

L'ORS-CREAI publie un nouveau numéro de sa collection « Santé Observée en Normandie ». Ces publications courtes ont pour objectif de mettre à la disposition de l'ensemble des partenaires du champ sanitaire, social et médico-social les principales données concernant la santé de la population (indicateurs de santé disponibles, ressources régionales en matière de prévention et de soins).

Ce nouveau numéro est consacré à la santé des enfants âgés de 0 à 6 ans.

CONTEXTE

La santé des enfants, appréhendée selon la définition de l'OMS (« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »), intègre une dimension de santé physique, mais également une dimension psychique et sociale. À cet égard, les inégalités de santé dans l'enfance sont une préoccupation des pouvoirs publics, qui s'appuient sur différents travaux visant à mieux les identifier et ainsi mettre en place des politiques visant à les réduire.

Dès la naissance, la prématurité et les naissances de faible poids sont associés à divers risques pour la santé post-natale. Agir sur les facteurs de santé de la mère, mais aussi son environnement social, professionnel, avant et pendant la grossesse sont des leviers à mobiliser.

Un rapport de l'IGAS réalisé en 2011 a analysé les inégalités sociales de santé dans l'enfance et le rôle des déterminants sociaux¹. Il pointe notamment que « dès la grossesse et la naissance, il existe des disparités de santé entre les catégories socio-professionnelles ». Il cite différentes façons d'agir sur les inégalités de santé chez l'enfant en s'appuyant sur les politiques publiques, notamment en termes d'éducation scolaire, de soutien à la parentalité, d'accueil des jeunes enfants, d'amélioration de l'habitat privé.

En Normandie, les enfants âgés de 0 à 6 ans sont au nombre de 275 645 et représentent 8,3 % de l'ensemble de la population, part équivalente à celle observée au plan national. Le détail par département souligne en revanche une plus forte représentation de cette tranche d'âge dans l'Eure (avec 9,1 %) et une plus faible part dans la Manche et l'Orne (avec respectivement 7,5 % et 7,4 %).

Cette publication a pour objectif d'informer sur l'état de santé des jeunes enfants et des grandes problématiques liées à la santé des enfants de 0 à 6 ans. Elle présente les indicateurs disponibles en Normandie, en mobilisant les différentes sources de données disponibles. Elle traite donc des thématiques pour lesquelles des systèmes d'information statistique permettent une observation chiffrée.

FAITS MARQUANTS EN NORMANDIE

- Davantage d'enfants vivant dans des familles sans emploi en Seine-Maritime et dans l'Orne,
- Des familles monoparentales moins nombreuses en Normandie qu'en France métropolitaine mais plus précaires,
- Une moindre scolarisation des enfants âgés de 2 ans en région, comparativement à la France,
- Un taux de natalité plus faible en Normandie qu'en France métropolitaine,
- Un âge des mères à l'accouchement moins élevé en Normandie qu'en France métropolitaine,
- Des naissances multiples légèrement moins fréquentes en Normandie qu'en France,
- Plus de 1 800 nouvelles admissions en affections de longue durée chez des enfants âgés de moins de 10 ans recensées chaque année en région,
- Une mortalité infantile qui se concentre dans les premiers jours de la vie.

¹ 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). 2001-05. 204 p.

SOMMAIRE

Contexte national	p. 1	Vaccination	p. 7
Contexte socio-démographique et économique des enfants	p. 2	Morbidity et mortalité	p. 8
Naissances	p. 4	Ressources territoriales	p. 11

CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE

Différents travaux ont mis en évidence que les déterminants sociaux de la santé agissent dès l'enfance et peuvent avoir un impact sur toute la vie des individus. Les déterminants socio-économiques et environnementaux impactant les enfants sont ceux auxquels sont confrontées les familles. La notion de précarité chez les enfants est ainsi approchée par la situation des familles vis-à-vis de l'emploi, leur niveau de ressources, la structure des familles...

Davantage d'enfants vivant dans des familles sans emploi en Seine-Maritime et dans l'Orne

La part des enfants vivant dans une famille n'ayant pas d'emploi est un indicateur de précarité qui permet notamment de mettre en lumière des différences selon les territoires. On observe ainsi une situation plus dégradée dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Orne, qui affichent des taux supérieurs à la moyenne régionale à la fois concernant les enfants de moins de 3 ans et les 3-6 ans (avec respectivement 16,5 % et 14,2 % pour la Seine-Maritime, puis 13,9 % et 14,1 % pour l'Orne). La Manche apparaît à cet égard comme le département le plus préservé (avec respectivement 10,8 % et 9,4 %).

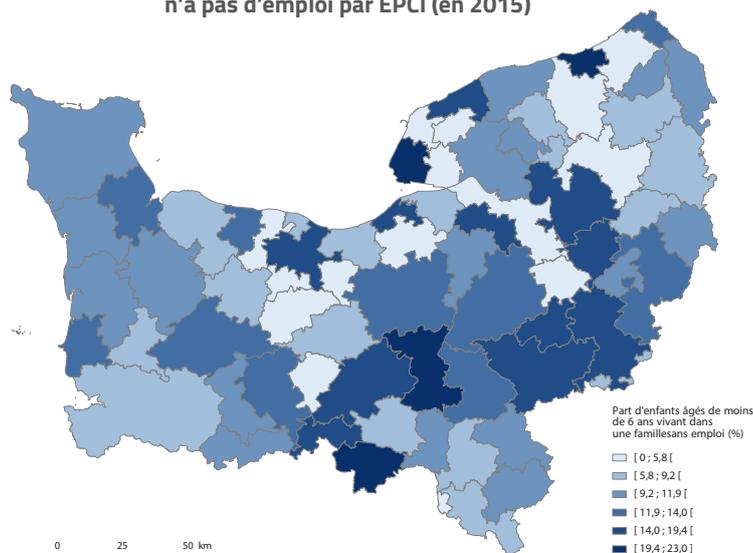
Comparativement au niveau national, la situation apparaît moins favorable en Normandie pour ce qui concerne les enfants de moins de 3 ans (avec 14,1 % contre 13,7 %), mais équivalente concernant les 3-6 ans (avec 12,3 % contre 12,3 %).

Enfants âgés de moins de 6 ans dont la famille n'a pas d'emploi selon l'âge et le département (en 2015)

	Nombre		Part (%)	
	Enfants de moins de 3 ans	Enfants de 3 à 5 ans	Enfants de moins de 3 ans	Enfants de 3 à 5 ans
Calvados	2 716	2 466	12,4	10,4
Eure	2 874	2 835	13,5	11,6
Manche	1 581	1 507	10,8	9,4
Orne	1 160	1 294	13,9	14,1
Seine-Maritime	7 139	6 527	16,5	14,2
Normandie	15 471	14 629	14,1	12,3
France métropolitaine	298 636	283 264	13,7	12,3

Source : Insee, Recensement de la population

Enfants âgés de moins de 6 ans dont la famille n'a pas d'emploi par EPCI (en 2015)



Source : Insee, Recensement de la population

Politique de prévention concernant la petite enfance

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, dont le premier axe est la promotion de la santé et la prévention, 25 mesures phares sont définies couvrant les différentes périodes de la vie.

