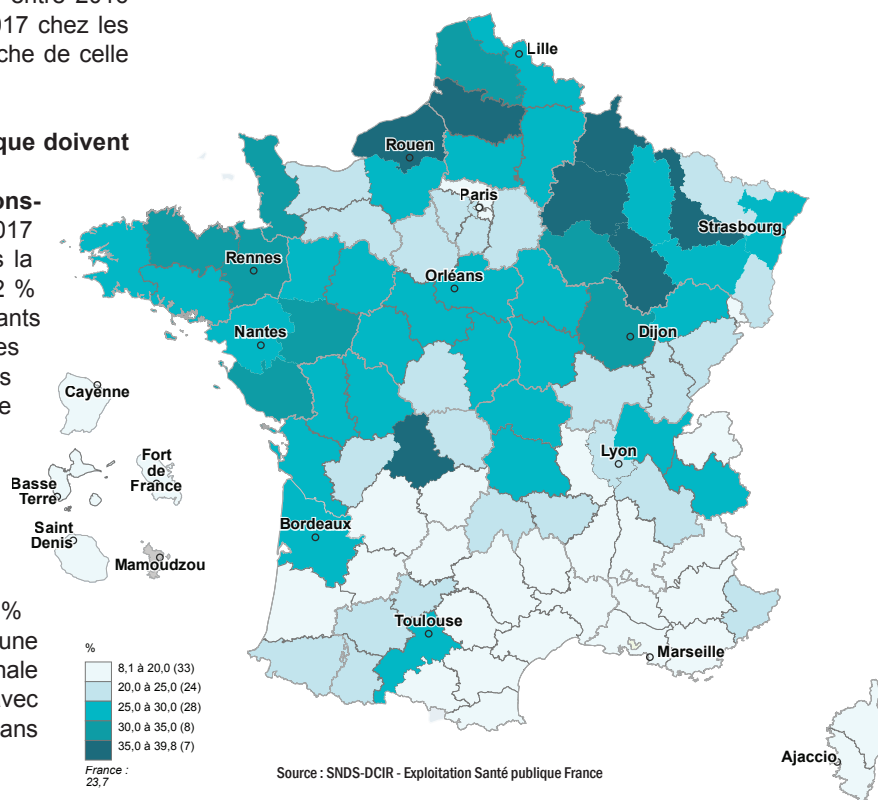
## La couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en Bretagne en 2018 est supérieure à la moyenne nationale

Le cancer du col de l'utérus est la conséquence d'une infection persistante par un papillomavirus humain (HPV) oncogène. Il existe plus de 100 types de HPV mais deux d'entre eux, les HPV 16 et 18, sont responsables d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus dans les pays industrialisés.

Selon l'étude de Santé publique France réalisée à partir de la base des données de consommation inter-régimes (DCIR) issue du Système national des données de santé (SNDS), en 2018, en Bretagne, la couverture vaccinale du vaccin HPV est de 30,3 % pour le schéma complet à l'âge de 16 ans, soit un taux nettement supérieur à la moyenne nationale (23,7 %).

Cette couverture vaccinale diffère selon les départements. Elle est plus élevée en Ile-et-Vilaine (32,7 %) et dans les Côtes-d'Armor (32 %) que dans le Finistère (29,9 %) et le Morbihan (26 %). En France, le rattrapage effectué entre 16 et 20 ans reste modéré.

1 Couverture vaccinale (%) départementale et régionale du vaccin HPV « schéma complet à 2 doses » à 16 ans (cohorte de naissance 2002)



## 2 Couverture vaccinale\* des enfants bretons en 2017 (enfants nés en 2015) ou 2018 (enfants nés en 2016)

	DTP - Coqueluche - 2017 (rappel)	Haemophilus influenzae type b - 2017 (rappel)	Pneumocoque 2017 (3 doses)	Hépatite B - 2017 (3 doses)	Rougeole, oreillons, rubéole - 2017 (1 dose)	Rougeole, oreillons, rubéole - 2017 (2 doses)	Méningocoque C 2018
Côtes-d'Armor	96,5%	95,9%	93,6%	91,9%	91,1%	81,3%	82,0%
Finistère	96,2%	95,2%	92,4%	92,6%	90,8%	83,5%	87,6%
Ile-et-Vilaine	96,7%	95,8%	93,7%	92,7%	89,1%	81,1%	85,5%
Morbihan	96,4%	95,1%	90,8%	87,9%	90,5%	80,4%	80,9%
<b>BRETAGNE</b>	<b>96,5%</b>	<b>95,5%</b>	<b>92,7%</b>	<b>91,2%</b>	<b>90,2%</b>	<b>81,4%</b>	<b>84,5%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>96,3%</b>	<b>95,4%</b>	<b>92,2%</b>	<b>91,3%</b>	<b>89,6%</b>	<b>80,3%</b>	<b>78,6%</b>

Source : Drees, Remontées des services de PMI - Certificats de santé au 24<sup>e</sup> mois - Traitement Santé publique France.

Les valeurs en gras sont supérieures à la moyenne métropolitaine.

## EN SAVOIR +

Fonteneau L, Barret AS, Lévy-Bruhl D. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France - 2008-2018. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(22-23):424-30. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019\\_22-23\\_3.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_3.html)

La prochaine édition de ce tableau de bord pourra intégrer des données sur le rattrapage vaccinal.





## PATHOLOGIES LIÉES

### À L'ENVIRONNEMENT

1 Recours à un traitement antiasthmatique régulier\* chez les moins de 15 ans par EPCI en 2018

Bretagne : 52 enfants de moins de 15 ans sur 1 000

#### L'environnement joue un rôle dans la survenue de l'asthme chez les enfants

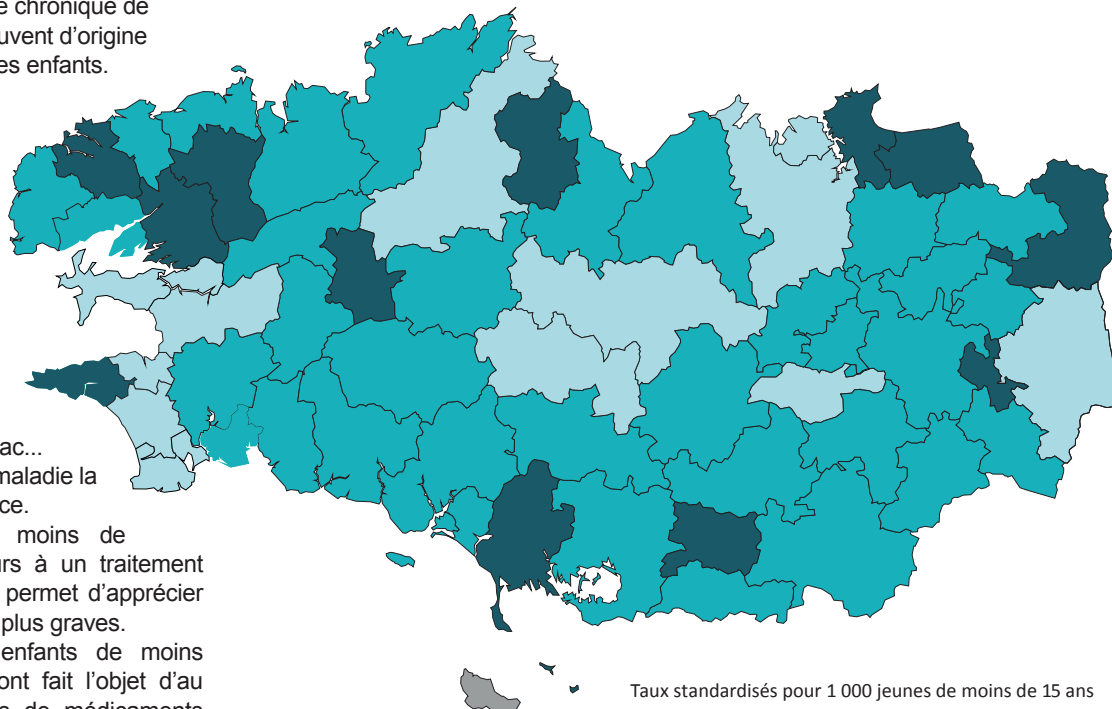
L'asthme est une maladie chronique de l'appareil respiratoire, souvent d'origine allergique, surtout chez les enfants.

Ce sont des facteurs environnementaux, allergiques ou non allergiques, qui sont à l'origine de l'inflammation des voies respiratoires : dans l'air extérieur, pollens, particules fines, gaz toxiques ; dans l'air intérieur : acariens, moisissures, produits à usage domestique, tabac...

L'asthme infantile est la maladie la plus fréquente de l'enfance.

Le taux d'enfants de moins de 15 ans ayant eu recours à un traitement antiasthmatique régulier permet d'apprécier la fréquence des cas les plus graves.

Un peu plus de 52 enfants de moins de 15 ans sur 1 000 ont fait l'objet d'au moins trois prescriptions de médicaments antiasthmatiques en 2018 en Bretagne, avec des disparités selon les EPCI.



Taux standardisés pour 1 000 jeunes de moins de 15 ans

- Inférieure à la moyenne régionale
- Non différent
- Supérieur à la moyenne régionale
- Non disponible (effectif insuffisant)

Source : Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIRAM), Exploitation ORS Bretagne  
\*Au moins 3 prescriptions de médicaments antiasthmatiques en 2018



#### Pollution de l'air intérieur

**Les enfants, qui font partie des populations qui passent le plus de temps en intérieur, y sont particulièrement sensibles du fait de leurs systèmes immunitaire et respiratoire en développement**

Une mauvaise qualité de l'air intérieur peut influencer la santé des enfants comme des adultes (maux de tête, irritation des voies respiratoires, des yeux, de la peau, allergies...). En cause, des facteurs croisés, dont des émanations de polluants issus du matériel, du mobilier ou des activités qui se déroulent en intérieur.

Des produits nocifs pour la santé peuvent également être retrouvés dans les fournitures scolaires des enfants.

Conformément à la réglementation, les établissements recevant des enfants doivent procéder à des mesures liées à la surveillance du radon et de la qualité de l'air intérieur.

