

LA SANTÉ DES ENFANTS DE 0-6 ANS EN RHÔNE-ALPES

AVRIL 2016



Ce travail a été réalisé par l'**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes**

Karine Fontaine-Gavino

Socio-démographe

Pauline Bolamperti

Statisticienne

Martine Dreneau

Directrice adjointe

Avec le soutien financier de l'**Agence Régionale de la Santé Rhône-Alpes**

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes : www.ors-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

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

- Dr Mannoni, Mme Péricard et Mme Satilmis de la Direction de la santé publique de l'ARS Rhône-Alpes
- Mme Gelas de la Direction de la Stratégie et des PROJETS de l'ARS Rhône-Alpes
- Dr Janody de la Direction de l'efficience de l'offre de soins de l'ARS Rhône-Alpes
- Madame Casamatta, Institut de Veille Sanitaire, Département Coordination des Alertes et des Régions, Cellule de l'InVS en région Rhône Alpes
- Dr Marescaux du Département d'Informations médicales du Centre hospitalier le Vinatier
- Dr Imler-Weber et Dr Cros, Médecins conseillers techniques DSDEN 69, Académie de Lyon
- Dr Lequette et Mme Magistrali du rectorat de l'Académie de Grenoble
- Dr Rubio-Gurung, Réseau AURORE-ECL'AUR
- Dr Lacassie-Dechossal et Dr Bouin-Fritz Direction PMI-Promotion de la Santé, Département de Haute-Savoie
- Dr Lavaire et Mr Court, Pôle Vie Sociale, Département de la Loire
- Dr Tararbit, Direction Enfance Famille, Département du Rhône
- Dr Gomes, Délégation départementale PMI, Département de la Savoie
- Dr Ronzière, Dr Barthet-Derrien et Mme Capgras, Direction PMI & Modes de garde, Métropole de Lyon
- Dr Jacquet Francillon, Domaine PMI, DGAS, Département de l'Ain
- Dr Leupert et Mme Goirand, Service de protection maternelle et infantile, Département de l'Isère
- Dr Chalayer, Direction Enfance Famille Santé, Département de la Drôme

SIGLES UTILISES

ALD : Affections de longue durée

ASE : Aide sociale à l'enfance

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès / Laboratoire Inserm

CIM : Classification internationale des maladies

CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales

Cnam-TS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CSP : Catégories socioprofessionnelles

CS8 : Certificat de santé du huitième jour

EAJE : Etablissement d'accueil du jeune enfant

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

ISTS : Inégalités sociales et territoriale de santé

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MSA : Mutualité sociale agricole

ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMA : Procréation médicalement assistée

PMI : Protection Maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'informations

PNNS : Programme national nutrition santé

RMI : Revenu minimum d'insertion

RSA : Revenu de solidarité active

RSI : Régime social des indépendants

SA : Semaine aménorrhée

VAD : Visite à domicile

SOMMAIRE

1. Introduction et méthodologie	1
1.1. Contexte.....	1
1.2. Méthodologie	2
2. Les sources de données.....	3
2.1. Les données à la naissance	4
2.2. Les données à l'école maternelle	6
2.2.1. Bilan de santé PMI	6
2.2.2. La santé scolaire	7
2.3. Les données pendant la petite enfance	8
2.3.1. Les données de l'assurance maladie.....	8
2.3.2. Les ALD.....	8
2.3.3. Le PMSI	9
2.3.4. Les données des services d'urgence	9
2.3.5. Le CépiDc.....	9
3. Données socio-démographiques.....	10
3.1. Les enfants de 0-6 ans.....	10
3.2. Les indicateurs de précarité chez les enfants	12
3.2.1. Le taux de pauvreté	12
3.2.2. La part des familles monoparentales avec enfants de moins de 6 ans	13
3.2.3. Familles ayant des enfants de 0-5 ans couverts par le RSA.....	14
4. Offre et recours à la prévention et aux soins	15
4.1. Les réseaux de périnatalité.....	15
4.2. Offre et recours aux soins en libéral	16
4.3. Soins préventifs : l'offre de la PMI et de l'Éducation nationale.....	19
4.3.1. Les activités des services de Protection Maternelle et Infantile.....	19
4.3.2. Les bilans de santé en grande section de maternelle	22
5. L'accueil du jeune enfant.....	23
6. La santé périnatale	26
6.1. Accouchement chez les mineurs.....	26
6.2. Déclaration tardive de grossesse	28
6.3. La santé du nouveau-né	30
6.3.1. Les naissances prématurées et les naissances de petit poids.....	30
6.3.2. Les grands prématurés	32

6.3.3. Etudes autour de la prématurité et les petits poids des enfants en situation de précarité.....	33
6.4. L'allaitement maternel	36
7. La santé du jeune enfant.....	39
7.1. La mortalité des jeunes enfants.....	39
7.2. L'enfant et l'hôpital	40
7.3. Consommation régulière d'antiasthmatiques	41
7.4. Les maladies chroniques chez les enfants.....	42
7.5. Les passages aux urgences.....	43
7.6. Les enfants en grande section maternelle.....	45
7.6.1. La santé bucco-dentaire des enfants.....	45
7.6.2. Les enfants en surpoids et obésité	47
7.7. La couverture vaccinale	49
8. Synthèse.....	52
8.1. De nombreuses sources de données.....	52
8.2. ... mais des limites d'exploitation.....	53
8.3. Des professionnels socio-médicaux nombreux autour du jeune enfant	53
8.4. ... mais un recours différencié en fonction de l'offre et des conditions socio-économiques des familles.....	53
8.5. Un état de santé du jeune enfant globalement satisfaisant	54
8.6. ... mais des inégalités sociales de santé persistent encore et toujours.....	54

1. INTRODUCTION ET METHODOLOGIE

1.1. Contexte

Le rapport de l'IGAS¹ sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance souligne que « dès la grossesse et la naissance, il existe des disparités de santé entre catégories socioprofessionnelles : le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4% contre 3,9%). En grande section de maternelle, plus d'un enfant d'ouvrier sur sept (13,9%) est en surcharge pondérable, contre 8,6% de ceux dont le père est cadre ».

Ainsi les déterminants sociaux de la santé agissent dès l'enfance et peuvent avoir un impact sur toute la vie des individus.

Ces inégalités de santé chez l'enfant, marquées par un gradient social, ne sont pas une fatalité souligne encore le rapport de l'IGAS. Même s'il n'est pas toujours facile d'agir sur les différents déterminants en cause (du fait de la complexité du lien entre déterminant et état de santé), il est possible de les réduire.

C'est le sens de l'appel à projets que lance l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes en 2016, visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) chez les 0-6 ans, en région Rhône-Alpes.

Afin d'orienter le choix des territoires, publics et thématiques prioritaires pour cet appel à projet, l'ARS a sollicité l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes (ORS) pour réaliser un travail de synthèse et de conceptualisation sur l'état de santé des enfants âgés de 0-6 ans dans la région et sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance à partir des différentes sources disponibles en Rhône-Alpes.

Les objectifs de ce rapport sont donc de :

- recenser les différentes sources de données existantes sur la santé des enfants, leur mode de production et leur fréquence,
- clarifier les connaissances disponibles concernant l'état de santé des enfants âgés de 0 à 6 ans dans la région Rhône-Alpes,
- rendre visibles les inégalités sociales de santé des enfants tant au niveau régional qu'au niveau local par une analyse des données territorialisées.

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, Mai 2011, 204p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000581/index.shtml>

1.2. Méthodologie

En France, comme en Rhône-Alpes, des données éparses existent sur la santé physique des enfants, et peu de ces données sont corrélées à leur situation sociale (à l'exception de données en santé périnatale, et en classe maternelle comme nous le verrons). Quant aux dimensions psychiques et sociales de la santé des enfants, elles sont peu étudiées.

Ainsi, il n'existe que peu de sources sur la santé des enfants par groupe social : les données en matière de morbidité aux différents âges de l'enfance ne sont pas ventilées par catégories socio-professionnelles (CSP), dans la mesure où les bases de données exploitables ne contiennent pas d'informations directes ni sur la CSP, ni sur le niveau de revenu.

Ainsi pour aborder les disparités sociales nous avons décliné, quand cela était possible, les données par territoire (département, commune).

Ce travail mené avec l'appui de l'ARS, et des acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans (Conseils départementaux, Éducation nationale, réseaux périnataux, associations, CAF...) a consisté dans un premier temps à proposer et valider conjointement les indicateurs de santé qui sont présentés dans ce rapport.

Ensuite l'ORS a recueilli et traité les indicateurs disponibles et mobilisables les plus pertinents.

Enfin les données ont été analysées puis présentées à l'ensemble des partenaires.

Le rapport synthétise l'ensemble de cette démarche.

Ce travail a pour ambition de balayer l'ensemble des questions de santé du jeune enfant. Il s'agit, dans cette étude, d'identifier les grandes problématiques relatives à la santé des enfants âgés de 0 à 6 ans. **Cependant l'approche développée ici est uniquement quantitative et ne peut aborder que les thématiques pour lesquelles des systèmes d'information statistique permettent une observation chiffrée.**

2. LES SOURCES DE DONNEES

Un des objectifs de cette étude est de recenser les différentes sources permettant de renseigner l'état de santé des enfants dans la région Rhône-Alpes. Ces dernières sont nombreuses, mais de nature, de fréquence et de précisions très variables.

Les principaux fournisseurs de données sur la santé des enfants de 0-6 ans en Rhône-Alpes



Source : ORS

Les bases de données présentées ci-dessous, sont regroupées par thématique : à la naissance, à l'école maternelle et pendant toute la petite enfance.

2.1. Les données à la naissance

La base de données des CS8

La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux des enfants avant le huitième jour (CS8), au neuvième mois (CS9) et au vingt-quatrième mois (CS24).

Le recueil de documents médicaux à intervalles rapprochés au cours des deux premières années de vie des enfants poursuit un double objectif. Pour les équipes médicales, il s'agit avant tout d'assurer le suivi individuel de la santé des jeunes enfants et d'identifier, à partir de critères médico-sociaux, les familles susceptibles de recevoir une aide personnalisée.

Les certificats de santé jouent aussi un rôle important de surveillance sanitaire et sociale puisqu'ils permettent de produire tous les ans des données statistiques et épidémiologiques aux niveaux national et départemental.

Seuls les CS8 sont analysés dans ce rapport. Les CS9 et CS24, du fait de leur faible taux de retour en Rhône-Alpes, n'ont pas été traités.

Les CS8 sont remplis à la maternité avant la sortie de la mère et de l'enfant et sont transmis aux services de PMI des départements d'origine de la mère de l'enfant qui saisissent les données.

Les taux de couverture des CS8 en Rhône-Alpes en 2012 est de 82% et en 2013 de 76,5% avec des taux qui varient d'un département à l'autre et d'une année à l'autre.

Dans le département de l'Ain, un échantillonnage est effectué, rendant impossible à ce jour l'analyse des CS8 sur le département.

Taux de retour des CS8 en 2012 et 2013

	Taux de retour 2012*	Taux de retour 2013*
Ain	ND	ND
Ardèche	89,6%	90,5%
Drôme	81,5%	78,3%
Isère	91,9%	90,2%
Loire	94,9%	94,9%
Ancien Rhône	89,2%	84,5%
Savoie	96,6%	95,5%
Haute Savoie	84,9%	58,3%

**Le taux de retour est le nombre de CS8 reçus sur le nombre de naissances enregistrées pour la même année
ND : données non disponibles*

Sources : DREES, remontées des services de PMI – Certificat de santé au 8ème jour – Validité 2012 et 2013.

Les données des CS8 sont transmises chaque année à la Direction de la recherche des études et évaluation et statistiques (DREES) de santé qui collecte l'ensemble des fichiers départementaux envoyés par les services de PMI. Elle est ensuite en charge de les fusionner et de réaliser des travaux d'apurement et de pondération afin de constituer les bases nationales annuelles relatives à ces données.

Le CS8 contient un ensemble d'indicateurs qui permettent de décrire la santé du nouveau-né et le suivi de grossesse de la mère. Le taux de réponse de chacun de ces indicateurs est très variable et certains indicateurs ne sont pas exploitables du fait du taux de réponse trop faible. La Drees chaque année publie le taux de réponse de chacun de ces indicateurs par département².

Cette base de données demeure une source unique d'informations sur l'état de santé du nouveau né à l'échelle nationale, régionale, départementale voir infra-départementale.

En effet, certains départements mènent des analyses infra-départementales des données issues des CS8.

Etat des lieux de l'utilisation des données issues des CS8 par département en Rhône-Alpes

	Saisie et analyse des CS8
<i>Ain</i>	<i>Échantillonnage des CS8 (20% aujourd'hui) – données non exploitées.</i>
<i>Ardèche</i>	<i>Données saisies et analysées à l'échelle départementale. Pas d'exploitation infra-départementale.</i>
<i>Drôme</i>	<i>Données saisies et analysées à l'échelle communale. Analyse départementale, cantonale et communale.</i>
<i>Isère</i>	<i>Données saisies au code INSEE. Exploitation des données sur les 13 territoires fonctionnels.</i>
<i>Loire</i>	<i>Données saisies à l'Iris et exploitation à différentes échelles infra-départementales.</i>
<i>Ancien Rhône</i>	<i>Données saisies à la commune et exploitation à différentes échelles infra-départementales.</i>
<i>Savoie</i>	<i>Données saisies à la commune à partir des données de 2014 et exploitation par délégation territoriale.</i>
<i>Haute Savoie</i>	<i>Saisie de l'ensemble des CS8 à la commune et analyse par circonscription.</i>

Source : ORS, à partir des entretiens auprès des services de PMI ou statistiques des conseils départementaux – Année 2015

² Marc COLLET, Annick VILAIN, 2015, « Le premier certificat de santé de l'enfant [certificat au 8ème jour (CS8)] - 2013 », Document de travail, Série sources et méthodes, n°51, Drees, Août.

2.2. Les données à l'école maternelle

2.2.1. Bilan de santé PMI

Le bilan de santé de 3-4 ans à l'école maternelle

L'article L.2112-2 du code de la santé publique précise que le service de Protection Maternelle et Infantile des conseils départementaux «doit organiser (...) un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, en école maternelle». Ce bilan de santé, effectué, par la puéricultrice de PMI et/ou le médecin de PMI a pour objectif le dépistage précoce des troubles sensoriels, comportementaux et des handicaps et consiste en général en :

- une vérification des vaccinations
- un examen clinique
- un dépistage des troubles de la vue, de l'ouïe, du langage

Estimation du taux de couverture des bilans de santé à l'école maternelle à 3-4 ans par département, 2011

Département	Taux de couverture (sur enfants nés en 2008)
Ain	81%
Ardèche	90%
Drôme	83%
Isère	81%
Loire	81%
Rhône	96%
Savoie	74%
Haute-Savoie	42%

**Sont comptés les bilans et dépistages, qu'ils soient effectués en milieu scolaire ou non, et quel que soit le professionnel.*

Source : DREES, enquête PMI (<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>), exploitation ORS

Les données issues des bilans de santé sont très variables d'un département à l'autre. Certains départements ont des dossiers médicaux informatisés permettant une analyse épidémiologique des données issues des bilans de santé. D'autres départements ne sont pas informatisés et les données, quand/si elles sont transmises, sont saisies sur des fichiers Excel et Word.

Par ailleurs la définition de chaque indicateur est propre au département, rendant difficilement comparables les données entre elles, à l'exception des indicateurs explicites, comme par exemple l'indice de masse corporelle (IMC) etc...

Ainsi les données issues des bilans de santé sont difficilement exploitables sur l'ensemble de la région Rhône-Alpes.

2.2.2. La santé scolaire

La base de données des bilans de santé de la 6^{ème} année des Académies de Lyon et Grenoble

Suivant les dispositions de l'article L541-1 du code de l'éducation, tous les enfants, au cours de leur sixième année, sont soumis à une visite qui comprend notamment un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.

Ces bilans de santé alimentent les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire qui sont pilotées par la DREES et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999, alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième.

Ces enquêtes ont une périodicité biennale et demeurent une source unique d'informations sur l'état de santé des jeunes enfants et des adolescents à l'échelle nationale. Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé et d'avoir un regard sur les inégalités sociales de santé.

Dans le cadre de cette étude ont été analysées les données suivantes :

- Bilan de la sixième année :
 - Effectifs des élèves relevant du bilan de la 6^{ème} année
 - Total des élèves ayant bénéficié du bilan de la 6^{ème} année
- Langage et apprentissages
 - Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un bilan approfondi de dépistage des troubles du langage
- Pathologies identifiées lors du bilan de santé
 - Vision
 - Audition
 - Vaccins
 - Appareil bucco-dentaire
 - Surpoids obésité
 - Psychopathologie

Seules les données pertinentes (essentiellement pour des raisons d'effectifs) sont présentées dans ce rapport.

2.3. Les données pendant la petite enfance

Les bases de données décrites ci-dessous, sont des bases qui touchent l'ensemble de la population. Des extractions sont possibles par tranche d'âge, ce qui permet d'avoir des informations sanitaires sur la tranche d'âge des 0-6 ans.

2.3.1. Les données de l'assurance maladie

Les données de l'assurance maladie pour les enfants de 0-6 ans concernent :

- l'offre libérale (médecins généraliste, pédiatres)
- le recours aux soins des ces praticiens libéraux
- le programme de prévention M't'dents
- les traitements médicamenteux (consommation régulière d'antiasthmatiques).

Ces données concernent les assurés du régime général de l'Assurance Maladie. Elles sont issues de la base Erasme du régime général de l'assurance maladie. Les requêtes sont effectuées par l'ARS Rhône-Alpes.

Ces données sont domiciliées au lieu de résidence de l'assuré. Elles concernent uniquement les assurés du régime général. Pour les traitements médicamenteux, les données exploitées ne concernent que les médicaments faisant l'objet d'un remboursement.

2.3.2. Les ALD

Les nouvelles admissions (dans l'année) pour chaque affection longue durée (ALD), par sexe et par groupe d'âges sont issues des bases de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), le régime des travailleurs indépendants (RSI).

La liste des ALD, fixée par décret, comprend 30 pathologies dont le diabète, les pathologies cardiaques, les affections psychiatriques.

En termes d'accessibilité, pour le régime général, le site ameli de la CNAMTS communique les données d'incidence (données annuelles) et de prévalence (au 31 décembre de chaque année) par ALD au niveau départemental et pour des données plus détaillées (code postal, âge, sexe, code CIM10), et pour les autres régimes d'assurance maladie, les données doivent être demandées aux services médicaux des différents régimes : régime agricole et régime des indépendants.

Les données d'ALD ne correspondent pas à la véritable incidence des pathologies, des différences d'une région à une autre peuvent être liées à des différences de comportements des assurés ou de leur médecin traitant, ou encore aux avis des médecins conseils.

Pour des raisons d'effectifs, les données présentées dans ce rapport sont des données régionales, lissées sur plusieurs années.

2.3.3. Le PMSI

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » (articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique). À cette fin ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée — médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) — cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le résumé de sortie standardisé (RSS).

Ainsi la base de séjours hospitaliers comportent des informations sur le patient (âge, sexe, code postal), sur les actes réalisés durant le séjour, sur le diagnostic principal et les diagnostics associés, codés selon la Classification Internationale des Maladies - version 10 (CIM 10).

Pour des raisons d'effectifs, les données présentées dans ce rapport sont des données régionales, lissées sur plusieurs années.

2.3.4. Les données des services d'urgence

Le dispositif de surveillance non spécifique OSCOUR® (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences) mis en œuvre par l'InVS a été exploité pour étudier les passages aux urgences des enfants âgés de 0-6 ans, avec la distinction moins de 1 an et 1-6 ans, à partir des résumés de passages aux urgences, sur la période 2012-2014. Seuls 40 services d'urgence sur les 74 de la région ont transmis les données sur la totalité de la période 2012-2014. Les passages aux urgences correspondent aux consultations et aux admissions aux urgences, quelles que soient la durée du passage et la modalité de sortie des urgences (hospitalisation, retour à domicile...).

2.3.5. Le CépiDc

Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) est un laboratoire de l'Inserm. Les missions essentielles du CépiDc sont la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France, la diffusion des données et les études et recherches sur les causes médicales de décès.

Les causes médicales de décès sont codées depuis l'année 2000 selon la classification Internationale des Maladies - version 10 (CIM10), par sexe et groupe d'âges.

