



Sur la période 2006-2009, l'hospitalisation a concerné par an environ 43 garçons de moins de 15 ans pour 1 000 en Ardèche (contre 41 dans la Drôme et Rhône-Alpes) et environ 36 filles de moins de 15 ans en Ardèche pour 1 000 (contre 35 dans la Drôme et 34 en Rhône-Alpes). Les principaux motifs d'hospitalisation sont les maladies respiratoires chez les moins de 10 ans, puis les maladies de l'appareil digestif et les lésions traumatiques chez les 10-14 ans.

Le recours aux professionnels libéraux, qui s'ajoute pour les enfants de moins de 6 ans au recours à la PMI, est en partie lié aux pratiques de la population et à l'offre de soins disponible. Les taux de recours aux pédiatres et aux orthophonistes en Ardèche et Drôme sont inférieurs aux taux régionaux.

Densités de professionnels de santé libéraux et taux de recours des moins de 15 ans à ces professionnels en 2010

		Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes
Médecins généralistes	Taux*	88,3	87,2	84,6
	Densité**	9,3	9,6	9,9
Pédiatres	Taux*	14,6	15,6	22,8
	Densité***	2,1	2,0	2,4
Dentistes	Taux*	15,3	15,6	15,6
	Densité**	5,3	6,2	5,8
Orthophonistes	Taux*	8,0	9,2	9,6
	Densité**	2,2	3,3	3,5

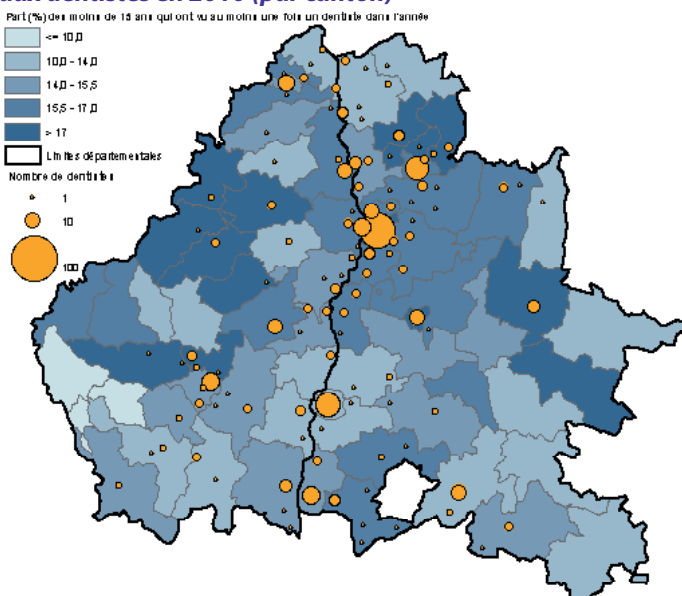
* Taux bruts pour 100 jeunes de moins de 15 ans du régime général

** Densité pour 10 000 habitants

*** Densité pour 10 000 jeunes de moins de 15 ans

Sources : ARS (Assurance maladie, régime général), INSEE
Exploitation ORS RA

Effectifs de dentistes et taux de recours des moins de 15 ans aux dentistes en 2010 (par canton)



Sources : ARS (Assurance maladie, régime général), INSEE
Exploitation ORS RA

Passée la première année de vie, pendant laquelle la mortalité et les hospitalisations sont fréquemment liées à des affections spécifiques de la période périnatale, les enfants de 1 à 15 ans représentent la tranche d'âge où les taux de mortalité et d'hospitalisation sont les plus bas. L'enjeu de la prévention à cet âge est d'une part de dépister des troubles susceptibles de nuire au bon développement de l'enfant, et d'autre part d'initier des comportements favorables à la santé de l'enfant mais aussi à celle du futur adulte.

En matière de dépistage, les examens de santé réalisés au 24ème mois, à 3-4 ans et à 5-6 ans, permettent de repérer certains troubles (vision, audition, langage, comportement...) ou affections (asthme, obésité, caries dentaires...), pour lesquels une prise en charge de l'enfant est vivement conseillée.

En matière de prévention, les programmes s'adressent à l'enfant mais aussi à ses parents, afin de les aider à instaurer une bonne hygiène de vie chez l'enfant (alimentation, activité physique, hygiène buccodentaire, sommeil...), à veiller à un suivi médical adapté, à prévenir les accidents de la vie courante et de la circulation, à favoriser le bien-être psychique de l'enfant, ou encore à prévenir ou retarder les consommations de produits psychoactifs.

Plusieurs objectifs de la loi de santé publique de 2004 concernent les enfants : la réduction de la mortalité par accidents de la vie courante, l'amélioration de la couverture vaccinale (notamment ROR et hépatite B), la diminution des caries dentaires, le meilleur repérage de l'asthme, la diminution de la prévalence du saturnisme infantile...

En Rhône-Alpes, le Schéma régional de prévention 2012-2017¹ reprend les objectifs nationaux en matière d'amélioration de la couverture vaccinale. Il priorise par ailleurs les actions de promotion de santé en direction des enfants de 0 à 6 ans, à la fois en matière de dépistage de certains troubles, de soutien à la parentalité, de développement des compétences psychosociales chez l'enfant, de prévention du surpoids et de l'obésité, ou encore d'environnement (habitat insalubre, exposition au plomb)...

¹ Schéma régional de prévention 2012-2017. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes 2012



1. Indicateurs de prévention chez l'enfant

Les données proviennent essentiellement des sources d'information suivantes :

- les CS9 et les CS24 - certificats de santé du 9ème mois et du 24ème mois

Ces certificats sont élaborés par un médecin à l'issue des 2ème et 3ème examens préventifs obligatoires de l'enfant, au 9ème mois et au 24ème mois. Le Conseil général est chargé, dans chaque département, de recueillir l'ensemble des CS9 et CS24 des enfants domiciliés dans le département, de saisir et d'analyser les données. Les fichiers sont également transmis à la DREES, qui publie¹ les chiffres départementaux après apurement et pondération. Le CS9 a été modifié en janvier 2006 et en juin 2009, le CS24 en janvier 2006. Pour interpréter les données, il faut tenir compte de l'exhaustivité du recueil (taux de couverture des CS) et du remplissage effectif de chaque item (taux de réponse à chaque question).

- les bilans de santé en école maternelle (BSEM)

Le BSEM est réalisé par les services de PMI des Conseils généraux auprès de l'ensemble des enfants âgés de 3 à 4 ans scolarisés en école maternelle. Il peut être effectué par une puéricultrice, un infirmier, une auxiliaire de puériculture ou un médecin. Il comprend des tests de dépistage d'éventuels déficits sensoriels ou de troubles de l'acquisition du langage ainsi que la surveillance du développement staturo-pondéral. Il peut être suivi d'un entretien avec les parents. Le professionnel de PMI oriente, le cas échéant, l'enfant vers les structures et les professionnels de santé spécialisés.

- Les bilans de santé scolaire

Un bilan médical obligatoire devrait avoir lieu durant la sixième année de l'enfant en grande section de maternelle ou CP. Ce bilan est réalisé par le médecin scolaire, en collaboration avec l'infirmière scolaire. Les dépistages réalisés lors de ce bilan doivent permettre de repérer des troubles susceptibles d'entraver la scolarité (troubles sensoriels, troubles du langage ou du comportement). Les résultats de ces bilans ne font pas l'objet de diffusion au niveau national. Des examens infirmiers de dépistage peuvent être ensuite proposés en classes de CM2 et de 5ème du collège. Un bilan d'orientation (avec examen médical) peut également être proposé en classe de 3ème du collège.