#### EN SAVOIR +

Tableau de bord santé environnement en Bretagne - Édition 2019

#### EN SAVOIR +

<https://www.airbreizh.asso.fr/publication/pour-une-meilleure-qualite-de-lair-dans-les-lieux-accueillant-des-enfants-et-adolescents/>



## **PATHOLOGIES LIÉES**

### **À L'ENVIRONNEMENT**

#### **Les perturbateurs endocriniens : les enfants de 0 à 6 ans plus touchés que les adultes**

Dans son étude Esteban, Santé publique France mesure la **présence des polluants** (Bisphénols, phtalates, parabènes, éthers de glycol, retardateurs de flamme bromés et composés perfluorés...) dans l'organisme des enfants et des adultes, auprès d'un large échantillon. Près de 70 biomarqueurs ont ainsi été étudiés.

Cette étude permet également d'identifier comment ces personnes ont été exposées à ces substances. Les résultats publiés montrent que ces polluants du quotidien sont présents dans l'organisme de l'ensemble des adultes et des enfants. Cependant, **des niveaux d'imprégnation plus importants sont retrouvés chez les enfants**. Selon Santé publique France, plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce phénomène dont :

- Les contacts cutanés et de type « main bouche » très fréquents avec les produits du quotidien comme les jouets, et les peintures ;
- Une exposition accrue aux poussières domestiques ;
- Un poids corporel plus faible par rapport à leurs apports alimentaires (comparativement aux adultes).

Certaines études montrent que **les bisphénols** jouent un rôle de perturbateur endocrinien. La mesure des concentrations urinaires en bisphénols a été réalisée à partir d'un sous-échantillon de 500 enfants et 900 adultes, âgés de 6 à 74 ans. Les bisphénols A, S et F ont été détectés dans la quasi-totalité des échantillons. L'imprégnation par les bisphénols était plus importante chez les enfants que chez les adultes.

La recherche des déterminants de l'imprégnation montrait une augmentation des concentrations en BPS et BPF chez les enfants avec l'achat de poissons pré-emballés et le fait d'aérer moins régulièrement son logement.

Concernant **les phtalates** qui sont des substances chimiques présentes dans de nombreux produits de consommation courante (emballages alimentaires, jouets, revêtements de sol en vinyle, produits cosmétiques, produits d'entretien ménagers, peintures, etc), la mesure des concentrations urinaires en métabolites des phtalates a montré que les enfants étaient plus imprégnés que les adultes, exceptés pour un phtalate, le MEP, marqueur de l'utilisation des cosmétiques et des produits d'hygiène.

La recherche des déterminants de l'imprégnation montrait chez les enfants une augmentation des concentrations en métabolites de deux phtalates (DnOP et DEHP) avec l'utilisation des cosmétiques et de produits pour cheveux.

Pour en savoir plus :

[Programme national de biosurveillance, Esteban 2014-2016.](#)

#### **Les malformations congénitales**

##### **Contexte national**

Les malformations congénitales sont responsables dans les pays développés de 20 à 25 % de la mortalité périnatale totale, représentant ainsi en France la première cause de mortalité périnatale. La fréquence des malformations congénitales parmi l'ensemble des grossesses n'est pas connue, de nombreuses conceptions donnant lieu à des avortements spontanés précoces. Les malformations congénitales chez les enfants mort-nés et les enfants vivants ne constituent donc qu'une partie de l'ensemble des malformations congénitales. Aujourd'hui la part des nouveau-nés porteurs de malformations congénitales représente 3 à 4 % des naissances vivantes en France.

L'origine des malformations est généralement multifactorielle : 20 % à 25 % des anomalies congénitales seraient dues à une hérédité multifactorielle, 15 % à 25 % à des mutations génétiques (chromosomes ou gènes uniques), 8 % à 12 % à des facteurs environnementaux. Environ 50 % des malformations restent inexpliquées.

Sur l'ensemble du territoire, la trisomie 21 ou syndrome de Down reste la malformation qui connaît la fréquence la plus élevée.

**En Bretagne, la surveillance des anomalies congénitales** repose sur un registre qui assure le recueil, l'enregistrement de cas et participe à l'analyse et l'étude de l'évolution des tendances des fréquences, à la détection et à l'investigation de cas survenus groupés.

Une partie de ces malformations congénitales sont liées à l'environnement.

Fondé en 2013, il est piloté par une pédiatre, le Dr Florence Rouget. Ce registre surveille les naissances en Bretagne (environ 33 000 par an) grâce à un réseau très dense de personnes ressources (dans les maternités, services spécialisés de l'enfant...) qui déclarent en ligne les malformations observées.

Le nombre de nouveau-nés porteurs d'anomalie congénitale est estimé à 1 200 cas annuels domiciliés en Bretagne, soit 3,5 % des naissances, prévalence similaire au niveau national.



## BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)

*Il n'existe pas de définition unique du handicap et celui-ci peut être abordé selon différentes approches. Les données présentées dans ce document permettent d'apprécier de façon parcellaire la fréquence des situations de handicap chez les enfants.*

**6 300 enfants de moins de 12 ans sont bénéficiaires de l'AEEH en 2018, soit un taux inférieur au niveau national**

En Bretagne, 6 312 enfants de 0 à 11 ans bénéficient de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Parmi eux, 362 ont moins de 3 ans, 1 243 sont âgés de 3 à 5 ans, 4 707 de 6-11 ans.

Le taux régional, de 1,4 bénéficiaires pour 100 enfants de 0 à 11 ans, est inférieur au taux national (1,8). Il augmente avec l'âge des enfants, passant de 0,3 pour 100 enfants de moins de 3 ans à 1,9 pour 100 enfants âgés de 6 à 11 ans (figure 1).

### La situation régionale masque des disparités départementales

Le Morbihan et les Côtes-d'Armor présentent un taux inférieur (0,9) à la moyenne régionale et à l'inverse supérieur dans le Finistère (1,9), alors qu'il lui est relativement proche en Ille-et-Vilaine.

### Le taux de bénéficiaires augmente en Bretagne mais moins rapidement qu'au niveau national

Dans la région comme en France, le taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH a progressé depuis 2012, cette hausse étant toutefois moins marquée qu'au plan national : + 3,5 % en moyenne par an dans la région, + 5,9 % en France entre 2012 et 2016.

## DÉFINITION

L'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge.

**Critères d'attribution pour un enfant dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % :**

- avoir moins de 20 ans,
- résider en France de manière permanente,
- ne pas être placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'Assurance Maladie, l'État ou l'aide sociale,
- ne pas percevoir des revenus professionnels supérieurs à 55 % du SMIC mensuel brut.

**Critères d'attribution pour un enfant dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80 % :**

- mêmes critères que précédemment,
- fréquenter un établissement d'enseignement adapté, ou avoir recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement, ou avoir recours à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

(Site officiel de l'administration française, 2017)



### Le projet Handidonnées

Il est porté par le réseau des Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI). En Bretagne, il est co-construit par l'ARS Bretagne et le CREAI et accessible via l'application numérique de la Plateforme de l'observation sanitaire et sociale de Bretagne, PLATOSS (<https://geoplatoSS-bretagne.fr/#c=home>), dont la mission est de soutenir l'observation partagée sur les questions sanitaires et sociales.

« Handidonnées » a pour objectif de structurer et mettre à disposition un ensemble d'indicateurs constituant un socle de connaissances sur les publics en situation de handicap et sur l'offre d'accompagnement proposée dans la région.

### 1 Taux d'enfants percevant l'AEEH selon l'âge en 2018 en %

	0 À 2 ANS	3 À 5 ANS	6 À 11 ANS	TOTAL 0 À 11 ANS
Côtes-d'Armor	0,3%	0,8%	1,2%	0,9%
Finistère	0,4%	1,3%	2,9%	1,9%
Ille-et-Vilaine	0,3%	1,3%	2,0%	1,4%
Morbihan	0,3%	0,7%	1,2%	0,9%
<b>BRETAGNE</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,9%</b>	<b>1,4%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,3%</b>	<b>2,7%</b>	<b>1,8%</b>

Sources : Cnaf, CCMSA - Exploitation ORS Bretagne

Les données de prestations sociales AEEH ne sont disponibles que pour les tranches d'âge spécifiques présentées dans le tableau.



## SCOLARISATION DES ENFANTS

### HANDICAPÉS EN MILIEU

### ORDINAIRE OU ADAPTÉ

**Environ 9 000 enfants en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire dans les établissements scolaires du premier degré de la région**

En Bretagne, durant l'année scolaire 2018-2019, près de 20 700 enfants en situation de handicap sont scolarisés dans les établissements scolaires ainsi que dans les unités d'enseignement des structures hospitalières et médico-sociales.

Cet effectif, tous niveaux de scolarisation confondus, représente 3,4 % du total des quelques 600 000 élèves bretons, une proportion similaire au niveau national (3,3 %).

Parmi ces enfants, environ 9 000, soit 44 %, sont scolarisés dans le premier degré (écoles maternelles et élémentaires).

**La scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap a nettement progressé**

Parmi les 20 700 élèves en situation de handicap scolarisés en Bretagne durant l'année scolaire 2018-2019, près de 17 000 le sont en milieu ordinaire, soit 27 % de plus en 4 ans. Cette progression est à mettre au crédit d'un effort particulier d'inclusion dans les classes ordinaires.

**La scolarisation en milieu ordinaire décroît avec l'avancée en âge**

La scolarisation en milieu ordinaire est très majoritaire aux âges les plus jeunes : 99,4 % des élèves en situation de handicap de moins de 6 ans sont en classe ordinaire ou en ULIS. Cette part se réduit légèrement au fil de l'âge (93,3 % entre 6 et 10 ans ; 89,2 % entre 11 et 12 ans), avec l'émergence de la scolarisation en Unité d'Enseignement exclusif d'un établissement de santé ou médico-social (figure 1).

**Les ULIS accueillent 1 933 élèves dans le premier degré**

À la rentrée 2018, il existe en Bretagne environ 350 ULIS, parmi lesquelles 185 soit 53 % sont des ULIS écoles (premier degré) (figure 2).

La région compte environ 21 ULIS pour 1 000 élèves.

Le nombre d'ULIS varie fortement selon le département : rapporté au nombre total d'élèves dans le premier degré, c'est l'Ille-et-Vilaine qui dispose le moins d'ULIS alors que les Côtes-d'Armor et le Finistère sont les mieux dotés.