Trois mesures sont identifiées concernant la petite enfance :

- Mettre en place un parcours de santé des 0-6 ans : cela comprend l'extension de l'obligation vaccinale, la modernisation des outils de suivi (carnet de santé et certificats de santé), l'expérimentation de parcours de coordination renforcée « santé-accueil-éducation ».
- Prévenir l'obésité chez les enfants : une expérimentation de prévention est lancée dans 4 départements auprès d'enfants de 3 à 8 ans, intégrant des consultations diététiques, des bilans d'activité physiques ou des consultations psychologiques.
- Promouvoir la santé à l'école : objectif de renforcement des attitudes favorables à la santé pour tous les élèves.

En Normandie, le plan régional de santé 2018-2023 consacre un volet essentiel à la prévention et la promotion de la santé, avec pour objectif stratégique « Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1^{er} levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie ». Celui-ci se décline en 8 objectifs opérationnels, dont les suivants concernent directement les parcours de santé et de vie prioritaires « Périnatalité et développement de l'enfant » et « Santé des enfants et des jeunes » : prévenir les pratiques addictives, promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité, prévenir le mal-être et le suicide, agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé, promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive, promouvoir un environnement favorable à la santé.

Pour en savoir plus, consulter le PRS 2018-2023 : <https://www.normandie.ars.sante.fr/publication-du-projet-regional-de-sante-de-normandie>

Une part régionale d'allocataires dépendants des prestations sociales à 75 % similaire au plan national, de fortes disparités territoriales constatées

En 2017 en Normandie, 21 % des allocataires d'une ou plusieurs prestations sociales sont dépendants de ces dernières à 75 % ou plus, soit une proportion similaire à celle observée en moyenne en France métropolitaine. Ce constat global cache des disparités importantes entre les différents échelons géographiques d'études. Cette part s'échelonne en effet de 16 % dans le département de la Manche à plus de 24 % dans celui de la Seine-Maritime. Au delà des disparités départementales, de forts contrastes sont observés entre les villes-centres et leur périphérie plus favorisée.

Des familles monoparentales moins nombreuses en Normandie qu'en France métropolitaine mais plus précaires

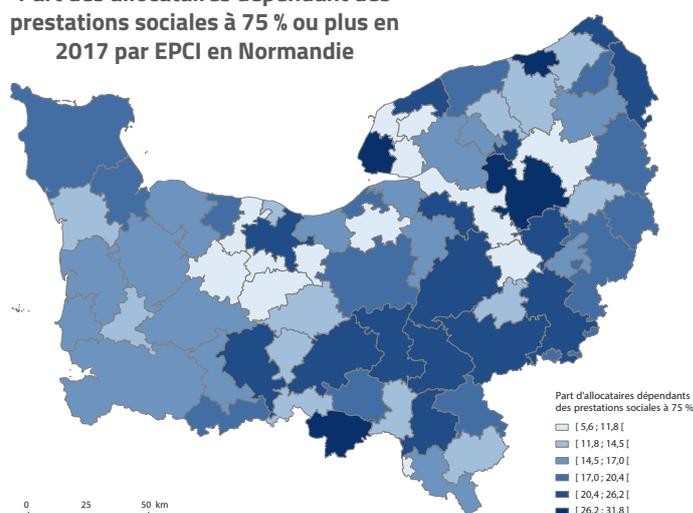
D'après l'Insee et l'observatoire des inégalités, les familles monoparentales ont des conditions de vie moins favorables et sont plus souvent en situation de précarité que les familles dont les parents vivent en couple, ou les familles recomposées (L'insee estime que le niveau de vie médian mensuel des familles monoparentales est inférieur de 30% à celui des couples avec enfants). Différents facteurs sont en cause, dont notamment le fait de n'avoir comme ressources que les revenus d'une seule personne, qui est le plus souvent une femme (plus souvent inactive, au chômage ou en emploi précaire, en temps partiel, moins bien rémunérée).

De nombreuses études ont mis en avant que la santé des membres de familles monoparentales peut-être fragilisée de par la situation financière plus précaire mais également par l'augmentation des risques d'épuisement et d'isolement dans l'exercice de la parentalité de ces familles.

Hors, au cours des 20 dernières années, ce schéma familial a fortement augmenté. En Normandie, près de 105 000 familles monoparentales avec enfant de moins de 25 ans sont recensés soit 22,5 % de l'ensemble des familles en région. Cette proportion qui varie entre 19,4 % dans la Manche et 24,2 % en Seine-Maritime, est inférieure à celle observée au niveau national. De nouveau, de fortes disparités territoriales sont observées à une échelle plus fine (cf. carte ci-contre) avec des proportions plus élevées observées dans les agglomérations et également dans des zones plus rurales.

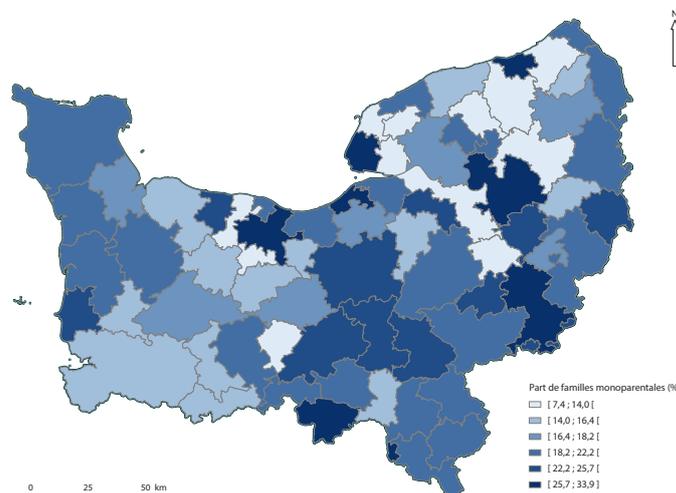
Si la part des familles monoparentales est moins élevée en région qu'au plan national, la précarité de ces familles est plus prégnante. En effet, le taux de pauvreté de ces familles atteint 33,1 % vs 31,0 % en valeur médiane en France entière. Ce taux de pauvreté des familles monoparentales s'échelonne de 30,8 % dans le département du Calvados à 37,3 % dans celui de l'Orne.

Part des allocataires dépendant des prestations sociales à 75 % ou plus en 2017 par EPCI en Normandie



Familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans par département et par EPCI (en 2015)

	Nombre	Part (%)
Calvados	21 812	22,9
Eure	18 899	21,0
Manche	12 454	19,4
Orne	7 909	22,0
Seine-Maritime	43 740	24,2
Normandie	104 814	22,5
France métropolitaine	2 140 422	23,7



Point méthodologique

EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale

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 de collectivités locales. Les communautés urbaines, communautés d'agglomération, communautés de communes, syndicats d'agglomération nouvelle, syndicats de communes et les syndicats mixtes sont des EPCI.

Taux de pauvreté

Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative. Ainsi, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population soit 60 % du niveau de vie médian.