- L'enquête triennale de santé en milieu scolaire

Cette enquête est réalisée depuis 1999 alternativement en grande section de maternelle, en CM2 et en classe de 3ème. Elle est menée par la DREES du Ministère de la santé, la DGESCO et la DEPP du Ministère de l'Education nationale, avec le soutien de la DGS et de l'InVS. Collectée à l'occasion du bilan de santé obligatoire avant l'entrée à l'école élémentaire, seule l'enquête en grande section de maternelle présente un effectif suffisant pour être exploitée au niveau des académies. Les derniers chiffres disponibles au niveau académique sont ceux de l'enquête 2005-2006². La visite médicale a eu lieu dans l'établissement scolaire, en présence d'un parent dans 91% des cas. Sont ainsi repérés : la surcharge pondérale, les problèmes d'élocution et de vision, les allergies alimentaires, les caries dentaires... Des questions permettent d'appréhender certaines pratiques en matière d'alimentation, de sommeil, d'activité physique... Les résultats de l'enquête 2004-2005 auprès des enfants de CM2, avec un effectif plus faible, ne sont diffusés qu'au niveau des inter-régions (ZEAT), comme la ZEAT Centre-Est qui regroupe Rhône-Alpes et Auvergne.

¹ COLLET (M.), VILAIN (A.). Les certificats de santé de l'enfant au 9ème mois (CS9) – Validité 2010. Document de travail, Série Sources et méthodes, n° 32, août 2012

COLLET (M.), VILAIN (A.). Les certificats de santé de l'enfant au 24ème mois (CS24) – Validité 2010. Document de travail, Série Sources et méthodes, n° 33, août 2012

² DE SAINT POL (T.). La santé des enfants en grande section de maternelle. Ministère de l'Education nationale, Note d'information, n°11.18, décembre 2011.

Les données des CS9 et des CS24 doivent être analysées en tenant compte de la non-exhaustivité du recueil. Le taux de couverture des CS peut varier d'une année à l'autre, comme leur taux de traitement (en fonction des moyens logistiques disponibles) : dans la Drôme, le taux de traitement du CS9 a varié de 74% en 2008 à 23% en 2010, celui du CS24 de 51% en 2008 à 21% en 2010.

Taux* de traitement des CS9 et des CS24 en 2010

	CS9	CS24
Ardèche	46	38
Drôme	23	21
Rhône-Alpes	24	27
France	43	39

* (en % des enfants de 1 an pour les CS9 et de 2 ans pour les CS24)

Source : DREES

Le BSEM a été réalisé en 2011 chez 86% des enfants ardéchois de la tranche d'âge concernée (entre 3 et 4 ans) et chez 96% des enfants drômois. Les enfants examinés ne bénéficient pas tous de l'ensemble des dépistages, dans la Drôme un examen clinique est systématiquement effectué par un médecin pour chaque enfant.

Taux de couverture du BSEM en 2011

	Nb d'enfants de la tranche d'âge	Nb de bilans réalisés	Taux de couverture du BSEM
Ardèche	3 810	3 276	86%
Drôme	5 221	5 019	96%

Sources : CG 07 et 26, BSEM

L'enquête triennale de santé scolaire a été réalisée en 2005-2006 dans 3 459 écoles et auprès de 23 365 enfants en France, dont 983 dans l'académie de Grenoble. Les départements de l'Ardèche et de la Drôme font partie de l'académie de Grenoble, avec les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie.

Nombre d'enfants enquêtés en grande section de maternelle en 2005-2006

	Garçons	Filles	Ensemble
Académie de Grenoble	492	491	983
Académie de Lyon	556	561	1 117
France	12 089	11 276	23 365

Source : Enquête triennale de santé scolaire

1.1. Vaccinations

Le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique), à partir des travaux du Comité technique des vaccinations, publie chaque année le calendrier¹ vaccinal des vaccinations recommandées aux différents âges et pour certaines populations à risque. Le calendrier 2013 (cf annexe) va apporter quelques modifications à des fins de simplification.

Comme la plupart des vaccinations recommandées chez l'enfant doivent être réalisées avant l'âge de 2 ans, les données du CS24 sur la couverture vaccinale au 24ème mois sont particulièrement intéressantes. Bien que le taux de remplissage des questions sur la vaccination soit toujours proche de 100%, le faible taux de retour des CS24 constitue un biais important dans cette analyse. La DREES et l'InVS effectuent des corrections et des pondérations sur les fichiers de données brutes.

A noter à Valence l'existence d'un système informatisé de suivi vaccinal des enfants (jusqu'à 18 ans). Ce service de la Ville de Valence informe les parents par courrier du moment le plus opportun pour la vaccination suivante de leur enfant. Ce système permet d'estimer le taux de couverture vaccinale par tranche d'âge parmi les individus ayant déjà répondu au moins une fois (soit 3 423 individus en juillet 2011).

1.1.1. DTPolio (diphtérie, tétanos et poliomyélite)

Si les trois premières doses de vaccin DTPolio, qui sont recommandées entre le 2ème mois et le 4ème mois, sont administrées en 2010 à 96% des enfants en Ardèche et 99% dans la Drôme, le rappel du vaccin DTPolio n'est administré qu'à 91% des enfants en Ardèche et 89% dans la Drôme. Environ 10% des enfants examinés au 24ème mois ne bénéficient donc pas d'une couverture vaccinale complète.

¹ Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique. BEH, n° 14-15, 10/04/2012

Taux de vaccination DTPolio des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses	Rappel
Ardèche	97	96	96	91
Drôme	99	99	99	89
France	99	99	99	91

Source : DREES, CS24

En matière de couverture vaccinale DTCPolio (diphtérie tétanos coqueluche polio), la Ville de Valence estime en 2011, à partir de son fichier vaccinal, que 86% des 2-10 ans ont commencé la vaccination (64% ont reçu 3 doses), contre 90% des 10-20 ans (78% ont reçu 3 doses).

1.1.2. Coqueluche

La vaccination contre la coqueluche, qui suit le même schéma vaccinal que la vaccination DTPolio (une primo-vaccination comportant 3 doses, et un rappel entre 16 et 18 mois), connaît également une baisse sensible du taux de vaccination entre les 3 premières doses (95% en Ardèche et 98% dans la Drôme) et le rappel (91% en Ardèche et 88% dans la Drôme). Dans un contexte de persistance d'une incidence élevée de cas de coqueluche observée chez de très jeunes nourrissons, une couverture vaccinale incomplète contre la coqueluche peut être préjudiciable non seulement à l'enfant mal vacciné mais également aux jeunes nourrissons dont ce dernier est proche (fratrie).

Taux de vaccination Coqueluche des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses	Rappel
Ardèche	96	96	95	91
Drôme	99	99	98	88
France	99	98	98	91

Source : DREES, CS24

1.1.3. Hémophilus Influenzae de type b

La vaccination contre les infections invasives à *Hémophilus Influenzae* de type b est recommandée pour tous les enfants, en combinaison avec les vaccins DTPolio et coqueluche (même schéma vaccinal). Ses taux de primo-vaccination et de rappel, dans les deux départements comme en France, sont légèrement inférieurs à ceux des deux autres vaccinations. Entre 10 et 15% des enfants ne sont pas correctement vaccinés à l'âge de 24 mois. Cette vaccination, mise en place depuis une vingtaine d'années, a permis une chute spectaculaire des méningites, et dans une moindre mesure des pneumonies, chez le jeune enfant.

