

LA PÉRIODE PÉRINATALE ET LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

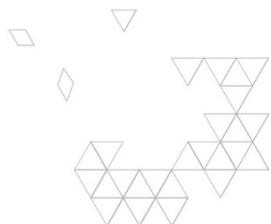
Dr Jean-François Buyck, Dr Anne Tallec

SOMMAIRE

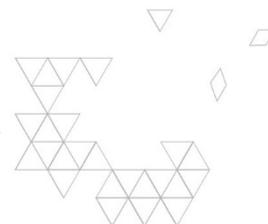
FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	39
Des naissances moins nombreuses, et de plus en plus tardives	40
Moindre fréquence régionale des naissances prématurées et de petit poids	40
Un recours fréquent aux services d'urgences	42
Une journée d'hospitalisation sur deux est liée à la prématurité ou l'hypotrophie	43
Tendance à la baisse du taux d'enfants hospitalisés, hormis en Sarthe	44
330 enfants mort-nés et 120 décès d'enfants de moins d'un an chaque année	44
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	47

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Les facteurs de risque de prématurité	40
ENCADRÉ 2. Le réseau régional "Grandir ensemble" : un outil pour l'étude du devenir des enfants vulnérables dans les Pays de la Loire	42
ENCADRÉ 3. L'allaitement maternel dans les Pays de la Loire	42
ENCADRÉ 4. La difficile interprétation de l'évolution de la mortalité	45
ENCADRÉ 5. Les bénéfices des programmes de soutien à la parentalité	46



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE
La période périnatale et la première année de vie



1 LA PÉRIODE PÉRINATALE ET LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les Pays de la Loire restent une des régions les plus fécondes de France, malgré une légère baisse de la natalité au cours des années récentes. Près de 120 enfants y naissent chaque jour, soit plus de 40 000 nouveau-nés chaque année. La très grande majorité de ces enfants sont en bonne santé, et la plupart des indicateurs régionaux de santé périnatale et concernant la première année de vie sont plus favorables que la moyenne nationale.

La prématurité, qui concerne 6,5 % des nouveau-nés de la région en 2015, constitue l'un des risques majeurs pour la santé des jeunes enfants et un motif important de recours aux soins. Ce taux, qui est inférieur à la moyenne nationale (7,2 %) et l'un des plus faibles de France, fluctue entre 6,0 et 6,5 % depuis le début des années 2010 sans qu'aucune réelle tendance évolutive régionale ne se dégage. Au sein de la région, le taux de prématurité est nettement plus élevé en Sarthe (7,5 %) que dans les quatre autres départements. Les conditions socioéconomiques plus défavorables de la population sarthoise, qui constituent un facteur de risque bien établi de prématurité, pourraient pour partie expliquer ce constat. Actuellement, les taux de pauvreté sont particulièrement élevés chez les personnes de 18 à 29 ans (13 % en moyenne dans la région, 16 % en Sarthe) et dans les familles monoparentales (33 % au niveau régional, 37 % en Sarthe).

La prématurité voit également sa fréquence augmenter avec l'âge maternel. Dans la région comme en France, l'âge moyen des mères à la naissance ne cesse de s'élever et dépasse désormais 30 ans. Cette évolution augmente le risque de prématurité de façon directe, mais aussi de façon indirecte via la baisse de la fécondité qui génère des recours plus fréquents à l'assistance médicale à la procréation (AMP). Cette dernière majore le risque de naissance prématurée et de petit poids notamment en raison du risque accru de grossesse multiple. Actuellement, 3,4 % des naissances régionales sont issues d'une AMP contre 2,9 % au début des années 2010.

Enfin, le mode de vie des parents et notamment le tabagisme (qui concerne un Ligérien de 15-34 ans sur trois, et près d'une femme enceinte sur cinq), ainsi que les affections métaboliques (obésité, diabète) pour lesquelles les facteurs nutritionnels jouent un rôle majeur, impactent aussi directement et indirectement (via les problématiques d'infertilité) le risque de naissance prématurée.

