



ENQUÊTE

20 MAI 1998

PRÉVALENCE ET ÉVOLUTION CHRONOLOGIQUE DES DÉFICIENCES À L'ÂGE SCOLAIRE.

C. RUMEAU-ROUQUETTE¹, C. CANS², H. GRANDJEAN³, C. DU MAZAUBRUN¹

INTRODUCTION

En dépit des progrès réalisés au cours de la période périnatale, la fréquence des déficiences est élevée, et la plupart des statistiques étrangères montrent que la prévalence des déficiences sévères ne diminue pas [1,2], ce que confirment nos études antérieures sur les enfants nés en 1972, 1976 et 1981 [1]. Cet article présente les résultats d'une enquête portant sur les enfants nés de 1976 à 1985 [3]. Il concerne la prévalence des déficiences et son évolution.

POPULATION ET MÉTHODE

Cette enquête a été effectuée grâce à un financement du Ministère chargé de la Santé, à un contrat de la CNAMTS et de l'INSERM. Elle a été réalisée par trois équipes : à Paris (Unité 149 de l'INSERM), à Toulouse (INSERM, Contrat jeune Formation n° 9406) et à Grenoble (Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal : RHEOP).

Population

L'enquête a eu lieu en Haute-Garonne, en Isère et en Saône-et-Loire. Elle comportait un enregistrement de tous les enfants handicapés nés du 1^{er} janvier 1976 au 31 décembre 1985. Il a été réalisé en collaboration avec les Commissions départementales de l'Éducation spéciale (CDES). De plus, des enquêtes ont été faites dans les hôpitaux de jour et les centres de long séjour. Au total, 6 174 enfants déficients ont été enregistrés, 6 103 provenant des CDES et 71 des autres sources. On a retenu pour l'étude 6 100 enfants dont les parents résidaient dans les trois départements. La population de base comportait 325 347 enfants nés entre 1976 et 1985, recensés comme habitant dans les trois départements en 1990. Les parents des enfants déficients ont refusé l'enquête dans 5 % des cas.

Définition des déficiences

Un premier groupe comprend des déficiences sévères pour lesquelles nos enquêtes antérieures ont montré que l'enregistrement des CDES était raisonnablement exhaustif [1]. Ont été classés dans ce groupe :

- les trisomies 21, quel que soit le QI, et les autres retards intellectuels correspondant à un QI ≤ 50, ou spécifiés comme sévères ou profonds ;
- les paralysies cérébrales sans mention d'origine post-natale, définies comme des anomalies du mouvement ou de la posture dues à un défaut ou à une lésion du cerveau immature ;
- les cécités et les amblyopies bilatérales (acuité visuelle < 3/10 avec la meilleure correction) ; les déficiences sévères ou profondes de l'audition (niveau > 70 dB) ;
- les autismes et les psychoses.

Le second groupe comprend les autres cas pris en charge par les CDES :

- les malformations non incluses dans le premier groupe ;
- les maladies somatiques telles que cancers, asthme... ;
- les troubles mentaux autres qu'autisme ou psychoses ;
- les autres déficiences à l'exclusion de toutes celles qui précèdent.

La classification des enfants a été faite à partir de la description détaillée des déficiences. Pour les autismes et les psychoses, un contact direct a été établi avec les psychiatres des CDES. Les paralysies cérébrales ont été clas-

sées selon les critères anglo-saxons, car il était difficile de retenir la notion d'infirmité motrice cérébrale pour réaliser les comparaisons internationales nécessaires.

Analyse

La prévalence des déficiences a été calculée en rapportant le nombre de cas à la population de base. L'analyse chronologique a porté sur trois groupes d'années de naissance : 1976-1978, 1979-1981 et 1982-1984. Les prévalences ont été comparées par un test de tendance linéaire. Les enfants pris en charge par les CDES après 9 ans ont été éliminés pour améliorer la comparabilité des trois groupes.

RÉSULTATS

La prévalence des enfants déficients est de 1,9 % (tableau 1). Dans le premier groupe se situent 45 % des enfants déficients. Dans le second groupe, les troubles mentaux dominent largement. Il constitue un ensemble très hétérogène dont l'importance varie selon les départements. C'est pourquoi l'évolution chronologique a été envisagée uniquement pour les déficiences du groupe 1 (tableau 2). La prévalence des trisomies 21 et des déficiences sensorielles reste stable. A l'inverse, on enregistre deux variations significatives des prévalences : celle des retards mentaux non liés à la trisomie 21 diminue de façon significative. L'autisme et les psychoses ont une tendance plus irrégulière, mais non significative.