## DÉFINITION

La scolarisation individuelle est une scolarisation dans une classe ordinaire au sein d'une école ou d'un établissement scolaire du second degré. Elle peut se faire sans aucune aide particulière ou s'accompagner d'aménagements divers lorsque la situation de l'élève l'exige

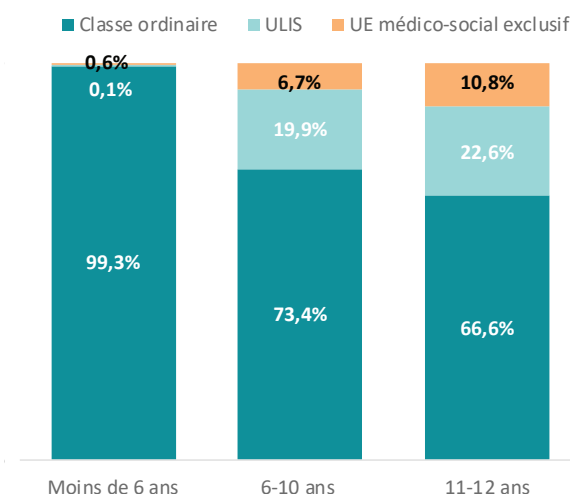
Lorsque l'exigence d'une scolarité dans une classe ordinaire est incompatible avec la situation ou l'état de santé du jeune, celui-ci peut être scolarisé dans une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Encadré par un enseignant spécialisé, l'élève y reçoit un enseignement adapté à ses besoins spécifiques et correspondant aux objectifs de son PPS (projet personnalisé de scolarisation). L'orientation vers une ULIS se fait sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui siège au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elle se fait sur la base du projet personnalisé de scolarisation (PPS) de l'élève.



### Contexte

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis des avancées majeures dans la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap. Le service public d'éducation doit veiller à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction.

1 Part des élèves en situation de handicap selon l'âge et le lieu de scolarisation en 2018



Source : DEPP - Enquêtes 3, 12 et 32 (Ministère de l'Éducation nationale) - exploitation CREAL Bretagne

2 Caractéristiques des ULIS dans le premier degré selon le département en 2018

	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	ACADÉMIE
Nombre d'ULIS	38	57	46	44	185
Nombre d'ULIS pour 1 000 élèves	23,8	23,2	16,6	20,7	20,7
Nombre moyen d'élèves par ULIS	11,4	9,5	10,6	10,0	10,3

Source : Rectorat Rennes-Bretagne - Exploitation CREAL Bretagne



## La moitié des écoliers dispose d'une aide humaine individuelle...

Plus de la moitié des élèves du premier degré bénéficie de la présence d'un AESH ou d'un Auxiliaire de vie scolaire<sup>1</sup> (AVS) à titre individuel tandis que 17 % le partagent avec un ou plusieurs autres élèves de l'établissement<sup>2</sup>.

L'accompagnement individuel prédomine en Bretagne dans le premier degré alors qu'il est moins présent au niveau national (35 %) au profit de la mutualisation (24 %).

## ... mais avec des écarts importants entre les départements bretons

Dans les Côtes-d'Armor, la proportion d'élèves du premier degré disposant d'un AESH/AVS individuel est plus faible que dans les autres départements, au profit de la mutualisation tandis que les élèves finistériens et breilliens bénéficient plus souvent d'une aide personnalisée (figure 1). Ce département ainsi que celui du Morbihan se démarquent par rapport aux deux autres départements avec une forte proportion d'élèves sans AESH/AVS (37 %).

## Dans le premier degré, les troubles intellectuels et cognitifs touchent près de 4 élèves sur dix

Les troubles du psychisme (troubles de la personnalité et du comportement) concernent plus d'un élève sur cinq et les troubles du langage et de la parole (troubles DYS : dyspraxie, dyslexie, dysphasie, dyscalculie... et troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) un sur six (figure 2).

Cette répartition selon le type de troubles est assez similaire à celle observée au niveau national.

En revanche, les ULIS du premier degré (ULIS école) accueillent une très grande majorité d'élèves avec des troubles intellectuels et cognitifs. Par ailleurs, près de 10 % des élèves du premier degré sont atteints de troubles du spectre autistique ou des troubles envahissants du développement, une proportion inférieure aux 13 % relevés au niveau national.

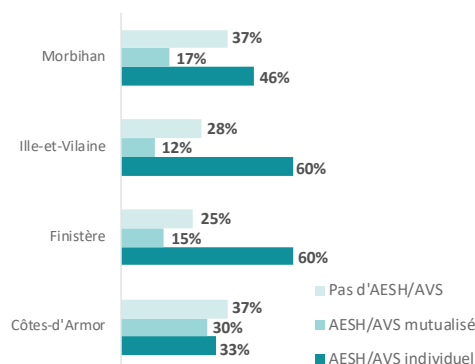
<sup>1</sup> La différence entre ces deux termes tient au statut des personnels exerçant cette fonction d'aide à l'élève. Un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH), fonction mise en place à partir de la rentrée scolaire 2014, doit être titulaire du diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social (DEAES), ce qui n'est pas le cas de l'auxiliaire de vie scolaire.

<sup>2</sup> L'aide peut être individuelle lorsque l'élève demande une attention continue et soutenue ou mutualisée entre plusieurs élèves quand le besoin d'accompagnement est moins important.

## DÉFINITION

Pour permettre la scolarisation des enfants en situation de handicap, et s'adapter au mieux aux difficultés qu'elle peut engendrer pour eux, une palette d'accompagnements au sein de la structure d'enseignement et en dehors a été mise en place. Elle prend toute son importance dans le cadre de l'école inclusive, qui vise à recourir prioritairement au droit commun, et adopte plusieurs formes : présence d'un Accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH), prise en charge par un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), par un professionnel libéral, etc. mais aussi aménagements matériels ou pédagogiques.

### 1 Accompagnement des élèves scolarisés en milieu ordinaire en 2018



Source : DEPP - Enquêtes 3, 12 et 32 (Ministère de l'Éducation nationale) - Exploitation CREAI Bretagne

### 2 Type de troubles des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et en ULIS dans le premier degré en 2018 en Bretagne

	TOTAL	DONT BÉNÉFICIAIRES DU DISPOSITIF ULIS
Troubles intellectuels ou cognitifs	39%	75%
Troubles du psychisme	22%	9%
Troubles du langage ou de la parole	16%	4%
Troubles auditifs	2%	0,1%
Troubles visuels	1%	0,4%
Troubles viscéraux	1%	0,2%
Troubles moteurs	5%	1%
Plusieurs troubles associés	8%	6%
Autres troubles	6%	4%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>DONT TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE</b>	<b>10 %</b>	<b>8%</b>

Source : DEPP - Enquêtes 3, 12 et 32 (Ministère de l'Éducation nationale) - Exploitation CREAI Bretagne

## EN SAVOIR +

« Scolarisation des enfants en situation de handicap en Bretagne » – Les études de l'ARS Bretagne n° 21, octobre 2020.



## MÉTHODO

Cette partie décrit la fréquence des recours aux professionnels de santé libéraux les plus fréquemment sollicités par les enfants de 0 à 12 ans (médecins généralistes, pédiatres, dentistes, ophtalmologues, ORL, pédopsychiatres, orthophonistes). Sont pris en compte les recours ayant donné lieu à un remboursement par l'assurance maladie et qui se sont déroulés en secteur libéral et en centres de santé (les consultations externes des hôpitaux publics sont exclues sauf pour le calcul du taux de couverture de l'examen obligatoire à 24 mois). Ces données proviennent du Système National des Données de Santé (SNDS).

Le recours est apprécié par le pourcentage d'enfants ayant bénéficié d'au moins une consultation dans l'année. Cet indicateur renseigne en partie sur l'accès aux soins de la population.

L'analyse cartographique est réalisée à partir des données de recours des moins de 13 ans domiciliés dans chaque EPCI de la région.

En regard de ces données sur les recours sont présentées les densités de professionnels de santé libéraux par EPCI pour la même tranche d'âge des enfants. Les données sont issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).



### Zoom sur les examens obligatoires chez les enfants

Tous les enfants bénéficient systématiquement de 20 examens de santé. Ces derniers étaient jusqu'à présent tous réalisés avant l'âge de 6 ans. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, ils s'échelonnent jusqu'à 16 ans. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs de responsabilité (hors dépassements d'honoraires).

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, les examens systématiques sont réalisés selon le calendrier ci-contre.

Le décret précise qu'« avant les 6 ans de l'enfant, ces examens peuvent être faits par un médecin de consultation de protection maternelle et infantile » et « qu'au cours de la sixième année de l'enfant, l'examen obligatoire peut être fait par un médecin de l'Éducation nationale ».

#### Taux de couverture de l'examen obligatoire à 24 mois au cours de l'année 2018

Selon les données de remboursement de l'Assurance maladie, plus de 13 400 enfants ont consulté en 2018 un généraliste, un pédiatre (en libéral ou dans les hôpitaux publics) pour la réalisation de l'examen obligatoire du 24<sup>e</sup> mois\*. Ces données représentent près de 38 % des enfants nés deux ans avant (selon les données de l'Insee, au cours de l'année 2016, 33 200 bébés sont nés en Bretagne).

\*Les données des services de PMI disponibles dans le SNDS n'ont pas été incluses dans le calcul car elles ne semblent pas exhaustives pour l'instant. Le tableau de bord pourra être enrichi dans les prochaines éditions par des données relatives à la réalisation de certains examens obligatoires.

#### Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent

Calendrier	Nombre d'examens
Au cours de la 1 <sup>ère</sup> année	11 examens : <ul style="list-style-type: none"> <li>• dans les 8 jours qui suivent la naissance</li> <li>• au cours de la 2<sup>e</sup> semaine</li> <li>• avant la fin du 1<sup>er</sup> mois</li> <li>• 1 fois par mois entre le 2<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois (5 examens)</li> <li>• au cours des 9<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> mois</li> </ul>
Au cours de la 2 <sup>e</sup> année	2 examens : <ul style="list-style-type: none"> <li>• entre 16 et 18 mois</li> <li>• au cours du 24<sup>e</sup> ou du 25<sup>e</sup> mois</li> </ul>
De la 3 <sup>e</sup> à la 6 <sup>e</sup> année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Source : Ameli.