Les données sont disponibles au niveau national, régional, départemental et communal. Pour des raisons d'effectifs, les données présentées dans ce rapport sont des données régionales, lissées sur plusieurs années.

Les données sont domiciliées au lieu de résidence de la personne. Les statistiques des causes médicales de décès sont présentées selon la cause initiale du décès.

A côté de ces sources de données « officielles », il existe des données *had hoc* issues d'enquêtes ou de recueils de données spécifiques. Certaines d'entre elles sont référencées dans le rapport.

3. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

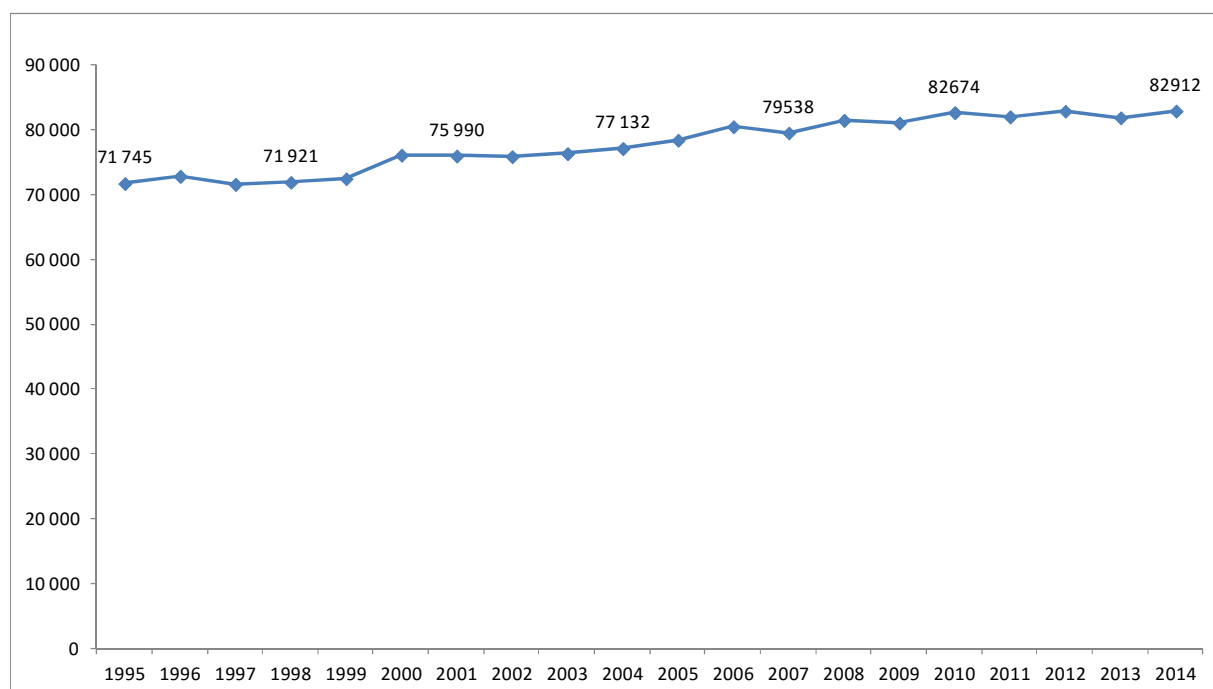
Comme nous l'avons déjà dit, de nombreux travaux sur la santé de l'enfant mettent globalement en évidence la présence d'un gradient social : les déterminants socio-économiques et environnementaux qui influent sur la santé de l'enfant sont les mêmes que ceux auxquels sa famille est confrontée.

Il existe peu de données croisant données sanitaires et données sociales. Compte-tenu du lien étroit existant entre les inégalités socio-économiques et les inégalités territoriales, la réalisation d'un état sociodémographique de la région permet de mieux identifier les territoires vulnérables.

3.1. Les enfants de 0-6 ans

L'INSEE recense 82 912 naissances domiciliées en Rhône-Alpes sur l'année 2014. Le nombre de naissances s'élevait à 71 745 en 1995.

Evolution du nombre de naissances de 1995 à 2014



Source : INSEE 1995-2014

Avec 81 880 naissances en 2013, le taux de natalité s'élève à 13,1‰ dans la région. Ce taux est un des taux les plus élevés en France métropolitaine et en Europe.

Et au sein de la région Rhône-Alpes, le département du Rhône enregistre le taux le plus élevé (14,5‰), tandis que le département de l'Ardèche enregistre le taux le plus bas (9,9‰).

Nombre de naissances domiciliées et taux de natalité par département, 2013

	Nombre de naissances	Taux brut de natalité (‰)
Ain	7 296	11,7
Ardèche	3 179	9,9
Drôme	6 026	12,2
Isère	15 724	12,7
Loire	9 086	12,0
Rhône	25 914	14,5
Savoie	4 762	11,2
Haute-Savoie	9 893	12,8
Rhône-Alpes	81 880	12,7
France métropolitaine	779 883	12,2

Source : Insee, État Civil, Estimations de population.

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. Il est aussi exprimé en « nombre d'enfants pour 100 femmes ».

Cet indicateur sert à caractériser d'une façon synthétique la situation démographique au cours d'une année donnée et permet d'analyser plus finement les naissances par tranche d'âge et par territoire.

L'indicateur conjoncturel de fécondité en France Métropolitaine est de 1,98 enfants par femme en 2013. Il s'élève à 2,04 en Rhône-Alpes soit un indicateur proche du seuil de remplacement des générations (2,05).

Au sein de la région Rhône-Alpes, les départements de la Drôme et de la Loire enregistrent les indicateurs les plus élevés, notamment aux âges les plus jeunes.

Indicateur conjoncturel de fécondité par département, 2013

	Total	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 49 ans
Ain	1,98	0,30	1,35	0,33
Ardèche	1,99	0,33	1,32	0,34
Drôme	2,18	0,35	1,43	0,40
Isère	2,06	0,24	1,39	0,43
Loire	2,12	0,31	1,41	0,39
Rhône	2,01	0,18	1,30	0,52
Savoie	1,91	0,26	1,27	0,38
Haute-Savoie	1,93	0,27	1,27	0,39

Nombre d'enfants nés vivants pour 1 femme

Source : Insee, État Civil, Estimations de population.

En 2012, 569 567 enfants étaient âgés de 0 à 6 ans en Rhône-Alpes, soit 9% de l'ensemble de la population. Cette part fluctue de 7,8% dans le département de l'Ardèche à 9,4% dans le département de l'Ain.

Nombre et part des enfants de 0-6 ans dans l'ensemble de la population, 2012

Département	Nombre d'enfants de 0-6 ans	Part des 0-6 ans
Ain	57 808	9,4%
Ardèche	24 940	7,8%
Drôme	42 586	8,7%
Isère	112 361	9,2%
Loire	64 534	8,6%
Rhône	163 732	9,3%
Savoie	34 850	8,3%
Haute-Savoie	68 757	9,1%
Rhône-Alpes	569 567	9,0%

Source : Insee, exploitation ORS

3.2. Les indicateurs de précarité chez les enfants

Parler de précarité chez les enfants, c'est avant tout parler de précarité au sein de la famille.

La question de la pauvreté des enfants se mesure comme la proportion des enfants dont les parents sont pauvres. D'après une récente étude de l'INSEE³, les enfants pauvres vivent plus fréquemment dans des familles monoparentales. Le taux de pauvreté des enfants dépend également de la situation de leurs parents vis-à-vis du marché de l'emploi. C'est dans les ménages exposés au chômage ou à l'inactivité que la pauvreté des enfants est la plus fréquente. Au contraire, vivre avec deux parents actifs occupés préserve les enfants de la pauvreté.

Plusieurs indicateurs peuvent donc être exploités pour cibler les territoires et les populations les plus fragiles, parmi eux, nous avons sélectionné le taux de pauvreté des familles, la part des familles monoparentales avec jeunes enfants et la part des familles ayant des enfants de 0-5 ans couverts par le revenu de solidarité active (RSA).

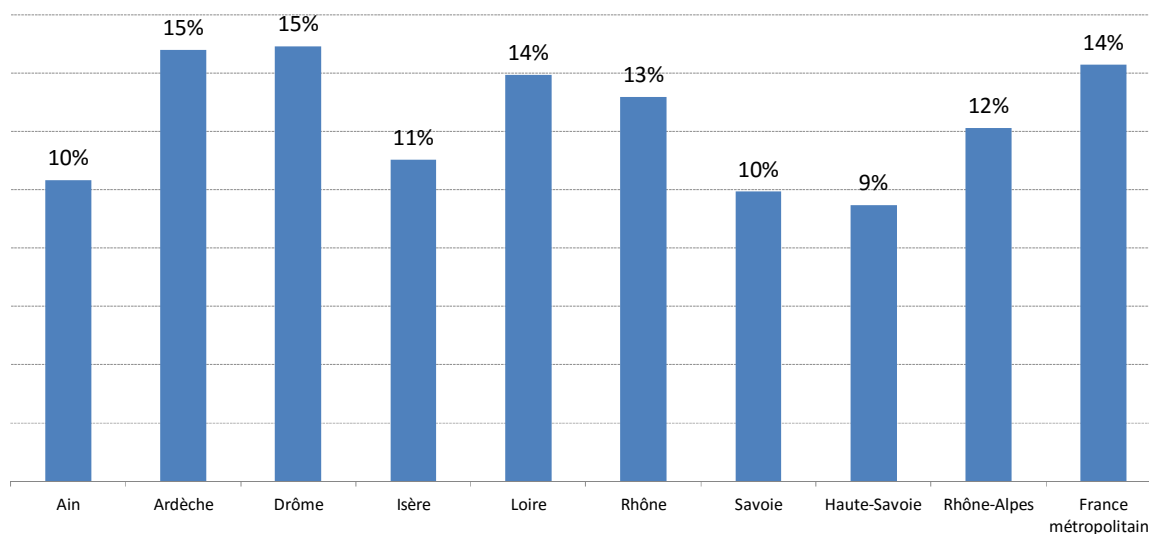
3.2.1. Le taux de pauvreté

Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur, pour une année donnée, à un seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

Au sein de la région Rhône-Alpes, les départements les plus touchés par la pauvreté sont les départements de la Drôme et de l'Ardèche avec des taux qui s'élèvent à 15% de la population, soit des taux plus élevés qu'en Rhône-Alpes (12%) et qu'en France métropolitaine (14%).

³ INSEE, Tableaux de l'Économie Française - Édition 2014

Taux de pauvreté des ménages, 2012

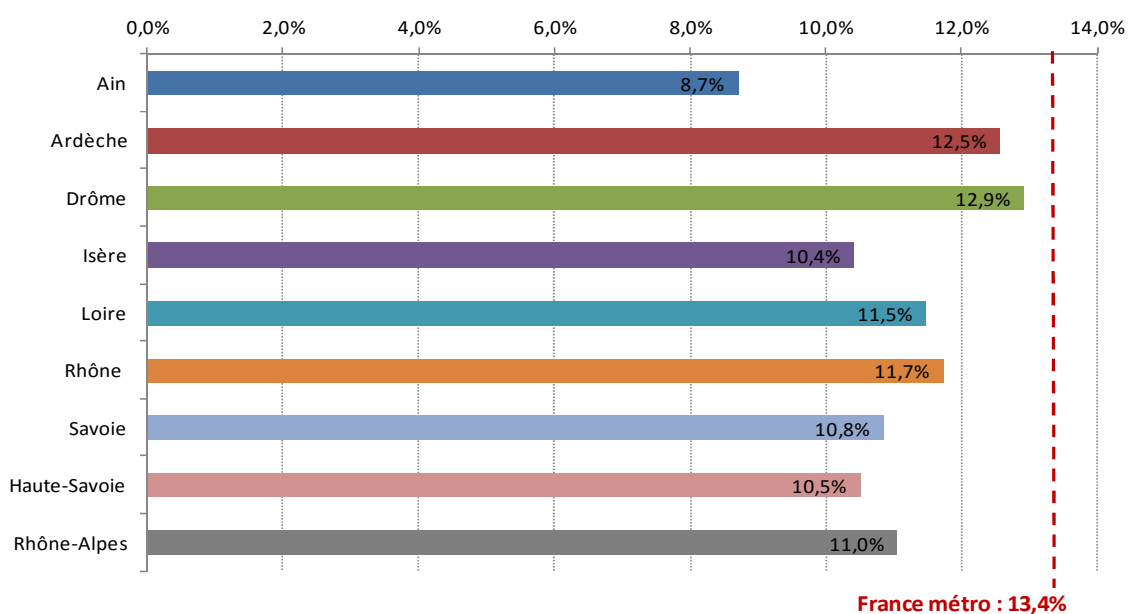


Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal

3.2.2. La part des familles monoparentales avec enfants de moins de 6 ans

La part des familles monoparentales avec jeunes enfants s'élève à 11% des familles ayant des enfants de moins de 6 ans en Rhône-Alpes en 2012, soit un taux nettement moins élevé que le taux national (13,4%). Au sein de la région Rhône-Alpes, ce taux fluctue de manière importante. Il est de 8,7% dans le département de l'Ain et de 12,5% et 12,9% respectivement dans les départements de l'Ardèche et la Drôme.

Part des familles monoparentales parmi les familles ayant des enfants de moins de 6 ans en 2012



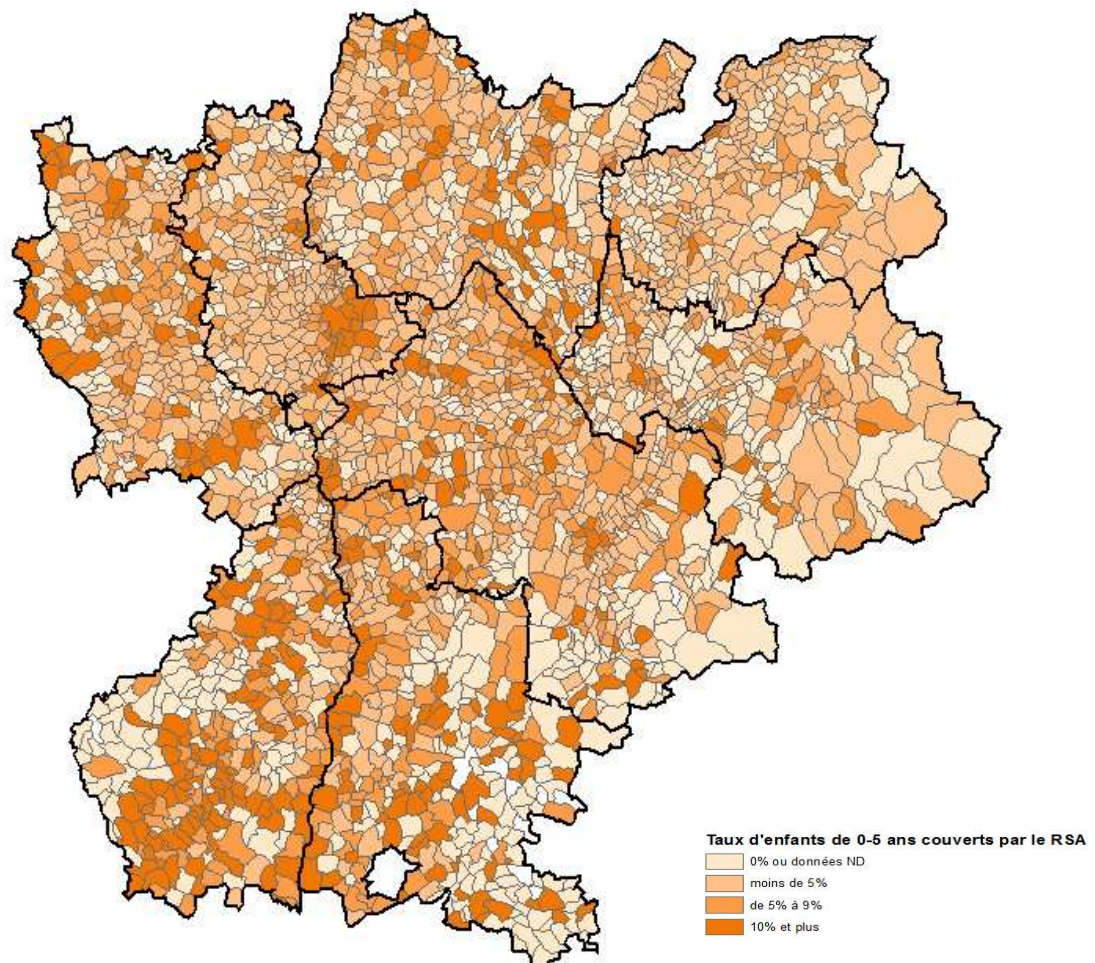
Source : INSEE, exploitation ORS

3.2.3. Familles ayant des enfants de 0-5 ans couverts par le RSA

La part des familles ayant des enfants de 0-5 ans couverts par le RSA varie de 5% dans le département de la Haute-Savoie à 12% dans le département de la Loire et de la Drôme.

La carte met en exergue les communes les moins favorisées, la présence de quartiers en politique de la ville et aussi les zones rurales en difficulté : par exemple la commune de Nantua, dans le nord de l'Ain, Aubenas dans le sud de l'Ardèche et Nyons dans la Drôme.

Part des familles ayant des enfants de 0-5 ans couverts par le RSA par commune en Rhône-Alpes - 2012



Source : CNAF 2012, INSEE 2012

4. OFFRE ET RECOURS A LA PREVENTION ET AUX SOINS

Les professionnels socio-médicaux sont nombreux autour du jeune enfant et de ses parents, depuis la grossesse jusqu'à l'âge scolaire. Les professionnels de santé sont dans une fonction curative et/ou préventive : soins prénatals, équipes obstétricales et pédiatriques en maternité, services de PMI, services de santé scolaire, médecins de famille...

4.1. Les réseaux de périnatalité

En France, le paysage des maternités a beaucoup évolué durant ces dernières années. En 1972, le décret Dietrich a entraîné la fermeture des maternités tenues par des sages-femmes. Un nombre de quinze lits minimum a ensuite été imposé pour maintenir les structures, puis progressivement des normes de plus en plus strictes d'encadrement ont été prises, qui ont entraîné des regroupements de maternités.

En 1998, les maternités ont été divisées en trois types, selon leur degré de technicité :

- niveau I, avec une unité d'obstétrique, pour les grossesses à bas risque et les naissances normales ;
- niveau II, disposant en plus d'une unité de néonatalogie pour les risques modérés et les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière ;
- niveau III, offrant en plus de tout cela un service de réanimation néonatale, pour les grossesses à risque et les grands prématurés.

En Rhône-Alpes, en 2001, on recensait 70 maternités pour 75 990 naissances. En 2013, on recense 51 maternités pour 82 830 naissances.

Cette offre est complétée par des centres périnatals de proximité (14 en 2010).

Les réseaux de santé périnatals regroupent les établissements publics et privés en Rhône-Alpes, ainsi que des professionnels de santé libéraux et de PMI ayant pour objectifs communs de fournir des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveaux nés, et des associations de parents ou de professionnels.

La région Rhône-Alpes est couverte par 4 réseaux de périnatalité, qui regroupent ces 51 maternités.