Taux de vaccination Hémophilus Influenzae des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses	Rappel
Ardèche	94	94	94	89
Drôme	98	97	97	86
France	98	98	97	89

Source : DREES, CS24



1.1.4. Hépatite B

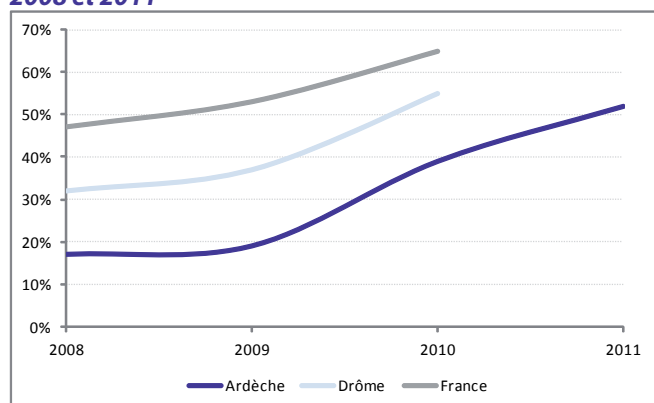
Le HCSP recommande que la vaccination contre l'hépatite B s'applique à tous les nourrissons. Si la mère de l'enfant est infectée par l'hépatite B, la vaccination débute dès le jour de la naissance, et pour tous les autres enfants à partir de 2 mois (une 1ère dose à 2 mois, une 2ème à 4 mois, et une 3ème entre 16 et 18 mois). Après la polémique de la fin des années 1990 autour de ce vaccin, la vaccination des nourrissons a connu un regain de confiance de la part des familles et des professionnels de santé, perceptible dans les CS24 à partir de 2004². Par ailleurs, un vaccin hexavalent (comprenant la vaccination contre l'hépatite B) est remboursé depuis mars 2008. Bien que les taux de vaccination complète soient encore peu élevés en 2010 (65% en France, et seulement 55% dans la Drôme et 39% en Ardèche), ces taux augmentent de façon continue ces dernières années. L'étude précédemment citée montrait que la vaccination était plus importante chez les enfants des mères les plus jeunes ainsi que chez ceux dont l'examen du 24ème mois avait été effectué en consultation PMI.

Taux de vaccination Hépatite B des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses
Ardèche	43	42	39
Drôme	61	60	55
France	71	70	65

Source : DREES, CS24

Evolution du taux de vaccination Hépatite B (3 doses) des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) entre 2008 et 2011



Sources : DREES, CS24 ; CG 07 et 26

Chez les 3-4 ans la vaccination contre l'hépatite B apparaît beaucoup moins fréquente en 2011, mais il faut tenir compte du décalage de deux ans entre l'examen du 24ème mois et celui de l'école maternelle. Seulement 20% des enfants ardéchois de 3-4 ans ont reçu en 2011 les trois doses du vaccin, contre 34% d'enfants drômois. Cette situation reflète une situation proche de celle des enfants de 24 mois en 2009 (19% d'enfants vaccinés en Ardèche et 37% dans la Drôme),

² Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant estimée à partir des certificats de santé du 24ème mois, France, 2004-2007. BEHWeb, n° 1, 17/05/2010

ce qui signifierait une absence de rattrapage de cette vaccination après l'âge de 2 ans.

En matière de couverture vaccinale Hépatite B, la Ville de Valence estime en 2011, à partir de son fichier vaccinal, que 46,4% des 2-10 ans ont commencé la vaccination contre 28% des 10-20 ans.

1.1.5. ROR (rougeole/oreillons/rubéole)

L'épidémie de rougeole qui sévit en France depuis 2008 a touché particulièrement les enfants et les adolescents. La vaccination ROR est recommandée pour tous les enfants, avec une 1ère dose à 12 mois et une 2ème entre 13 et 24 mois. En cas de mode de garde collectif, il est recommandé d'avancer la 1ère dose à 9 mois, et la 2ème entre 12 et 15 mois. Pour interrompre la transmission de ces trois maladies, et notamment celle de la rougeole, le HCSP estime nécessaires à la fois une bonne couverture vaccinale ROR à 2 ans (soit : 95% pour la 1ère dose et 80% pour la 2ème dose) et un rattrapage pour les jeunes nés après 1980.

Bien que les taux de vaccination complète (2 doses) au 24ème mois progressent ces dernières années, ces taux restent très en-deçà des taux visés par le HCSP, ils sont en 2010 de 29% en Ardèche, contre 51% dans la Drôme et 61% en France. En Ardèche, selon les dernières données du Conseil général, le taux de vaccination ROR (2 doses) serait passé de 20% en 2008 à 57% en 2011.

Taux de vaccination ROR (rougeole/oreillons/rubéole) des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses
Ardèche	83	29
Drôme	83	51
France	89	61

Sources : DREES, CS24

À l'âge de 3-4 ans, environ 70% des enfants, en Ardèche comme dans la Drôme, ont reçu les deux doses du ROR en 2011. Ce chiffre montre, par rapport aux chiffres de couverture vaccinale à 24 mois, la présence d'un rattrapage important de cette vaccination chez les enfants entre 2 et 3-4 ans. Sans atteindre le taux de couverture vaccinale souhaité par le HCSP, soit 80% des enfants ayant reçu les deux doses de ROR, le taux d'enfants vaccinés à 3-4 ans s'en approche.

Taux de vaccination ROR à 3-4 ans (en % des enfants examinés) en 2011

	ROR (2 doses)
Ardèche	72
Drôme	70

Sources : CG 07 et 26, BSEM

En matière de couverture vaccinale ROR, la Ville de Valence estime en 2011, à partir de son fichier vaccinal, que 72% des 2-10 ans ont commencé la vaccination

(36% ont reçu une 2ème injection), contre 73% des 10-20 ans (44% ont reçu une 2ème injection).

Les services de santé scolaire ont réalisé durant l'année 2010-2011 une enquête nationale de couverture vaccinale rougeole auprès des élèves des classes de 6ème et de seconde. Concernant les élèves des classes de 6ème, les taux de couverture vaccinale rougeole (2 doses) constatés dans l'Ardèche et dans la Drôme sont inférieurs au taux de l'académie de Grenoble³. En Ardèche, la part d'élèves de 6ème non vaccinés (7,5%) est supérieure de deux points à celle de l'académie (5,4%), la Drôme occupant une position intermédiaire (6,7%).

Taux de couverture vaccinale rougeole en classe de 6ème, en 2010-2011

	Nombre d'élèves dans les établissements participant	Taux* de participation (en %)	Couverture vaccinale 2 doses (en %)	Non vaccinés (en %)
Ardèche	3 629	83,5	80,8	7,5
Drôme	4 426	84,9	83,1	6,7
Académie de Grenoble	33 060	87,7	84,8	5,4

* Taux de participation des élèves (en %), rapporté au nombre d'élèves des établissements participant à l'enquête

Source : Rectorat de Grenoble

La carte cantonale de couverture vaccinale rougeole en classe de 6ème, qui montre des taux faibles de couverture (inférieurs à 79%) dans de nombreux cantons ardéchois et drômois, est à mettre en parallèle avec les zones de forte incidence de rougeole lors de l'épidémie 2010-2011.⁴

Couverture vaccinale rougeole des élèves de 6ème, dans l'Académie de Grenoble en 2010-2011 (par canton)