## RECOURS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

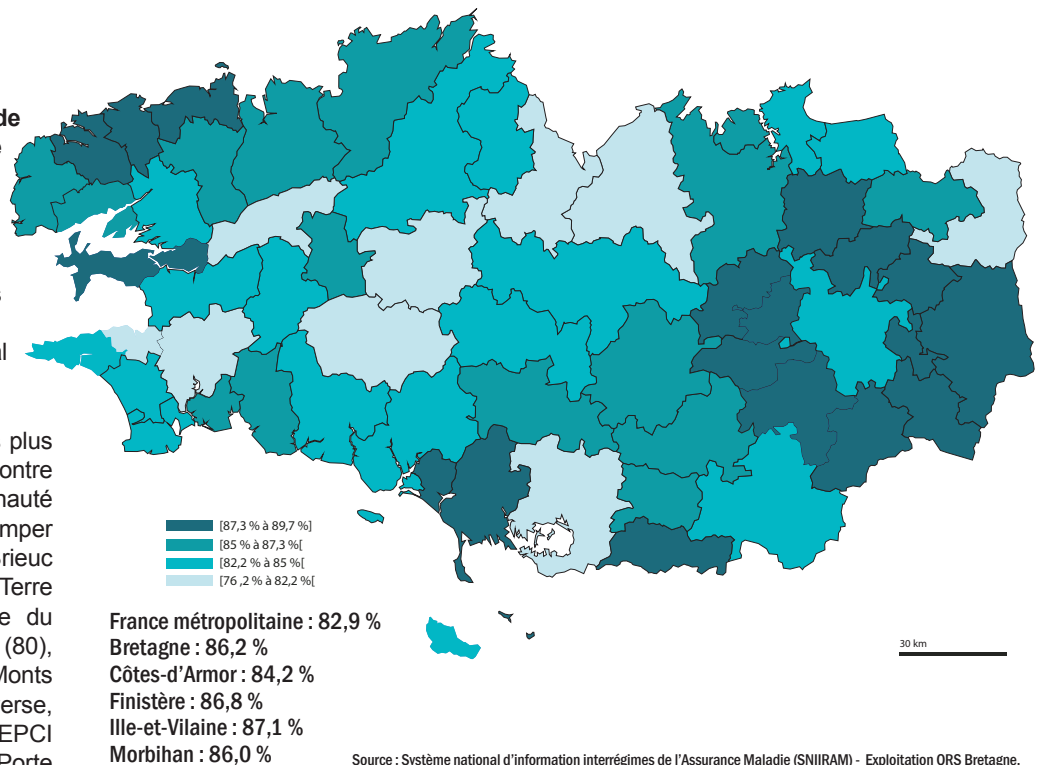
### RECOURS AUX SOINS

**Près de 9 enfants sur 10 âgés de 0 à 12 ans ont eu recours à une consultation de médecine générale en 2018**

Selon les données de remboursement de l'assurance maladie, en Bretagne, 86,2 % des enfants âgés de 0 à 12 ans ont eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste libéral soit un recours plus élevé qu'au niveau national (*figure 1*).

Un plus faible recours, soit un recours plus élevé qu'au niveau national, se rencontre pour les EPCI de Douarnenez Communauté (76), Fougères Agglomération (76), Quimper Bretagne Occidentale (78), Saint-Brieuc Armor Agglomération (79), Lamballe Terre et Mer (79), Kreiz-Breizh (80), Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération (80), Roi Morvan Communauté (82) et Monts d'Arrée Communauté (82). A l'inverse, cette part dépasse 88 % dans les EPCI du Pays des Abers (88), Bretagne Porte de Loire Communauté (88), Val d'Ille-Aubigné (88), La Roche aux Fées (89), Montfort Communauté (90), Bretagne Romantique (90) et le Pays de Châteaugiron Communauté (90). Le recours est important autour de Rennes Métropole.

**1** Proportions d'enfants de 0 à 12 ans ayant eu recours à un médecin généraliste libéral au cours de l'année 2018, par EPCI de la région Bretagne



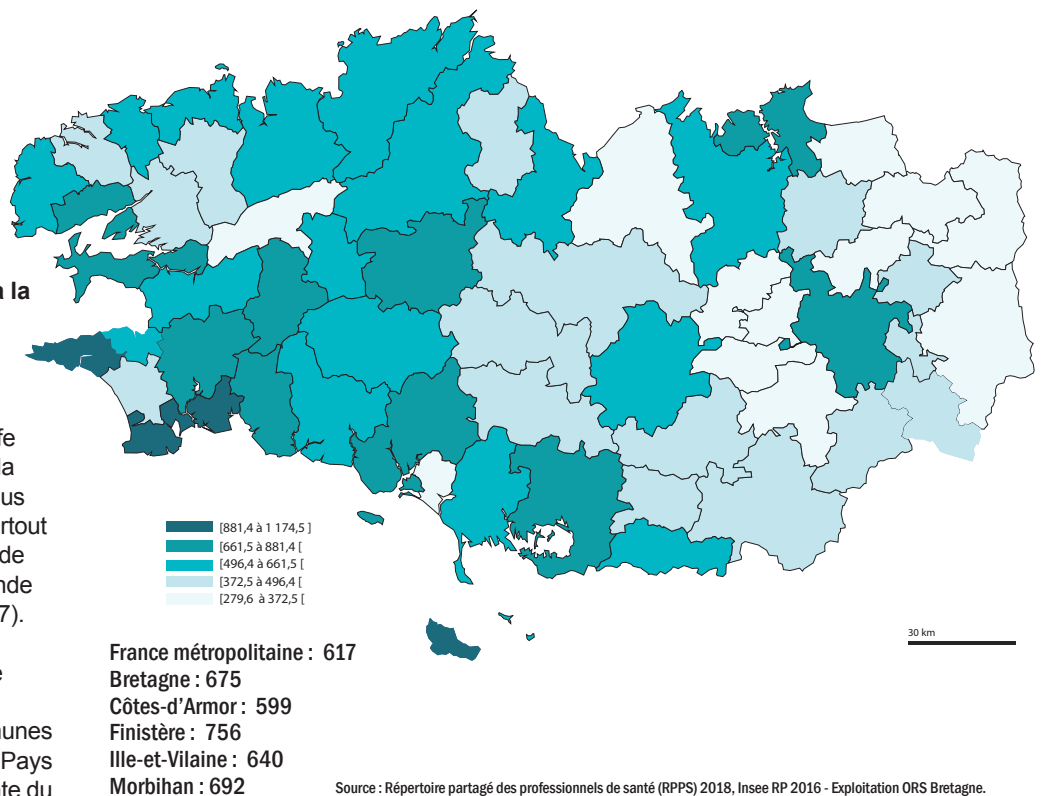
**2** Densité de médecins généralistes libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour 100 000 enfants de 0 à 12 ans, par EPCI de la région Bretagne

### DENSITÉS

**L'effectif de médecins généralistes rapporté à la population des enfants de 0 à 12 ans est supérieur à la moyenne nationale.**

À l'échelle infra-régionale, hormis quelques exceptions (Belle-Île-en-Mer, Côte d'Émeraude, Pays de Saint-Malo Agglomération, Rennes Métropole, Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération), la densité de médecins généralistes est plus faible dans la moitié est de la région, surtout dans les Communautés de communes de Saint-Méen Montauban (280), Brocéliande (300) et Vallons de Haute-Bretagne (307). C'est également le cas dans les Monts d'Arrée Communauté (315) et Lamballe Terre et Mer (340).

À l'inverse, la Communauté de communes du Pays Fouesnantais (896), du Pays Bigouden Sud (935) et Cap Sizun - Pointe du Raz (953) présentent des densités nettement supérieures à la valeur régionale (*figure 2*).



## RECOURS AUX PÉDIATRES

### LIBÉRAUX

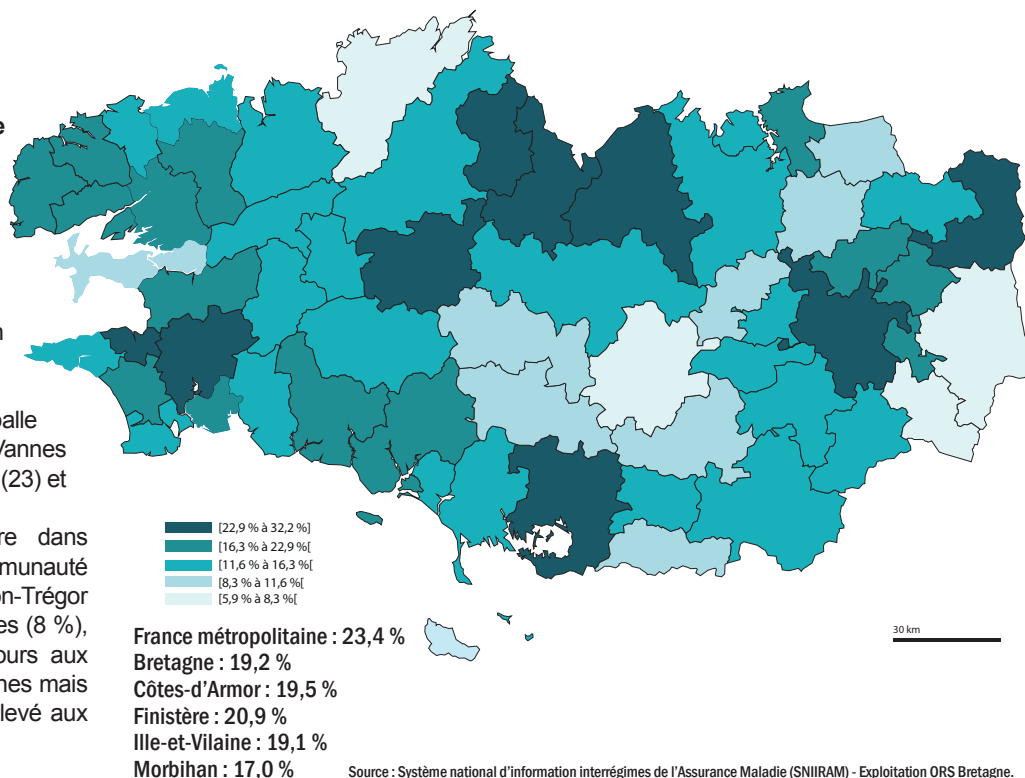
#### RECOURS AUX SOINS

Près d'un enfant sur cinq âgé de 0 à 12 ans a consulté un pédiatre libéral en 2018, soit un recours moindre qu'au niveau national

Cette part est plus élevée, soit un recours moindre qu'au niveau national, notamment dans les EPCI de Quimper Bretagne Occidentale (32), Kreiz-Breizh (30), Fougères Agglomération (30), Douarnenez Communauté (28), Saint-Brieuc Armor Agglomération (28), Lamballe Terre et Mer (27), Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération (24), Rennes métropole (23) et Leff Armor Communauté (23) (figure 1).