Les réseaux de périnatalité en Rhône-Alpes

Réseaux	Aurore	Elena	RPAI	RP2S	Rhône-Alpes
Zone géographique	Rhône, Drôme, Ardèche, Ain, Nord-Isère	Loire + 1 maternité Ardèche	Sud-Isère	Savoie, Haute-Savoie + 1 maternité Ain	
Maternités, N=	27	7	5	12	51
- Type 1	16	3	2	7	28
- Type 2	9	3	2	4	18
- Type 3	2	1	1	1	5
Naissances*	45 407	10 879	10 001	16 543	82 830

Source : ARS, réseaux périnatals, *PMSI, 2013

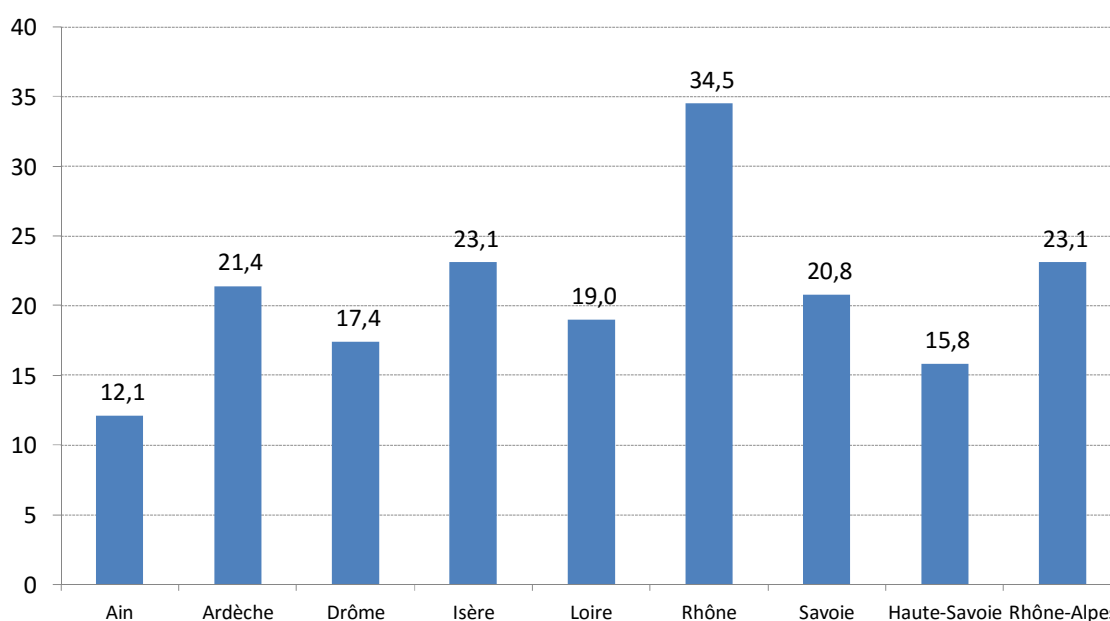
4.2. Offre et recours aux soins en libéral

Les enfants sont globalement bien suivis en Rhône-Alpes comme en France, quel que soit le département, avec une offre libérale et institutionnelle qui couvre l'ensemble du territoire. Cependant on observe de fortes disparités territoriales concernant l'offre libérale et le recours aux praticiens libéraux.

Concernant l'offre libérale, la problématique de la démographie médicale n'épargne pas les professionnels de la petite enfance. Par ailleurs, les pédiatres et omnipraticiens sont inégalement répartis sur le territoire de la région Rhône-Alpes.

Ainsi, la densité des pédiatres varie de 12,1 pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans dans le département de l'Ain à 34,5 pour 100 000 dans le département du Rhône.

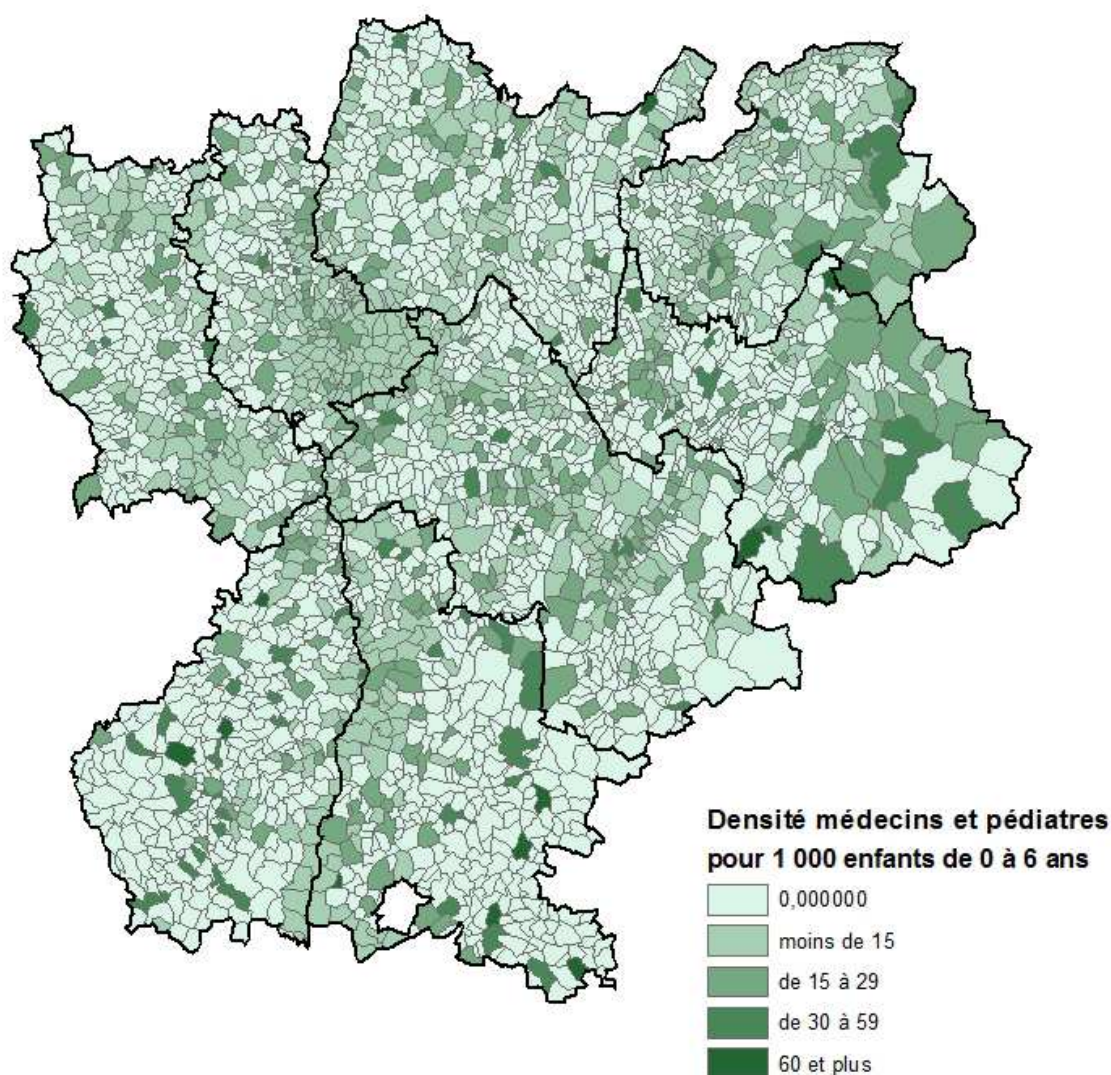
Densité des pédiatres par département, pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans, 2015



Source : ARS (régime général de l'Assurance maladie) 2015, INSEE 2012

La carte des densités des omnipraticiens et des pédiatres pour les enfants âgés de 0-6 ans par commune permet d'affiner ces différences territoriales. On observe effectivement des densités plus grandes en ville et dans les métropoles que dans les zones rurales par exemple.

Densité par commune des médecins omnipraticiens et des pédiatres pour 1 000 enfants âgés de 0-6 ans – 2013

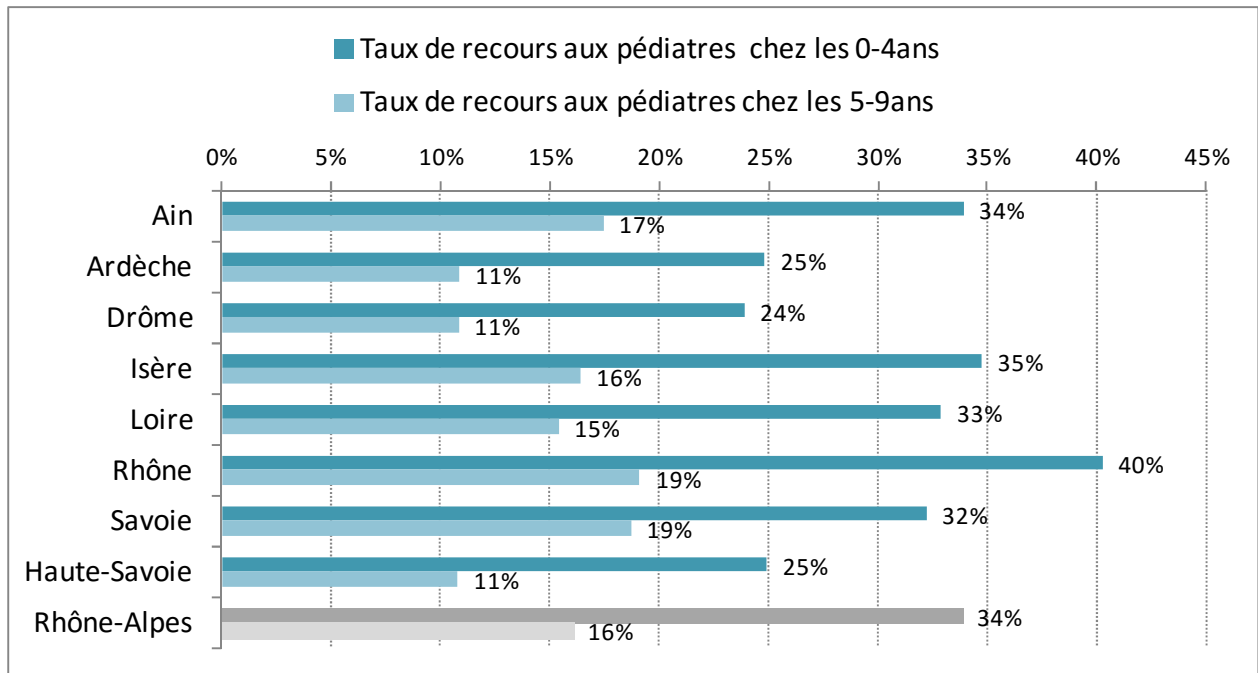


Source : ARS (régime général de l'Assurance maladie) 2013, INSEE 2012

Concernant le recours aux pédiatres libéraux (au moins une consultation dans l'année), on constate tout d'abord que le recours est plus élevé chez les plus jeunes enfants : le taux de recours s'élève à 34% chez les 0-4 ans en Rhône Alpes *versus* 16% chez les 5-9 ans.

Par ailleurs, le recours aux pédiatres libéraux est moins élevé là où l'offre est moins importante également. Ainsi ce taux de recours s'élève à 40% chez les jeunes enfants de 0-4 ans dans le département du Rhône où la densité est la plus importante. Ce taux passe à 17% dans le département de l'Ain où la densité est la plus basse. Mais cette différence ne s'explique pas uniquement par l'offre. Les conditions socio-économiques des familles expliquent également ces écarts : en effet dans le département de la Drôme et de l'Ardèche par exemple où les densités sont plus élevées que dans le département de l'Ain, les taux de recours sont moins importants et s'élèvent à 11% dans les deux départements.

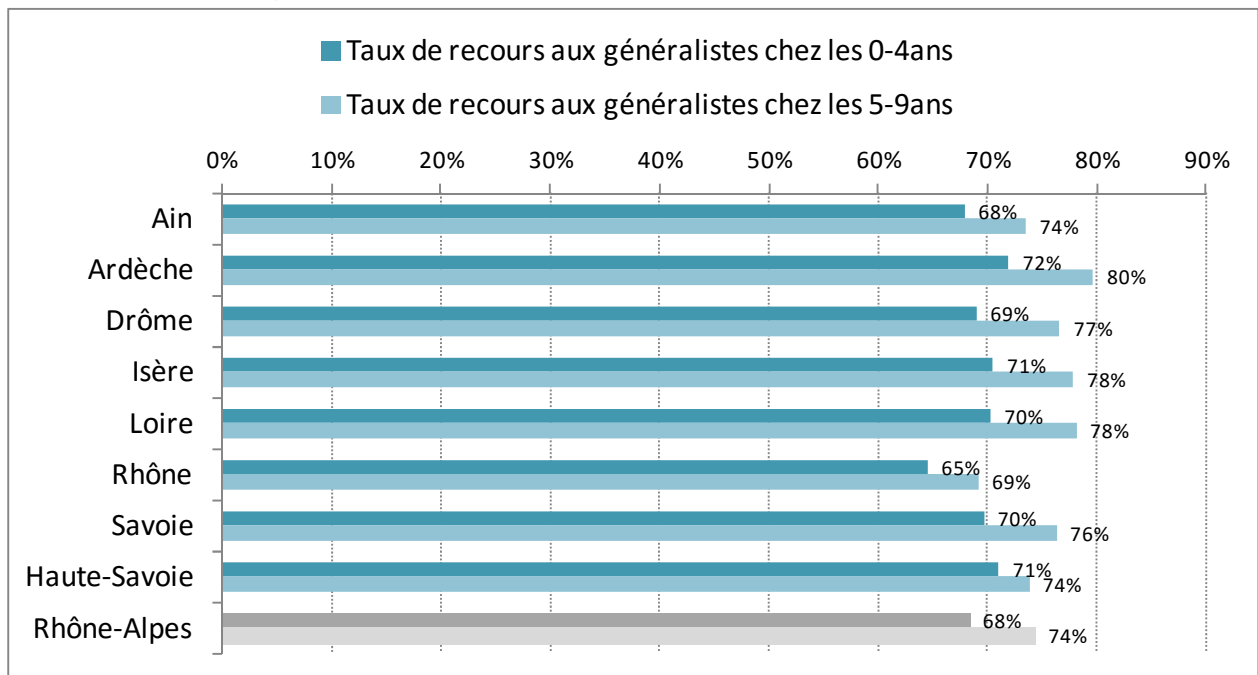
Taux de recours aux pédiatres libéraux (au moins une visite dans l'année 2013)



Source : ARS (régime général de l'Assurance maladie), 2013

Ainsi les recours aux pédiatres sont moins élevés dans certaines zones mais ils sont parfois compensés par un recours plus élevé aux médecins généralistes.

Taux de recours aux généralistes libéraux (au moins une visite dans l'année 2013)



Source : ARS (régime général de l'Assurance maladie), 2013

Enfin, on constate également un report du recours à l'offre libérale vers le service public en fonction de l'offre mais aussi des conditions socio-économiques des familles.

4.3. Soins préventifs : l'offre de la PMI et de l'Éducation nationale

4.3.1. Les activités des services de Protection Maternelle et Infantile

Le service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) exerce les missions qui lui sont dévolues par les articles L.2112-1 et L. 2112-2 du Code de Santé Publique en organisant :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales 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 six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, et pour les enfants de moins de six 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.

La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, menées notamment à l'école maternelle, le service doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine pour les enfants de moins de six ans une demi-journée de consultation pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

Le service départemental doit également disposer :

- d'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département ;
- d'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmiers.

Dans la région Rhône-Alpes, d'après les données transmises par la DREES, les taux de consultations et de visites à domicile (VAD) aussi bien chez les femmes que chez les enfants sont deux fois plus importants dans le département de la Drôme que dans le département de la Haute-Savoie.

Nombre de consultations et VAD prénatales et postnatales chez les enfants de moins de 6 ans en 2012

Département	Taux de consultation et VAD pré et postnatales pour 1 000 femmes de 15-49 ans	Taux de consultation et VAD pour 1 000 enfants de moins de 6 ans
Ain	19	216
Ardèche	19	332
Drôme	34	509
Isère	26	348
Loire	21	527
Rhône	27	460
Savoie	24	606
Haute-Savoie	18	283

Source : Drees 2012

Les données présentés ci-dessous concernent les bilans de santé à l'école maternelle des enfants de 3-4 ans réalisés en 2011, qu'ils soient effectués en milieu scolaire ou non, et quel que soit le professionnel.

Hors certains départements comptabilisent les bilans de santé effectués par un médecin, quand d'autres comptabilisent les bilans réalisés par les puéricultrices ou infirmières. Certains départements réalisent des bilans par année scolaire ou par année civile, et d'autres réalisent des bilans par génération. Ainsi dans le département de la Loire, 97% des enfants nés en 2008 ont eu un bilan de santé : certains bilans ont eu lieu en 2011 et d'autres en 2012. **Ces données sont donc à interpréter avec une grande prudence.**

Les bilans de santé à l'école maternelle à 3-4 ans par département, 2011

Département	Nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un BS en 2011*	Taux de couverture (sur enfants nés en 2008)
Ain	6 640	81%
Ardèche	3 276	90%
Drôme	5 221	83%
Isère	13 020	81%
Loire	7 390	81%
Rhône	22 133	96%
Savoie	3 793	74%
Haute-Savoie	4 035	42%

*Sont comptés les bilans et dépistages, qu'ils soient effectués en milieu scolaire ou non, et quel que soit le professionnel.

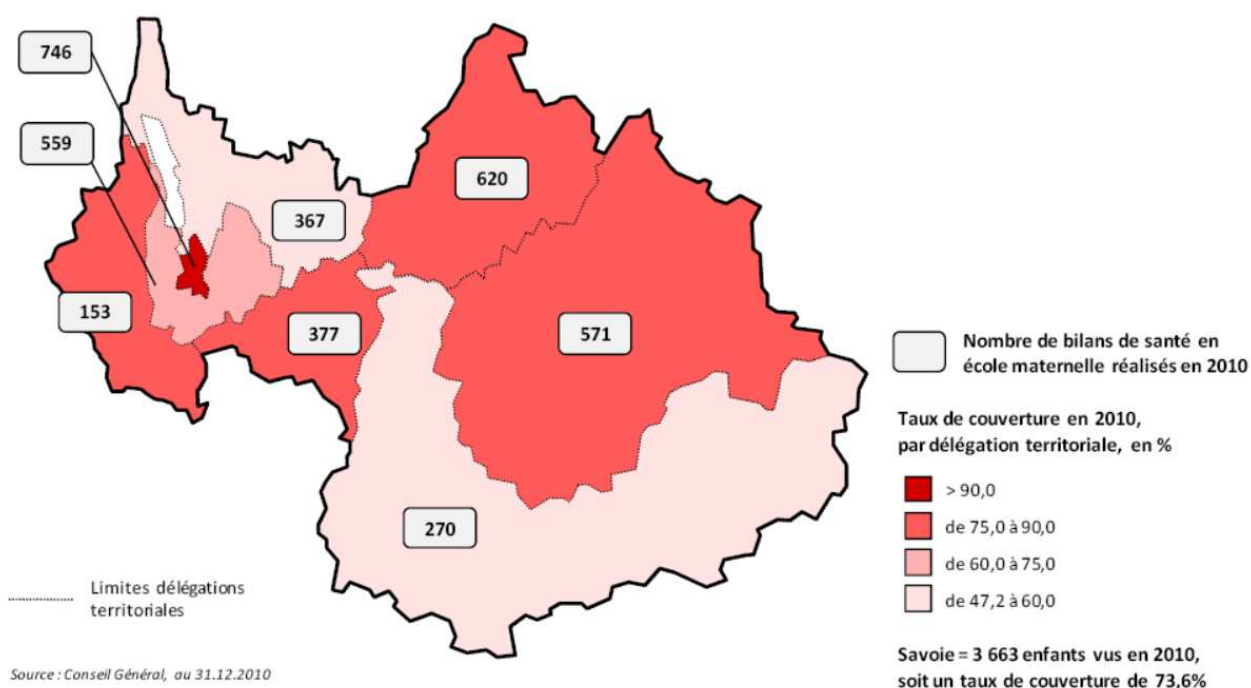
Source : DREES, enquête PMI (<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>), exploitation ORS

Enfin, ces moyennes départementales peuvent cacher des disparités territoriales importantes. En effet, au sein d'un même département, le taux de couverture des bilans de santé par commune, par exemple, peut varier du simple au double.

Exemple dans le département de la Savoie

Dans le département de la Savoie, 74% des enfants de 3 à 4 ans ont bénéficié d'un bilan de santé en école maternelle (soit 3 663 enfants de 3 à 4 ans vus par un médecin de PMI). Mais au sein du département, ce taux de couverture varie de 48% à plus de 90%⁴.

Nombre de bilans de santé réalisés et taux de couverture par délégation territoriale, 2010



⁴ Département de la Savoie - Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2012-2017 http://www.savoie.fr/include/viewFile.php?idtf=14050&path=94%2F14050_1365756007_Schema-version-finale.pdf

4.3.2. Les bilans de santé en grande section de maternelle

Suivant les dispositions de l'article L541-1 du code de l'éducation, tous les enfants, au cours de leur sixième année, sont soumis à une visite qui comprend notamment un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.

Cette visite médicale, réalisée par le médecin et infirmier de l'Éducation nationale, est destinée à repérer, dépister et prendre en charge les problèmes de santé susceptibles d'entraver la scolarité des enfants, avec une vigilance accrue dans les écoles en zone d'éducation prioritaire (EP).