Une moindre scolarisation des enfants âgés de 2 ans en région

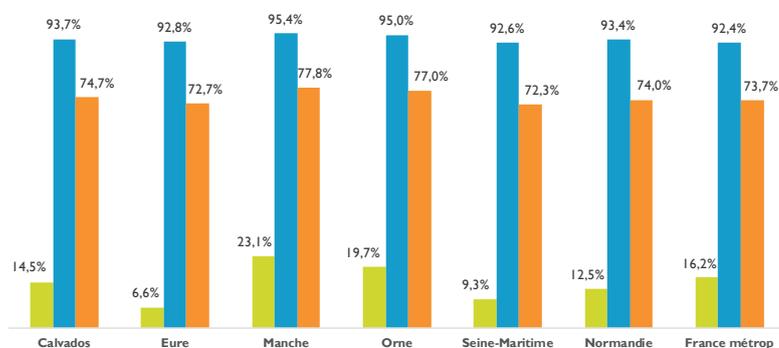
Jusqu'alors, les parents ont une obligation de donner une instruction à leurs enfants à partir de l'âge de 6 ans. Depuis vingt ans, plus de 9 enfants sur 10 âgés de trois à cinq ans ont énanmoins scolarisés. Ceux de moins de trois ans le sont dans la limite des places disponibles. Toutefois, la scolarisation à cet âge est encouragée dans les quartiers prioritaires politique de la ville.

En 2015, en Normandie comme en France métropolitaine, les trois-quart des enfants âgés de 2 à 6 ans étaient scolarisés.

Une différence est observée entre la région et le plan national à la lecture des taux de scolarisation en fonction de l'âge des enfants. En effet, la part d'enfant âgés de moins de 3 ans scolarisés en Normandie est inférieur de près de 4 points à celle observée en France métropolitaine. Ce taux de scolarisation s'échelonnent de près de 7 % dans le département de l'Eure à plus de 23 % dans celui de la Manche.

Si les variations des taux de scolarisation à 3 ans selon l'échelle géographique observée sont le reflet des mouvements démographiques (en raison de la quasi scolarisation des enfants à cet âge), les fluctuations observées à 2 ans sont davantage le reflet des politiques éducatives mises en œuvre.

Taux de scolarisation des enfants âgés de moins de 6 ans (% en 2015)



Source : Insee, Recensement de la population

LES NAISSANCES

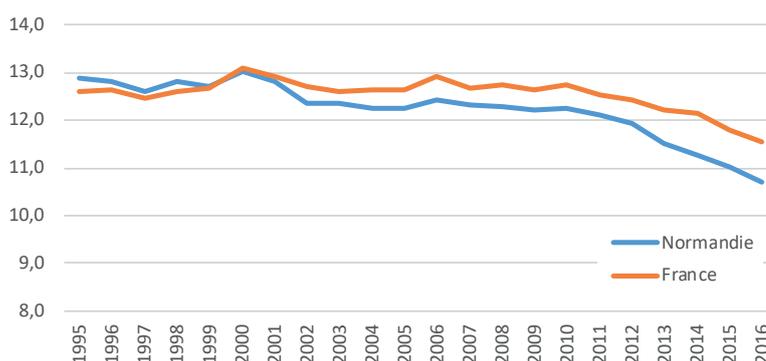
Un taux de natalité plus faible en Normandie qu'en France métropolitaine

En 2014-2016, 36 699 naissances domiciliées ont été comptabilisées chaque année en Normandie, soit un taux de natalité de 10,7 naissances pour 1 000 habitants. Ce taux est inférieur à celui observé en France métropolitaine.

Si le nombre annuel de naissances suit globalement une tendance à la baisse depuis l'année 2010, ce repli est plus marqué en Normandie qu'à l'échelle nationale. Le taux de natalité est ainsi passé de 12,3 % à 10,7 %, soit une baisse de 1,55 point en 6 ans.

En terme de fécondité, la Normandie présente un indice conjoncturel de fécondité (ICF) en deça du seuil de renouvellement des générations et légèrement inférieur à celui observé en France métropolitaine : respectivement 1,91 enfants par femme vs 1,92 en moyenne.

Évolution des taux de natalité en France métropolitaine et Normandie (pour 1 000 habitants / 1995-2016)



Source : Insee, État civil, estimations de population

Point méthodologique

Indice conjoncturel de fécondité :

L'indicateur conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

Taux de natalité

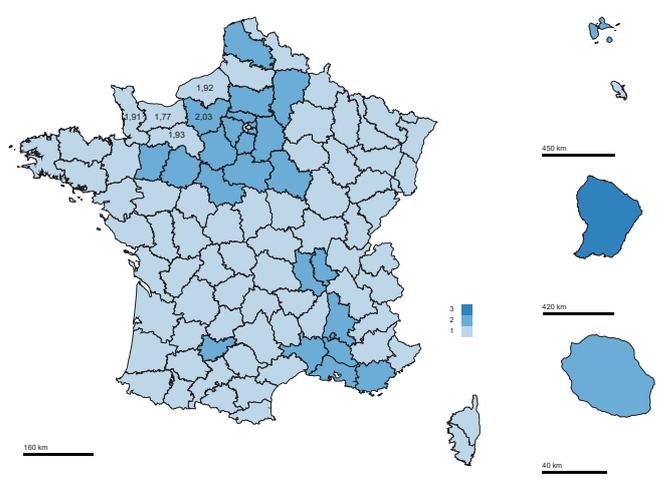
Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Ce constat régional est principalement dû au département du Calvados présentant un ICF de 1,77 enfants par femme. A l'inverse, le département de l'Eure présente un ICF bien supérieur à celui observé au plan national (2,03 vs 1,92 enfants par femme).

À une échelle plus fine, les EPCI à dominante urbaine sont généralement les moins féconds.

Si l'on considère non plus les naissances domiciliées mais celles enregistrées. La Normandie a enregistré 35 657 naissances en moyenne chaque année entre 2015 et 2017. Les territoires de démocratie sanitaire de Rouen/Elbeuf et du Calvados (correspondant au département) concentrent plus de la moitié des enregistrements (respectivement 20,0 % et 29,4 % - ATIH).

Indice conjoncturel de fécondité par département (2014-2016)



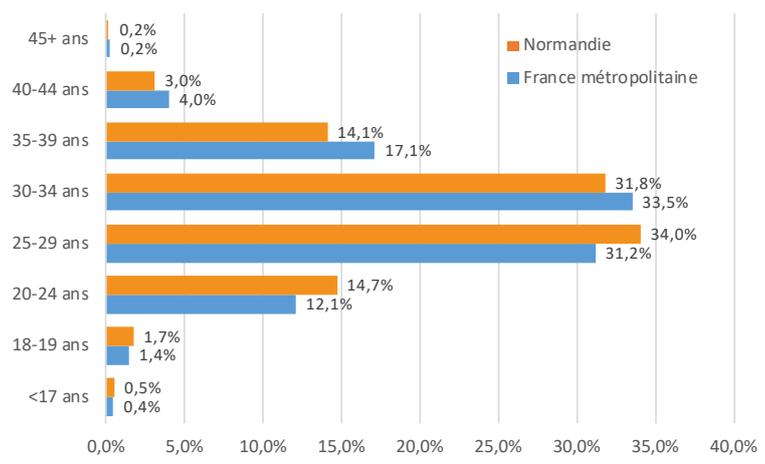
Source : Insee - État civil (exploitation Fnors)

Un âge des mères à l'accouchement moins élevé en Normandie qu'en France métropolitaine

L'âge des mères lors de l'accouchement suit une tendance à la hausse depuis de nombreuses années. Toutefois, comparativement à la France métropolitaine, l'âge des mères est légèrement inférieur en Normandie. En effet, si près de deux tiers des naissances concernent des femmes âgées de 25 et 34 ans sur ces deux échelles territoriales, on enregistre 16,9 % de naissances en dessous de l'âge de 25 ans en région, contre 14,0 % en France. A l'inverse, 17,3 % de naissances ont lieu au-delà de l'âge de 35 ans en région, contre 21,4% en France.