CV = couverture vaccinale à 2 doses
P = taux de participation

CV >= 90% P >= 80%

90% > CV >= 80% P < 80%

80% > CV >= 70% P < 80%

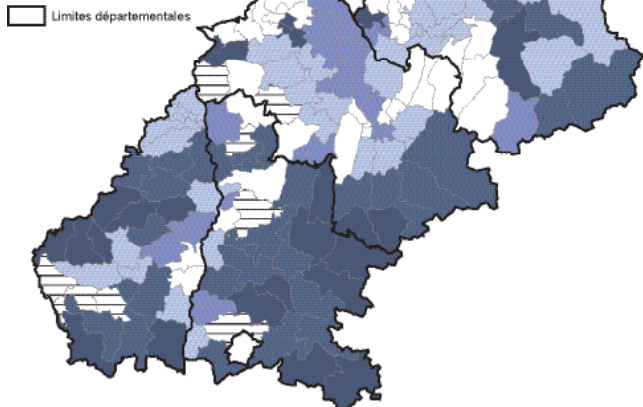
CV < 70% P < 80%

79,92

79,92

Absence de données

Limites départementales

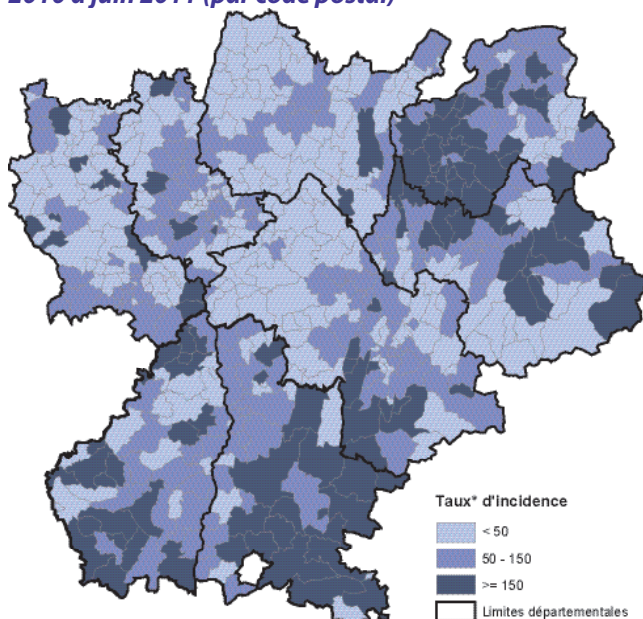


Source : Rectorat de Grenoble

³ Couverture vaccinale contre la rougeole des élèves de sixième et seconde scolarisés dans l'académie de Grenoble en 2010-2011. BEH, n°3, 22/01/2013, p 21-26

⁴ Rougeole en Rhône-Alpes. Point sur la vague épidémique d'octobre 2010 à septembre 2011. Bulletin de veille sanitaire, n°2, nov. 2011

Taux d'incidence de la rougeole en Rhône-Alpes, octobre 2010 à juin 2011 (par code postal)



Sources : CIRE Rhône-Alpes, ARS Rhône-Alpes

*Taux pour 100 000 habitants

1.1.6. BCG

La vaccination BCG étant une vaccination recommandée seulement pour les populations à risque de tuberculose, dans ce cadre-là 8% des enfants ardéchois de 3-4 ans et 10% des enfants drômois du même âge sont vaccinés en 2011 contre la tuberculose.

Taux d'enfants vaccinés par le BCG à 3-4 ans (en % des enfants examinés) en 2011

	BCG
Ardèche	8
Drôme	10

Sources : CG 07 et 26, BSEM

En matière de couverture vaccinale BCG, la Ville de Valence estime en 2011, à partir de son fichier vaccinal, que 33% des 2-10 ans sont vaccinés, contre 70% des 10-20 ans (effet de la fin de l'obligation vaccinale en 2007).

1.1.7. Vaccin antipneumococcique

La recommandation de la vaccination anti-pneumococcique a été étendue en 2006 à l'ensemble des enfants selon un schéma vaccinal à 3 doses puis un rappel. Ce schéma a changé en octobre 2008 : deux doses à 2 et 4 mois et un rappel à 12 mois, ce qui a pu entraîner des problèmes de réponse à cette question dans le CS24. Selon les données de 2010, 84% des enfants ardéchois examinés au 24ème mois auraient reçu trois doses, contre 85% des enfants drômois et 89% des enfants français.

Taux de vaccination antipneumococcique des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses	Rappel
Ardèche	87	86	84	66
Drôme	87	87	85	64
France	91	90	89	68

Sources : DREES, CS24

Afin de compléter l'information sur les vaccinations issue des CS24, jugée peu exhaustive et peu réactive (le modèle du CS24 ne peut être actualisé à chaque nouveau schéma vaccinal), des tentatives d'estimations de couverture vaccinale à partir des données de l'assurance maladie ont été menées au niveau national ou régional. Ces estimations sont difficiles à réaliser puisque certains enfants sont vaccinés soit totalement soit ponctuellement en secteur public et ces vaccins ne font donc pas l'objet d'un remboursement repérable dans les bases de l'assurance maladie. Certains Conseils généraux signent une convention avec l'assurance maladie afin que cette dernière rembourse à l'acte les vaccinations effectuées par le service de PMI, ces dernières seraient ainsi repérables dans la base de l'assurance maladie. Une convention de ce type a été signée en 2006 par le Conseil général de la Drôme et en juin 2011 par le Conseil général d'Ardèche, une grande partie des vaccinations réalisée par la PMI serait donc repérable prochainement par l'assurance maladie.

En Rhône-Alpes, l'ARS (Agence Régionale de Santé) et la CIRE (Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région) mènent actuellement une étude sur les vaccinations des 2 ans, à partir des bases de l'assurance maladie.

1.2. Dépistages chez l'enfant

1.2.1. Dépistages sensoriels

En 2010, entre 1% et 4% des jeunes enfants ardéchois et drômois ayant bénéficié d'un examen de l'œil ont été repérés comme ayant un problème de vision. L'exploration de l'audition est sensiblement moins pratiquée (ou moins renseignée dans les certificats de santé) que l'examen de l'œil, 62% des enfants drômois de 9 mois en ont bénéficié en 2010, contre 83% des enfants ardéchois du même âge. Les résultats de l'exploration montrent une audition normale pour 96% à 98% des enfants examinés.

Examens de l'œil et de l'audition à l'âge de 9 mois et de 24 mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Examen de l'œil normal		Exploration audition normale	
	9ème mois	24ème mois	9ème mois	24ème mois
Ardèche	99,0 (TR 88%)	98,0 (TR 84%)	98,0 (TR 83%)	96,0 (TR 79%)
Drôme	96,0 (TR 71%)	97,0 (TR 79%)	96,0 (TR 62%)	96,0 (TR 70%)
France	97,0 (TR 67%)	96,0 (TR 72%)	97,0 (TR 60%)	95,0 (TR 64%)

(TR= taux de réponse)

Sources : DREES, CS9 et CS24

A l'âge de 3-4 ans, 13% des enfants ardéchois et drômois sont orientés pour un bilan ophtalmologique à la suite d'un dépistage visuel, et 5 à 6% orientés pour un bilan ORL suite à un dépistage auditif.

Taux d'enfants orientés suite aux dépistages sensoriels à 3-4 ans (en % des enfants dépistés) en 2011

	Orientation pour bilan OPH	Orientation pour bilan ORL
Ardèche	13	6
Drôme	13	5

Sources : CG 07 et 26, BSEM

A l'âge de 5-6 ans, selon l'enquête triennale de santé scolaire, 22,5% des enfants ont un problème de vision dans l'académie de Grenoble en 2005-2006 et 14,1% portent des lunettes. Ces taux sont proches des taux nationaux.

Problème de vision en grande section de maternelle en 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)

	Au moins un problème de vision	Portant des lunettes
Académie de Grenoble	22,5	14,1
Académie de Lyon	24,5	12,9
France métropolitaine	23,9	14,4

Source : Enquête triennale de santé scolaire

1.2.2. Dépistages des troubles du langage et du comportement

En 2011, 15% des enfants ardéchois et 9% des enfants drômois sont orientés pour un bilan orthophonique suite à un dépistage des troubles du langage à l'âge de 3-4 ans (l'outil utilisé est le test ERTL 4, Epreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans).

Taux d'enfants orientés suite au dépistage de troubles du langage à 3-4 ans (en % des enfants dépistés) en 2011

	Orientation pour un bilan orthophonique
Ardèche	15
Drôme	9

Sources : CG 07 et 26, BSEM

A l'âge de 5-6 ans, 16,7% des enfants enquêtés en 2005-2006 présentent un problème d'élocution dans l'académie de Grenoble, taux légèrement supérieur au taux national.