Tableau 1. - Prévalence des déficiences*

	Nombre de cas	Prévalence globale* p. 1000
Premier groupe**		
Nombre d'enfants	2 722	8,37
Trisomies 21	320	0,98
Autres retards mentaux sévères (trisomies 21 exclues)	841	2,58
Paralysies cérébrales	600	1,84
Cécités ou amblyopies	220	0,68
Surdités profondes ou sévères	226	0,69
Autismes	173	0,53
Autres psychoses	463	1,42
Deuxième groupe**		
Nombre d'enfants	3 378	10,38
Autres malformations	241	0,74
Maladies somatiques	521	1,60
Autres troubles mentaux (maladies somatiques exclues)	2 185	6,72
Autres déficiences	447	1,37
(à l'exclusion des précédentes)		
Nombre total d'enfants	6 100	18,76

* Les prévalences sont calculées par rapport à la population des enfants appartenant aux mêmes générations et résidant dans le département lors du recensement de 1990.

** Le même enfant peut être compté plusieurs fois à l'intérieur de chaque groupe s'il est affecté de plusieurs déficiences. Le nombre total de déficiences est donc supérieur au nombre d'enfants. Par contre le même enfant ne peut figurer à la fois dans le premier et le second groupe.

Tableau 2. - Évolution de la prévalence des déficiences en fonction de l'année de naissance dans le premier groupe.

	Année de naissance*			p
	1976-78 p. 1000	1979-81 p. 1000	1982-84 p. 1000	
Trisomies 21	0,93	0,95	0,97	0,76
Autres retards mentaux sévères (trisomies 21 exclues)	2,37	2,28	1,92	0,03
Paralysies cérébrales	1,52	1,71	1,92	0,03
Cécités ou amblyopies	0,62	0,57	0,58	0,69
Surdités profondes ou sévères	0,74	0,62	0,68	0,64
Autismes	0,45	0,68	0,42	0,76
Autres psychoses	1,20	0,86	0,97	0,11

* Les enfants signalés à la CDES après 9 ans ont été éliminés, les prévalences sont donc inférieures à celles observées pour l'ensemble des cas.

DISCUSSION

L'étude qui vient d'être décrite n'est pas représentative de l'ensemble des régions. Toutefois, la prévalence des déficiences du groupe 1 est comparable à celle que nous observons dans la précédente enquête qui portait sur 14 départements [1] et aux données étrangères. L'enregistrement repose essentiellement sur les CDES, nous avons montré que l'exhaustivité de l'enregistrement est bonne à partir de quatre arguments [3] : les refus sont rares (5 %), le nombre de cas signalés par les autres sources ne représente que 1,5 % de l'ensemble, l'enregistrement par les CDES est précoce, les prévalences sont comparables avec celles des autres études. Cette comparabilité mérite une discussion particulière.

La prévalence des trisomies 21, peu connue à l'âge scolaire, est compatible avec celle qui est enregistrée à la naissance et dont l'évolution ne montre pas de tendance à la diminution dans de nombreux pays. Les retards mentaux sévères ont, dans la majorité des études, une prévalence de l'ordre de 3 p. 1000 en incluant les trisomies 21 ; elle est ici de 3,56 p. 1000, cet excès peut être lié au fait que certaines trisomies 21 ont un QI > 50. La diminution que nous observons a été discutée dans un précédent article [3], elle concerne surtout les retards mentaux associés aux psychoses. Cette évolution devra être vérifiée afin de déterminer si elle est liée à des modifications de diagnostic et de classification des retards intellectuels sévères. La prévalence des paralysies cérébrales est proche de celle trouvée dans la littérature

qui est de l'ordre de 2 p. 1000. L'augmentation que nous constatons va dans le sens des observations faites dans les pays nordiques [2]. Des explications ont été proposées pour expliquer cette évolution qui coïncide avec une amélioration de la prise en charge des nouveau-nés. La première se réfère à l'augmentation de la survie des grands prématurés et elle est vérifiée par l'augmentation de la prévalence des paralysies cérébrales chez ces enfants [3]. La seconde repose sur des études récentes montrant que des facteurs de risque de paralysie cérébrale existent dès la grossesse et que l'anoxie néonatale a sans doute un rôle moindre qu'on ne le supposait. La prévalence des cécités varie à l'étranger entre 0,15 et 0,40 p. 1000 et celle des surdités profondes et sévères entre 0,66 et 1,50 p. 1000 [4], ces données sont compatibles avec nos observations. L'évolution de la prévalence est mal connue et nous ne retrouvons pas ici la diminution des surdités que nous avions observée lors de notre première enquête [1]. Pour l'autisme, la prévalence reste très semblable à celle observée dans la première enquête [5]. Son évolution ne va pas dans le sens de l'augmentation signalée dans certaines études, mais on estime que celle-ci pourrait être liée à des modifications dans les diagnostics et la prise en charge.