La première année de vie représente une période de grande vulnérabilité physiologique, au cours de laquelle le recours au système de santé et notamment aux services de soins hospitaliers est particulièrement fréquent. Les affections motivant ces recours sont souvent directement en lien, ou aggravées par une prématurité ou une hypotrophie : ces situations sont notamment responsables de près de la moitié (48 %) des journées d'hospitalisation d'enfants de moins d'un an en 2015.

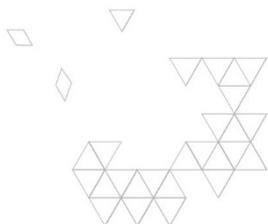
Pour 1 000 enfants de moins d'un an, plus de 500 passages dans les services d'urgences de la région ont été dénombrés, et près de 300 enfants ont été hospitalisés en 2015. La situation régionale se caractérise par un taux d'enfants de moins d'un an hospitalisés inférieur de près de 25 % à la moyenne nationale. Cet écart s'est amplifié au cours des années récentes, en raison d'un recul marqué de la fréquence des hospitalisations à cet âge (- 4,6 % par an), diminution trois fois plus importante que celle constatée au plan national.

La Sarthe se distingue par un taux d'enfants hospitalisés en augmentation, et maintenant assez proche de la moyenne nationale. Outre des facteurs de nature épidémiologique ou socioéconomique, cette particularité pourrait être rapprochée d'une offre en médecins généralistes et pédiatres libéraux inférieure à la moyenne française et en repli.

Environ 330 enfants naissent sans vie, et 120 décèdent au cours de leur première année de vie, chaque année en moyenne dans la région. Ces effectifs se sont nettement réduits au cours des dernières décennies, en lien avec l'amélioration du suivi des femmes enceintes et des conditions d'accouchement, et l'apparition de certaines recommandations (notamment celles relatives à la mort subite du nourrisson). Les indicateurs de mortalité autour de la naissance et dans la première année de vie témoignent en outre d'une situation régionale encore plus favorable qu'en moyenne en France.

Dans les années à venir, la prévention de la prématurité reste un enjeu fort, car ses principaux facteurs de risque ne montrent actuellement aucune réelle tendance évolutive à la baisse. Cette prévention passe notamment par la lutte contre le tabagisme et les habitudes nutritionnelles défavorables des jeunes, ainsi que par la surveillance en santé périnatale, notamment parmi les classes sociales les moins favorisées, particulièrement exposées à un suivi prénatal insuffisant.

Le soutien à la parentalité constitue également un axe important dans la lutte contre les inégalités sociales de santé apparaissant dès le plus jeune âge. Il est en effet bien établi que les difficultés à exercer le rôle de parents sont plus souvent exprimées parmi les groupes sociaux les moins favorisés, et que le cumul de ces facteurs peut avoir un impact sur la santé de l'enfant à court, moyen et long termes.



Des naissances moins nombreuses, et de plus en plus tardives

La période périnatale et la première année de vie mobilisent fortement le système de santé régional de par l'ampleur des enjeux qui s'y rattachent à court, moyen et long termes, et la fréquence des événements concernés : un peu plus de 42 000 enfants ligériens sont nés en 2015, soit environ 115 nouveau-nés par jour. Les Pays de la Loire restent, à cet égard, une des régions parmi les plus fécondes de France, avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 204 enfants pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans (198 en moyenne en France métropolitaine)¹ [1].

La natalité connaît toutefois dans la région (comme au plan national) une légère baisse depuis le pic de 46 000 naissances observé en 2010, en lien avec deux composantes : d'une part la diminution du nombre de femmes en âge de procréer, et d'autre part le recul de la fécondité. Parallèlement, l'âge des mères à l'accouchement ne cesse d'augmenter et atteint 30,3 ans dans la région en 2014, contre 28 ans au début des années 1990 [2] [3], cette tendance pouvant en partie être rapprochée de facteurs de nature socioculturelle (allongement de la durée des études, progression de l'emploi féminin...).