En termes d'effectifs, sur un total de 106 166 naissances vivantes sur 3 ans, on recense en Normandie 598 naissances de mères âgées de moins de 18 ans, 2 294 de mères âgées de moins de 20 ans et encore 170 des mères de 45 ans et plus (âge au moment de l'accouchement).

Répartition des accouchements en fonction de l'âge maternel à l'accouchement (% en 2015-2017)



Source : ScanSanté - Indicateurs de santé périnatale - FFRSP - ATIH

Évolution de l'âge des mères à l'accouchement

D'après les travaux de l'Insee², « en 2015 en France, les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne, soit quatre ans et demi plus tard qu'en 1974. L'âge à la première maternité ne cesse d'augmenter depuis cette date. Sa hausse est toutefois moins rapide depuis une quinzaine d'années. Les femmes sont aussi plus âgées qu'auparavant à la naissance de leur deuxième ou troisième enfant, qu'elles ont en moyenne à 31,0 ans et 32,6 ans. Au total, tous rangs de naissance confondus, les femmes accouchent en moyenne à 30,4 ans. »

Point méthodologique

Territoire de démocratie sanitaire

En 2017, l'Agence Régionale de santé de Normandie suite à la consultation relative au projet de délimitation des territoires de démocratie sanitaire dans la région a arrêté 7 territoires de démocraties sanitaire : Calvados, Orne, Manche, Rouen/Elbeuf, Dieppe, Le Havre et Evreux/Vernon (cf carte ci-contre)



² Insee Première n°1642, avril 2017

Un taux de naissances mort-nés inférieur au plan national

Parmi les 35 657 naissances enregistrées en moyenne chaque année en Normandie (2015-2017), 35 389 sont des naissances vivantes³. On recense en effet 268 naissances mort-nés (naissances d'enfants sans vie), soit un taux de 7,5‰, taux inférieur à celui observé en France métropolitaine (8,3 ‰).

Le taux de naissances morts-nés varie entre 5,0‰ sur le territoire de démocratie sanitaire de Dieppe ou de l'Orne, à plus de 8,0 ‰ dans les territoires du Calvados ou de Evreux /Vernon.

7,1 % de nouveau-nés prématurés et 7,3 % de nouveau-nés de petits-poids

Les nouveau-nés prématurés ou de faible poids présentent un risque plus élevé de fragilité ou de complications médicales (exemples : malformations congénitales, problèmes de développement, déficit de l'ouïe et de la vue, problèmes de comportement...).

Le taux annuel de nouveau-nés prématurés (nés avant 37 semaines d'aménorrhée) s'élève à 7,1 % en Normandie sur la période 2015-2017, soit un peu plus de 2 500 nouveau-nés par an. Concernant les grands prématurés (nés avant 33 semaines d'aménorrhée), le taux s'établit à 1,4 % et concerne un nombre moyen de 486 naissances annuelles.

Parallèlement, le taux annuel de nouveau-nés avec petit poids de naissance (inférieur à 2 500 g) est de 7,3 % en Normandie sur la période 2015-2017, soit 2 585 nouveau-nés par an. Le taux concernant les nouveau-nés de très petit poids (inférieur à 1 500 g) s'établit quant à lui à 1,0 %, pour un effectif de 356.

Ces deux groupes (prématurés et petits poids de naissance) se recoupent, mais seulement partiellement. Le rapport 2016 de l'Enquête Nationale Périnatale⁴ montre notamment qu'une part non négligeable de nouveau-nés prématurés voire grands prématurés ont un poids de naissance supérieur à 2 500 g. (69,3 % des enfants nés à 36 semaines d'aménorrhée et 34,6 % de ceux nés à 34-35 semaines d'aménorrhée).

L'analyse à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire met en évidence une plus forte proportion de naissances de ces catégories de nouveau-nés (prématurés, grands prématurés, petits poids, très petits poids) dans le Calvados et sur Rouen / Elbeuf, qui sont également les deux territoires dotés d'équipements spécialisés pour accompagner les grossesses et les naissances à risque (CHU, maternités de niveau 3, services de pédiatrie néonatale et de réanimation...).

Des naissances multiples légèrement moins fréquentes en Normandie qu'en France

Les grossesses et les naissances multiples, en augmentation depuis les années 1970 en raison notamment d'une augmentation de l'âge maternel et du recours aux traitements de l'infertilité, présentent un haut risque : taux de prématurité et de petits poids à la naissance supérieurs à la moyenne et risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement pour la mère.

Avec en moyenne 555 accouchements multiples par an en Normandie, le taux d'accouchements multiples s'établit 1,6 % sur la période 2015-2017, contre 1,7 % au plan national. Ces taux d'accouchements multiples varient d'un territoire de santé à l'autre, soit entre 1,0 % à Dieppe et 1,9 % dans le Calvados et sur Rouen / Elbeuf.

Les accouchements multiples sont des accouchements gémellaires (naissance de 2 enfants) dans 99% des situations. En Normandie, 14 accouchements plus que gémellaires ont été enregistrés sur 3 années cumulées (2015 à 2017).

SANTÉ PÉRINATALE ET MORTINATALITÉ

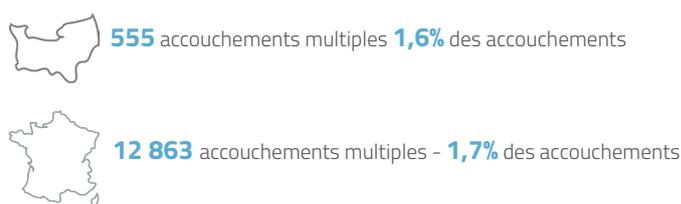
D'après un rapport européen sur la santé périnatale, la France affiche en 2010 (comme déjà en 2003) le taux de mortinatalité le plus élevé d'Europe, soit 9,2 pour 1000 naissances totales. Cette différence majeure entre la France et les 25 autres pays de l'Union Européenne s'expliquerait par le fait que 40 à 50% des mort-nés en France seraient attribuables à des interruptions médicales de grossesse (IMG). La France mène en effet une politique très active de dépistage des anomalies congénitales et une pratique des IMG relativement tardive, comparativement aux autres pays.