Le constat apporté dans l'analyse des données issues des bilans de santé en grande section de maternelle est identique aux constats apportés aux bilans de santé des 3-4 ans, à savoir que ces chiffres sont à interpréter avec une grande prudence. Par exemple, dans l'Académie de Grenoble, plus de 80% des enfants de 6 ans sont vus par les infirmiers de l'Éducation nationale qui réalisent des dépistages. Les médecins voient environ 30% de cette classe d'âge à la demande des enseignants ou des infirmiers. L'absence d'un médecin ou d'une infirmière sur une période plus ou moins longue peut, également, faire varier le taux de couverture de manière importante sur un territoire.

Les taux de couverture des bilans de santé de la 6^{ème} année semblent proches d'une Académie à l'autre et d'une zone à l'autre (école en EP).

Les bilans de santé en grande section de maternelle (GSM)

Académies	Nombre d'enfants en GSM ayant bénéficié d'un BS	Taux de couverture*	Taux de couverture – Ecole en EP
AC. Lyon**	29 027	87%	85%
AC. Grenoble	29 577	88%	87%

* pour 100 élèves relevant du bilan de la 6^e année

** hors Lyon et Villeurbanne

Sources : Académie de Lyon, année 2012-2013, académie de Grenoble 2014-2015

5. L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

A côté des professionnels de santé, d'autres professionnels sont dans une fonction d'accueil de l'enfant, avec un aspect éducatif, ou d'enseignement : accueil à domicile, lieux d'accueil collectifs, école maternelle. Par leur proximité avec l'enfant pendant un temps long et continu, ainsi que par leur lien avec les parents, les professionnels (surtout de l'accueil et de l'enseignement) sont dans une situation stratégique pour un travail de prévention.

« L'accueil collectif et le projet pédagogique qui l'accompagne, s'ils sont de qualité, peuvent être des vecteurs de réduction des inégalités pour les enfants » comme le souligne le rapport du groupe de travail de Terra Nova⁵. Ce rapport souligne qu'en France, les familles les plus démunies sont celles qui parviennent le moins à accéder à un mode d'accueil collectif.

En Rhône-Alpes, nous avons analysé les données issues de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales relatives aux modes d'accueil du jeune enfant. Ces données ne reflètent que partiellement les besoins et le recours effectif à un mode de garde. En effet, certaines informations sont inconnues comme la scolarisation des enfants à 2 ans et demi, l'activité à temps partiel des parents... Ces données permettent néanmoins de cibler des zones déficitaires en termes d'accueil du jeune enfant.

Dans la région, en 2012 l'offre d'accueil pour les enfants de moins de 3 ans est de 134 000 places. L'accueil par une assistante maternelle est, après les parents eux-mêmes, le mode de garde habituellement le plus utilisé pour les jeunes enfants.

Mais les disparités entre les territoires sont nombreuses. En termes de capacité théorique d'accueil par les modes de garde formels, on observe des taux qui diffèrent d'un département à l'autre, avec un taux particulièrement élevé dans le département de l'Ain. Le taux le plus bas étant observé dans le département de la Drôme.

En analysant plus finement ces données, on observe que la capacité théorique d'accueil en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) est, en fait, la plus basse dans le département de l'Ain. Ce taux est donc compensé par une capacité d'accueil chez une assistante maternelle particulièrement élevée.

Dans le département de la Drôme, par contre, comme dans le département de l'Ardèche, les capacités d'accueil en EAJE et chez une assistante maternelle sont basses.

⁵ Olivier Noblecourt, Suzanne de Bellescize, Laurent Evenos, Liem Binh Luong Nguyen, Arthur Muller. « La lutte contre les inégalités commence dans les crèches ». Rapport Terra Nova, 13/01/2014

Capacité d'accueil théorique* en 2014 sur les données relatives à l'année 2012

	Capacité théorique d'accueil en EAJE	Capacité théorique d'accueil chez un(e) assistant(e) maternel(le)	Capacité théorique d'accueil par les modes de garde formels
Ain	10,7%	46,3%	60,5%
Ardèche	13,8%	30,3%	54,2%
Drôme	13,9%	33,1%	51,0%
Isère	16,8%	39,3%	58,4%
Loire	14,6%	34,1%	55,5%
Rhône	20,5%	30,7%	58,1%
Savoie	16,3%	38,9%	58,6%
Haute-Savoie	17,4%	33,2%	51,8%
France métro.	16,6%	32,5%	54,9%

* Calculée pour l'année 2012 en utilisant le nombre d'enfants de moins de 3 ans au 1er janvier 2013

Source : CNAF

Le Portrait social de 2015⁶ de la POSRA précise que d'une manière générale, la couverture est légèrement plus importante en espace rural où plus de six enfants sur dix âgés de moins de 3 ans bénéficient d'un mode de garde collectif ou individuel.

En Rhône-Alpes, dans les communes urbaines, le taux de couverture en accueil du jeune enfant s'élève à 56%. Il est de 63% dans les communes rurales. Les villes ont une capacité d'accueil plus importante pour les EAJE et une capacité moins élevée chez les assistantes maternelles. A l'inverse, en zone rurale, la capacité d'accueil chez une assistante maternelle est plus élevée. Cet écart positif en faveur des communes rurales peut s'expliquer par des conditions d'accueil plus favorables. Dans ces zones, il est plus facile de disposer de logements suffisamment grands pour accueillir de jeunes enfants. C'est moins le cas dans les villes.

Capacité théorique d'accueil des enfants de moins de 3 ans en 2012 en Rhône-Alpes (en %)

	Communes rurales	Communes urbaines
Assistante maternelle	52%	32%
Accueil EAJE (collectif, familial, parental)	8%	18%
Ecole maternelle	1%	3%
Salariée à domicile	1%	2%
Micro-crèche	1%	1%
Capacité d'accueil théorique totale	63%	56%

Source : CNAF

⁶ Olivier Girault. Quelle offre pour l'accueil des jeunes enfants en milieu rural ? POSRA, Portrait Social 2015

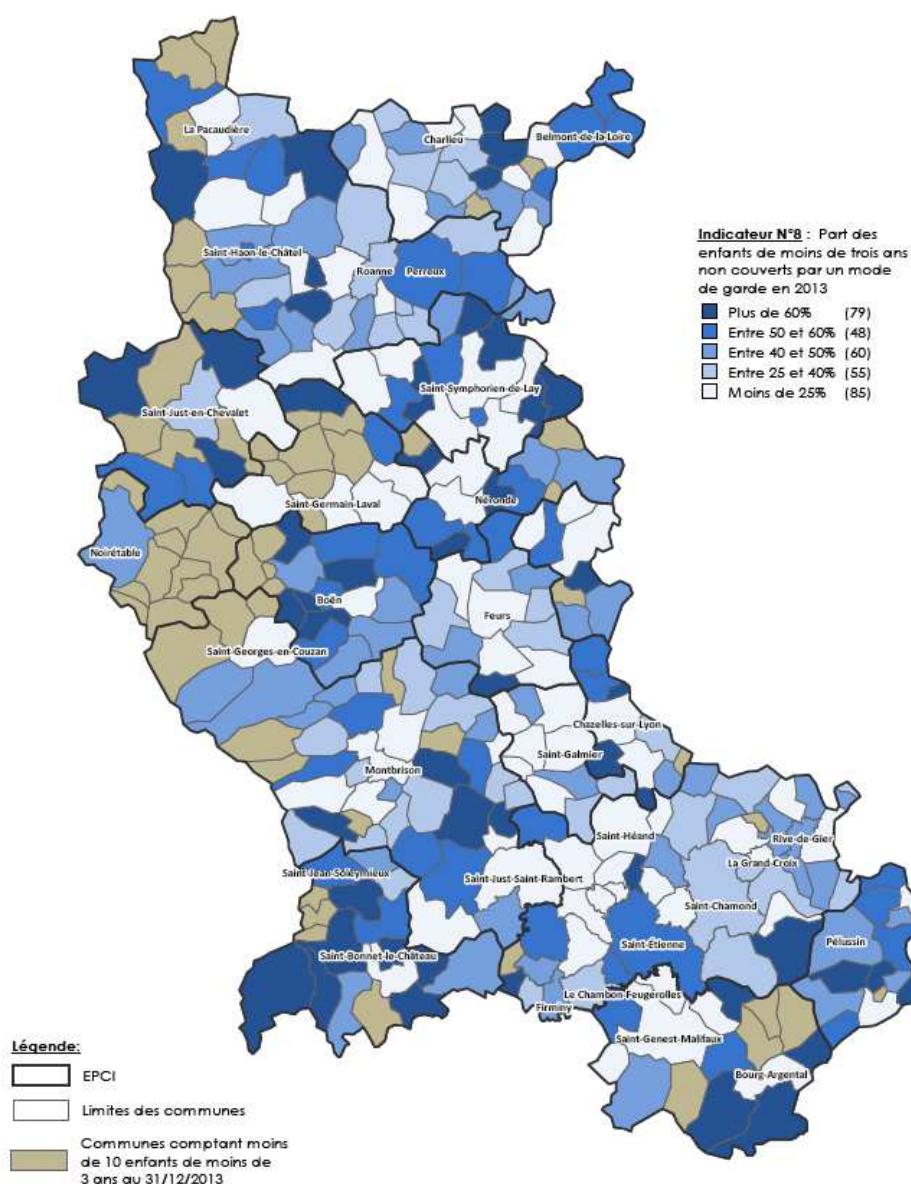
Exemple dans le département de la Loire

Dans le département de la Loire, l'Observatoire de la Petite Enfance, mis en place dans le cadre de la CDAJE (Commission Départementale de l'Accueil du Jeune Enfant) a publié dans l'Atlas 2013 une carte du département représentant la part des enfants de moins de 3 ans non couverts par un mode de garde.

L'indicateur correspond au ratio entre le nombre d'enfants non couverts par un mode de garde en 2013 et l'estimation du nombre d'enfants de moins de trois ans au 31/12/2013.

L'observatoire a tenté de calculer un ratio susceptible de déterminer les zones où les besoins sont les plus importants vis à vis du nombre total d'enfants de moins de 3 ans. Mais, comme l'observatoire le mentionne, «un certain nombre d'éléments ne sont pas pris en compte dans le ratio, tels que la scolarisation des enfants, l'activité des parents, leur mobilité géographique, ou le recours à d'autres modes de garde... ».

Part des enfants de < 3 ans non couverts par un mode de garde en 2013



Source : Observatoire Petite Enfance, ATLAS 2013

6. LA SANTE PERINATALE

Les inégalités de santé se mettent en place dès le stade périnatal. Les conditions de vie (logement, transports, horaires de travail, ...) des femmes en situation de précarité créent de grandes inégalités de santé périnatale durant la grossesse. Les études convergent, qui mettent en évidence sur le territoire national des inégalités dans les risques de mortinatalité, de mortalité néonatale, selon le niveau socioéconomique des femmes⁷. Nous n'analyserons pas ces indicateurs, les effectifs étant très faibles sur la région Rhône-Alpes.

D'autres études révèlent⁸, toujours au niveau national, l'influence du niveau socio-économique également dans les différentes dimensions du suivi prénatal des mères et la fréquence des naissances prématurées et des nouveau-nés de petit poids.

A partir des bases de données disponibles, nous avons observé et analysé ces tendances en Rhône-Alpes. Des données de certains départements sont présentées à titre d'exemple.

6.1. Accouchement chez les mineurs

Depuis le milieu des années 1970, les données de l'INSEE⁹ montrent une diminution très importante des naissances chez les femmes de moins de 20 ans, passant de 7% des naissances en 1975 à 1,8% des naissances en 2013 et à l'inverse la part des naissances chez les femmes âgées de 40 ans et plus est passée de 1,9% en 1975 à 5% en 2013.

En Rhône-Alpes, avec en moyenne 260 accouchements en milieu hospitalier, par an, chez les jeunes femmes de 14-17 ans sur la période 2010-2013, le taux d'accouchement annuel s'élève à 1,7‰. Ce taux varie de 1,2‰ dans le département de l'Ain à 2,2‰ dans le département de la Drôme. Du fait de leur jeune âge, ces jeunes filles plus fragiles ont un contexte psycho-social difficile, déclarent tardivement leur grossesse, ne se font pas toujours suivre sur le plan médical. Ce comportement à risque peut conduire à différentes complications durant la grossesse.

Nombre et taux annuel moyen d'accouchement chez les mineures de 14-17 ans – 2010-2013

	Nombre d'accouchements	Taux (‰)
Ain	19	1,2‰
Ardèche	13	1,7‰
Drôme	26	2,2‰
Isère	52	1,7‰
Loire	36	2,1‰
Rhône	75	1,8‰
Savoie	14	1,4‰
Haute-Savoie	25	1,4‰
Rhône-Alpes	260	1,7‰

Source : INSEE (RP 2012), PMSI (2010-2013), exploitation ORS

⁷ 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 Epidemiol Hebd. 2015;(6-7):110-5. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_3.html

⁸ Villain A., Gonzalez L. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. Etudes et résultats N°848 – juillet 2013 <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>

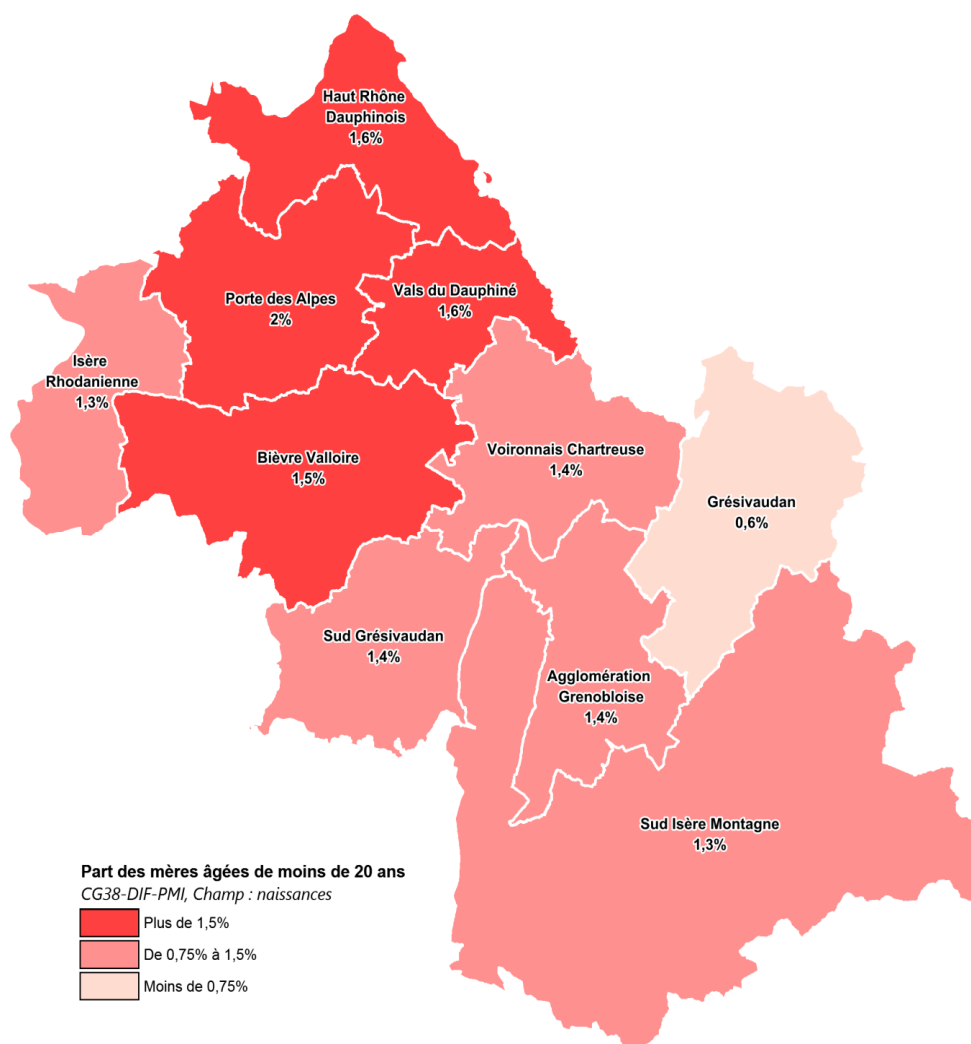
Panico. L, Tô M., Thévenon O. La fréquence des naissances de petit poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ? Population & Sociétés n°523, Juin 2015

⁹ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if9

Exemple dans le département de l'Isère

Le Département de l'Isère a publié récemment une étude sur la santé de la mère et de l'enfant¹⁰. Cette étude souligne qu'en 2013, 1,5 % des nouveau-nés isérois avaient une mère âgée de moins de 20 ans (0,4 % de moins de 18 ans en Isère). « Deux territoires se distinguent du reste du département : le Grésivaudan avec une proportion de mères de moins de 20 ans inférieure à la moyenne départementale (0,6 %), et à l'inverse Porte des Alpes, avec une proportion de mères de moins de 20 ans supérieure à la moyenne départementale (2,0 %). C'est sur le territoire Porte des Alpes que les indicateurs de précarité sont les moins favorables. Au sein de l'agglomération grenobloise, seule la Couronne Sud (2,7 %) se distingue par rapport au reste de l'agglomération. Depuis 2003, cette proportion est relativement stable (1,9 % en 2003 ; 1,8 % en 2008) ».

Département de l'Isère : part des mères âgées de moins de 20 ans – données 2013



Source : département de l'Isère, Service de Protection Maternelle Infantile et parentalités

¹⁰La santé de la mère et de l'enfant en Isère, Indicateurs 2013. Service de Protection Maternelle Infantile et parentalités, Département de l'Isère, 2015 –

<https://www.isere.fr/Documents/Social/enfance-famille/%C3%A9lever%20un%20enfant/La%20Sant%C3%A9%20de%20la%20M%C3%A8re%20et%20de%20l'Enfant%20Is%C3%A8re%202013.pdf>

6.2. Déclaration tardive de grossesse

L'enquête nationale périnatale de 2010 et les études qui en découlent¹¹ soulignent que globalement, le niveau du suivi de grossesse (date de la déclaration, nombre de consultations, nombre d'échographies et séances de préparation à la naissance) est corrélé aux caractéristiques sociales des femmes.

En France, la déclaration de grossesse doit être adressée par la future mère à l'organisme d'assurance maladie avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, pour permettre une prise en charge de certains examens et consultations.

La déclaration hors délai de la grossesse renvoie à des situations de précarité et s'explique probablement principalement par un premier accès très tardif au système de soins. L'étude de la Drees¹² souligne que la déclaration tardive est fortement corrélée aux âges extrêmes (inférieurs à 25 ans ou supérieurs à 40 ans), au nombre de grossesses (4 ou plus), à l'absence de vie en couple, au faible revenu et à l'absence d'emploi. Bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) (CMU-C) ou de l'aide médicale d'État (AME) et ne pas avoir de mutuelle sont aussi corrélés à une déclaration tardive.

D'après l'enquête périnatale de 2010, pour la première fois en France, depuis 1995, la part des femmes ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre a augmenté de manière significative en 2010 (7,8% contre 4,9% en 2003).

Les taux de déclaration tardive issus des certificats de santé du 8^e jour semblent sous évalués en comparaison avec les données de l'enquête nationale périnatale.

Taux de déclaration tardive (2^e ou 3^e trimestre) de 2008 à 2013 en % des CS8 reçus

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ain	1,6	1,4	1,6	3	ND	ND
Ardèche	1,7	2	2	2,5	2,16	2,5
Drôme	2,4	1,8	2	2	1,48	1,5
Isère	1,4	1,4	1,4	1,1	1,34	1,1
Loire	2,3	2,2	1,9	2,2	2,27	2,5
Rhône	ND	ND	ND	ND	ND	2,8
Savoie	1,7	1,4	1,3	2,4	2,06	2,1
Haute Savoie		4,6	5,3	ND	ND	ND

Source : DREES, Départements en Rhône-Alpes, exploitation ORS

¹¹ BLONDEL B., KERMARREC M., Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants - INSERM - U.953 :

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

¹² Villain A., Gonzalez L. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques, Etudes et résultats N°848 – juillet 2013 <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>

Exemple dans le département de la Drôme

Dans le département de la Drôme, en 2014, l'analyse des CS8 souligne des taux plus élevés de déclaration tardive chez les mères au foyer (3,5%), autres inactives (3,4%), étudiantes ou en formation (4%) que chez les mères actives (0,8%).