Problème d'élocution en grande section de maternelle en 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)

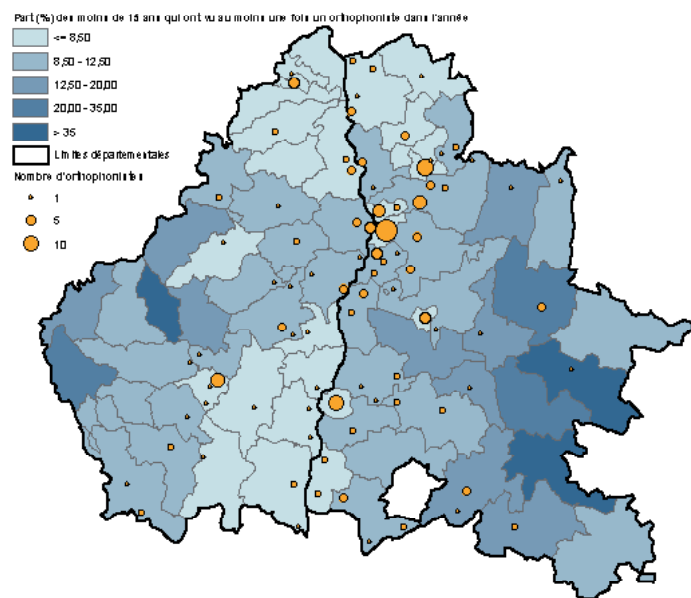
	Problème d'élocution
Académie de Grenoble	16,7
Académie de Lyon	16,4
France métropolitaine	15,7

Source : Enquête triennale de santé scolaire

Le taux de recours des enfants de moins de 15 ans aux orthophonistes est plus faible dans l'Ardèche que dans

la Drôme et la région : 8,0% des enfants ont vu au moins une fois un orthophoniste en 2010 en Ardèche, contre 9,2% dans la Drôme et 9,6% en Rhône-Alpes. Le moindre recours aux orthophonistes en Ardèche est à mettre en lien avec une densité faible de ces professionnels dans le département (2,2 pour 10 000 habitants, contre 3,3 dans la Drôme et 3,5 en Rhône-Alpes).

Effectifs d'orthophonistes et taux de recours des moins de 15 ans aux orthophonistes en 2010 (par canton)



Sources : ARS (Assurance maladie, régime général), INSEE Exploitation ORS RA

Suite aux BSEM réalisés en 2011, 108 enfants ardéchois de 3-4 ans ont été orientés pour troubles du comportement, soit 3,3% des enfants ayant eu un BSEM, et 208 enfants drômois ont été orientés vers un psychologue ou psychiatre, soit 4,5% des enfants ayant eu un BSEM.

Taux d'enfants orientés suite au dépistage de troubles du comportement à 3-4 ans (en % des enfants examinés) en 2011

	Orientation pour troubles du comportement
Ardèche	3,3
Drôme	4,5

Sources : CG 07 et 26, BSEM

1.2.3. Dépistage du saturnisme

La question du risque de saturnisme, certainement délicate à renseigner car liée à des sources d'information externes, n'est saisie que pour la moitié des CS24 dans la Drôme en 2010. Lorsque cette question est renseignée, la présence du risque de saturnisme est détectée chez 0,9% des enfants de 9 mois en Ardèche, contre 1,2% dans la Drôme, taux proches du taux français (1,1%).

Présence d'un risque de saturnisme à l'âge de 9 mois et de 24 mois (en % des enfants examinés) en 2010

	9ème mois	24ème mois
Ardèche	0,9 (TR 74%)	0,7 (TR 71%)
Drôme	1,2 (TR 55%)	0,4 (TR 50%)
France	1,1 (TR 57%)	1,4 (TR 61%)

(TR= taux de réponse)

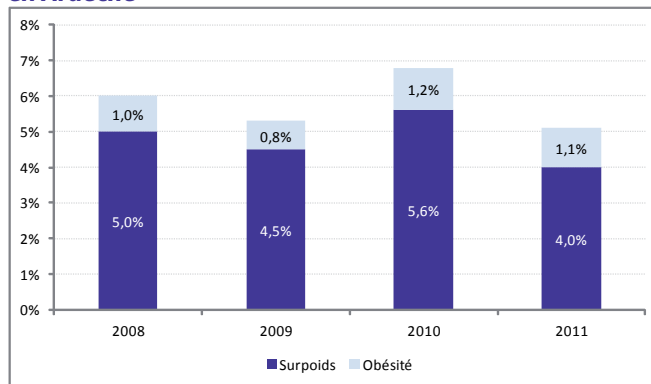
Sources : DREES, CS8 et CS24

Le système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE) recense l'ensemble des données sur l'activité de dépistage du saturnisme menée auprès des enfants de 0 à 17 ans. Entre 2006 et 2010, le SNSPE a comptabilisé en moyenne annuelle 23 plombémies de primo-dépistage en Ardèche, 11 dans la Drôme et 343 en Rhône-Alpes. Ces primo-dépistages ont permis de repérer moins d'un cas de saturnisme en moyenne par an en Ardèche (0,7) et dans la Drôme (0,9), 14 cas en Rhône-Alpes.

1.2.4. Surcharge pondérale, alimentation et hygiène de vie

Si les items « poids » et « taille » des certificats de santé sont généralement bien renseignés, le calcul de l'IMC (indice de masse corporelle) au 24ème mois ne semble pas systématiquement saisi. En Ardèche, l'information est disponible pour les CS24 de 2008 à 2011 mais ne porte que sur environ un tiers des enfants ardéchois de 2 ans (soit 1 000 enfants en 2011). Selon les années, de 5 à 7% des enfants examinés sont concernés par le surpoids ou l'obésité, avec des différences entre sexes ou entre Unités Territoriales qui ne semblent pas constantes d'une année à l'autre.

Evolution de la part d'enfants de 23 à 25 mois en surpoids ou obésité (en % des enfants examinés) entre 2008 et 2011 en Ardèche



Sources : CG 07, CS24

L'information sur l'IMC (indice de masse corporelle) à 3-4 ans ne fait pas partie des éléments diffusés par les services de PMI de l'Ardèche et de la Drôme. Seul est disponible, pour l'Ardèche, le nombre d'enfants en surpoids pour lesquels une consultation médicale ou spécialisée (diététicienne) a été conseillée suite au



BSEM : 91 enfants ont été ainsi concernés en 2011, soit 2,8% des enfants ayant fait l'objet d'un BSEM.

A l'âge de 5-6 ans, les parts d'enfants en surcharge pondérale (c'est-à-dire en surpoids ou obèses) dans les deux académies de la région (9,5% à Grenoble et 9,7% à Lyon) sont bien inférieures en 2005-2006 à celle observée au niveau national : 12,1%. Les filles sont, dans l'académie de Grenoble comme dans beaucoup d'académies, davantage en situation de surcharge pondérale (10,2%) que les garçons (8,9%). La part des garçons obèses (2,8%) est toutefois plus élevée dans l'académie de Grenoble que la part des filles obèses (1,5%), situation que l'on ne retrouve pas systématiquement dans les autres académies. La prévalence observée de la surcharge pondérale est à la baisse entre 1999-2000 et 2005-2006 dans l'académie de Grenoble comme en France, mais cette baisse étant moins accentuée dans les ZEP (zones d'éducation prioritaire) que hors ZEP, il en résulte un accroissement des inégalités sociales.