CONCLUSION

Les déficiences de l'enfant représentent un problème important en santé publique et leur épidémiologie est encore mal connue. De nouvelles recherches s'imposent : mise en place de systèmes de surveillance de la prévalence au moyen de registres (un seul existe, en Isère), renforcement des recherches étiologiques et évaluatives.

RÉFÉRENCES

- [1] RUMEAU-ROUQUETTE C., DU MAZABRUN C., VERRIER A., MLIKA A., - *Prévalence des handicaps. Évolution dans trois générations d'enfants 1972-1976-1981*. Paris : INSERM, 1994.
- [2] TOPP M., ULDALL P., LANGHOFF-ROOS J. - *Trends in cerebral palsy in Eastern Denmark : birth year-period 1979-1986*. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1997 ; 11 : 451-460.
- [3] RUMEAU-ROUQUETTE C., GRANDJEAN H., CANS C., DU MAZABRUN C., VERRIER A., - *Prevalence and times trends of severe disabilities in school-age children*. - *Int J Epidemiol* 1997 ; 26 : 137-145.
- [4] BAILLE M.F., ARNAUD C., CANS C., GRANDJEAN H., DU MAZABRUN C., RUMEAU-ROUQUETTE C., - *Prevalence, aetiology and care of severe and profound hearing loss*. - *Arch Dis Child* 1996 ; 75 : 129-132.
- [5] FOMBONNE E., DU MAZABRUN C., CANS C., GRANDJEAN H. *Autism and associated medical disorders in a French epidemiological survey*. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36 : 1561-1569.

ENQUÊTE

CHIMIOPROPHYLAXIE ANTI-PALUDIQUE DES VOYAGEURS FRANÇAIS (N = 3 446) AU DÉPART DE PARIS POUR 8 DESTINATIONS TROPICALES.

A. SANTIN¹, C. SEMAILLE¹, T. PRAZUCK¹, P. BARGAIN², C. LAFAX¹, A. FISCH¹

Les voyageurs français se rendent chaque année plus nombreux dans des zones d'endémie palustre. Compte tenu du développement des zones de résistance aux anti-paludiques et de la gravité de la survenue d'un accès palustre chez un sujet non immun, il est important de s'interroger sur les prophylaxies adoptées par les voyageurs. De nombreuses études se sont intéressées aux effets indésirables, à la compliance et au développement des résistances aux prophylaxies alors que la pertinence de la chimioprophylaxie adoptée par le voyageur a été moins étudiée. L'objectif de cette étude est donc de déterminer les schémas prophylactiques adoptés par les voyageurs français et d'évaluer l'adéquation entre cette prophylaxie et les recommandations publiées par le BEH [1].

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale réalisée sur un échantillon de voyageurs recrutés sur une période de 12 mois (1^{er} mai 1995 - 31 avril 1996) dans les salles d'embarquement de l'aéroport Roissy Charles de Gaulle. Huit destinations « tropicales » ont été choisies car elles représentaient des zones de

chloroquino-résistances et des continents différents : pays du groupe II où la chloroquino résistance est présente (Côte d'Ivoire, Madagascar) et les pays du groupe III où la prévalence de la chloroquino résistance est élevée (Brésil et Venezuela pour les zones situées en Amazonie, Gabon, Kenya, Thaïlande, Vietnam). Pour chacune de ces destinations, un vol a été tiré au sort chaque mois de façon aléatoire à partir des plannings mensuels établis par Aéroport de Paris (ADP) réalisant ainsi un échantillon en grappe. Les quatre-vingts premiers passagers se présentant en salle d'embarquement répondaient à un questionnaire standardisé qui comportait les informations suivantes : éléments socio-démographiques (sexe, âge), motif du voyage, durée du séjour, prophylaxie adoptée et source d'information qui a guidé son choix. Seuls les voyageurs de nationalité française ont été inclus dans cette étude. Les voyageurs étaient libres de participer ou non. L'enquête était réalisée par un médecin ou une infirmière spécialisée.

Pour les voyageurs à destination de la Thaïlande et du Brésil, une carte du pays était fournie afin que les passagers indiquent leur trajet pour tenir compte des disparités régionales du paludisme à l'intérieur de ces deux pays. La pertinence de la prophylaxie adoptée par les voyageurs a été étudiée en fonction des pays. Une prophylaxie était considérée comme pertinente si elle était adaptée à la zone d'endémie (zone I : chloroquine, zone II : chloroquine - Proguanil, zone III : méfloquine, doxycycline) selon les recommandations ministérielles [1]. Prendre une chimioprophylaxie pour les voya-

1. Institut des Études épidémiologiques et prophylactiques (IDEEP), Centre hospitalier - 94195 Villeneuve-Saint-Georges Cedex.

2. Service médical, BP 20101 95711 Roissy aéroport.