L'élévation de l'âge maternel constitue un déterminant majeur en santé périnatale, puisqu'il impacte - au même titre que la surcharge pondérale et la consommation de tabac notamment - les risques de naissances prématurées et de petit poids, de manière directe [ENCADRÉ 1], mais également indirectement à travers les problématiques d'infertilité et de recours à une assistance médicale à la procréation (AMP). Il est en effet bien montré que les techniques d'AMP favorisent la survenue d'une grossesse multiple et induisent donc un risque augmenté de naissance avant le terme. En outre, l'AMP induirait également un risque augmenté de naissance prématurée pour les nouveau-nés singletons [4].

En 2014, le nombre de tentatives d'AMP (inséminations artificielles et fécondations *in vitro*) s'établit à plus de 8 400, et près de 1 500 enfants nés cette année dans la région (3,4 %) sont issus d'une AMP [5]. Cette proportion n'a cessé d'augmenter, notamment depuis le début des années 2010 (où elle s'établissait alors à 2,9 % [3]), en lien avec les progrès et la diffusion des techniques d'AMP. Les Pays de la Loire font partie, à cet égard, des régions présentant un niveau important d'activité d'AMP en lien avec une offre en centres (1,1 pour 100 000 femmes en âge de procréer) et laboratoires d'inséminations (1,9 pour 100 000) plus élevée qu'au plan national (respectivement 0,9 et 1,7 pour 100 000), et "couvrant largement les besoins de la population régionale" selon l'Agence de la biomédecine [5].

ENCADRÉ 1. Les facteurs de risque de prématurité

Le risque de prématurité est augmenté en cas de grossesse multiple, d'âge maternel élevé, de complications obstétricales (hypertension artérielle gravidique, anomalies utéro-placentaires, infections notamment), et d'antécédents de prématurité ou d'hypotrophie fœtale [6].

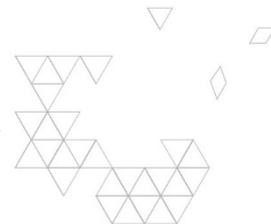
La consommation maternelle de tabac est également un facteur de risque majeur de naissance prématurée. En 2010, près d'une Ligérienne sur cinq (18 %) ayant accouché déclare avoir consommé du tabac au cours du troisième trimestre de la grossesse (17 % en France) [3].

Des études ont par ailleurs mis en avant l'influence des affections métaboliques (diabète, obésité) et psychiatriques (anxiété, dépression), mais aussi des facteurs d'ordre socioéconomique (faible niveau d'éducation et pauvreté notamment) dans le risque de survenue d'une naissance prématurée [7]. Le taux de prématurité est notamment deux fois plus élevé parmi les femmes ouvrières et employées que chez les cadres [8].

Moindre fréquence régionale des naissances prématurées et de petit poids

En 2015, le taux régional de prématurité estimé à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [voir encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens] s'élève à 6,5 % des

¹ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.



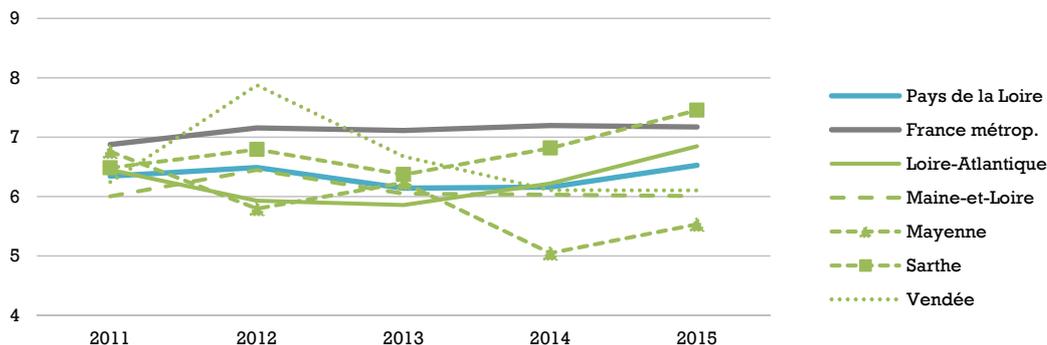
naissances vivantes, soit une valeur inférieure à la moyenne nationale (7,2 %) et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine [9].