Taux de déclaration tardive par type d'activité de la mère (en % des CS8 reçus), Drôme, 2014

déclaration tardive	
Active	0,8%
Au foyer	3,5%
Autre inactive	3,4%
Chômage	1,4%
Congé parental	1,9%
Elève, étudiante ou en formation	4,0%
Total	1,6%

Source : CS8 Drôme 2014, exploitation ORS - (N=2 998 soit 58% taux de réponse)

Exemple dans le département de l'Ain

Dans le département de l'Ain, en 2014, à partir d'un échantillon des CS8, on constate également des taux plus élevés de déclaration tardive chez les mères au foyer (4%), autres inactives (7,5%), étudiantes ou en formation (12,5%) que chez les mères actives (2,4%).

Taux de déclaration tardive par type d'activité de la mère (en % des CS8 reçus), Ain, 2014

déclaration tardive	
Active	2,4%
Au foyer	4,0%
Autre inactive	7,5%
Chômage	0,0%
Congé parental	0,0%
Elève, étudiante ou en formation	12,5%
Total	2,7%

Source : CS8 Ain 2014, exploitation ORS - (N=1 072 soit 15% des naissances)

6.3. La santé du nouveau-né

Concernant un nouveau-né, l'environnement dans lequel la mère a vécu pendant la grossesse est un facteur crucial de la croissance fœtale de l'enfant et de son état de santé à la naissance. De nombreux mécanismes peuvent expliquer l'association entre, d'une part, le niveau d'instruction et les conditions socioéconomiques, et de l'autre, le petit poids de naissance et les naissances prématurées. Par exemple, l'alimentation de la mère et la consommation de tabac pendant la grossesse, les infections génitales, la fréquence et la qualité des soins prénataux, les expositions aux toxiques de l'environnement, le stress de la mère ainsi que d'autres facteurs psychosociaux sont des déterminants qui peuvent influencer sur le bon déroulement de la grossesse, d'après l'étude de l'INED¹³.

6.3.1. Les naissances prématurées et les naissances de petit poids

Les études citées précédemment montrent que le niveau d'études, le revenu des ménages ou encore la situation familiale, sont associés aux risques de prématurité ou de petit poids de naissance. Selon les données de l'enquête nationale périnatale de 2010, le taux de prématurité chez les femmes dont les ressources du foyer ne proviennent pas d'une activité salariée (allocations, chômage, RSA) est de 8,5%, contre 6,3% chez les femmes appartenant à un foyer ayant des ressources provenant d'une activité salariée. On retrouve pour l'indicateur de petits poids à la naissance les mêmes disparités sociales.

En terme clinique les naissances prématurées, avant 37 semaines aménorrhée (SA) et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles...) constituent une part importante des situations périnatales responsables des handicaps à long terme, particulièrement la grande prématurité (< 33 SA).

Le faible poids à la naissance, souvent en relation avec un retard de croissance intra-utérin est aussi un facteur de risque de problème de santé durant l'enfance et à l'âge adulte.

Le taux annuel de naissances prématurées s'élève en Rhône-Alpes à 6,6% sur la période 2010-2013. Ce taux fluctue de 5,8% dans le département de Haute Savoie à 7,1% dans les départements de la Drôme et de l'Isère.

Taux de naissances prématurées et de petit poids de naissance par département (moyenne 2010-2013)

	taux petit poids < 2 500g	taux prématurés < 37 S.A.
Ain	7,8%	6,1%
Ardèche	9,0%	6,8%
Drôme	8,1%	7,1%
Isère	7,8%	7,1%
Loire	8,2%	5,9%
Rhône	7,8%	7,0%
Savoie	7,2%	5,4%
Haute-Savoie	7,5%	5,8%
Rhône-Alpes	7,8%	6,6%
France entière (2012)	7,3%	6,5%

Source : INSEE (RP 2012), PMSI (2010-2013), exploitation ORS

¹³ Panico. L, Tô M., Thévenon O. La fréquence des naissances de petit poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ? Population & Sociétés n°523, Juin 2015

Exemple dans le département de la Drôme

Dans le département de la Drôme, l'analyse des taux de naissances prématurées issus des CS8, souligne une augmentation continue des taux de naissances prématurées. Cette augmentation peut être liée à une amélioration de la saisie des CS8 et de la transmission des CS8 notamment des CS8 d'enfants nés prématurément et transférés d'une maternité à l'autre. Cette hypothèse est confortée par les données issues du PMSI qui place le taux annuel de naissances prématurées à 7% environ sur la période 2010-2013.

Evolution du taux de naissances prématurées (avant 37 SA) de 2011 à 2014

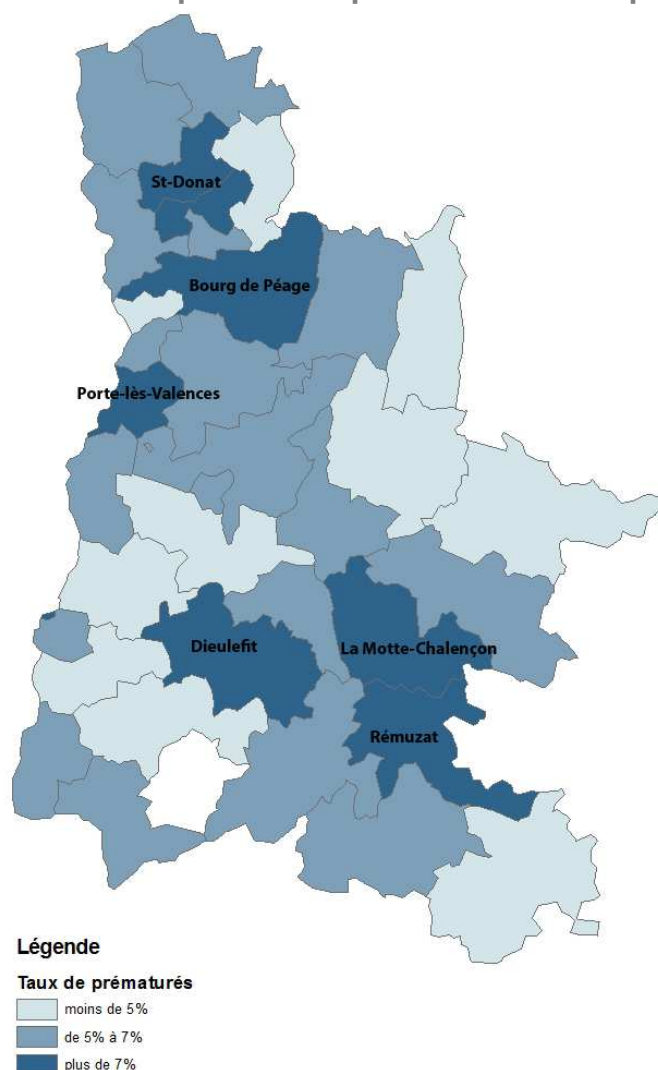
	2011*	2012*	2013*	2014*	moyenne
Taux de naissances prématurées	5,6%	5,9%	6,1%	6,5%	6%

Source : Département de la Drôme, CS8 de 2011 à 2014

*Taux de réponse par an : 81% par rapport aux naissances INSEE

Au sein du département de la Drôme, on observe des disparités territoriales importantes. Le taux annuel de prématurité sur la période 2011-2014 fluctue de moins de 5% à plus de 7%. Les cantons les plus concernés par la prématurité sont les cantons de St-Donat, Bourg de Péage, Portes-lès-Valences, Dieulefit, la Motte-Chalençon et Rémuzat.

Taux de naissances prématurées par canton dans le département la Drôme 2011-2014



Source : Département de la Drôme, CS8 2011-2014, taux lissés sur 4 ans

6.3.2. Les grands prématurés

La grande prématurité concerne les naissances survenues avant 33 S.A. et représente environ 1,5% des naissances. Les taux sont constants depuis quelques années. Cela est dû, en partie, à l'amélioration de l'efficacité des techniques de réanimation des grands prématurés, la hausse de l'âge maternel moyen, l'augmentation du recours à la procréation médicalement assistée (PMA) et les gestations multiples liées à ces techniques.

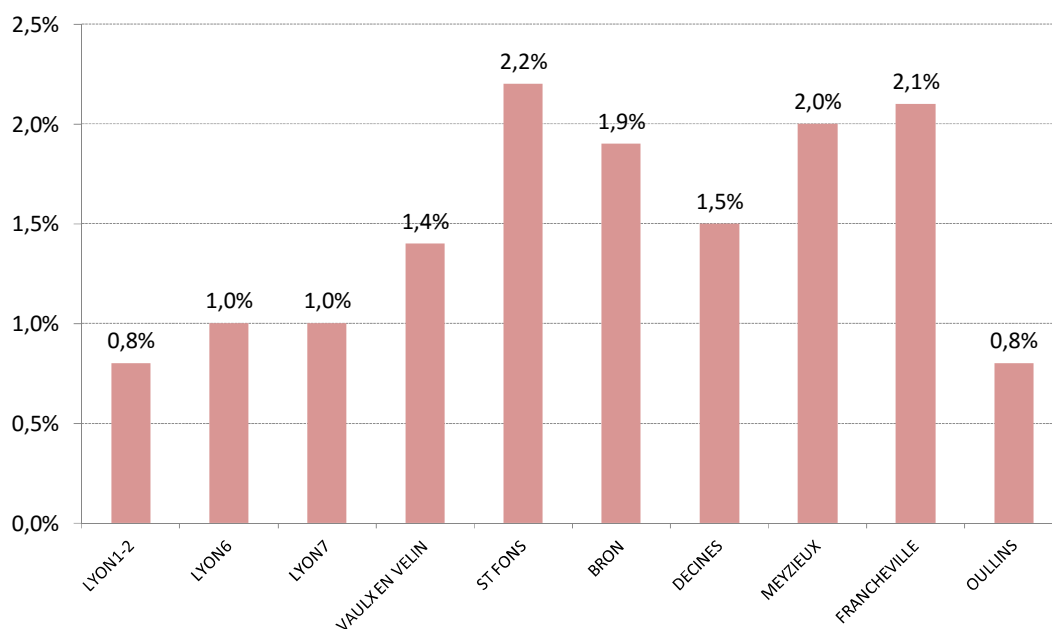
Au sein du réseau périnatal AURORE, le réseau ECL'AUR permet de coordonner l'organisation du suivi des enfants hospitalisés à la naissance pour grande prématurité, à savoir les naissances avant 33 S.A. Ce suivi s'effectue entre les services de néonatalogie, les pédiatres libéraux et la PMI jusqu'à l'âge de 7 ans. Les inclusions concernent tous les prématurés de moins de 33 S.A. domiciliés dans le périmètre du réseau périnatal AURORE (Rhône, Drôme, Ain, une partie de l'Ardèche et de l'Isère).

L'analyse d'une partie de cette cohorte permet de souligner des disparités importantes par commune. Cette analyse concerne 903 enfants domiciliés dans certaines communes de la Métropole de Lyon, nés avant 33 S.A. entre 2010-2013.

Le taux d'enfants nés avant 33 S.A. s'élève sur l'ensemble de cette cohorte à 1,3% par an, soit un taux un peu plus bas que le taux moyen du réseau qui s'élève à 1,5%. Ce taux est un peu sous-estimé, car il a été calculé sur les inclus dans le réseau (enfants survivants et dont les parents ont accepté le suivi).

Au sein de cette cohorte, le taux oscille entre 2,2% sur la commune de Saint Fons à 0,8% sur la commune d'Oullins.

Taux annuel de naissances prématurées < 33 S.A. par commune sur le territoire du Grand Lyon – Période 2010-2013



Source : Réseau AURORE-ECL'AUR, INSEE, exploitation ORS

Il semblerait qu'il y ait un marqueur social, mais il conviendrait d'analyser plus finement ces données pour pouvoir expliquer, en partie, les raisons de cette grande prématurité : PMA, conditions socio-économiques etc...

6.3.3. Etudes autour de la prématurité et les petits poids des enfants en situation de précarité

Les études que nous allons vous présenter attestent de l'influence de la situation de précarité sur l'état de santé à la naissance des enfants et plus particulièrement sur la prématurité.

6.3.3.1. La distribution alimentaire menée par la PMI du Grand Lyon et Médecins du Monde

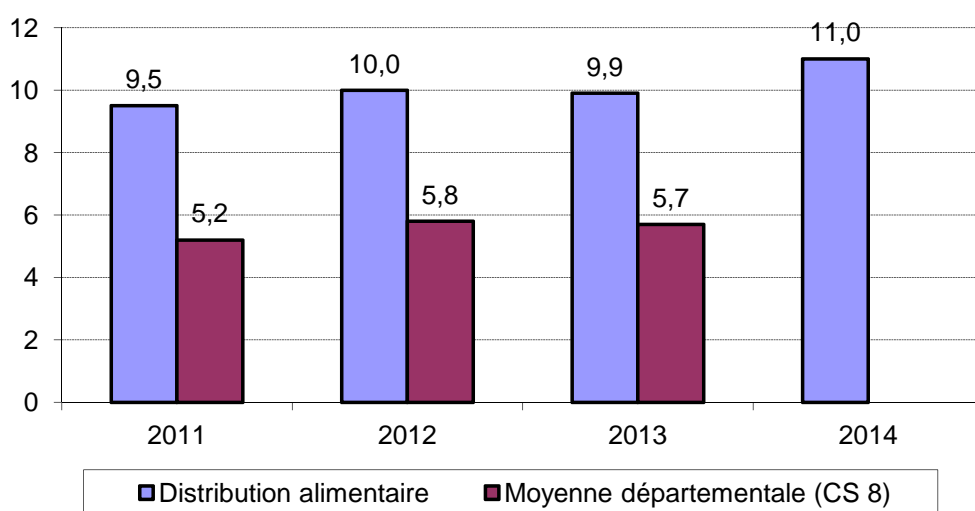
Depuis plusieurs années, une distribution alimentaire est organisée l'été par la PMI du Rhône (Métropole du Grand Lyon aujourd'hui) et Médecins du Monde, pour compenser la fermeture des différents centres de distribution alimentaire dans l'agglomération lyonnaise l'été et prévenir les risques de malnutrition chez les petits enfants. Ces permanences offrent aussi la possibilité pour les enfants de bénéficier d'une consultation de suivi staturo-pondéral et du développement de l'enfant.

Des études sont menées depuis 2006 auprès des familles qui viennent à la distribution alimentaire à partir de fiches médicales recueillies et renseignées, puis analysées conjointement par Médecins du Monde et la Protection Maternelle et Infantile.

En 2014, 505 fiches médicales ont été recueillies et renseignées. Environ 60% des enfants vus ont moins de 12 mois et 86% ont moins de 24 mois.

Parmi les résultats analysés, la PMI et Médecins du Monde soulignent que le taux d'enfants venus à la distribution alimentaire avec un petit poids de naissance (moins de 2500 g) est de 11% (9,9% en 2013), soit près du double de la moyenne départementale.

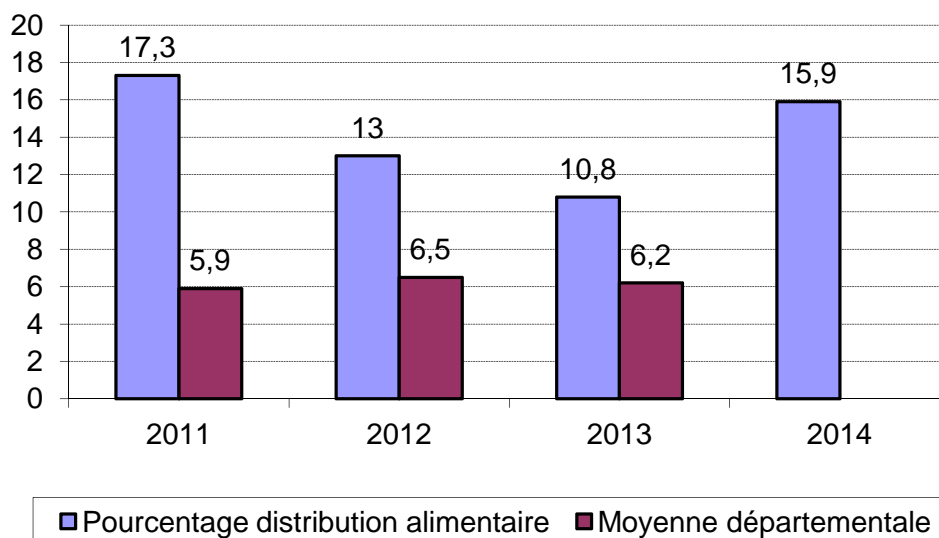
Evolution du pourcentage d'enfants de petit poids de naissance (<2,5 kg)



Source : Grand Lyon, Médecins du Monde

Sur l'ensemble des enfants vus à la distribution alimentaire, 15,9% sont nés avant 37 SA (10,8% en 2013, 13,5% en 2012 et 17% en 2011). Ce pourcentage reste bien au-dessus de la moyenne départementale (autour de 6%).

Evolution du pourcentage d'enfants prématurés



Source : Grand Lyon, Médecins du Monde

6.3.3.2. Les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

En Rhône-Alpes au 31 décembre 2012, 11 148 enfants de moins de 21 ans sont confiés à l'ASE dont 1 573 ont moins de 6 ans, soit 14% des enfants confiés (9% en Ardèche - 18% dans la Drôme)¹⁴.

Dans le département de la Haute-Savoie, environ 2200 jeunes de 0 à 21 ans bénéficient d'une mesure d'ASE. Ce département a participé à une étude¹⁵ menée conjointement par le CREAI, l'ORS, l'IREPS Rhône-Alpes et le département de Haute-Savoie pour l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) sur la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Cette étude visait, entre autre, « à apporter de nouveaux éléments de connaissance sur la santé physique et psychologique ainsi que sur la déficience des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance ».

¹⁴ 10e rapport de l'ONED, Documentation française, mai 2015

http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/rapport_annuel_oned_20150526_web.pdf

¹⁵ La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes et Département de la Haute-Savoie, Octobre 2012 <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/ONED.pdf>

La partie épidémiologique de cette étude a été menée auprès de 318 jeunes de 0 à 18 ans confiés à l'ASE, en placement physique, le placement principal se faisant en famille d'accueil ou en établissement.

Les données soulignent la forte corrélation entre enfants nés prématurément et enfants placés.

Le taux d'enfants prématurés est deux fois plus important chez les enfants placés que chez les enfants de Haute-Savoie. L'étude souligne que «dans les facteurs favorisant la prématurité on retrouve les mauvaises conditions psycho socio familiales, qui peuvent être associées à un risque de danger ou de maltraitance. La prématurité peut être à l'origine de difficultés dans la mise en place du lien mère enfant, notamment en cas de séparation précoce après la naissance ».

Taux de prématurité chez les enfants confiés à l'ASE, Haute-Savoie, 2011

	Enfants placés enquêtés	Population Haute-Savoie
Taux de prématurité % (Age gestationnel < 37SA)	13,6%	6,1%

Source : Rapport ONED « La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance »

6.4. L'allaitement maternel

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement maternel exclusif (de tout autre aliment ou boisson) jusqu'à l'âge de 6 mois, suivi d'un allaitement partiel jusqu'à l'âge de 2 ans. En France, le Programme national nutrition santé (PNNS) préconise un allaitement exclusif si possible jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois.

Les résultats d'une étude récente¹⁶ soulignent l'augmentation de la durée de l'allaitement en France, même si cette durée se situe bien en-deçà des recommandations de l'OMS. Cet allongement pourrait en partie résulter des actions de promotion de l'allaitement initiées en France au début des années 2000 dans le cadre du PNNS.

En Rhône-Alpes, de 2000 jusqu'à 2008, le taux d'enfants allaités à la sortie de la maternité était en constante augmentation, comme en France. Mais, depuis 2008, les taux diminuent légèrement d'une année à l'autre, quel que soit le département, à l'exception du département du Rhône.