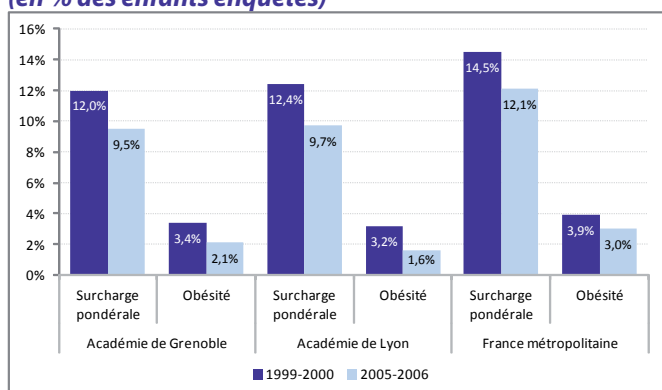
Surcharge pondérale et obésité en grande section de maternelle en 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)

	Surcharge pondérale		
	Garçons	Filles	Ensemble
Académie de Grenoble	8,9	10,2	9,5
Académie de Lyon	8,3	11,1	9,7
France métropolitaine	10,5	13,8	12,1

	Obésité		
	Garçons	Filles	Ensemble
Académie de Grenoble	2,8	1,5	2,1
Académie de Lyon	1,2	2,0	1,6
France métropolitaine	2,8	3,2	3,0

Source : Enquête triennale de santé scolaire

Evolution de la surcharge pondérale et obésité en grande section de maternelle entre 1999-2000 et 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)



Source : Enquête triennale de santé scolaire

L'enquête triennale de santé scolaire explore par ailleurs des habitudes de vie pouvant être liées à la surcharge pondérale. Les résultats montrent que les enfants de l'académie de Grenoble ont une hygiène de vie globalement meilleure que celle des enfants français. Ils sont par exemple moins nombreux à boire tous les jours des boissons sucrées, et moins nombreux à passer au moins 3 heures devant la télévision ou

les jeux vidéo les jours sans école. Les enfants de 5-6 ans de l'académie de Grenoble sont plus nombreux en 2005-2006 à manger tous les jours des légumes (55%) que l'ensemble des enfants français (50%), et moins nombreux à déjeuner à la cantine les jours de semaine (24% contre 45% au niveau national). La part d'enfants dormant moins de 10 heures par nuit (5%) est légèrement inférieure à celle observée au niveau national (6%), comme la part des enfants jouant peu en plein air les jours d'école (19% contre 22% au niveau national) ou les autres jours (3% contre 5%).

Hygiène de vie en grande section de maternelle en 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)

	Académie de Grenoble	Académie de Lyon	France métropolitaine
Mangent tous les jours des légumes	55	58	50
Déjeunent à la cantine les jours de semaine	24	27	45
Dorment moins de 10h par jour	5	7	6
Jouent en plein air moins d'une fois par semaine	Les jours d'école	19	19
	Les jours avec peu ou pas d'école	3	3
			22
			5

Source : Enquête triennale de santé scolaire

Les résultats 2004-2005 de l'enquête triennale de santé scolaire auprès des élèves de CM2 indiquent que 17,2% des enfants de 10-11 ans présentent une surcharge pondérale dans l'inter-région Centre-Est (Rhône-Alpes + Auvergne), et que 3,8% sont obèses, contre respectivement 19,7% et 3,7% en France. Les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité étaient stables entre cette enquête et la précédente (2001-2002), mais les disparités sociales s'étaient accrues, avec dix fois plus d'obèses parmi les enfants d'ouvriers que chez les cadres en 2005, contre quatre fois plus en 2002.

Chez les collégiens français de 11 à 15 ans, interrogés en 2010 dans le cadre de l'enquête HBSC⁵, la prévalence du surpoids est de 10,6%, dont 1,4% d'obésité, sans évolution significative depuis la précédente enquête de 2006. Cette faible prévalence, inférieure à celle de l'enquête triennale de santé scolaire, serait liée à des biais de déclaration de la part de jeunes souhaitant se rapprocher des normes culturelles favorables à la minceur. Parmi les jeunes de poids normal ou insuffisant, une fille sur trois trouve son corps «un peu» ou «beaucoup» trop gros, et si un jeune sur trois déclare faire un régime ou avoir besoin de perdre du poids, c'est une collégienne sur deux en classe de 3ème qui souhaite perdre du poids.

⁵ La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). INPES, 2012

Des adolescents en dette de sommeil

L'enquête HBSC 2010⁶ montre que le temps de sommeil diminue de façon importante chez les adolescents français entre 11 ans et 15 ans, en moyenne de 20 à 30 minutes par année d'âge. Les adolescents de 15 ans dorment ainsi 1h31 de moins que ceux de 11 ans. Le temps moyen de sommeil avec classe le lendemain évolue de 9h26 (en moyenne à 11 ans) à 7h55 (à 15 ans), et les jeunes considérés en dette de sommeil (plus de 2 heures d'écart de temps de sommeil entre les nuits avec ou sans classe le lendemain) passent de 16% (à 11 ans) à 40,5% (à 15 ans). 2,6% des adolescents de 11 ans ont un temps de sommeil trop court (moins de 7 heures les veilles de classe) contre 24,6% des adolescents de 15 ans.

L'initiation au tabac, à l'alcool et au cannabis avant l'âge de 15 ans

Selon les données françaises de l'enquête HBSC 2010, l'expérimentation de tabac progresse très rapidement durant les années de collège, elle concerne 13% des collégiens de 6ème mais 52% des collégiens de 3ème. L'usage quotidien de tabac commence en classe de 4ème (8% des élèves), et progresse rapidement : 16% en 3ème et 22% en seconde.

En matière de consommation d'alcool, l'expérimentation est précoce puisque 59% des collégiens de 6ème ont déjà bu de l'alcool. L'expérimentation de l'ivresse concerne 12% des élèves en 5ème, 17% en 4ème et 34% en 3ème, pour atteindre 47% en seconde.

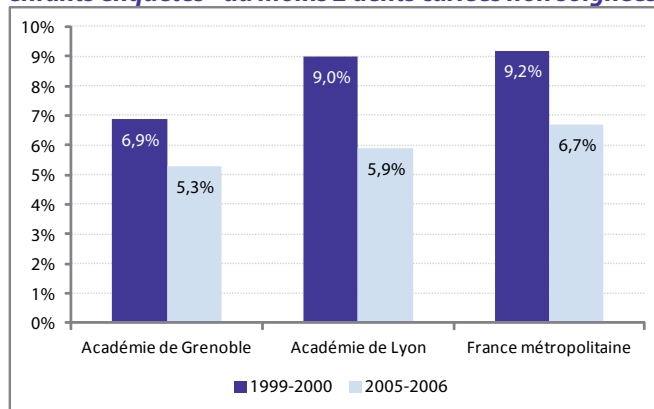
En 2010, le cannabis est expérimenté par un collégien sur dix, 11% des élèves de 4ème en ont déjà consommé, contre 24% des élèves de 3ème, et ce taux monte à 35% chez les élèves de seconde. L'usage régulier du cannabis concerne 2,2% des élèves de 3ème.

1.2.5. Dépistage bucco-dentaire

En Ardèche, malgré un taux de réponse faible (autour de 56%) aux questions du CS24 sur l'état bucco-dentaire, l'indicateur « au moins une dent cariée » a été créé à partir des CS24 de 2008 à 2010. La part d'enfants ardéchois de 24 mois ayant au moins une dent cariée serait passée de 2,8% des enfants examinés en 2008 à 2,0% en 2009 et à 1,7% en 2010.

L'enquête triennale de santé scolaire montre également une évolution favorable, entre 1999-2000 et 2005-2006, de la part d'enfants de 5-6 ans présentant au moins deux dents cariées non soignées. Cette part, de 6,9% dans l'académie de Grenoble, est passée, six ans après, à 5,3%. Cette diminution est constatée également dans l'académie de Lyon et au niveau de la France métropolitaine.

Evolution de l'état bucco-dentaire en grande section de maternelle entre 1999-2000 et 2005-2006 (en % des enfants enquêtés - au moins 2 dents cariées non soignées)



Source : Enquête triennale de santé scolaire

Au niveau national, l'enquête triennale de santé scolaire en CM2 de 2004-2005 indiquait un taux de 8% d'enfants de 10-11 ans ayant au moins deux dents cariées non soignées, avec de fortes disparités entre les enfants de cadres (2,7%) et d'ouvriers (11,6%).

Dans le cadre du programme « M'T dents », l'Assurance maladie propose un examen bucco-dentaire (EBD) gratuit, sans avance de frais, aux enfants et aux jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. En 2011, cet examen a été remboursé à 52% des enfants de 6 ans bénéficiaires du régime général en Ardèche, contre 44% dans la Drôme, 45% en Rhône-Alpes et 42% en France. Le taux d'EBD remboursés diminue progressivement avec l'avancée en âge de l'enfant.