Au plan régional, 5,2 % des naissances sont de prématurité moyenne (naissances entre 33 et 36 semaines d'aménorrhée), 1,0 % de grande prématurité (de 28 à 32 semaines d'aménorrhée), et 0,3 % de très grande prématurité (moins de 28 semaines d'aménorrhée). Le plus faible taux régional de prématurité s'explique par une fréquence des prématurités moyennes moins importante qu'au plan national (5,8 %). Les taux nationaux de grande et de très grande prématurité (respectivement 1,1 et 0,3 %) sont sensiblement identiques à ceux observés dans les Pays de la Loire.

Le taux de prématurité a fluctué dans les Pays de la Loire entre 6,0 et 6,5 % depuis le début des années 2010 (période à partir de laquelle le PMSI permet un suivi annuel relativement fiable de cet indicateur), sans qu'une réelle tendance évolutive ne puisse être dégagée [Fig1]. Au plan national, le taux de prématurité tend à augmenter légèrement, passant de 6,9 % en 2011 à 7,2 % en 2015.

À l'exception de la Sarthe (7,5 %), tous les départements des Pays de la Loire présentent en 2015 un taux de prématurité inférieur à la moyenne nationale. La situation apparaît plus favorable en Mayenne (5,5 %) et dans une moindre mesure dans le Maine-et-Loire (6,0 %) et en Vendée (6,1 %), qu'en Loire-Atlantique (6,8 %). Le positionnement de la Sarthe peut en partie être rapproché d'une situation moins favorable en matière de conditions socioéconomiques, qui constituent un facteur de risque bien établi de prématurité. La Sarthe présente en effet un taux de pauvreté plus élevé que dans le reste de la région, notamment chez les 18-29 ans (16 % contre 11 à 14 % dans les autres départements) et parmi les familles monoparentales (37 %, contre 30 à 35 %).

Fig1. Évolution du taux de naissances prématurées
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011-2015)



Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 naissances vivantes

Le faible poids de naissance (défini comme un poids inférieur à 2 500 grammes, quel que soit l'âge gestationnel) est souvent en relation avec une naissance prématurée ou un retard de croissance intra-utérin. Il constitue un important facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte.

En 2013, le taux régional de petit poids de naissance estimé par le PMSI s'élève à 6,5 % des naissances vivantes, soit une valeur inférieure à la moyenne nationale (7,2 %) et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine [10]. À l'instar du taux de prématurité, le taux régional de petit poids de naissance évolue peu depuis 2010 (6,4 %), suivant ainsi la tendance évolutive nationale [3] [11].

Tous les départements des Pays de la Loire présentent en 2013 un taux de petit poids de naissance inférieur ou égal à la moyenne nationale. La situation apparaît plus favorable en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Sarthe (respectivement 6,2, 6,3 et 6,7 % des naissances vivantes), qu'en Mayenne (7,0 %) et en Vendée qui présente un taux de petit poids de naissance identique à la moyenne nationale (7,2 %).



ENCADRÉ 2. Le réseau régional "Grandir ensemble" : un outil pour l'étude du devenir des enfants vulnérables dans les Pays de la Loire [12]

"Grandir ensemble" est le réseau régional de suivi des enfants vulnérables (nés avant 33 semaines d'aménorrhée et/ou pesant moins de 1 500 grammes à la naissance, et/ou ayant une pathologie modérée ou sévère). Des consultations de suivi, assurées par un médecin référent choisi par les parents, sont régulièrement proposées de la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans. Les objectifs de ce réseau sont de permettre un accompagnement des familles, d'évaluer précocement les compétences des enfants et ainsi de repérer d'éventuelles difficultés de développement, pour mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire précoce. Le réseau est également un outil de suivi épidémiologique des enfants vulnérables de la région, et notamment ceux nés très grands prématurés.