Taux d'enfants allaités à la sortie de la maternité de 2008 à 2013 (en % des CS8 reçus)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ain	70,1	71,9	70,9	65,6	ND	ND
Ardèche	68,1	68,4	67,7	67,4	67,6	65,7
Drôme	72,0	71,9	69,9	70,4	69,1	66,9
Isère	73,6	75,2	76	73,3	71,9	ND
Loire	68,5	68,9	68,1	66,6	66,8	68,7
Rhône	76,0	76,5	76,2	75,2	75,3	78,3
Savoie	77,7	78,9	76,8	76,6	76,9	76,3
Haute Savoie	79,0	81,2	79,6	79,1	78,4	78,8

Source : Drees, CS8 2008-2013

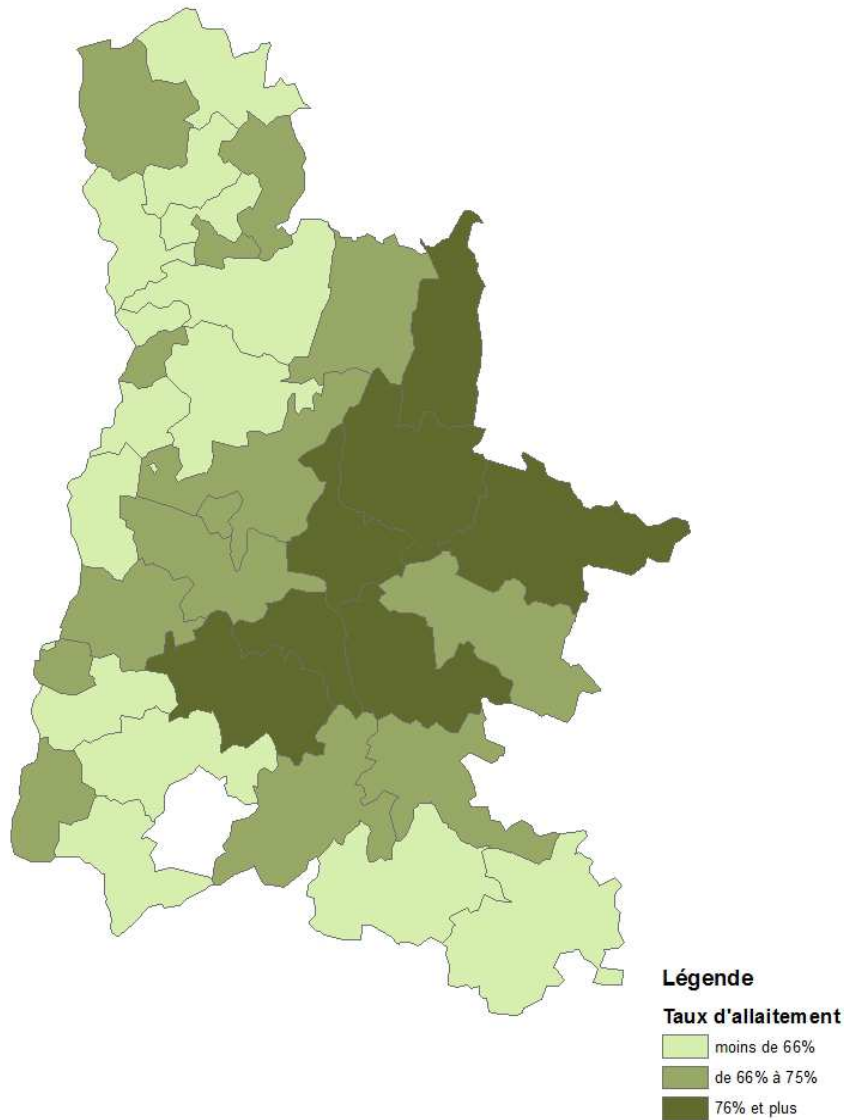
Les caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère, la situation vis-à-vis de l'emploi, son état de santé et son suivi pendant la grossesse, sont associées à la durée d'allaitement. Bien que l'allaitement soit une solution « économique » par rapport aux préparations infantiles, les mères avec de faibles revenus, ouvrières, employées ou agricultrices allaitent moins longtemps que les cadres ou commerçantes par exemple.

¹⁶ Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, *et al.* Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(29):522-32. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html

Exemple dans le département de la Drôme

Le département de la Drôme a réalisé une analyse des taux d'allaitement par canton. Cette étude souligne que le taux d'allaitement à la sortie de la maternité diffère d'un canton à l'autre. Comme les années précédentes, le taux d'allaitement maternel est plus élevé chez les femmes domiciliées dans l'est du département que chez les femmes domiciliées dans l'ouest du département.

Taux d'allaitement à la maternité dans le département de la Drôme par canton en 2013 (en % des CS8 reçus)

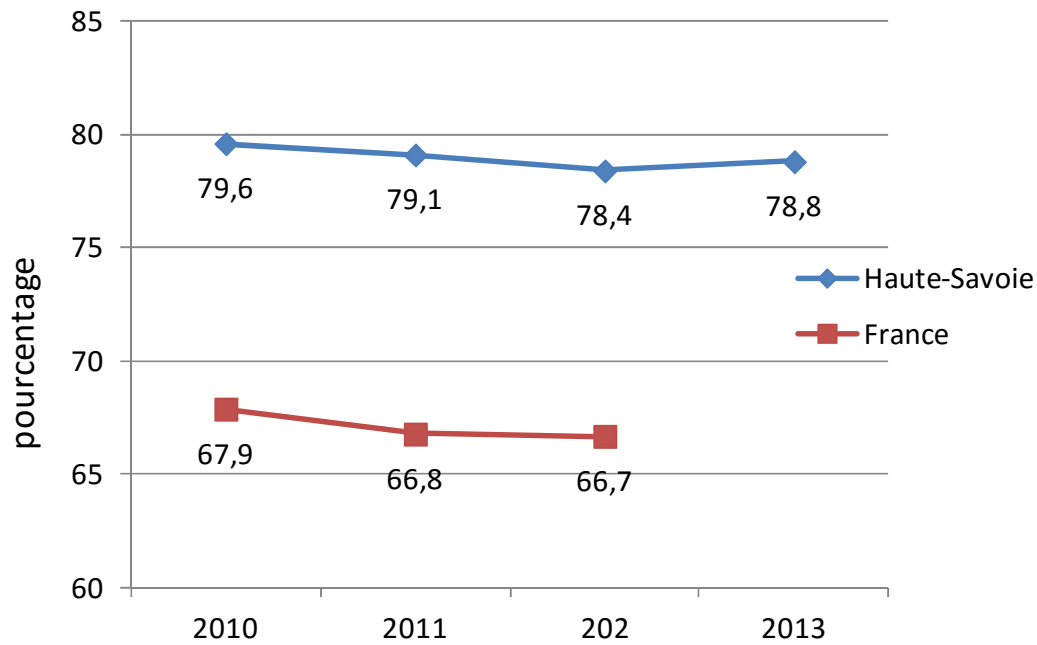


Source : Département de la Drôme, CS8, 2013

Exemple dans le département de la Haute-Savoie

Le Département de la Haute-Savoie a analysé également sur plusieurs années le taux d'allaitement à la sortie de la maternité. Il est supérieur au taux national quelles que soient les années observées.

Evolution du taux d'allaitement à la sortie de la maternité en Haute-Savoie de 2010 à 2013



Source : CS8 2010-2013, Département de la Haute-Savoie, Direction PMI-Promotion de la Santé

7. LA SANTE DU JEUNE ENFANT

Les constats faits depuis plus de dix ans sont toujours valables : les jeunes enfants sont globalement en bonne santé. Les enfants de 1 à 14 ans sont le sous-groupe de population qui a la plus faible mortalité et le plus faible taux d'hospitalisation en France, une fois passé le cap de la première année où le recours aux soins est très élevé.

Ce relativement bon état de santé ne doit cependant pas masquer les inégalités qui persistent, notamment selon le milieu social, qu'elles aient trait à la mortalité, à la morbidité.

7.1. La mortalité des jeunes enfants

Avec en moyenne 355 décès par an sur la période 2000-2011, le taux de mortalité des 0-9 ans s'élève en Rhône-Alpes à 0,4 pour mille enfants de 0-9 ans.

Le taux annuel de mortalité infantile (chez les enfants de moins de 1 an) en Rhône-Alpes s'élève à 3,3‰. Ce taux est comparable au taux national.

Nombre annuel moyen de décès en Rhône-Alpes – période 2000-2011

	< 1 an	1 à 4 ans	5 à 9 ans	Total 0-9 ans
Effectif annuel moyen de décès	265	57	33	355

Source : CépiDc (2000-2011), exploitation ORS

Comme on le constate au niveau national, il existe une surmortalité masculine prononcée par rapport à la mortalité féminine chez les enfants de moins de 1 an. Cette surmortalité diminue avec l'âge.

Part des garçons décédés en Rhône-Alpes (en % de l'ensemble des enfants décédés) – période 2000-2011

	< 1 an	1 à 4 ans	5 à 9 ans
Part des garçons décédés	57,1%	55,2%	53,7%

Source : CépiDc (2000-2011), exploitation ORS

Concernant la mortalité infantile, les principales causes de décès sont les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, la mort subite du nourrisson et les malformations congénitales et anomalies chromosomiques.

Chez les enfants de plus d'un an, les accidents (de la vie courante et de la circulation) et les tumeurs (leucémies et tumeurs du système nerveux central) sont les deux causes principales de mortalité.

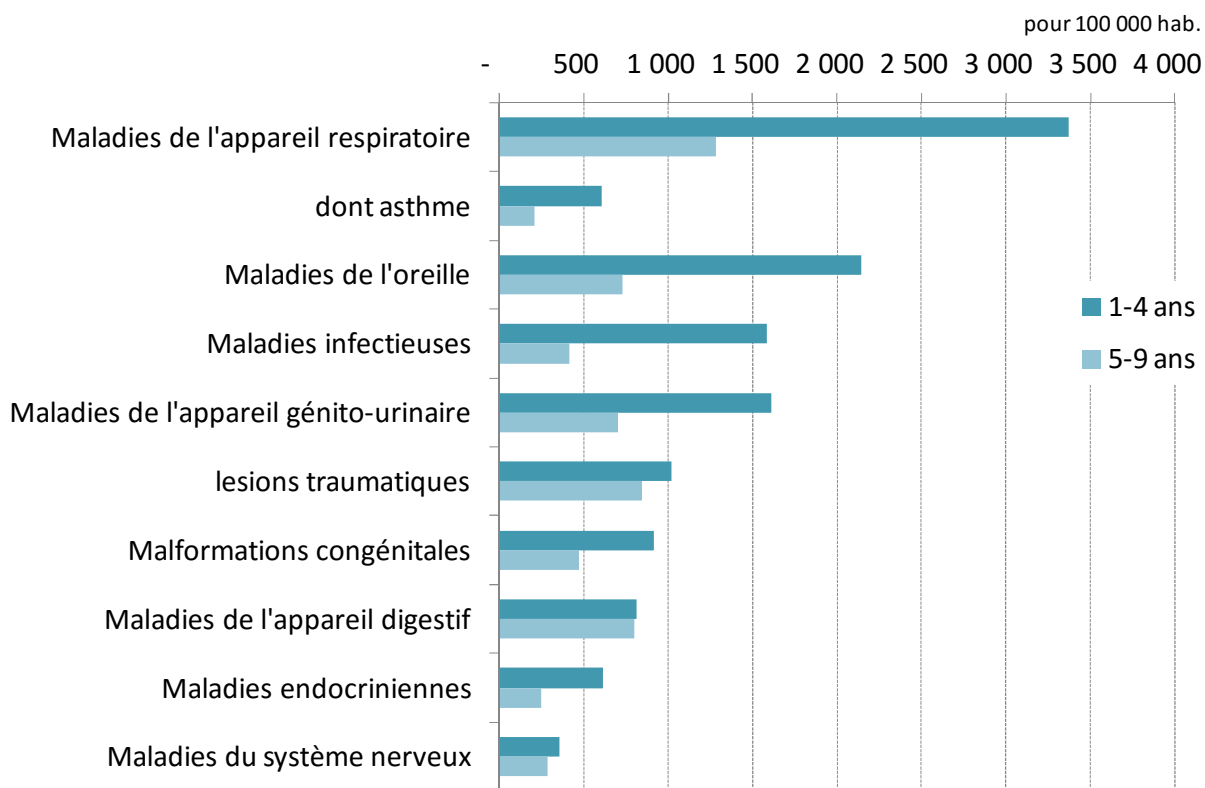
7.2. L'enfant et l'hôpital

En Rhône-Alpes, en moyenne par an, sur la période 2010-2013, 31 950 enfants de 1 à 4 ans ont été hospitalisés soit 10% des enfants de 1 à 4 ans domiciliés en Rhône-Alpes et 22 118 enfants de 5-9 ans soit 5% des enfants de 5-9 ans.

Chez les enfants de 1-4 ans, les principaux motifs d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil respiratoire (asthme, bronchiolite ...) et les maladies de l'oreille.

Chez les 5-9 ans, les taux de patients hospitalisés diminuent fortement et les principaux motifs sont les maladies de l'appareil respiratoire, les lésions traumatiques (chute, fracture...) et les maladies de l'appareil digestif.

Taux de patients de 1-4 et 5-9 ans hospitalisés par motif pour 100 000 enfants du même âge, Rhône-Alpes – Période 2010-2013



Source : PMSI 2010-2013, exploitation ORS

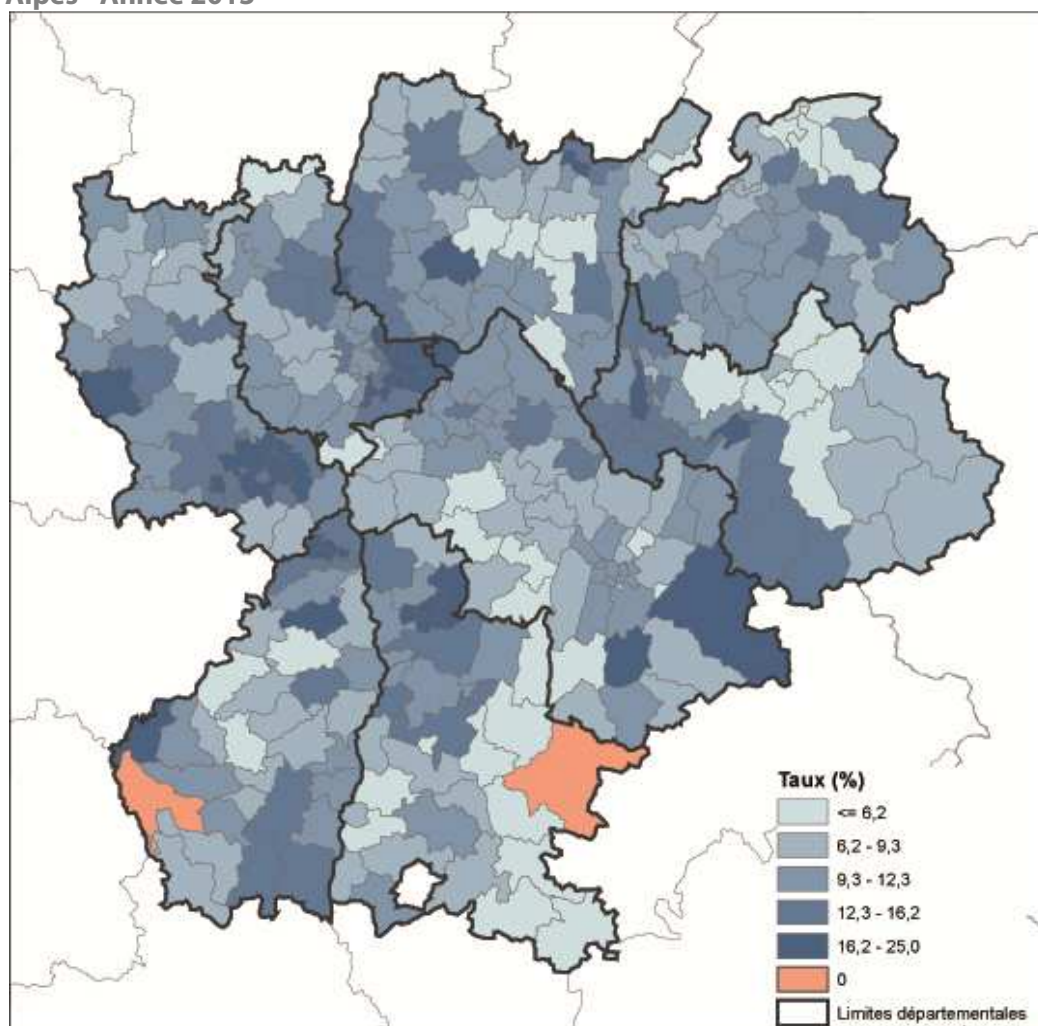
7.3. Consommation régulière d'antiasthmatiques

Concernant les maladies respiratoires, chez les enfants, comme chez les adultes, les personnes en situation de plus grande fragilité socio-économique, comme les bénéficiaires de la CMUc par exemple, sont plus nombreuses à consommer des médicaments antiasthmatiques.

Chez les jeunes enfants, les mauvaises conditions de logement, l'exposition à un environnement pollué, l'état d'anxiété... peuvent jouer un rôle non négligeable dans le développement de la pathologie asthmatique.

Dans la région Rhône-Alpes, certaines zones sont plus marquées par des taux de consommation régulière (au moins trois prescriptions dans l'année) d'antiasthmatiques comme dans le département de la Drôme vers Romans, Génissieux, dans l'Ain vers Ambérieux en Bugey, dans la Loire vers Noirétable...

Consommation régulière d'antiasthmatiques chez les enfants de 0-4 ans – par canton en Rhône-Alpes - Année 2013



Source : Assurance maladie, ARS, 2013, exploitation ORS

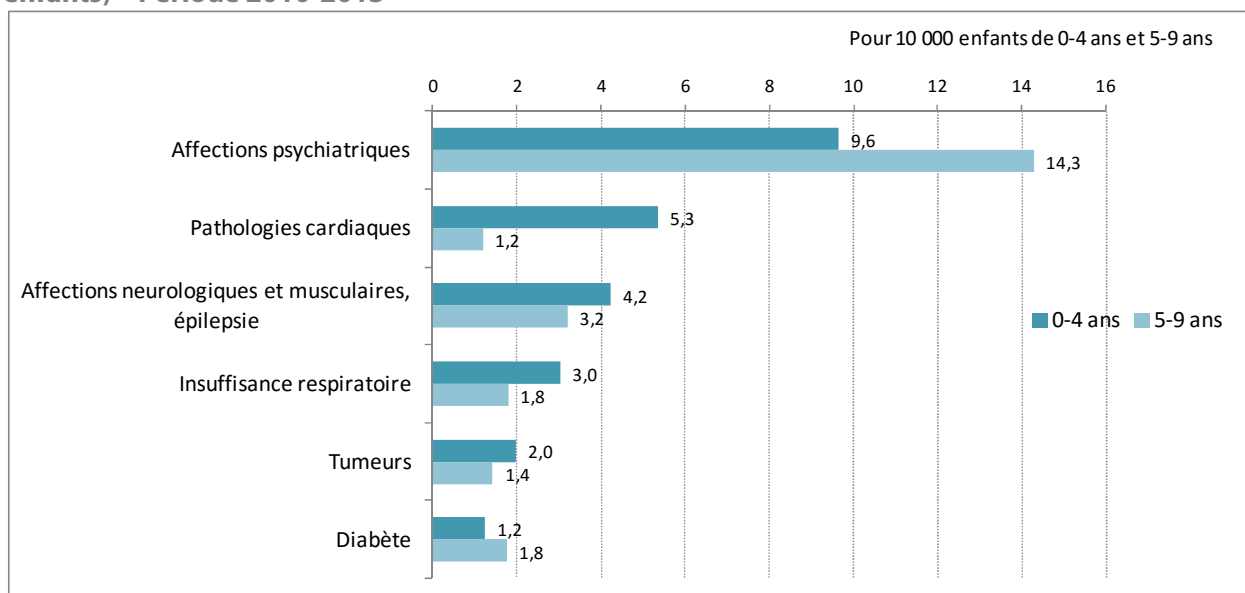
7.4. Les maladies chroniques chez les enfants

Le terme ALD désigne les « Affections de Longue Durée ». Il s'agit de maladies qui imposent un suivi ainsi que des soins prolongés (au moins six mois) et comprennent des traitements coûteux qui sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale.

On observe en Rhône-Alpes en moyenne par an sur la période 2010-2013, 1 400 ALD déclarées chez les 0-4 ans et 1 170 chez les 5-9 ans.

Le motif d'admission en ALD le plus important aussi bien chez les enfants de 0-4 ans que les enfants de 5-9 ans concerne les affections psychiatriques. On recense environ 900 admissions en ALD pour maladies psychiatriques par an chez les enfants de 0-9 ans dont 55% pour troubles envahissants du développement (autisme, syndrome d'Asperger, hyperactivité associée à un retard mental...), 21% pour retard mental, 10% pour troubles spécifiques de la personnalité et 10% pour troubles mixtes et troubles émotionnels.