Taux* d'examen bucco-dentaire selon l'âge en 2011

	6 ans	9 ans	12 ans
Ardèche	51,8	43,3	36,5
Drôme	43,6	37,0	32,7
Rhône-Alpes	45,1	37,4	32,9
France métropolitaine	42,1	34,8	31,2

*taux pour 100 enfants bénéficiaires du régime général

Source : CPAM

Le scellement de sillons, méthode efficace de prévention des caries dentaires, est remboursé à 70% depuis 2001 pour les premières et deuxièmes molaires permanentes chez les enfants de moins de 14 ans. L'acte est remboursé une seule fois par dent permanente.

2. Offre de prévention chez l'enfant

Les acteurs de la prévention chez l'enfant sont multiples, ce sont avant tout les professionnels de santé (libéraux, PMI, santé scolaire...), mais aussi les professionnels les plus en contact avec les enfants : professionnels de l'accueil du petit enfant, enseignants, animateurs sportifs ou sociaux...

⁶ LEGER (D.) La chute du temps de sommeil au cours de l'adolescence : résultats de l'enquête HBSC 2010 menée auprès des collégiens. BEH, n° 44.45, 20/11/2012

2.1. Professionnels de santé

En 2010, 12 pédiatres exercent en libéral (en totalité ou en partie) en Ardèche, et 18 dans la Drôme, ce qui place les deux départements, en termes de densité médicale, à des niveaux inférieurs à celui de la région : 21,4 pour 100 000 enfants de 0 à 15 ans en Ardèche et seulement 19,8 dans la Drôme, contre 24,2 en Rhône-Alpes.

Effectifs et densité des pédiatres en 2010, selon le mode d'exercice

	Libéraux**		Salariés exclusifs***
	Effectif	Densité	Effectif
Ardèche	12	21,4	9
Drôme	18	19,8	29
Rhône-Alpes	284	24,2	396

*Densité pour 100 000 enfants de moins de 15 ans

**Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

***Source : ADELI (Statiss)

Au 1er janvier 2012, 82 orthophonistes exercent en Ardèche et 185 dans la Drôme. Parmi ces professionnels, 87% exercent en libéral (mixte ou exclusif) en Ardèche et 88% dans la Drôme, contre 83% au niveau régional. Si leur densité dans la Drôme (38 orthophonistes pour 100 000 habitants) est proche de celle de la région (41), elle se situe dans l'Ardèche à un niveau nettement plus bas (26).

Effectifs et densité des orthophonistes en 2012, selon le mode d'exercice

	Libéraux	Salariés	Total	
	Effectif	Effectif	Effectif	Densité*
Ardèche	71	11	82	26
Drôme	162	23	185	38
Rhône-Alpes	2 104	228	2 523	41

*Densité pour 100 000 habitants

***Source : ADELI (Statiss)

Densité* d'orthophonistes libéraux en 2010 (par canton)

Densité d'orthophonistes

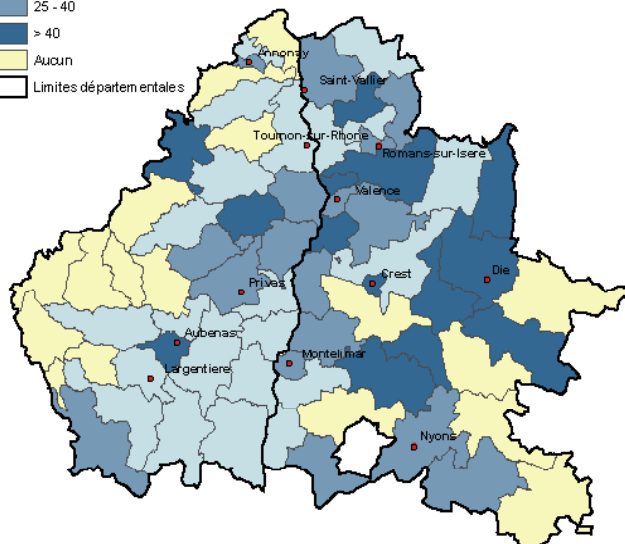
<= 25

25 - 40

> 40

Aucun

Limites départementales



*Densité pour 100 000 habitants

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Parmi les infirmiers, les puéricultrices s'occupent exclusivement des enfants. Au niveau national, les infirmières titulaires du diplôme d'Etat de puériculture représentent un peu plus du tiers (35,7%) de l'ensemble des infirmières en exercice au 1er janvier 2012.

Les CAMSP (centres d'action médico sociale précoce, pour les enfants jusqu'à 6 ans) et les CMPP (centres médico-psychopédagogiques) ont une fonction de dépistage, bilan et prise en charge ambulatoire des enfants et des adolescents présentant des difficultés relationnelles ou d'apprentissage, difficultés le plus souvent repérées par les enseignants. Les CAMSP sont davantage orientés vers le handicap (accueil d'enfants autistes ou handicapés), alors que les CMPP reçoivent des enfants présentant des troubles plus légers.

L'Ardèche compte 3 CAMSP et 4 CMPP (avec 8 antennes), et la Drôme 3 CAMSP et 4 CMPP (avec 4 antennes). Environ un tiers des enfants vus en 2010 dans les CMPP de la région ont bénéficié d'un diagnostic seulement, sans traitement ultérieur.

2.2. Services de PMI

Les services de PMI (protection maternelle et infantile) des Conseils généraux prennent gratuitement en charge le suivi des enfants de 0 à 6 ans. L'équipe pluridisciplinaire de PMI (médecins, sages-femmes, infirmières et puéricultrices, conseillères conjugales, psychologues) permet de mener des actions de prévention durant la grossesse, après l'accouchement et durant les six premières années de l'enfant, qu'il s'agisse d'actions individuelles ou collectives. Le repérage des facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques, favorise des interventions ciblées et des orientations vers les professionnels compétents.

Personnel de PMI en 2011, en ETP réel*

	Médecins	Infirmières, puéricultrices et aux de puériculture	Psychologues
Ardèche	3,9	25,5	0,5
Drôme	16,0	40,4	8,8

*ETP : équivalent temps plein, réel : poste réellement occupé

Source : Conseils généraux 07-26

Du fait parfois de difficultés de recrutement et de personnels à temps partiel qui occupent des postes budgétisés à temps plein, les ETP réels sont souvent différents des ETP budgétisés.

Nombre d'enfants de moins de 6 ans par personnel de PMI (ETP* réel) en 2011

	Médecins	Infirmières, puéricultrices et aux de puériculture
Ardèche	5 498	841
Drôme	2 240	887

*ETP : équivalent temps plein, réel : poste réellement occupé
Source : Conseils généraux 07-26, INSEE

En matière d'actions individuelles, 1 642 enfants ardéchois de moins de 6 ans et 9 421 enfants drômois ont été rencontrés par le service de PMI en 2011, et 1 333 en Ardèche (10 455 dans la Drôme) ont été vus au moins une fois par le personnel infirmier de PMI (infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture). En matière d'actions à dimension collective, 1 838 parents et enfants ardéchois ont participé en 2011 à des actions organisées par le Conseil général d'Ardèche, comme 4 572 parents et enfants drômois aux actions du Conseil général de la Drôme.

2.3. Personnel de santé scolaire

Le service de santé scolaire, dénommé service de promotion de la santé en faveur des élèves, comprend des médecins titulaires à temps plein ou partiel, et des vacataires, ainsi que des infirmières de santé scolaire. Ces professionnels interviennent au cours de la scolarité des élèves par des actions de prévention et d'éducation à titre individuel ou collectif. Les missions du service de promotion de la santé en faveur des élèves sont principalement la réalisation de bilans de santé à des âges importants du développement de l'enfant et de sa scolarité, ainsi que la poursuite d'actions de protection et de prévention auprès des élèves et des parents. Les infirmiers scolaires sont chargés de l'accueil et de l'écoute des élèves pour tout motif ayant une incidence sur la santé.