À l'inverse, le recours est moindre dans les EPCI suivants : Ploërmel Communauté (6 %), Belle-Ile-en-Mer (7 %), Lannion-Trégor Communauté (7 %), La Roche aux Fées (8 %), et Vitry Communauté (8 %). Le recours aux pédiatres est moins élevé dans ces zones mais il est compensé par un recours plus élevé aux médecins généralistes.

1 Proportions d'enfants de 0 à 12 ans ayant eu recours à un pédiatre libéral au cours de l'année 2018, par EPCI de la région Bretagne



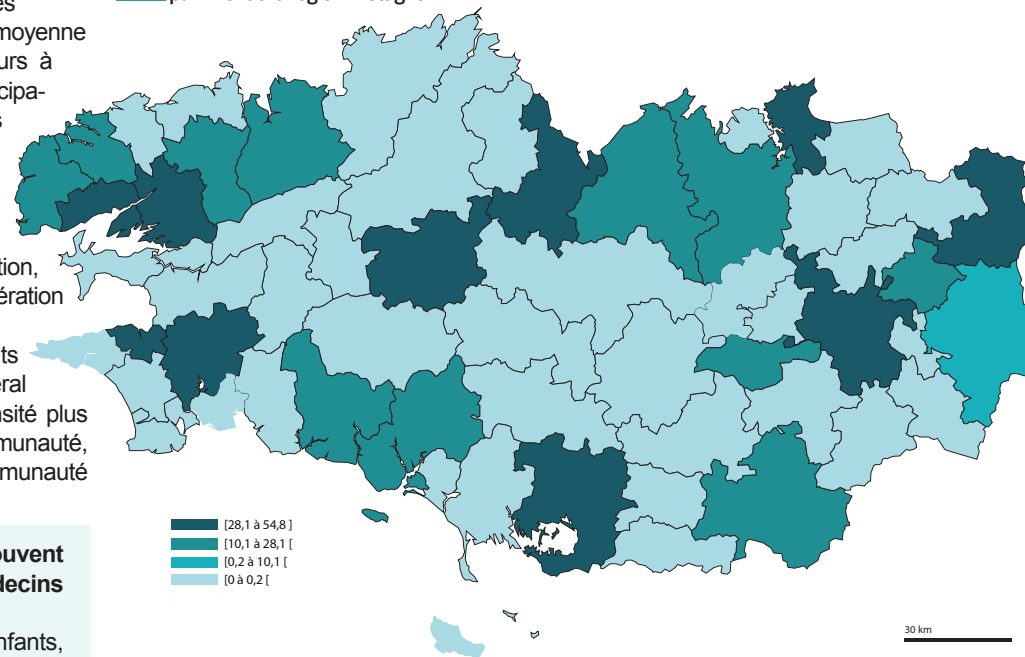
#### DENSITÉS

#### Recours et densité varient dans le même sens

Globalement, l'offre de soins en pédiatres libéraux en Bretagne est inférieure à la moyenne nationale. Les EPCI où les taux de recours à un pédiatre libéral sont élevés sont principalement ceux qui présentent les densités les plus importantes. C'est le cas pour Douarnenez Communauté, Quimper Bretagne Occidentale, Kreiz-Breizh, Saint-Brieuc Armor Agglomération, Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération, Rennes Métropole et Fougères Agglomération (figures 1 et 2).

A contrario, les EPCI à faible part d'enfants ayant eu un recours à un pédiatre libéral sont généralement ceux avec une densité plus faible de pédiatres : Ploërmel Communauté, Belle-Ile-en-Mer, Lannion-Trégor Communauté et La Roche aux Fées.

2 Densité de pédiatres libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour 100 000 enfants de 0 à 12 ans, par EPCI de la région Bretagne



#### Les enfants sont plus souvent pris en charge par les médecins généralistes que par les pédiatres

Pour la prise en charge médicale des enfants, les parents ont le choix entre le médecin généraliste et le pédiatre. D'après les données de l'assurance maladie présentées ci-dessus, en 2018, en Bretagne, parmi les enfants de moins de 13 ans, 86 % ont été vus au moins une fois par un médecin généraliste et 19 % par un pédiatre libéral. Dans les EPCI où les densités de pédiatres libéraux sont élevées, le recours à ces médecins y est généralement élevé, et celui aux médecins généralistes plus faible.

Ainsi, l'analyse conjointe de la densité médicale en généralistes et pédiatres permet d'éclairer en partie la situation des territoires en termes d'accès aux soins. Dans certains EPCI (Pays de Dol et de la Baie du Mont St-Michel, Monts d'Arrées, Couesnon Marches de Bretagne, Val d'Ille Aubigné, St Méen Montauban, Montfort Communautés, Vallons en Bretagne), la représentation des densités illustre une offre de soins moins importante à la fois en médecins généralistes et en pédiatres.





## RECOURS AUX OPHTALMOLOGUES LIBÉRAUX

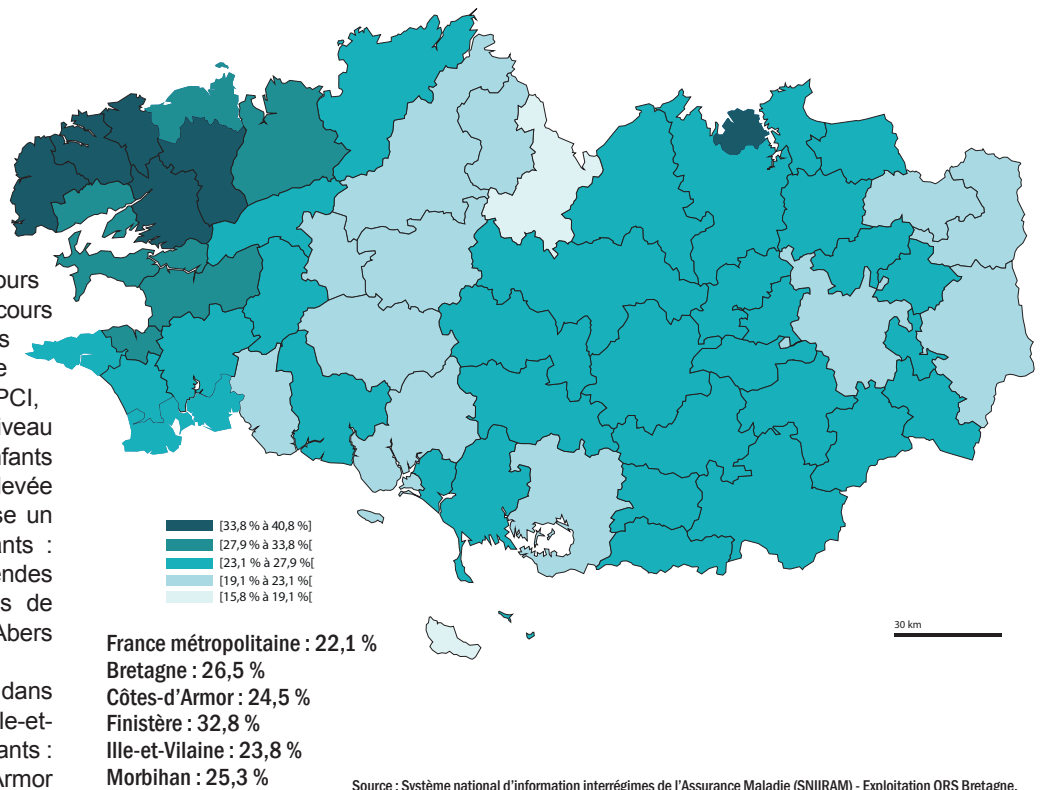
### RECOURS AUX SOINS

**Les taux de recours aux ophtalmologues sont plus importants dans le Finistère nord**

En Bretagne, plus d'un quart des enfants âgés de 0 à 12 ans ont eu recours à un ophtalmologue libéral au cours de l'année 2018 soit une part plus importante qu'au niveau national. Le recours varie fortement selon les EPCI, soit une part plus importante qu'au niveau national (*figure 1*). La part des enfants ayant consulté est souvent plus élevée dans l'ouest de la région. Elle dépasse un enfant sur trois dans les EPCI suivants : Communauté Lesneven Côte des Légendes (34), Pays de Landivisiau (34), Pays de Landerneau-Daoulas (34), Pays des Abers (36), Pays d'Iroise (41).

À l'inverse, le recours est moindre dans une zone centrale de la région, et en Ille-et-Vilaine, notamment dans les EPCI suivants : Belle-Île-en-Mer (16) et Saint-Brieuc Armor Agglomération (19).