Taux d'incidence d'ALD par motif d'ALD chez les enfants de 0-4 ans et 5-9 ans (pour 10 000 enfants) – Période 2010-2013

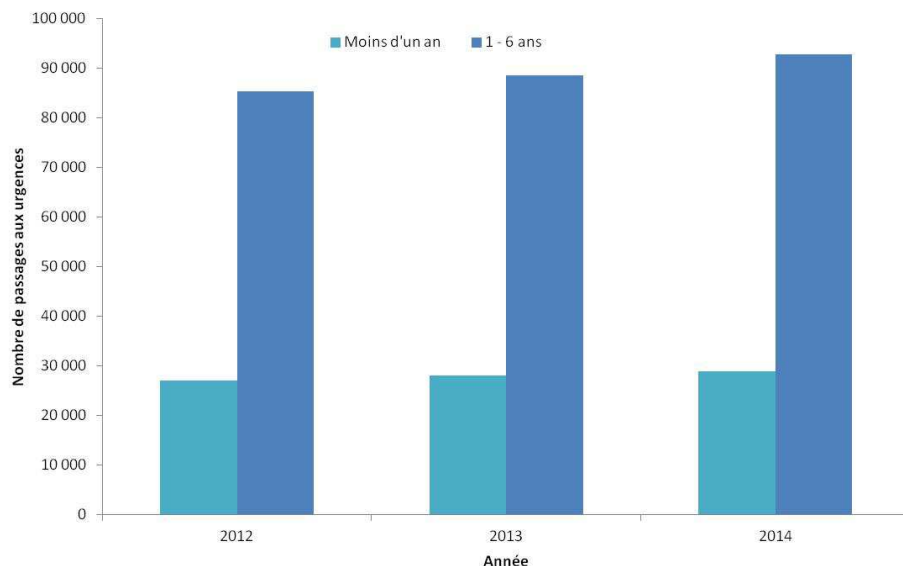


Source : CNAMTS, RSI, MSA, 2010-2013 – Exploitation ORS

7.5. Les passages aux urgences

On note une augmentation des passages aux urgences chez les moins de 1 an et chez les 1-6 ans, constat mené par ailleurs pour l'ensemble de la population (+5% entre 2014 et 2015).

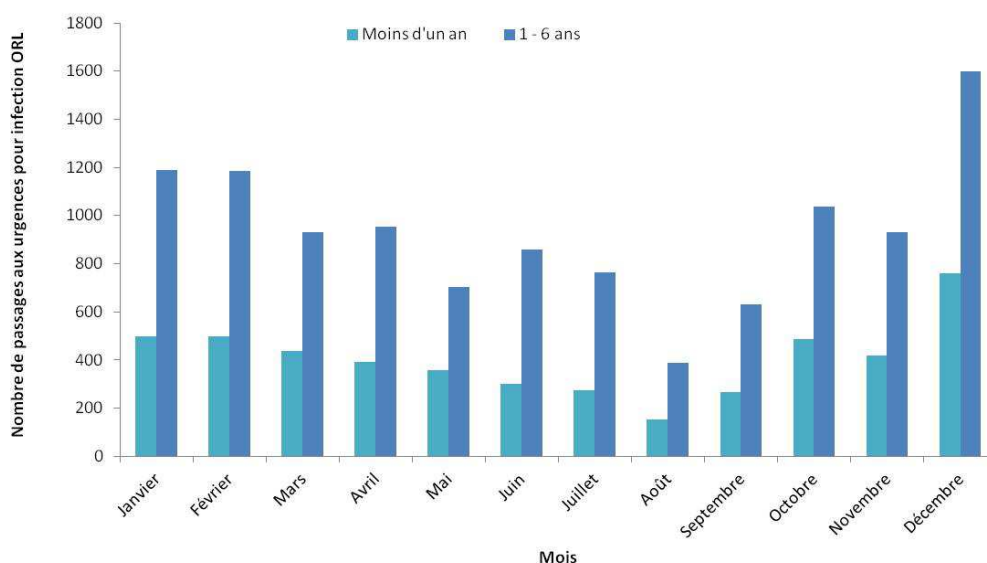
Evolution annuelle du nombre de passages aux urgences recensés dans les 40 services adhérant au réseau OSCOUR® retenus pour la période entre 2012 et 2014



Source : Cire Rhône-Alpes, InVS, réseau OSCOUR® 2012-2014

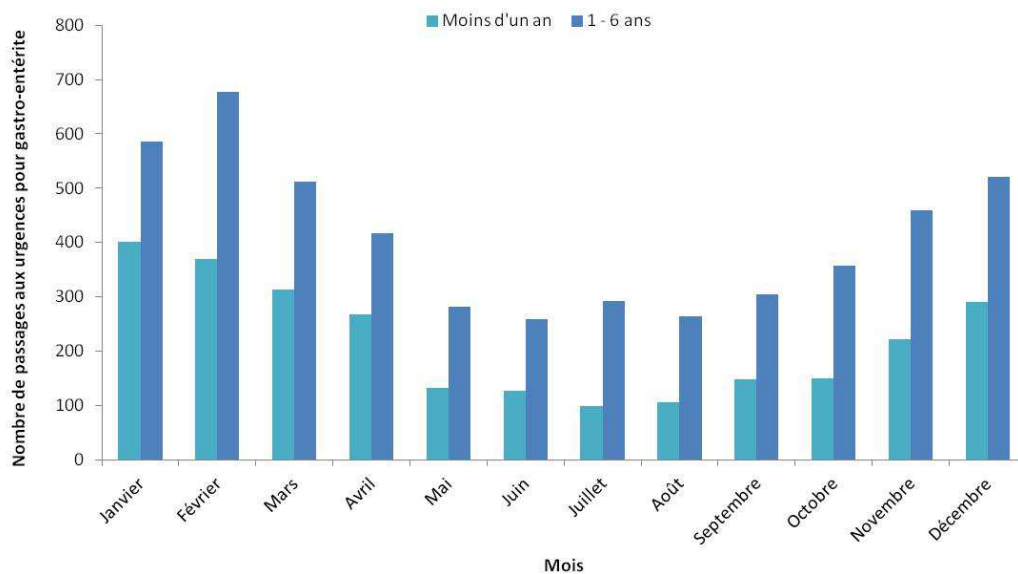
Les principaux diagnostics posés aux urgences pour cette classe d'âge sont les lésions traumatiques, les infections ORL, les gastro-entérites. S'il n'existe pas de variabilité mensuelle pour les lésions traumatiques, les recours aux urgences pour infections ORL et pour gastro-entériques sont plus importants en hiver et les effectifs les plus bas sont recensés en juillet-août.

Evolution mensuelle du nombre de passages aux urgences pour infection ORL en 2014



Source : Cire Rhône-Alpes, InVS, réseau OSCOUR® 2012-2014

Evolution mensuelle du nombre de passages aux urgences pour gastro-entérite en 2014



Source : Cire Rhône-Alpes, InVS, réseau OSCOUR® 2012-2014

7.6. Les enfants en grande section maternelle

Les données qui vont suivre sont issues, pour la majorité, des bilans de santé réalisés en grande section maternelle par les professionnels de l'éducation nationale dans l'académie de Lyon et l'académie de Grenoble.

A l'issu de ces bilans, plusieurs items sont recensés tels que le nombre d'enfants ayant bénéficié d'un bilan approfondi de dépistage des troubles du langage, les pathologies identifiées lors du bilan de santé (vision, audition, vaccins, appareil bucco-dentaire, surpoids obésité, psychopathologie), le nombre de projet d'accueil individualisé (PAI) par motif... Dans ce rapport, seules les données exploitables (essentiellement pour des raisons d'effectifs) sont présentées.

Ainsi, l'accent est mis sur deux problématiques de santé : la santé bucco-dentaire et les problèmes de surpoids et d'obésité chez les enfants de 5-6 ans. Des éléments nationaux sont présentés à titre informatif et de comparaison.

Si les tendances générales sont à l'amélioration de l'état de santé bucco dentaire et à la stagnation du surpoids et de l'obésité chez les enfants, ces évolutions connaissent des différences très importantes selon les milieux sociaux.

7.6.1. La santé bucco-dentaire des enfants

Une mauvaise santé bucco dentaire peut avoir, à plus ou moins long terme, des conséquences sur la santé générale de l'individu, par le risque d'infections, de douleurs chroniques ou de difficultés alimentaires, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce des atteintes dentaires. Comme nous l'avons dit, la tendance générale est à l'amélioration de l'état de santé bucco dentaire, mais cette évolution connaît des différences importantes selon les milieux sociaux.

En France, 10,5% des enfants en grande section de maternelle ont des dents cariées non traitées. Ce pourcentage s'élève à 23,6% chez les ouvriers et à 3,5% chez les cadres.

Prévalence de dents cariées chez les enfants de GSM selon le groupe social des parents, France, 2012-2013

	% de dents cariées traitées	% de dents cariées non traitées
Cadres	4,3	3,5
Professions intermédiaires	4,8	5,5
Agriculteurs, commerçants	6,8	12,3
Employés	6,0	12,6
Ouvriers	6,9	23,6
Total	5,5	10,5

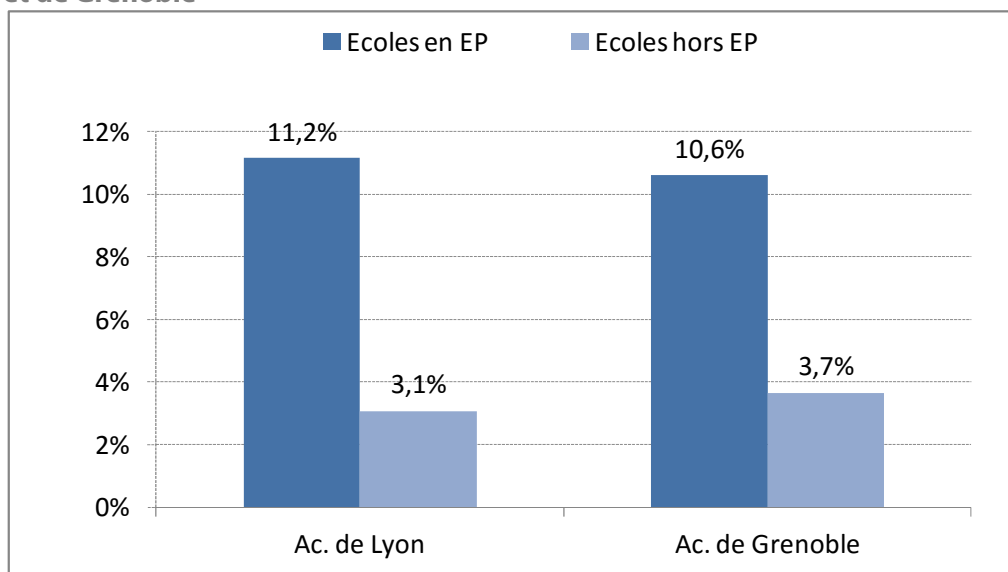
Champ : France (hors mayotte)

Source : DREES-DGESCO-enquêtes nationales de santé auprès des élèves en GSM (2012-2013)

En Rhône-Alpes, ces dernières années, environ 4,5% des enfants scolarisés en grande section de maternelle présentaient au moins 2 dents cariées aussi bien dans l'Académie de Lyon que dans l'Académie de Grenoble. Au sein de l'Académie de Lyon, ce pourcentage varie de 11,2% dans les écoles en éducation prioritaire (EP) à 3,1% dans les écoles hors EP sur l'année 2012-2013.

Au sein de l'Académie de Grenoble, le constat est identique sur la période 2014-2015, le taux passe de 10,6% dans les écoles en EP à 3,7% dans les écoles hors EP.

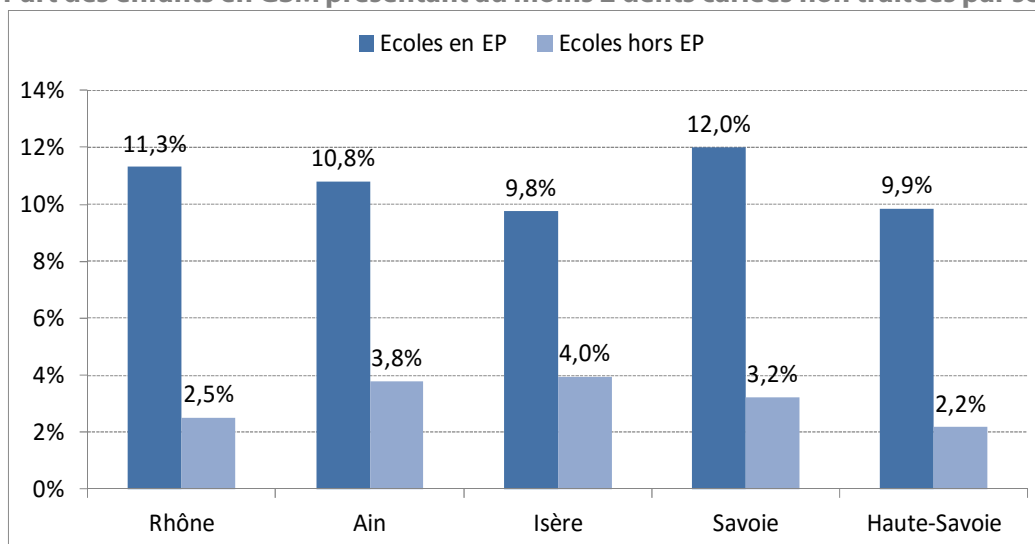
Part des enfants en GSM présentant au moins 2 dents cariées non traitées dans l'Académie de Lyon et de Grenoble



Source: Académie de Lyon 2012-2013 hors Lyon et Villeurbanne et Académie de Grenoble 2014-2015, exploitation ORS

L'analyse sur certains départements de la région Rhône-Alpes est identique et les taux sont parfois trois fois plus élevés dans les écoles en EP que dans les écoles hors EP.

Part des enfants en GSM présentant au moins 2 dents cariées non traitées par secteur



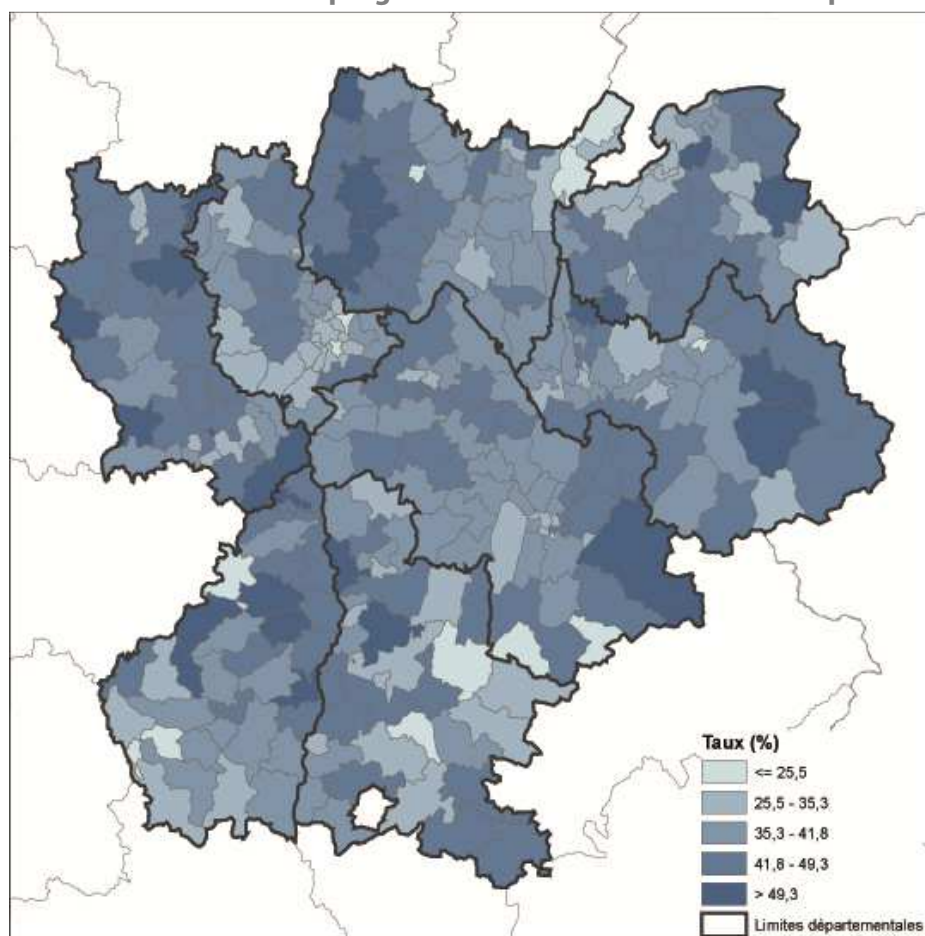
Source: Académie de Lyon 2012-2013 hors Lyon et Villeurbanne et Académie de Grenoble 2014-2015, exploitation ORS

Un autre indicateur vient compléter ce constat, il s'agit du taux de bénéficiaires du programme M't dents. Pour améliorer la santé bucco-dentaire chez les enfants et les jeunes, l'assurance maladie propose un examen dentaire (programme « M't dents ») gratuit à tous les enfants et adolescents âgés de 6, 9, 12,15 et 18 ans.

En 2013, en Rhône-Alpes, 32% des jeunes de 6-18 ans ont bénéficié du programme M't dents. Ce taux chute chez les jeunes domiciliés dans les quartiers en politique de la ville à 14%.

La carte permet de cibler les zones où les taux sont particulièrement bas, comme c'est le cas dans le sud de la Drôme et de l'Ardèche, tout le sud du Rhône, le nord de l'Ain et particulièrement Oyonnax et Gex.

Taux de bénéficiaires du programme M't dents chez les 6-9 ans par canton - Année 2013



Source : Assurance maladie, ARS, 2013, exploitation ORS

7.6.2. Les enfants en surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité augmentent, à moyen ou long terme, les risques de maladies cardio-vasculaires et endocriniennes (diabète). Présents dès l'enfance ou l'adolescence ils perdurent souvent à l'âge adulte. Outre ces conséquences métaboliques, le surpoids et l'obésité ont un impact psychosocial et peuvent notamment être source de mal être et d'isolement chez les enfants et l'adolescent. Leur repérage et leur prise en charge constituent des enjeux de santé publique.

En France entre 2000 et 2013 la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité a baissé en grande section de maternelle passant de 14,3% (dont 3,9% d'obésité) à 11,9% (dont 3,5% d'obésité) mais reste marquée par des inégalités sociales.

A cet âge également, la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée pour les filles (respectivement 9,7% et 3,8%) que pour les garçons (7,3% et 3,1%).

Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe social des parents, France, 2012-2013

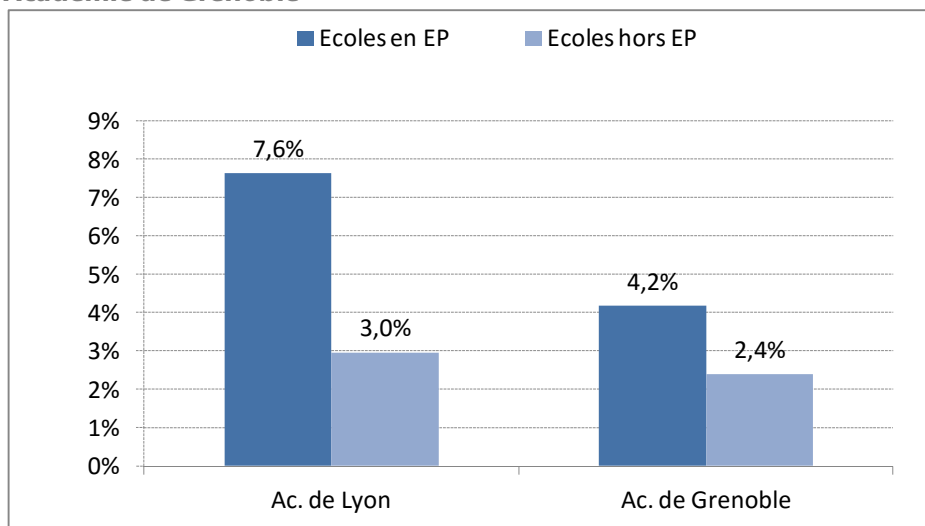
	Surcharge pondérale (en%)	Obésité (en%)
Cadres	7,2%	1,3%
Professions intermédiaires	10,2%	2,4%
Agriculteurs, commerçants, chef d'entreprise	13,8%	4,8%
Employés	14,3%	4,8%
Ouvriers	15,6%	5,8%
Ensemble	11,9%	3,5%

Champ : France (hors mayotte)

Source : DREES-DGESCO-enquêtes nationales de santé auprès des élèves en GSM (2012-2013)

En Rhône-Alpes, le taux d'enfant en surpoids et obésité semble moins élevé qu'en France. Il s'élève à 4% dans l'Académie de Lyon et 2,6% dans l'Académie de Grenoble. Toutefois les différences entre écoles en EP et hors EP restent importantes et passent du simple au double dans les deux Académies.