Âge gestationnel et poids à la naissance Part des naissances vivantes prématurées et de petits-poids (2015-2017)

	Normandie		France métropolitaine	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Prématurés	2 522	7,1%	52 824	7,1%
Grands prématurés	486	1,4%	10 473	1,4%
Petits poids	2 585	7,3%	54 415	7,3%
Très petits poids	356	1,0%	7 629	1,0%

Source : ScanSanté - Indicateurs de santé périnatale - FFRSP - ATIH

Part des accouchements multiples en Normandie et en France métropolitaine (2015-2017)



Source : ScanSanté - Indicateurs de santé périnatale - FFRSP - ATIH

³ Source : ScanSanté - Indicateurs de santé périnatale - FFRSP - ATIH

⁴ Enquête Nationale Périnatale, Rapport 2016, Les naissances et les établissements, Situation et évolution depuis 2010 - Rapport INSERM - DRESS Octobre 2017

LA VACCINATION DES ENFANTS

Élargissement de l'obligation vaccinale en 2018

La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace pour lutter contre les maladies infectieuses potentiellement graves et éviter la persistance de foyers épidémiques.

L'objectif premier de la vaccination est de limiter pour soi-même le risque de contracter les maladies infectieuses graves ciblées par les vaccins. Le second est de protéger les personnes de l'entourage, notamment les plus fragiles (nourrissons, femmes enceintes, personnes âgées, personnes malades), en réduisant les risques de contamination. L'effet protecteur est donc d'autant plus fort que la vaccination des populations est massive.

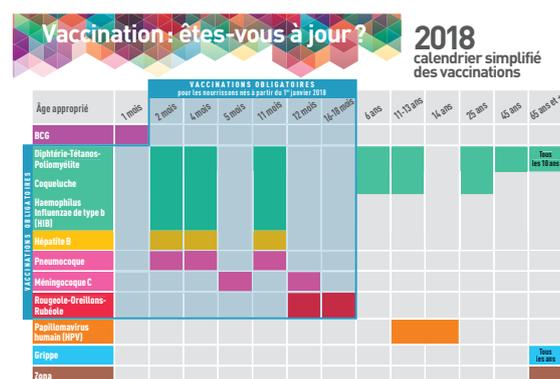
Ainsi en 2018, la politique vaccinale en France est largement renforcée, avec l'élargissement du nombre des vaccins obligatoires (passant de 3 à 11) chez les enfants de moins de 2 ans.

À partir du 1^{er} janvier 2018, huit vaccinations qui étaient auparavant recommandées dans le calendrier vaccinal du nourrisson, deviennent obligatoires. La loi du 30 décembre 2017 vise ainsi à réduire le nombre de cas de maladies infectieuses et éviter la persistance de foyers épidémiques.

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, les vaccinations obligatoires conditionneront l'entrée ou le maintien en collectivité (école, garderie, colonie de vacances...). Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, l'obligation ne porte que sur les 3 vaccinations déjà obligatoires, à savoir la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite : il est toutefois rappelé que les autres vaccinations sont indispensables pour protéger les enfants des maladies évitables. Notons qu'avant cette obligation nouvelle, plus de 7 enfants sur 10 recevaient déjà l'ensemble des 11 vaccinations.

Les 11 vaccinations rendues obligatoires par l'article 49 de la loi n°2017-1 836 du 30 décembre 2017 sont les suivantes :

- 1- Antidiphtérique
- 2- Antitétanique
- 3- Antipoliomyélitique
- 4- Contre la coqueluche
- 5- Contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b
- 6- Contre le virus de l'hépatite B
- 7- Contre les affections invasives à pneumocoque
- 8- Contre le méningocoque de séro-groupe C
- 9- Contre la rougeole
- 10- Contre les oreillons
- 11- Contre la rubéole.



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

Couverture vaccinale des jeunes normands - Points clés

Les informations présentées dans cette partie sont extraites du Bulletin de Santé Publique Normandie publié en avril 2018⁵. Ce bulletin présente l'ensemble des données de vaccination disponibles dans les 5 départements normands, comparativement à la France entière.

DTP, *Haemophilus influenzae* de type B, hépatite B et pneumocoque

Les couvertures vaccinales DTP, *Haemophilus influenzae* de type B, hépatite B et pneumocoque sont élevées (>= 90 %) dans les départements pour lesquels des indicateurs de couvertures vaccinales sont disponibles. Cependant, les couvertures vaccinales contre le virus de l'hépatite B et les pneumocoques doivent être améliorées afin d'atteindre ou de dépasser le seuil de 95 % qui est atteint pour les valences DTP et *Haemophilus influenzae* de type B.

Couverture vaccinale* des jeunes normands nés en 2014

	DTP	Coqueluche	Haemophilus Influenzae type b	Hépatite B (3 doses)	Pneumo- coque (3 doses)	Rougeole, Oreillons, Rubéole (1 dose)	Rougeole, Oreillons, Rubéole (2 doses)
Calvados	96	96	95	91	93	92	82
Eure	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Manche	95	94	94	89	91	90	76
Orne	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Seine-Maritime	96	95	95	94	95	90	80
Normandie	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
France entière	97	96	95	90	92	90	80

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

Remarques : Les données sont celles de l'année 2016, elles portent donc sur les enfants nés en 2014. / L'estimation de la couverture régionale ne peut être réalisée que si les données sont disponibles sur l'ensemble des départements, ce qui n'est pas le cas en 2016. / DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite.

* La couverture vaccinale correspond au pourcentage de personnes vaccinées au sein de la population.

⁵ [Santé publique France. Bulletin de santé publique Normandie. 2018-04. 10 p.](#)

Rougeole, oreillons et rubéole Les couvertures vaccinales 2 doses contre la rougeole, les oreillons et la rubéole sont moins élevées que les couvertures vaccinales 1 dose dans les départements pour lesquels les 2 indicateurs de couvertures vaccinales sont disponibles. Les valeurs de couvertures vaccinales 2 doses sont estimées aux alentours de 80 % et des améliorations sont nécessaires (>= 95 %) afin d'éliminer tout risque de circulation du virus de la rougeole.

Méningocoques C

Les couvertures vaccinales contre les méningocoques C sont plus élevées chez les enfants âgés de 2 ans par rapport aux valeurs observées dans les classes d'âge supérieures où le rattrapage vaccinal est faible et ne progresse pas. L'application des recommandations dans l'ensemble de la population est nécessaire afin de conférer une protection individuelle à tous et d'instaurer l'immunité de groupe de la stratégie vaccinale.

Pour en savoir plus :

BSP Normandie
Bureau de santé publique, ARS, 2018

Santé publique France

VACCINATION

POINTS CLÉS

Le taux de couverture vaccinale 2 doses contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est inférieur à celui observé en France métropolitaine. Les valeurs de couvertures vaccinales 2 doses sont estimées aux alentours de 80 % et des améliorations sont nécessaires (>= 95 %) afin d'éliminer tout risque de circulation du virus de la rougeole.