Au cours de l'année 2015, 743 enfants ont été inclus dans le réseau, ce qui représente 1,8 % des naissances régionales. Au total, près de 5 800 enfants sont suivis dans la file active à la fin de cette année, et 5 500 ont bénéficié d'une évaluation de leurs compétences à 2 et 5 ans. Les critères d'évaluation recueillis permettent notamment d'établir une catégorisation des différentes sphères de développement (moteur, cognitive, psychologique, sensorielle) et d'avoir une estimation du nombre d'enfants exempts de difficultés.

Selon ces évaluations, à 2 ans, 80 % des enfants ligériens vulnérables inclus ont un développement (évalué à cet âge essentiellement sur le plan moteur) considéré comme optimal. À 5 ans, 57 % ont un développement moteur, cognitif et comportemental optimal. Parmi les autres enfants, les difficultés de développement sont très variables, allant d'anomalies légères à sévères.

ENCADRÉ 3. L'allaitement maternel dans les Pays de la Loire

L'allaitement maternel présente de nombreux bénéfices pour le nouveau-né, notamment sur les plans nutritionnels et immunitaires. Les nouveau-nés bénéficiant de l'allaitement maternel présentent moins de risques d'infections (otites, infections respiratoires) et de pathologies gastro-intestinales (diarrhées aiguës). La fréquence de certaines pathologies allergiques (rhinite, asthme, eczéma) chez les enfants à risque serait diminuée en cas d'allaitement maternel, tout comme le seraient à plus long terme, les risques de pathologies inflammatoires du tube digestif, d'obésité et de diabète.

Concernant les mères, l'allaitement contribue à diminuer la fréquence des hémorragies du post-partum. L'effet protecteur sur le risque de cancer du sein a été jugé suffisamment convaincant pour que l'allaitement maternel soit recommandé dans la prévention des cancers au niveau international. L'allaitement entraînerait par ailleurs une diminution du risque de dépression du post-partum.

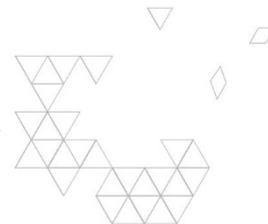
Selon les enquêtes nationales périnatales, le taux d'allaitement maternel (exclusif, ou mixte avec lait artificiel) à la maternité a nettement augmenté entre 1998 et 2010 en France métropolitaine, passant de 52 à 69 %. Les Pays de la Loire ont suivi la même tendance évolutive, tout en présentant en 2003 (51 %) comme en 2010 (57 %) un taux d'allaitement maternel très significativement inférieur à la moyenne nationale [3].

Ce constat est conforté par les données collectées dans les certificats de santé du 8^e jour. Selon cette source, les taux départementaux d'allaitement les premiers jours après la naissance s'échelonnent en 2014 de 48 % en Sarthe à 49 % en Mayenne, 50 % en Vendée, et 51 % en Maine-et-Loire (données non disponibles pour la Loire-Atlantique), contre 65 % en moyenne parmi l'ensemble des départements de France pour lesquels l'information est disponible [13].

Les raisons du faible taux régional d'allaitement maternel sont multiples et complexes à analyser. Une partie de l'écart à la moyenne nationale pourrait être liée à une part plus importante de femmes en situation professionnelle active après leur grossesse dans les Pays de la Loire, ou à des différences dans les modalités d'information des mères sur la pratique de l'allaitement. D'autres facteurs de nature culturelle jouent en outre un rôle majeur, la situation régionale s'inscrivant plus globalement dans un gradient décroissant du taux d'allaitement, des départements de la façade Est et du Sud de la France, vers ceux de l'Ouest.