Part des enfants en surpoids et obésité parmi les enfants vus en GSM – Académie de Lyon et Académie de Grenoble



Source : Académie de Lyon 2012-2013 hors Lyon et Villeurbanne et académie de Grenoble 2014-2015, exploitation ORS

7.7. La couverture vaccinale

Le dernier rapport sur « l'Etat de santé en France »¹⁷ réalisé par la DREES en 2015 souligne que les nourrissons sont au moins 95% à être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), les infections invasives à *Haemophilus influenzae b* (Hib) et la coqueluche, et devraient l'être très prochainement pour la vaccination contre le pneumocoque. Mais ce rapport souligne que pour aucune de ces vaccinations, la couverture pour le premier rappel n'atteint 95 % à l'âge de 24 mois.

De même, à 24 mois, bien que des progrès aient été constatés, les couvertures pour les vaccinations contre l'hépatite B et la rougeole restent insuffisantes, il en est également ainsi pour la vaccination contre les infections invasives à méningocoque du groupe C.

Couverture vaccinale DTP, coqueluche, Hib, hépatite B, ROR, pneumocoque conjugué (PCV-13), méningocoque C et BCG des enfants de 2 ans en France, en 2012 (en %)

	2012
Diphtérie, tétanos-poliomyélite ¹	91,7
Coqueluche ⁴	90,9
<i>Haemophilus influenzae b</i> ⁴	89
Pneumocoque conjugué ³	88,8
Hépatite B ³	78,1
ROR1 (1 dose)	90,5
ROR2 (2 doses)	72
Méningocoque C ^{1,2}	56,4

¹ Les chiffres accolés aux noms des vaccins représentent le nombre de doses.

² Source pour la vaccination méningocoque C : Échantillon généraliste des bénéficiaires (CNAM-TS), traitement InVS (données issues de certificats de santé non encore disponibles). Estimations au 31/12/13.

Sources : DREES et CNAM-TS, traitement InVS

Au sein de la région Rhône-Alpes, une estimation de la couverture vaccinale à 2 ans des enfants nés en 2011 à partir des données de remboursement de vaccins de l'assurance maladie a été réalisée par l'ARS. Cette estimation soulignait une différence importante entre les départements. En effet, le taux d'enfants non vaccinés s'élevait à 5,4% dans le département de Haute-Savoie. Il s'élève à 9,1% dans le département de l'Isère. Cependant cette étude soulevait les limites suivantes :

- Seuls les vaccins ayant donné lieu à remboursement par l'un des régimes avaient été comptabilisés.
- Le remboursement d'un vaccin ne garantit pas son injection effective.
- Les vaccinations des centres de PMI n'ont pas été comptabilisées à l'exception de celles ayant donné lieu à remboursement par l'assurance maladie.

¹⁷ L'État de santé de la population en France – Edition 2015, 6^e rapport, Collection Etudes et statistiques, DREES

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015#Rapport>

Les Départements de la région Rhône-Alpes peuvent également analyser la couverture vaccinale des enfants vus en bilan de santé à 3-4 ans.

Exemple dans le département du Rhône (ancien Rhône)

Le Département du Rhône¹⁸ a analysé la couverture vaccinale des enfants vus en bilan de santé en 2011 (94,6% des enfants inscrits à l'école en 2011) et en 2012 (92,6% des enfants inscrits à l'école en 2012). Le taux de retour est donc presque exhaustif.

Le service de la PMI du Département du Rhône soulignait que le taux de vaccination du BCG diminuait de manière continue depuis la levée de l'obligation le concernant en 2007. Concernant le ROR, le taux de vaccination des 3-4 ans était passé de 95 % en 2010 à 97 % en 2012 compte-tenu des campagnes de vaccination qui ont été renforcées suite aux épidémies de rougeole.

Couverture vaccinale à 3-4 ans dans le département du Rhône

	2011	2012
Vaccin	3-4 ans	3-4 ans
ROR (au moins 1 injection)	96%	97%
Pentavalent (DTP, Coqueluche, Haemophilus)	99%	99%
BCG	46%	45%
Hépatite B (3 doses)	55%	50%

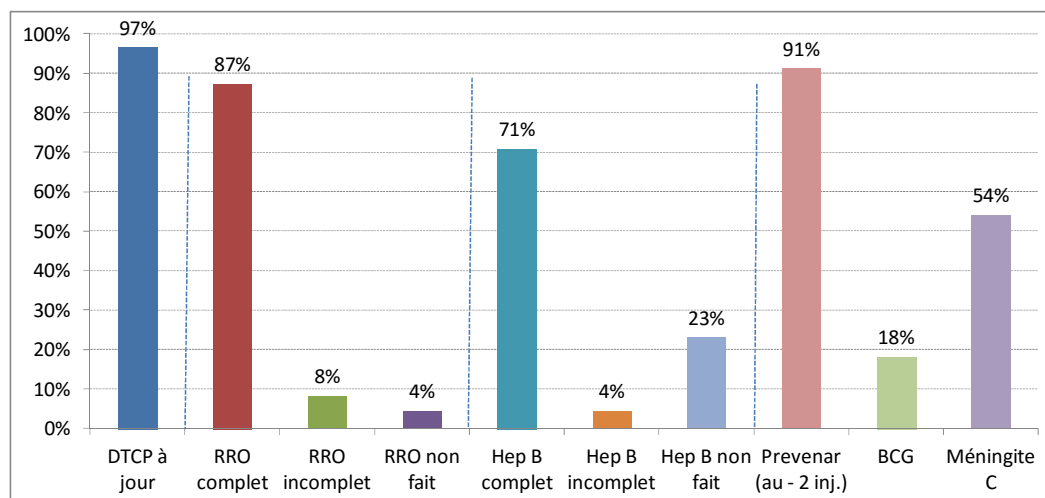
Source : Département du Rhône, service santé publique et PMI

Exemple dans le département de la Haute-Savoie

Un autre exemple : la Direction PMI du département de la Haute-Savoie, à partir des bilans de santé réalisés, souligne que la couverture vaccinale des 3-4 ans s'améliore en 2014. Un des facteurs est la vaccination par des vaccins hexavalents contenant diphtérie, tétanos, polio, haemophilus, hépatite B. Le taux de vaccination anti rougeole augmente un peu. La vaccination par le vaccin contre la méningite B s'engage bien et les parents ont beaucoup moins de réticences que pour la vaccination anti hépatite B ; Par contre, la Direction souligne une chute de la vaccination par le BCG, à la suite de l'arrêt de l'obligation vaccinale mais les chiffres indiquent que la recommandation vaccinale des enfants à risque n'est pas appliquée de façon optimale.

¹⁸ La santé de la mère et de l'enfant dans le Rhône en 2011 et 2012 . Service PMI et santé publique, Département du Rhône, 2014
https://www.rhone.fr/content/download/120375/1112192/file/sante_mere_enfant.pdf.

Couverture vaccinale Haute-Savoie - Bilan de santé 3-4 ans 2014



Source : Département de la Haute-Savoie, Direction PMI-Promotion de la Santé

L'exhaustivité des bilans de santé et du recueil de données n'étant pas identique dans tous les départements, il est difficile d'analyser la couverture vaccinale de tous les départements au sein de la région à partir de cette source de données.

En termes d'inégalité sociale d'accès des enfants à la vaccination, une étude¹⁹ s'est penchée sur le cas des vaccinations contre les infections à pneumocoque et par le BCG.

Les conclusions de cette étude sont que :

- Les enfants de niveau socio-économique faible ainsi que ceux originaires d'un pays de forte endémie tuberculeuse sont correctement vaccinés par le BCG.
- L'association d'une couverture vaccinale basse pour le pneumocoque conjugué heptavalent (PCV7) avec un faible niveau de revenus suggère, peut-être, l'existence d'obstacles financiers dans les familles les plus modestes.

Enfin, les médecins de la santé scolaire soulignent que les enfants scolarisés dans une école en éducation prioritaire sont plus nombreux à avoir reçu les 3 doses de vaccins contre hépatite B. Un recours plus fréquent des familles les plus modestes aux services de PMI (impliqués dans la prévention vaccinale) et une moindre défiance à l'égard de la vaccination contre l'hépatite B peuvent expliquer cette différence.

¹⁹ Guthmann JP, Chauvin P, Le Strat Y, Soler M, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Existe-t-il en France des inégalités sociales d'accès des enfants à la vaccination ? Exemples de la vaccination contre les infections à pneumocoque et par le BCG. Bull Epidemiol Hebd. 2014; (20):346-51. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/20/2014_20_1.html

8. SYNTHÈSE

Les objectifs de cette étude étaient de :

- recenser les différentes sources de données existantes sur la santé des enfants, leur mode de production et leur fréquence,
- clarifier les connaissances disponibles concernant l'état de santé des enfants âgés de 0 à 6 ans dans la région Rhône-Alpes,
- rendre visibles les inégalités sociales de santé des enfants tant au niveau régional qu'au niveau local par une analyse des données territorialisées.

A l'issue de l'analyse des données, les points marquants que l'on peut retenir de cette étude sont les suivants :

8.1. De nombreuses sources de données...

Plusieurs bases de données ont été analysées. Elles permettent d'appréhender la santé du jeune enfant dans son ensemble à l'échelle de la région Rhône-Alpes.

Les données de mortalité et de morbidité (maladies chroniques, hospitalisation, motifs d'hospitalisation, recours aux urgences, consommation de médicaments, campagne de prévention) du jeune enfant ont pu être exploitées et analysées à une échelle régionale.

Les données de l'Assurance maladie transmises par l'ARS permettent d'avoir une vision de l'offre libérale et du recours aux soins des praticiens libéraux. Ces données sont complétées par l'offre institutionnelle (PMI, santé scolaire) grâce à la transmission des données par la DREES.

Enfin des bases de données existent qui permettent de disposer de données socio-sanitaires chez le nouveau-né et chez les enfants de 5-6 ans à des échelles géographiques plus ou moins fines. La base de données des CS8 couvre, en moyenne, plus de 80% des naissances en Rhône-Alpes. Cette base permet de disposer d'indicateurs de suivi de grossesse (déclaration tardive, échographie, consultations prénatales), d'information sur l'état de santé du nouveau-né (prématurité, petits poids de naissance, allaitement). Ces données pourraient être croisées avec les données sociales (niveau d'études de la mère, profession du père et de la mère, activité professionnelle de la mère et du père).

La base des bilans de santé de l'Education nationale en grande section de maternelle couvre également plus de 80% des enfants relevant du bilan de la 6e année. Ces bilans permettent de disposer de données précieuses sur les pathologies identifiées lors du bilan de santé (vision, audition, vaccination, santé bucco-dentaire, surpoids, obésité, trouble du langage). Ces données peuvent être déclinées par secteur (zone d'éducation prioritaire ou non).

Enfin, les données *had hoc*, issues d'enquêtes spécifiques sont particulièrement importantes notamment pour disposer d'informations sur la santé des enfants en situation de précarité.

8.2. ... mais des limites d'exploitation

Les bases de données des CS8 et des bilans de santé de la 6^e année (GSM) sont précieuses car elles seules permettent de disposer d'informations sur la santé du jeune enfant et ces données peuvent être croisées avec des données sociales. Cependant ces bases présentent des limites.

La saisie des CS8 n'est pas optimum. Le taux de retour est très fluctuant d'une année à l'autre, et certains départements ne peuvent saisir l'ensemble des CS8 réceptionnés, ce qui rend difficile leur exploitation. Par ailleurs de nombreux indicateurs ne sont pas exploités faute de réponses suffisantes.

Les données des bilans de santé des 5-6 ans nécessitent d'être encore plus homogénéisées sur l'ensemble des Académies et des villes disposant d'un service de santé scolaire. Un travail est en cours qui devrait permettre de disposer d'un recueil de données harmonisées et fiables dans les prochaines années.

8.3. Des professionnels socio-médicaux nombreux autour du jeune enfant ...

Les professionnels médicaux sont nombreux autour du jeune enfant et de ses parents, depuis la grossesse jusqu'à l'âge scolaire. Les professionnels de santé sont dans une fonction curative et/ou préventive : soins prénatals (réseaux périnatals), équipes obstétricales (maternité, centre périnatal) et pédiatriques en maternité, services de PMI (médecin, puéricultrice, infirmière), services de santé scolaire (médecin, infirmière), offre libérale (médecin généraliste, pédiatre).

A côté des professionnels de santé, d'autres professionnels sont dans une fonction d'accueil de l'enfant avec un aspect éducatif, ou d'enseignement : accueil à domicile, accueil collectif, école maternelle. Par leur proximité avec l'enfant, pendant un temps long et continu, ainsi que par leur lien avec les parents, les professionnels (surtout de l'accueil et de l'enseignement) sont dans une situation stratégique pour un travail de prévention.

8.4. ... mais un recours différencié en fonction de l'offre et des conditions socio-économiques des familles

On distingue un recours aux praticiens libéraux différencié en fonction de l'offre et des conditions socio-économiques des familles. En effet, le recours aux pédiatres libéraux est moins élevé là où l'offre est moins importante (exemple dans le département de l'Ain). Les conditions socio-économiques des familles expliquent également ces écarts (exemple dans le département de la Drôme). Le recours aux pédiatres est moins élevé dans certaines zones mais il est parfois compensé par un recours plus élevé aux médecins généralistes, comme c'est le cas dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche.

On constate également un report du recours du libéral au service public en fonction de l'offre mais aussi des conditions socio-économiques des familles. Ainsi les taux de consultation et de VAD prénatales et postnatales comme ceux des enfants de moins de 6 ans sont les plus élevés dans le département de la Drôme.

En parallèle, on constate un recours de plus en plus important aux services d'urgence.

8.5. Un état de santé du jeune enfant globalement satisfaisant ...

Avec en moyenne 355 décès par an sur la période 2000-2011, le taux de mortalité des 0-9 ans s'élève en Rhône-Alpes à 0,4 pour mille enfants. Le taux annuel de mortalité infantile en Rhône-Alpes s'élève à 3,3‰. Ce taux est comparable au taux national. Les principales causes de décès sont les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, la mort subite du nourrisson et les malformations congénitales et anomalies chromosomiques. Chez les enfants de plus d'un an, les accidents (de la vie courante et de la circulation) et les tumeurs (leucémies et tumeurs du système nerveux central) sont les deux causes principales de mortalité.

En Rhône-Alpes, en moyenne par an, sur la période 2010-2013, 31 950 enfants de 1 à 4 ans ont été hospitalisés soit 10% des enfants de 1 à 4 ans domiciliés en Rhône-Alpes et 22 118 enfants de 5-9 ans soit 5% des enfants de cet âge. Chez les enfants de 1-4 ans, les principaux motifs d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil respiratoire (asthme, bronchiolite ...) et les maladies de l'oreille. Chez les 5-9 ans, les taux de patients hospitalisés diminuent fortement et les principaux motifs sont les maladies de l'appareil respiratoire, les lésions traumatiques (chute, fracture...) et les maladies de l'appareil digestif.

Concernant les maladies chroniques chez les jeunes enfants, on observe en Rhône-Alpes en moyenne par an sur la période 2010-2013, 1 400 ALD déclarées chez les 0-4 ans et 1 170 chez les 5-9 ans. Le motif d'admission en ALD le plus important aussi bien chez les enfants de 0-4 ans que les enfants de 5-9 ans concerne les affections psychiatriques. On recense environ 900 admissions en ALD pour maladies psychiatriques par an chez les enfants de 0-9 ans dont 55% pour troubles envahissants du développement (autisme, syndrome d'Asperger, hyperactivité associée à un retard mental...), 21% pour retard mental, 10% pour troubles spécifiques de la personnalité et 10% pour troubles mixtes et troubles émotionnels.

Ces données présentent, en Rhône-Alpes, les principales pathologies qui touchent les jeunes enfants et soulignent que les jeunes enfants, dans l'ensemble, sont globalement en bonne santé. Les enfants de 1 à 14 ans sont le sous-groupe de population qui a la plus faible mortalité et le plus faible taux d'hospitalisation, une fois passé le cap de la première année où le recours aux soins est très élevé.

8.6. ... mais des inégalités sociales de santé persistent encore et toujours

Cet état de santé ne doit cependant pas masquer les inégalités qui persistent, notamment selon le milieu social, qu'elles aient trait à la mortalité ou à la morbidité.

Concernant la santé périnatale, le taux annuel de naissances prématurées s'élève en Rhône-Alpes à 6,6% sur la période 2010-2013. Ce taux fluctue de 5,8% dans le département de Haute-Savoie à 7,1% dans les départements de la Drôme et de l'Isère.

Pour les grands prématurés (nés avant 33 S.A.), l'analyse du Réseau ECL'AUR permet de souligner des disparités importantes par commune : ainsi sur la période 2010-2013, la commune de Saint-Fons enregistre un taux de naissances prématurées avant 33 S.A. de 2,2% tandis que la commune d'Oullins enregistre un taux inférieur à 1%. Il semblerait qu'il y ait un marqueur social, mais il conviendrait d'analyser plus finement ces données pour pouvoir expliquer, en partie, les raisons de cette grande prématurité.

Les résultats des enquêtes menées par le service de la PMI de la Métropole de Lyon et Médecins du Monde lors des distributions alimentaires, soulignent que le taux d'enfants enquêtés avec un petit poids de naissance (moins de 2500 g) est de 11%, soit près du double de la moyenne départementale. De même, sur l'ensemble des enfants enquêtés, 15,9% sont nés avant 37 S.A. Ce pourcentage reste bien au-dessus de la moyenne départementale (autour de 6%).

Enfin l'étude de l'ONED sur la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance souligne la forte corrélation entre enfants nés prématurément et enfants placés. Dans le département de la Haute-Savoie, le taux d'enfants prématurés est deux fois plus important chez les enfants placés que chez les enfants du département.

Concernant la santé du jeune enfant, l'analyse des données s'est portée sur deux problématiques de santé : la santé bucco-dentaire et les problèmes de surpoids et d'obésité chez les enfants de 5-6 ans. Si les tendances générales sont à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire et à la stabilisation du surpoids et de l'obésité chez les enfants, ces évolutions connaissent des différences très importantes selon les milieux sociaux.

En Rhône-Alpes, ces dernières années, environ 4,5% des enfants scolarisés en grande section de maternelle présentaient au moins 2 dents cariées aussi bien dans l'Académie de Lyon que dans l'Académie de Grenoble. Au sein de l'Académie de Lyon, ce pourcentage varie de 11,2% dans les écoles en éducation prioritaire (EP) à 3,1% dans les écoles hors EP sur l'année 2012-2013. Au sein de l'Académie de Grenoble, le constat est identique sur la période 2014-2015, le taux passe de 10,6% dans les écoles en EP à 3,7% dans les écoles hors EP. L'analyse sur certains départements de la région Rhône-Alpes est identique et les taux sont parfois trois fois plus élevés dans les écoles en EP que dans les écoles hors EP.

Un autre indicateur vient compléter ce constat, il s'agit du taux de bénéficiaires du programme M't dents. En 2013, en Rhône-Alpes, 32% des jeunes de 6-9-12-15-18 ans ont bénéficié du programme M't dents. Ce taux chute chez les jeunes domiciliés dans les quartiers en politique de la ville à 14%.

Concernant les enfants en surpoids et obésité, en Rhône-Alpes, le taux semble moins élevé qu'en France. Il s'élève à 4% dans l'académie de Lyon et 2,6% dans l'académie de Grenoble. Toutefois les différences entre écoles en EP et hors EP restent importantes et passent du simple au double dans les deux Académies.