Les couvertures vaccinales contre les méningocoques C sont plus élevées chez les enfants âgés de 2 ans par rapport aux valeurs observées dans les classes d'âge supérieures où le rattrapage vaccinal est faible et ne progresse pas. L'application des recommandations dans l'ensemble de la population est nécessaire afin de conférer une protection individuelle à tous et d'instaurer l'immunité de groupe de la stratégie vaccinale.

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DES ENFANTS

Plus de 1 800 nouvelles admissions en affections de longue durée chez des enfants âgés de moins de 10 ans recensées chaque année en région

En Normandie, entre 2012 et 2014, 1 872 nouvelles admissions en affection de longue durée chez des enfants âgés de moins de 10 ans ont été recensées chaque année, soit un taux standardisé de nouvelles admissions supérieur à celui observé en moyenne en France métropolitaine (398,7 p. 100 000 enfants âgés de moins de 10 ans en région contre 373,2 en France métropolitaine). Le département de la Seine-Maritime présente le taux de nouvelles admissions en ALD chez les enfants âgés de moins de 10 ans le plus élevé de région (taux significativement supérieur à celui observé en France). A l'inverse, les départements de la Manche et de l'Orne présentent des taux inférieurs au plan national.

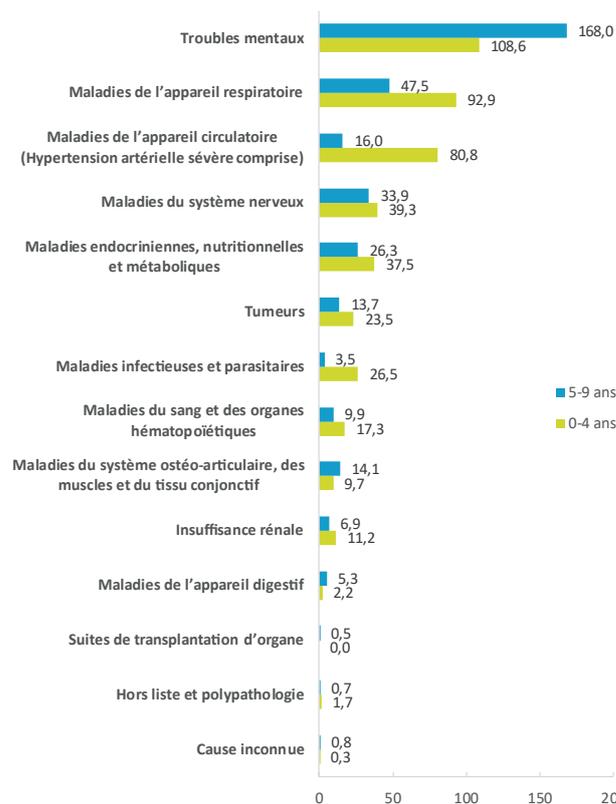
Les principaux motifs d'admissions en affection de longue durée aussi bien chez les enfants âgés de 0-4 ans et ceux de 5-9 ans sont les affections psychiatriques suivi des maladies de l'appareil respiratoire et celles de l'appareil circulatoire. Parmi les affections psychiatriques, les causes les plus fréquemment observées sont les troubles du développement psychologique et des acquisitions et le retard mental.

Un taux d'hospitalisation d'enfants âgés de moins de 5 ans similaire à celui observé en moyenne en France

En 2017, plus de 80 000 enfants âgés de moins de 15 ans domiciliés en Normandie ont été hospitalisés, dont près de 70 % avant l'âge de 5 ans. Ainsi, 293 enfants âgés de moins de 5 ans pour 100 000 ont été hospitalisés en 2017, soit un taux d'hospitalisation similaire à celui observé en France. Entre 5 et 14 ans, les taux d'hospitalisations sont moins importants : 58,7 p. 100 000 enfants âgés de 5-14 ans domiciliés en Normandie (56,6 enfants p. 100 000 en moyenne en France).

Les principaux motifs d'hospitalisations à ces âges sont les maladies de l'appareil respiratoire.

Taux de nouvelles admissions en affection de longue durée selon le motif p. 100 000 enfants âgés de 0-4 ans et de 5-9 ans (2012-2014)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Point méthodologique

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. L'utilisation des données d'admissions d'ALD a des fins épidémiologique reste imparfaite avec l'existence de biais conduisant le plus souvent à une sous estimation de la morbidité et dans certains cas à une sur-déclaration.

Un taux de mortalité infantile qui stagne

Selon l'Insee, après avoir fortement baissé tout au long du XX^{ème} siècle, la mortalité infantile est stable en France depuis une dizaine d'années⁶.

En 2016, 2 591 enfants de moins d'un an sont décédés en France métropolitaine pour 784 000 naissances, soit un taux de 3,7 p. 1000 enfants nés vivants en France entière (3,4 p. 1000 en France métropolitaine). Le taux national est très proche de celui constaté dans les 28 pays de l'Union Européenne (3,6 p. 1000).

En Normandie, le taux moyen de mortalité infantile observé en 2015-2017 est de 3,4 p. 1000 naissances, soit un taux inférieur à celui observé en France métropolitaine (3,5 p. 1000). L'analyse départementale met en évidence des taux inférieurs à la moyenne nationale dans le Calvados, la Manche et l'Orne, mais supérieurs dans l'Eure et la Seine-Maritime.

Une étude menée par l'unité des études démographiques et sociales de l'Insee en 2011⁷ sur les facteurs explicatifs de la mortalité infantile et de son évolution récente (stagnation depuis 2005) a mis en avant que la mortalité infantile était plus élevée pour les jumeaux, les garçons, les enfants de mères de nationalité d'Afrique Noire, de mères de moins de 20 ans, de mères inactives ou de catégorie sociale inconnue, de pères ouvriers, de mères résidant dans des unités urbaines de plus de 100 000 habitants. En 2015, Zeitlin J.⁸ a également 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 mortinatalité, mortalité néonatale et prématurité. En effet, les taux de mortinatalité, de mortalité néonatale et de prématurité augmentent avec l'augmentation de la défavorisation.

Une mortalité infantile qui se concentre dans les premiers jours de la vie

La mortalité infantile se concentre dans les premiers jours de la vie. En France métropolitaine (en moyenne en 2015-2017), la moitié des enfants décédés avant leur premier anniversaire ont vécu moins d'une semaine (mortinatalité et mortalité néonatale précoce), 22 % entre 7 et 27 jours (mortalité néonatale) et 28 % plus de 27 jours (mortalité post-néonatale). En région, la répartition des décès avant un an diffère légèrement : 52 % des décès surviennent avant 7 jours, 19 % entre 7 et 27 jours et 29 % au delà de 27 jours.