1 Proportions d'enfants de 0 à 12 ans ayant eu recours à un ophtalmologue libéral au cours de l'année 2018, par EPCI de la région Bretagne



2 Densité d'ophtalmologues libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour 100 000 enfants de 0 à 12 ans, par EPCI de la région Bretagne

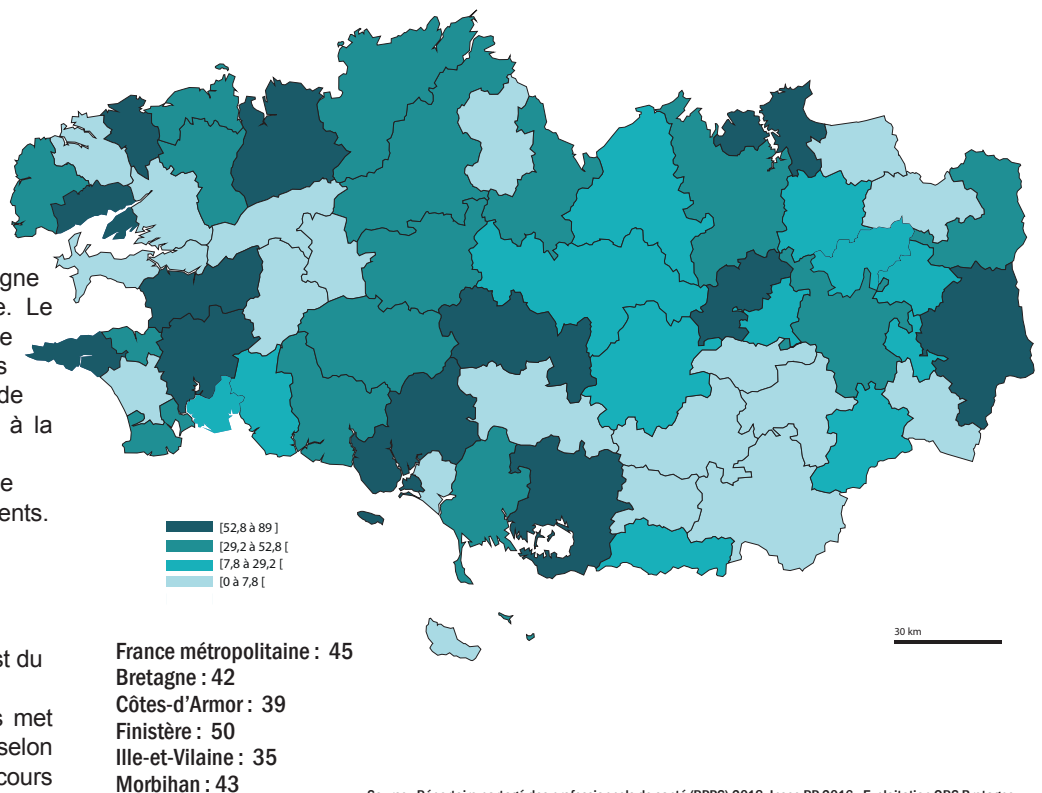
### DENSITÉS

**L'offre de soins en ophtalmologie est globalement bien étoffée dans le Finistère, avec de fortes disparités entre les EPCI**

Globalement, l'offre de soins en ophtalmologues libéraux en Bretagne est proche de la moyenne nationale. Le département du Finistère se démarque par un recours aux ophtalmologues libéraux (*figure 1*) et une offre de soins (*figure 2*) nettement supérieurs à la moyenne régionale.

À l'échelle des EPCI, l'offre de soins varie fortement au sein même des départements. Près de 7 EPCI sur 10 (41 sur 59) enregistrent une densité inférieure à la moyenne régionale. Les territoires les moins dotés sont principalement situés dans le sud de l'Ille-et-Vilaine, dans l'est du Morbihan et dans le centre Finistère.

La comparaison entre les deux cartes met en évidence différents cas de figure selon les EPCI en termes de niveaux de recours et d'offre. Il apparaît ainsi qu'outre l'offre de soins, d'autres déterminants sont à prendre en compte pour expliquer les disparités territoriales.



## RECOURS AUX DENTISTES LIBÉRAUX

### RECOURS AUX SOINS

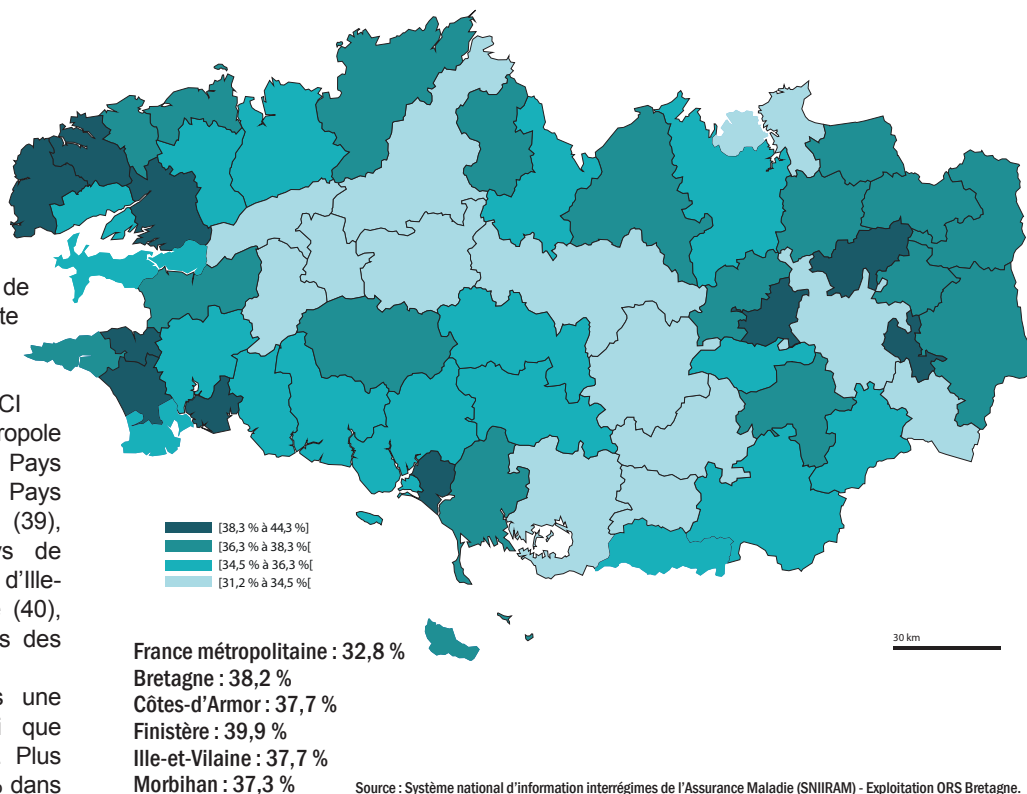
Le recours aux chirurgiens-dentistes libéraux varie peu d'un EPCI à l'autre, entre trois et quatre enfants sur dix ayant consulté dans l'année

En Bretagne, 38,2 % des enfants âgés de 0 à 12 ans ont vu un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2018 contre 32,8 % en France métropolitaine (figure 1).

Cette part est élevée dans certains EPCI du Finistère, autour de Rennes Métropole et près de Lorient Agglomération : Pays de Landerneau-Daoulas (39), Haut Pays Bigouden (39), Pays Fouesnantais (39), Blavet Bellevue Océan (40), Pays de Châteaugiron Communauté (40), Val d'Ille-Aubigné (40), Montfort Communauté (40), Douarnenez Communauté (41), Pays des Abers (43), Pays d'Iroise (44).

À l'inverse, elle est moindre dans une zone centrale de la région, ainsi que dans quelques EPCI d'Ille-et-Vilaine. Plus précisément, elle est inférieure à 34 % dans les EPCI suivants : Loudéac Communauté - Bretagne Centre (31), Côte d'Émeraude (32), Monts d'Arrée Communauté (32), Pays de Saint-Malo Agglomération (32), Poher Communauté (33), Questembert Communauté (33), La Roche aux Fées (33), Rennes Métropole (33), Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération (34), Kreiz-Breizh (34), Haute Cornouaille (34), Ploërmel Communauté (34) et Guingamp-Paimpol Agglomération de l'Armor à l'Argoat (34).

1 Proportions d'enfants de 0 à 12 ans ayant eu recours à un chirurgien-dentiste libéral au cours de l'année 2018, par EPCI de la région Bretagne

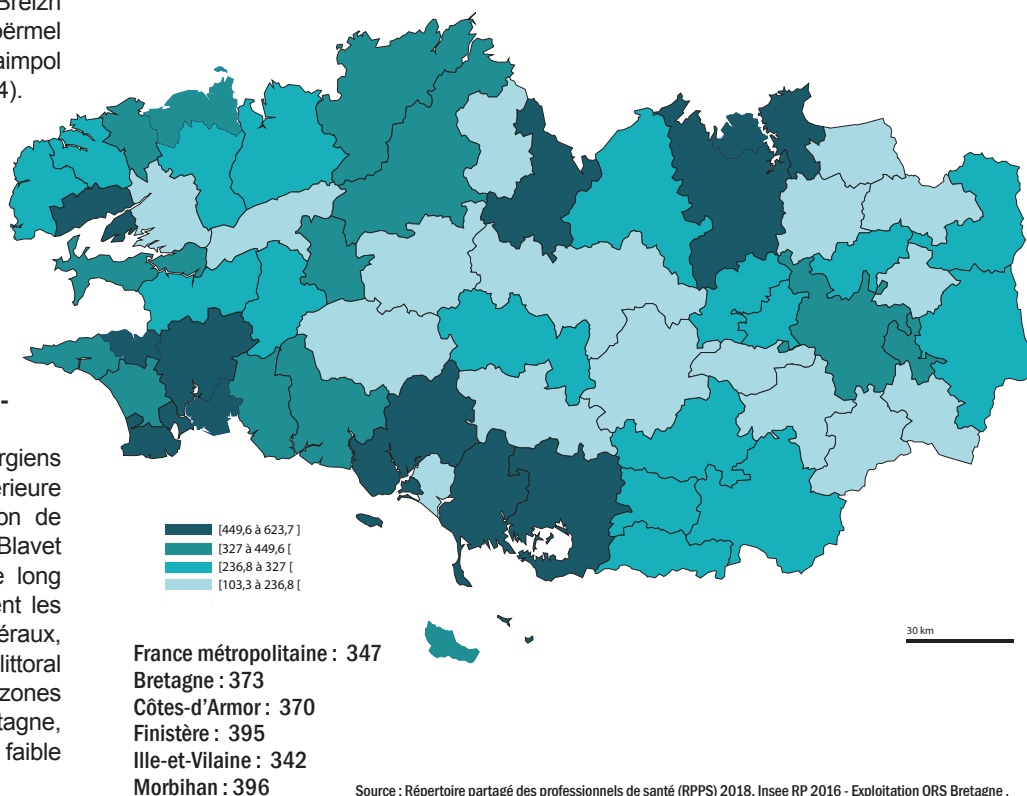


### DENSITÉS

La répartition des chirurgiens-dentistes est inégale selon les EPCI

Globalement, l'offre de soins en chirurgiens-dentistes libéraux en Bretagne est supérieure à la moyenne nationale. À l'exception de la Communauté de Communes de Blavet Bellevue Océan, les EPCI situés le long du littoral sud de la région enregistrent les plus fortes densités en dentistes libéraux, de même que quelques EPCI du littoral nord (figure 2). En revanche, des zones sont sous-dotées au centre de la Bretagne, bien souvent où l'on retrouve un plus faible recours (figure 1).