Un recours fréquent aux services d'urgences

La première année de vie est une des périodes où le recours aux soins d'urgence et hospitaliers est le plus élevé. Les recours à cet âge sont souvent en lien avec une affection d'origine périnatale, notamment dans un contexte de naissance prématurée ou d'hypotrophie. Ces situations représentent en effet des risques accrus d'infections et de pathologies digestives ou respiratoires, qui peuvent être rapprochées d'une immaturité des organes et des fonctions - immunitaires en particulier - de l'enfant. Certains facteurs environnementaux, comme le tabagisme parental, favorisent en outre la survenue de ces pathologies ou peuvent les aggraver (formes sévères de bronchiolites par exemple). Les facteurs économiques, sociaux et psychologiques jouent dans ce contexte un rôle majeur : le risque d'admission à l'hôpital augmente significativement parmi les enfants de classes socio-



économiques moins favorisées, et de mères célibataires, présentant un faible niveau d'éducation ou des troubles dépressifs [3].

Dans les services d'urgences de la région, plus de 23 600 passages concernent des enfants ligériens de moins d'un an (13 300 garçons et 10 300 filles) en 2015, soit des taux de passages de 593 pour 1 000 garçons et 487 pour 1 000 filles² [14]. Le recours aux urgences est plus de deux fois plus fréquent à cet âge que parmi le reste de la population âgée de moins de 18 ans.

La très grande majorité des passages aux urgences pour lesquels le diagnostic principal est renseigné³ [15] présentent un diagnostic de type médicochirurgical (85 %) : dyspnées et pathologies des voies aériennes inférieures (21 %), douleurs abdominales et pathologies digestives (20 %), pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (15 %), fièvre et infectiologie générale (14 %). Les diagnostics principaux de nature traumatologique sont nettement moins fréquents (11 %) et concernent essentiellement des traumatismes de la tête et du cou (7 %). Cette répartition diffère nettement de celle observée parmi les enfants plus âgés (de 1 à 17 ans), où la traumatologie représente près de six passages sur dix (58 %). Les passages aux urgences se concluent assez fréquemment, dans plus d'un quart des cas (27 %), par une hospitalisation (contre 12 % parmi le reste de la population âgée de moins de 18 ans).

Une journée d'hospitalisation sur deux est liée à la prématurité ou l'hypotrophie

En 2015, 12 300 enfants de la région de moins d'un an (7 000 garçons et 5 300 filles) ont été hospitalisés en court séjour⁴, soit des taux d'enfants hospitalisés de 308 pour 1 000 garçons et 246 pour 1 000 filles [9].

Plus de quatre enfants hospitalisés sur dix (41 %) l'ont été pour une affection dont l'origine se situe dans la période périnatale. Parmi eux, 17 % ont été hospitalisés pour prématurité ou hypotrophie. Ces deux situations pèsent fortement sur les prises en charge hospitalières, puisque près de la moitié (48 %) des journées d'hospitalisation d'enfants ligériens de moins d'un an sont liées à ces motifs en 2015.

Outre ces situations, les maladies de l'appareil respiratoire (23 %) et plus particulièrement les bronchites et bronchiolites aiguës (17 %), les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (7 %), ainsi que les maladies intestinales infectieuses (6 %) incluant les diarrhées et gastroentérites, et les lésions traumatiques et empoisonnements (5 %) constituent les diagnostics principaux d'hospitalisation les plus fréquemment notifiés.

La proportion des Ligériens de moins d'un an hospitalisés en court séjour est, tous motifs confondus, nettement inférieure à la moyenne nationale en 2015 (- 21 % chez les garçons et - 27 % chez les filles). Ce constat général peut être rapproché de plusieurs éléments : la proportion plus faible des naissances prématurées dans la région, les facteurs de natures épidémiologique et socioéconomique, mais aussi les spécificités régionales en matière de recours aux établissements de santé, les Pays de la Loire faisant notamment partie des régions de France qui ont le plus faible taux de recours aux services d'urgences [16].