Mortalité infantile en Normandie et France métropolitaine en 2015-2017

(Nombre de décès et taux de mortalité néonatale et infantile)

	Nombre annuel de décès de moins de 7 jours	Taux de mortalité néonatale précoce	Nombre annuel de décès de moins de 28 jours	Taux de mortalité néonatale	Nombre annuel de décès entre 28 jours et moins d'un an	Taux de mortalité post néonatale	Nombre annuel de décès de moins de 1 an	Taux de mortalité infantile
Normandie	64	1,8 ‰	87	2,4 ‰	35	1,0 ‰	122	3,4 ‰
France métropolitaine	1 307	1,8 ‰	1 866	2,5 ‰	725	1,0 ‰	2 591	3,5 ‰

Source : Insee - État civil

Taux de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile par département entre 2015-2017

	Taux de mortalité néonatale précoce (‰)	Taux de mortalité néonatale (‰)	Taux de mortalité post néonatale (‰)	Nombre annuel de décès de moins de 1 an	Taux de mortalité infantile (‰)
Calvados	1,1	1,7	0,5	15	2,2
Eure	2,2	2,9	1,4	29	4,3
Manche	1,6	2,1	0,6	13	2,7
Orne	0,9	1,5	1,3	7	2,8
Seine-Maritime	2,1	2,8	1,1	58	3,9

Source : Insee - État civil

Point méthodologique

Taux de mortalité infantile

Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. Le taux se décompose en mortalité néonatale (décès d'enfants âgés de moins de 28 jours) et mortalité post-néonatale (décès d'enfants de 28 jours à moins de 1 an).

Taux de mortalité périnatale

Nombre de décès d'enfants nés sans vie et d'enfants de moins de 7 jours pour 1 000 naissances y compris mort-nés. Le taux se décompose en mortinatalité (enfants nés sans vie après 22 semaine d'aménohrés ou lorsque l'enfant mort-né pèse moins de 500 grammes) et mortalité néonatale précoce (décès d'enfants de moins de 7 jours).

⁶ Insee Focus n°117, paru le25-06-2018 - La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse [en ligne].

⁷ Xavier Niel. « Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent. », Document de travail, n° FI106, INSEE, juin 2011. 35 p.

⁸ Zeitlin J, Pilkington H, Drewniak N, Charreire H, Amat-Roze JM, Le Vaillant M, et al. Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères. Bull. Epidémiol. Hebd. 2015;(6-7):110-5. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_3.htm

En Normandie, 162 décès ont été recensés en moyenne chaque année entre 2015-2017 chez les enfants âgés de moins de 10 ans dont plus de 73 % à moins de 1 an (119 décès annuel).

Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale : principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de 1 an

La première cause identifiée de mortalité avant 1 an réside dans les « affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ». Elle concerne en effet, en 2006-2015, plus de la moitié des décès (55 % en région vs 50 % 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 », concernant respectivement 17 % et 16 % des décès survenant avant 1 an en Normandie, 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 10 % de l'ensemble des décès survenus avant un an, sont des morts subites du nourrisson (8 % en France métropolitaine).

Chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, plus de la moitié des décès résulte de tumeurs et de causes externes

Chute, défenestration, intoxication, brûlure, coupure, étouffement..., les accidents domestiques sont la première cause de mortalité chez les enfants âgés de 1 à 9 ans (28 % des décès). En région, les causes externes de décès représentent ainsi 32 % des décès parmi les enfants âgés de 1 à 4 ans et 23 % chez ceux âgés de 5 à 9 ans.

La seconde cause de mortalité entre 1 et 9 ans est liée à des tumeurs, représentant 22 % des décès (14 % entre 1 et 4 ans et 34 % entre 5 et 9 ans). Viennent ensuite des « symptômes, signes et résultats d'examen anormaux, non classés ailleurs », les « maladies du système nerveux » et les « malformations congénitales ».

La répartition des décès observée en France métropolitaine sur cette même période est globalement similaire à celle observée en région. Toutefois chez les enfants âgés de 5-9 ans, la part des décès par tumeurs est légèrement supérieure à celle observée au plan national (respectivement 34 % vs 31 % des décès survenus entre 5 et 9 ans).

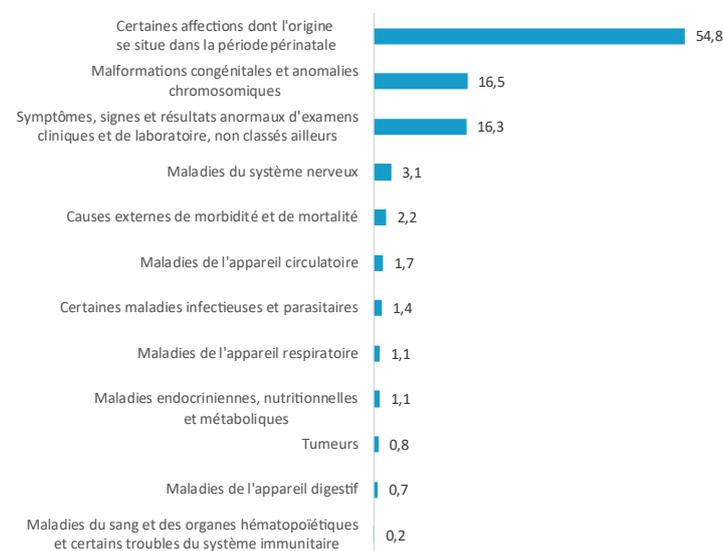
Décès et taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de 10 ans en Normandie et France métropolitaine (2013-2015)

	Nombre annuel moyen de décès			Taux brut de mortalité (%)		
	Moins de 1 an	1-4 ans	5-9 ans	Moins de 1 an	1-4 ans	5-9 ans
Normandie	119	27	16	3,22	0,17	0,08
France métrop	2 620	496	323	3,56	0,16	0,08

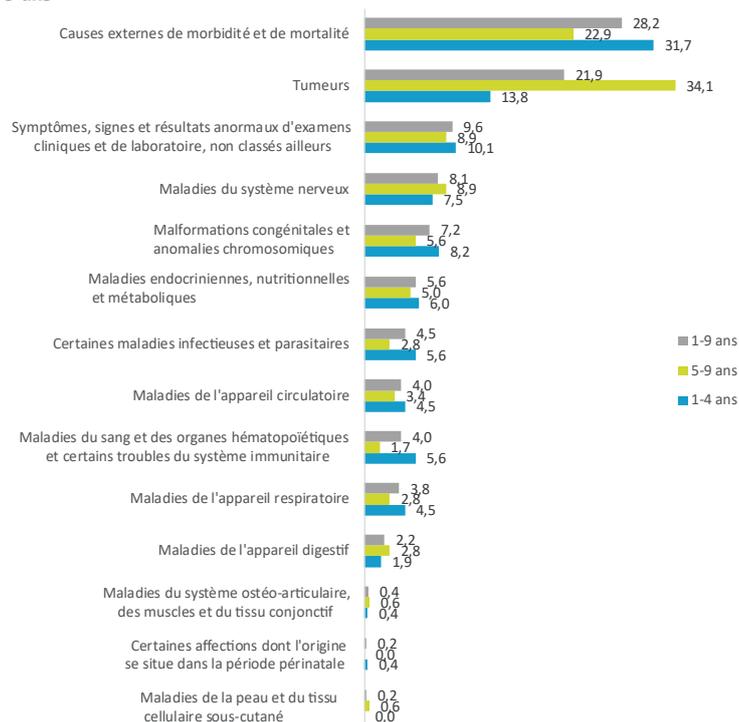
Sources : Inserm CépiDc, Insee

Principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de 10 ans (% , 2006-2015)

Moins de 1 an



1-9 ans



Source : Inserm CépiDc

RESSOURCES TERRITORIALES AUTOUR DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Les réseaux de périnatalité

Les réseaux de périnatalité sont constitués de professionnels travaillant dans la sphère de la naissance. D'après le rapport 2016 de l'enquête nationale périnatale⁹, la quasi-totalité des maternités françaises déclarent appartenir à un réseau de santé en périnatalité formalisé, incluant le service départemental de Protection maternelle et infantile (PMI) et des professionnels libéraux.