2 Densité de dentistes libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour 100 000 enfants de 0 à 12 ans, par EPCI de la région Bretagne



## LE PROGRAMME M'T DENTS

Créé en 2007, le programme M'T dents, proposé par l'Assurance Maladie et la MSA, permet à tous les enfants, adolescents et jeunes adultes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans de bénéficier d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste et de soins, si nécessaire.

Ce dispositif a été étendu aux enfants de 3 ans depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019.

Ce rendez-vous est gratuit, il est pris en charge par la sécurité sociale. Les soins nécessaires sont également pris en charge à 100 % sans avance de frais.

**En 2018, la participation au programme M'T dents est plus importante en région qu'au niveau national, quel que soit l'âge**

**Pour les enfants affiliés au régime général (figure 1) :**

6 enfants bretons sur 10 de moins de 6 ans, ayant reçu leur invitation à l'examen bucco-dentaire (EBD) M'T dents, ont effectué leurs visites chez un chirurgien-dentiste. A 9 ans, cette part est moins élevée (45,8 %) et à 12 ans, près de la moitié des enfants (48,2 %) ont bénéficié de l'examen bucco-dentaire gratuit.

La région présente des taux de visite supérieurs pour l'ensemble des classes d'âge comparativement à la moyenne nationale.

Les taux sont globalement en augmentation par rapport à 2017 quel que soit l'âge.

**Pour les enfants affiliés au régime agricole (figure 2) :**

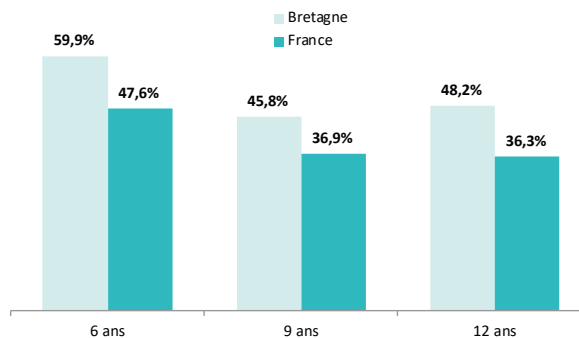
A 6 ans, près de la moitié (49,2 %) des enfants bretons ont eu recours à l'examen bucco-dentaire gratuit chez un chirurgien-dentiste.

A 9 ans et 12 ans, le taux de participation est moins élevé et concerne environ 4 enfants sur 10.

Les taux sont supérieurs à ceux enregistrés en moyenne nationale.

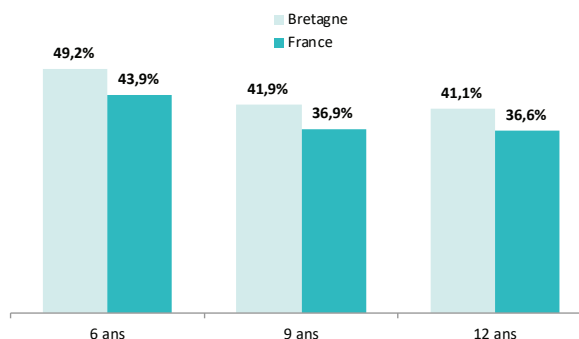
Les taux sont globalement moins élevés par rapport au régime général quel que soit l'âge.

### 1 Taux de participation au dispositif M'T dents pour les enfants affiliés au régime général en 2018



Source : Assurance Maladie, données transmises par l'ARS Bretagne

### 2 Taux de participation au dispositif M'T dents pour les enfants affiliés au régime agricole en 2018



Source : Données régionales transmises par l'ARS Bretagne ; Données nationales issues du rapport de la MSA



#### La santé bucco-dentaire constitue un excellent marqueur des inégalités sociales de santé chez les enfants.

L'URPS Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire a sollicité l'ORS Pays de la Loire pour une étude sur le recours aux soins bucco-dentaires des enfants. Les différences les plus marquantes concernent l'âge au premier recours au cabinet dentaire et la fréquence du suivi préventif. Ainsi, 31 % des enfants ligériens bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ne sont jamais allés au cabinet dentaire avant 7 ans contre 17 % chez les enfants non bénéficiaires de la CMU-C.

La proportion d'enfants ayant eu un premier recours au cabinet dentaire à 5 ans ou moins varie selon le niveau social de la commune de résidence (mesuré par l'indice de défavorisation sociale de la commune) ; il atteint 48 % dans les communes les plus favorisées et chute à 33 % dans les communes les plus défavorisées de la région. Dans celles-ci, une proportion importante d'enfants a eu un premier recours à 6 ans, probablement dans le cadre de l'EBD du programme M'T dents. Ce rattrapage n'est cependant pas suffisant puisque la proportion d'enfants n'ayant pas eu de recours au cabinet dentaire à 7 ans reste supérieure dans les communes les plus défavorisées.

[ORS Pays de la Loire, URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. \(2018\). Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 76 p.](#)

## RECOURS AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES D'OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE (ORL) LIBÉRAUX

### RECOURS AUX SOINS

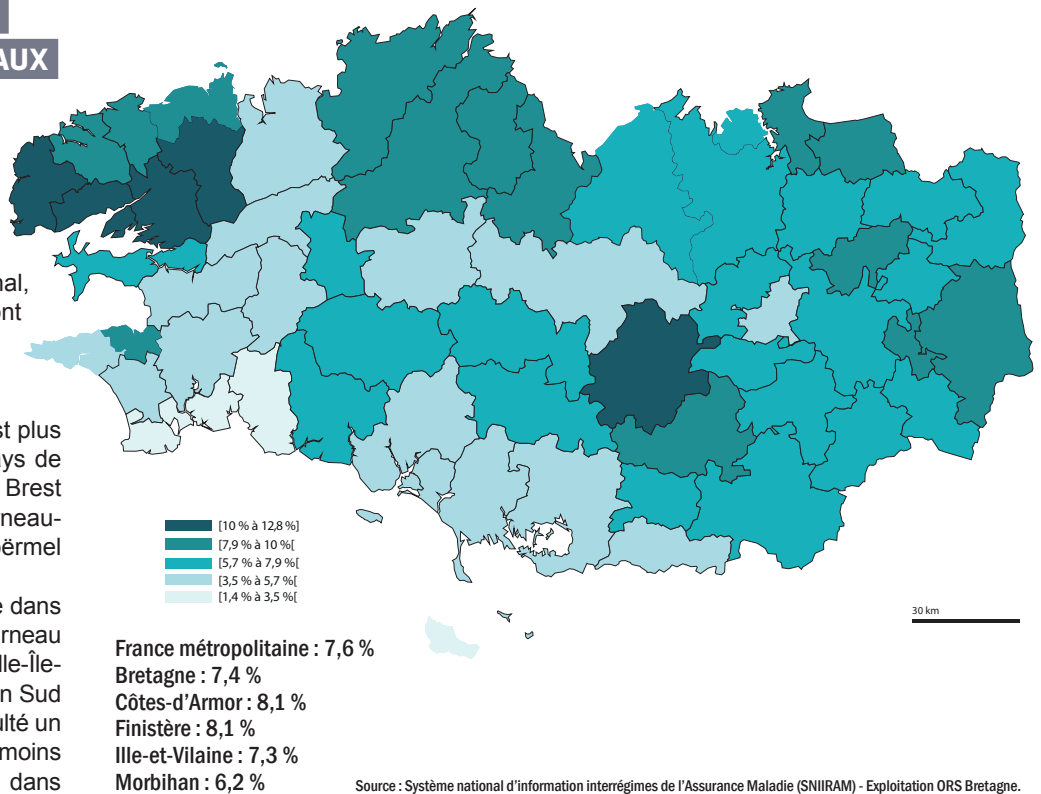
#### Moins d'un enfant sur 10 a consulté un ORL au cours de l'année 2018

En Bretagne comme au niveau national, 7,4 % des enfants âgés de 0 à 12 ans ont eu recours à un ORL libéral au cours de l'année 2018. Le recours varie fortement selon les EPCI (*figure 1*).

La part des enfants ayant consulté est plus élevée dans le nord du Finistère (Pays de Landivisiau : 13 ; Pays d'Iroise : 11 ; Brest Métropole : 11 ; Pays de Landerneau-Daoulas : 10), ainsi qu'à Ploërmel Communauté (12).

À l'inverse, le recours est le plus faible dans le Pays Fouesnantais (3 %), à Concarneau Cornouaille Agglomération (3 %), Belle-Île-en-Mer (3 %) et dans le Pays Bigouden Sud (1 %). La part des enfants ayant consulté un ORL dans l'année 2018 est également moins élevée que la moyenne régionale dans les EPCI du littoral sud de la région (sauf Quimperlé Communauté), dans quelques EPCI situés au centre de la région (Kreiz-Breizh, Loudéac Communauté et Montfort Communauté) et dans une frange allant de Morlaix au Cap Sizun.

1 Proportions d'enfants de 0 à 12 ans ayant eu recours à un ORL libéral au cours de l'année 2018, par EPCI de la région Bretagne