Dans l'académie de Grenoble, le taux de prise en charge des élèves par les professionnels de santé scolaire s'élevait en 2011 à 8 024 élèves pour un ETP de médecin scolaire et à 1 739 élèves pour un ETP d'infirmière scolaire, ces taux étant proches de ceux de l'Académie de Lyon pour les infirmières scolaires et de ceux de la France pour les médecins scolaires.

Personnel de santé scolaire en 2011 (ETP* et taux d'élèves pris en charge par ETP**)

	Médecins scolaires		Infirmières scolaires	
	ETP	Taux d'élèves	ETP	Taux d'élèves
Académie de Grenoble	74	8 024	342	1 739
Académie de Lyon	68	8 243	319	1 747
France entière	1 486	7 929	7 449	1 581

*ETP : équivalent temps plein

**Nb de professionnels rapporté au nb d'élèves effectivement pris en charge par l'Education nationale

Source : Ministère de l'Education nationale, exploitation Score santé

2.4. Structures d'accueil de l'enfant de moins de 6 ans

En matière de garde d'enfants, le service de PMI des Conseils généraux exerce une mission de surveillance et de contrôle à l'égard des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans, ainsi qu'à l'égard des assistants maternels. Il autorise l'ouverture d'établissements et services, instruit les demandes d'agrément des assistants maternels et familiaux, organise les formations destinées à ces derniers.

Les structures d'accueil du jeune enfant accueillent les enfants non encore scolarisés, scolarisés à temps partiel ou sur les temps périscolaires, de façon régulière ou occasionnelle. Selon la classification de la DREES, on distingue l'accueil collectif de l'accueil familial.

L'accueil collectif comprend :

- les crèches collectives (accueil régulier d'enfants de moins de trois ans) : crèches traditionnelles de quartier, crèches de personnel, crèches parentales
- les micro-crèches (10 enfants maximum)
- les haltes-garderies (accueil occasionnel d'enfants de moins de six ans)
- les jardins d'enfants (accueil régulier d'enfants de deux à six ans)
- les établissements multi-accueil (différents modes d'accueil d'enfants de moins de six ans, au sein d'une même structure).

L'accueil familial est assuré par des assistantes maternelles, dont la plupart assurent la garde des enfants à leur domicile, avant la scolarisation ou sur les temps périscolaires. Principalement employées par des particuliers, certaines exercent leur activité dans le cadre d'un service d'accueil familial (crèche familiale). Les services d'accueil familial regroupent des assistantes maternelles agréées qui accueillent les enfants à leur domicile en journée et se rendent à intervalles réguliers dans un établissement collectif pour différentes activités. Elles sont supervisées et gérées comme les crèches collectives. Les assistantes maternelles sont alors rémunérées par la collectivité locale ou l'organisme privé qui les emploie.

Depuis 2009, les maisons d'assistantes maternelles (MAM) sont autorisées. Elles permettent à quatre assistantes maternelles au maximum d'exercer en dehors de leur domicile au sein d'un même local pour l'accueil de 12 enfants au plus.

En Ardèche comme dans la Drôme, le multi-accueil (différents modes d'accueil au sein d'une même structure) occupe la 1^{ère} place parmi les établissements d'accueil collectif. Rapporté au nombre d'enfants de moins de 3 ans, c'est l'accueil par les assistantes maternelles qui représente le nombre de places le plus élevé : 37 places pour 100 enfants en Ardèche en 2010 (41 dans la Drôme, 36 en France), devant l'accueil collectif : 11,6 places en accueil collectif en Ardèche (11,4 dans la Drôme, 12,6 en France), les crèches



familiales ne représentant que 1 à 2 places pour 100 enfants dans les deux départements.

Nombre d'établissements d'accueil collectif et places au 31 décembre 2010

		Ardèche	Drôme
Crèches collectives	Etablissements	-	9
	Places	-	384
Haltes-garderies	Etablissements	-	8
	Places	-	151
Jardins d'enfants	Etablissements	-	2
	Places	-	32
Multi-accueil	Etablissements	53	66
	Places	1 171	1 470
Total	Etablissements	53	85
	Places	1 171	2 037

Source : DREES, enquête services PMI

Accueil familial au 31 décembre 2010

	Nb de places en crèche familiale	Nb d'agrément pour assistantes maternelles
Ardèche	100	1 781
Drôme	294	3 589

Source : DREES, enquête services PMI

Nombre de places par mode d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans au 31 décembre 2010

	Accueil collectif	Crèche familiale	Assistants maternelles (hors crèche familiale)
Ardèche	11,6	1,0	37,0
Drôme	11,4	1,7	41,0
France	12,6	2,5	36,0

*Source : DREES, enquête services PMI

2.5. Autres acteurs de prévention auprès de l'enfant

Les personnels éducatifs, ainsi que tous les acteurs intervenant auprès de l'enfant dans les temps périscolaires (centres sociaux, maisons de quartier, clubs sportifs, associations culturelles, centres de vacances...), peuvent initier des actions de prévention ou participer à des programmes locaux mis en œuvre par des collectivités locales ou des associations.

Les programmes de réussite éducative (PRE), notamment, ont pour objectif d'accompagner des enfants et des adolescents qui présentent des signes de fragilité dès les premières années de l'école maternelle et jusqu'au terme de leur scolarité. Les PRE permettent un soutien éducatif, scolaire, culturel, social et sanitaire – hors temps scolaire – où les activités mêlent soutien scolaire, écoute de l'enfant et activités récréatives. Dans les internats de réussite éducative, les PRE permettent de développer un accompagnement sur le temps extrascolaire des élèves effectuant leur scolarité dans les écoles ou établissements du secteur.

Les acteurs de la Prévention spécialisée (ex : Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence), en lien avec les

départements et les collectivités locales, s'adressent aux enfants à partir de 11 ans, ils mettent en œuvre une démarche préventive, visant à infléchir ou inverser les trajectoires vers l'exclusion et la marginalisation des enfants et des jeunes.

Par leur implication respectivement dans l'école primaire ou dans le collège, les communes et les Conseils généraux sont reconnus comme des acteurs potentiels de promotion de la santé chez l'enfant, notamment dans le domaine de l'éducation nutritionnelle via les restaurants scolaires, mais aussi plus largement dans l'apprentissage de comportements favorables à la santé (activité physique régulière, hygiène buccodentaire, prévention des accidents et des conduites addictives...).

Les CPAM participent ou sont à l'initiative d'actions de prévention menées dans les écoles, la CPAM de la Drôme dispose spécifiquement d'un animateur prévention qui a participé en 2011 à 291 séances d'éducation à la santé auprès de 6 887 élèves d'écoles primaires et de collèges. Ces séances portent sur différentes thématiques (nutrition, sommeil, tabac, sport...), la thématique principale étant l'hygiène buccodentaire à l'initiative de la CPAM (110 séances en 2011 et 2 479 élèves concernés).

La Mutualité Française Rhône-Alpes organise des actions d'information auprès de la petite enfance, des parents (et futurs parents), et des professionnels de la petite enfance... Ces actions sont orientées en 2012-2014 sur la santé environnementale, l'hygiène de vie (alimentation, sommeil et activité physique), la prévention solaire.

Les associations de promotion de la santé initient et coordonnent de nombreuses actions en direction des enfants, public souvent considéré comme le public le plus réceptif aux actions de prévention. Il peut s'agir d'actions thématiques, par exemple en éducation nutritionnelle, mais également d'actions plus larges visant le développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi chez l'enfant. Diverses associations interviennent localement : des associations généralistes en éducation pour la santé (IREPS Rhône-Alpes) comme des associations orientées sur une thématique (exemple : PREO, prévention de l'obésité) ou sur un public particulier.

Les associations de soutien à la parentalité ou encore de prévention des conduites violentes, par la mise en place de conditions favorables au développement psychosocial et affectif de l'enfant, contribuent à la santé psychique de l'enfant. Les Réseaux Parentalité - REAPP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) se développent dans l'Ardèche et la Drôme, réseaux financés par les Directions départementales de la cohésion sociale, les CAF, les Conseils généraux et la MSA.