En Normandie, on recense 2 réseaux de périnatalité qui couvrent la région :

- Réseau de périnatalité Calvados-Manche-Orne
- Réseau de périnatalité Eure et Seine-Maritime.

Le champ d'intervention des réseaux couvre tout le suivi de la grossesse normale ou pathologique, en amont et en aval de la naissance, ainsi que le suivi des nouveaux-nés durant la période périnatale, mais également au cours d'un suivi plus prolongé concernant les nouveaux-nés vulnérables.

Les missions des réseaux de périnatalité visent à améliorer la qualité des prises en charge et la sécurité en :

- proposant une prise en charge globale de la mère et du nouveau-né,
- assurant une meilleure orientation de la mère,
- favorisant la coordination et la continuité des soins dispensés entre les maternités, les lieux d'hospitalisation des nouveaux-nés, les praticiens libéraux, la PMI et les acteurs médico-sociaux,
- en promouvant la délivrance de soins de proximité.

Les maternités

En Normandie, 26 maternités et 11 centes gynécologiques et périnataux de proximité sont recensés* (Statistiques annuelles des établissements SAE 2017).

La majorité du territoire normand se trouve à moins de 45 minutes d'une maternité mais de nombreuses zones ne permettent pas un accès en moins de 30 minutes. Sur l'ensemble de la région,

1,5 % des femmes en âge de procréer habitent à plus de 45 minutes d'une maternité (proportion s'échelonnant de 0 % dans le département du Calvados et de l'Eure à plus de 4 % dans la Manche et près de 8 % dans l'Orne) et 10 % entre 30 et 45 minutes¹⁰.

**En début d'année 2019, la maternité de Bernay devrait être remplacée par un centre gynécologique et périnatale de proximité.*

Les médecins autour du nourrisson et du jeune enfant

Les principaux médecins autour du jeune enfant sont les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins de santé publique et de médecine sociale (médecin de santé publique exerçant dans les DIM, les collectivités territoriales, au sein d'établissements scolaires et universitaires et dans les centres de Protection maternelle et infantile.

En Normandie, plus de 3 100 médecins généralistes libéraux et mixtes exerçant une activité de soin ont été recensés en 2018, soit une densité de 7,7 professionnels pour 1 000 enfants âgés de moins de 9 ans (vs 8,5 professionnels pour 1 000 en France métropolitaine). Des disparités infra-territoriales sont notées avec des densités moins importantes qu'en région dans les départements de l'Eure et de l'Orne.

Plus de 100 pédiatres libéraux et mixtes exerçant une activité de soin ont été recensés en Normandie en 2018, soit une densité de 0,3 p. 1 000 enfants âgés de moins de 9 ans (vs 0,4 p. 1000 en France métropolitaine). De nouveau de fortes disparités sont observées entre les échelons géographiques avec davantage de professionnels dans les départements du Calvados et de la Seine-Maritime.

Enfin, soixante médecins de santé publique et médecine sociale (quels que soient les modes d'exercice et les modalités d'activité) ont été recensés en 2018, soit une densité de 0,2 professionnels pour 1 000 enfants âgés de moins de 9 ans (vs 0,1 au plan national).

Les services de Protection maternelle et infantile (PMI)

Les services de PMI sont des services départementaux chargés d'assurer la protection des (futurs) mères et des enfants de moins de 6 ans.

Pour cela, ils organisent :

- des consultations prénuptiales, prénatales, et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes,
- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans en école maternelle ; notons que ces bilans réalisés par les puéricultrices et/ou médecins de PMI ont pour objectif le dépistage précoce des troubles sensoriels, comportementaux ou des handicaps,
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et pour les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés.

Les missions des PMI, sur l'accès à la santé dans le cadre du parcours de santé des enfants de 0 à 6 ans, ont été renforcées dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

⁹ Enquête nationale périnatale, Rapport 2016, Les naissances et les établissements, Situation et évolution depuis 2010 – Rapport rédigé par l'INSERM et la DREES, Octobre 2017

¹⁰ Source : [Étude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie, ARS de Normandie](#)

Les consultations de PMI sont assurées sur l'ensemble du territoire normand, avec en 2015, 252 lieux de consultation recensés (dont 103 en Seine-Maritime, 56 dans le Calvados, 50 dans l'Eure, 24 dans la Manche et 19 dans l'Orne)¹¹.

Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Les CAMSP s'adressent aux enfants de moins de 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux.

Ils ont pour objet le dépistage et l'accueil des enfants en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation du handicap.

En Normandie, on recense 18 CAMSP dont 5 spécialisés sur la déficience auditive (les autres étant toutes déficiences).

Les services de santé scolaire

Le suivi de la santé des élèves fait partie des missions de l'Ecole. Il est assuré tout au long de la scolarité, au travers de visites médicales et de dépistage notamment.

Une première visite médicale obligatoire intervient dans la 6^{ème} année de

l'enfant, en grande section ou au cours préparatoire (CP).

Cet examen comprend le repérage précoce des signes qui peuvent entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage : problèmes visuels, auditifs, troubles du langage. Il prévient et détecte également les cas d'enfants maltraités.

Une visite de dépistage infirmier a lieu ensuite lors de la 12^{ème} année de l'enfant. Lorsque des problèmes de santé sont repérés, les médecins et les infirmiers de l'Education nationale travaillent en lien avec les parents, les infirmiers et l'équipe éducative afin qu'une prise en charge et un suivi adaptés à l'enfant soient réalisés.

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté prévoit également l'appui de la médecine de ville aux missions de la santé scolaire dans le cadre du parcours de santé des enfants de 0 à 6 ans.

En Normandie, le suivi de la santé des élèves est mis en œuvre par les académies de Rouen et de Caen.

¹¹ DREES, Enquête sociale sur l'aide auprès des Conseils départementaux, Résultats de 2015.



Association ORS-CREAI Normandie
Observatoire régional de la santé

Espace Robert Schuman
3 place de l'Europe
14 200 Hérouville-Saint-Clair
Tél : 02 31 75 15 20 - Mail : contact@orscreainormandie.org
Site Internet : www.orscreainormandie.org

Directeur de la publication
M. Pierre-Jean LANCERY, Président de l'ORS-CREAI Normandie

Coordination de la publication
Sylvie LERETIF, Julie PASQUIER et Annabelle YON

Maquettage de la publication
Elodie BROUDIN, ORS-CREAI Normandie

Pour en savoir plus
s.leretif@orscreainormandie.org