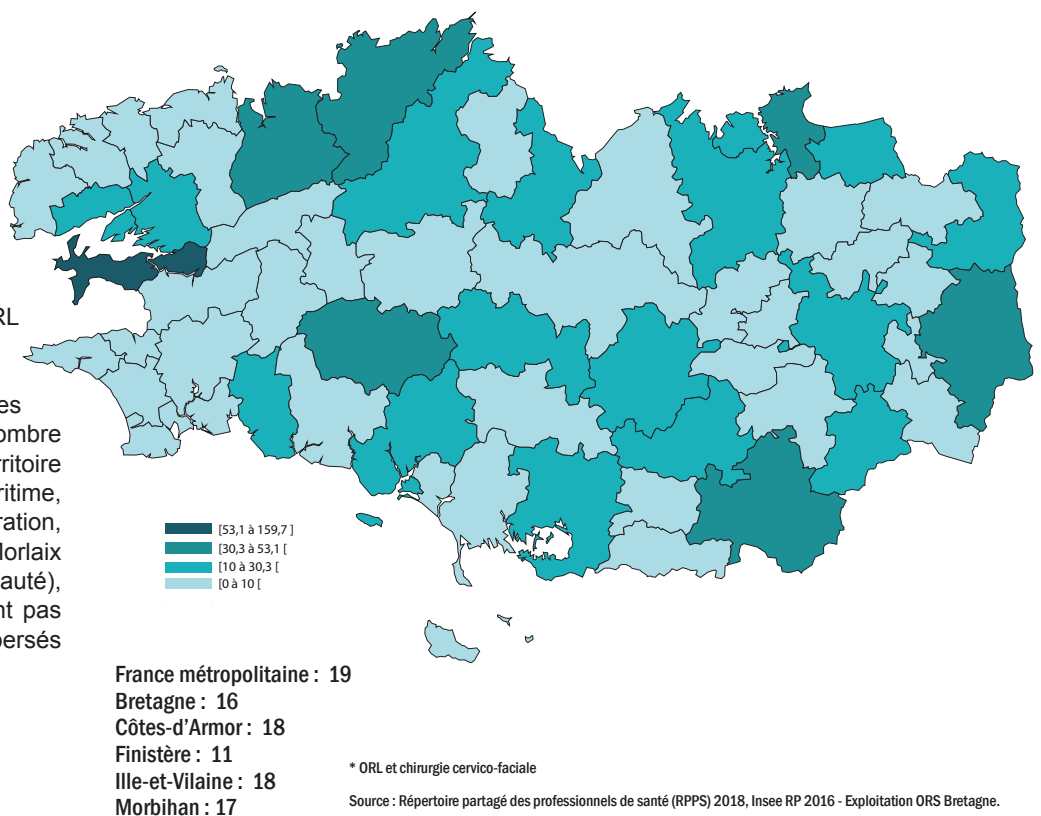


### DENSITÉS

#### L'offre de soins ORL libérale est très localisée

Globalement, l'offre de soins en ORL libéraux en Bretagne est inférieure à la moyenne nationale. Si quelques EPCI enregistrent des densités élevées en ORL libéraux rapportées au nombre d'enfants de 0 à 12 ans sur leur territoire (CC Presqu'île de Crozon-Aulne Maritime, Vitré Communauté, Redon Agglomération, Pays de Saint-Malo Agglomération, Morlaix Communauté et Roi Morvan Communauté), environ 60 % des EPCI ne disposent pas de cabinet d'ORL libéral. Ils sont dispersés sur l'ensemble de la région.

2 Densité d'ORL\* libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour 100 000 enfants de 0 à 12 ans, par EPCI de la région Bretagne



## RECOURS AUX ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX

### RECOURS AUX SOINS

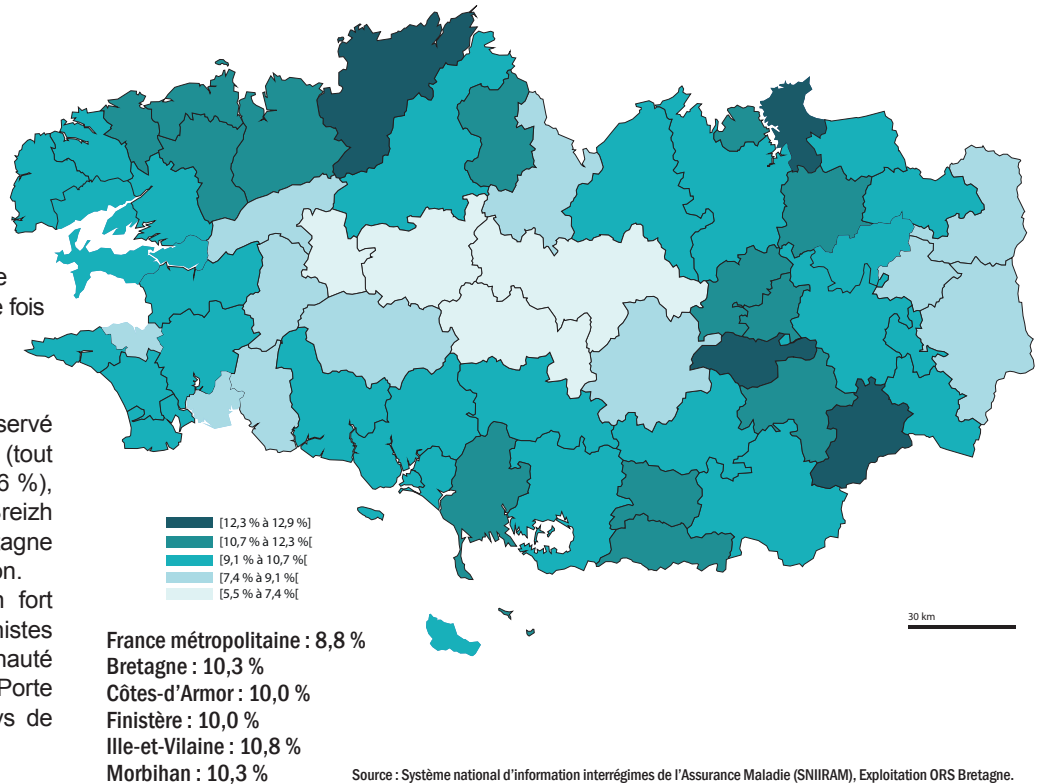
#### Environ 1 enfant sur 10 a eu recours à un orthophoniste libéral en 2018

Selon les données de remboursement de l'assurance maladie, en 2018, 10,3 % des enfants de la région âgés de 0 à 12 ans ont eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste libéral. Cette part varie du simple au double selon les EPCI.

Un recours nettement plus faible est observé dans les EPCI du centre Bretagne (tout particulièrement Poher Communauté (6 %), Pontivy Communauté (6 %), Kreiz-Breizh (6 %), Loudéac Communauté - Bretagne Centre (7 %), ainsi qu'à l'est de la région.

À l'inverse, des EPCI présentent un fort recours des enfants aux orthophonistes libéraux : Lannion-Trégor Communauté (12 %), Brocéliande (13 %), Bretagne Porte de Loire Communauté (13 %) et Pays de Saint-Malo Agglomération (13 %).

1 Proportions d'enfants de 0 à 12 ans ayant eu recours à un orthophoniste libéral au cours de l'année 2018, par EPCI de la région Bretagne



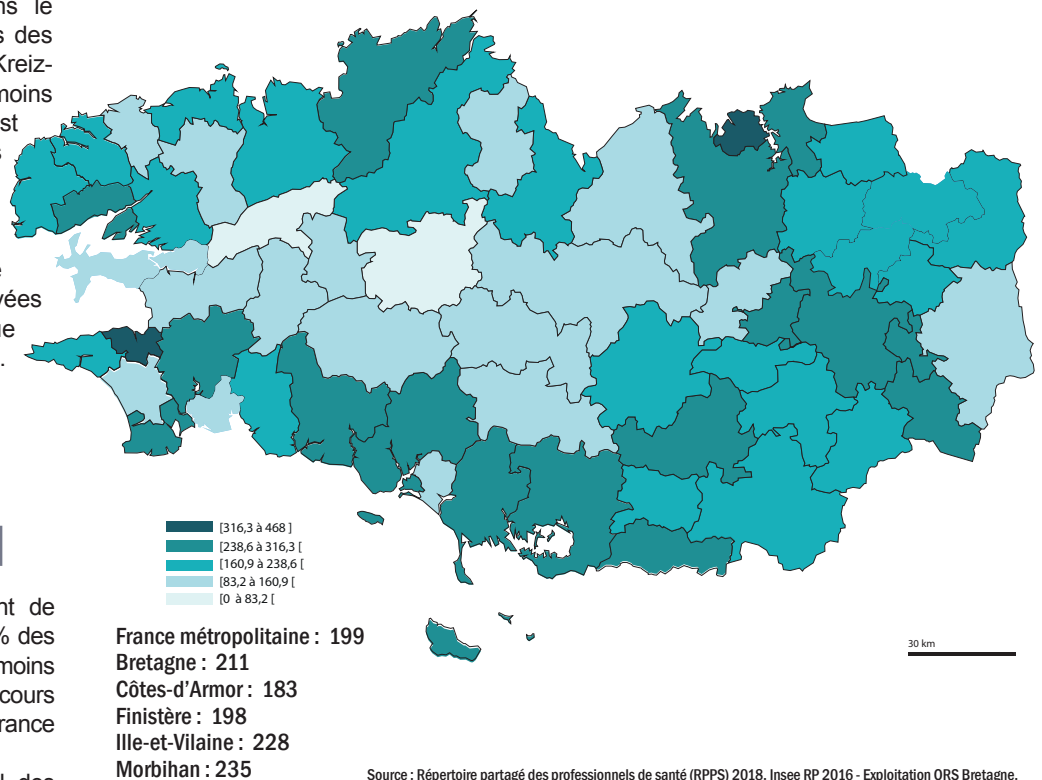
### DENSITÉS

#### La répartition de l'offre de soins en orthophonie libérale est inégale entre les EPCI de la région

Les EPCI principalement situés dans le centre de la région (notamment celles des Monts d'Arrée Communauté et du Kreiz-Breizh) apparaissent comme les moins dotés en orthophonistes libéraux. C'est également dans une partie de ces territoires que les taux de recours sont les plus faibles de la région.

À l'inverse, les EPCI de Douarnenez Communauté et Côte d'Émeraude enregistrent les densités les plus élevées pour les enfants de 0 à 12 ans, ainsi que dans la plupart des EPCI du littoral sud.

2 Densité d'orthophonistes libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour 100 000 enfants de 0 à 12 ans, par EPCI de la région Bretagne



## RECOURS AUX PÉDOPSYCHIATRES LIBÉRAUX

Selon les données de remboursement de l'assurance maladie, en Bretagne, 0,2 % des enfants de 6 à 12 ans ont eu recours au moins une fois à un pédopsychiatre libéral au cours de l'année 2018, contre 0,1 % en France métropolitaine.

L'intégration dans le Système national des données de santé (SNDS) des données de remboursement transmises par les mutuelles permettra une analyse des recours aux psychologues libéraux pour les enfants.

# la SANTÉ des ENFANTS

## de 0 à 12 ans

### en Bretagne



Tableau  
de Bord  
Septembre 2022

#### Rédaction

Sous la direction du Dr Isabelle TRON, Directrice, ORS Bretagne.  
Patricia BÉDAGUE, Chargée d'études, ORS Bretagne.

#### Remerciements

Nous remercions ici vivement toutes les personnes qui ont contribué,  
par la transmission de leurs données, à l'élaboration de ce rapport.

#### Financement

Étude financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne.

#### Conception graphique

Elisabeth QUÉGUINER - [www.medias-lab.com](http://www.medias-lab.com)