Les taux régionaux d'enfants hospitalisés sont significativement inférieurs à ceux de France métropolitaine pour les motifs les plus fréquents d'hospitalisation, chez les garçons comme chez les filles : affections d'origine périnatale (respectivement - 33 et - 38 % par rapport à la moyenne nationale), maladies de l'appareil respiratoire (- 15 et - 19 %), infectieuses (- 21 et - 32 %), de l'appareil digestif (- 19 et - 27 %) et de l'appareil génito-urinaire (- 24 et - 30 %).

Le taux d'hospitalisations pour maladies de l'oreille (essentiellement otites moyennes et mastoïdites) est en revanche significativement plus élevé dans la région qu'en France (+ 35 % chez les garçons comme chez les filles). Ce motif ne représente toutefois qu'une part très faible (2 %) du nombre total d'enfants de moins d'un an hospitalisés dans les Pays de la Loire.

² Exploitations ORU Pays de la Loire basées sur les résumés de passages aux urgences (RPU) de 28 des 30 services d'urgences de la région (soit 97 % de l'activité totale estimée des services d'urgences (SU) de la région). Les passages d'enfants ligériens de moins d'un an dans les services d'urgences d'autres régions de France ne sont pas comptabilisés.

³ Soit 42 % des RPU. Méthodologie de regroupement des diagnostics principaux établie par la Fédération nationale des Observatoires régionaux des urgences (FÉDORU).

⁴ Hors nouveau-nés bien portants restés auprès de leur mère à la maternité.



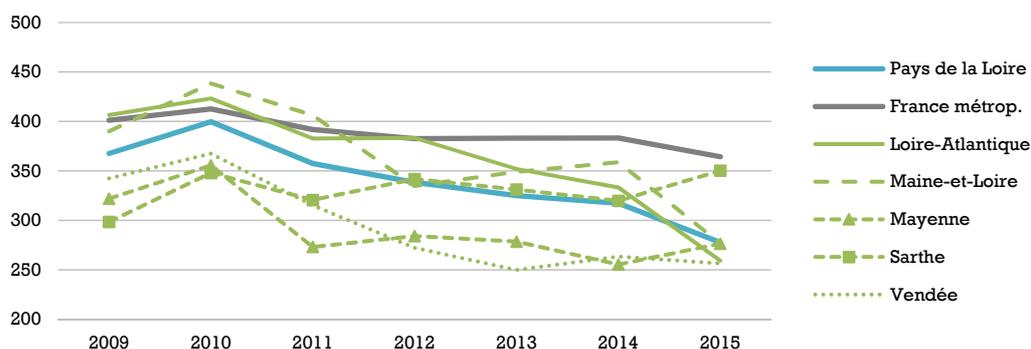
Tendance à la baisse du taux d'enfants hospitalisés, hormis en Sarthe

Entre 2009 et 2015, le taux d'enfants de moins d'un an hospitalisés tend globalement à diminuer, de manière beaucoup plus marquée dans la région (- 4,6 % par an en moyenne) qu'au plan national (- 1,6 %) [Fig 2]. L'écart entre les Pays de la Loire et la France s'est ainsi creusé au fil des années.

Au sein de la région, deux départements contribuent fortement à cette diminution : la Loire-Atlantique (- 7,2 % chaque année en moyenne entre 2009 et 2015) et le Maine-et-Loire (- 5,6 %). La baisse est un peu moins marquée en Vendée (- 4,7 %) et en Mayenne (- 2,5 %), en rapport avec une relative stabilisation du taux aux alentours de 250 à 280 pour 1 000 sur les années les plus récentes.

La Sarthe présente en revanche une situation spécifique, le taux d'enfants hospitalisés ayant eu tendance à augmenter (+ 2,7 % par an en moyenne) et à se stabiliser à un niveau très proche de la moyenne nationale en 2015. La situation de ce département peut être rapprochée - outre des raisons de nature épidémiologique ou socioéconomique - de certaines spécificités de la démographie médicale. La densité des médecins généralistes libéraux (et dans une moindre mesure celle des pédiatres libéraux) y est notamment faible et en fort repli [17]. Le recours aux services d'urgences y est parallèlement le plus élevé des départements de la région (aux alentours de 750 pour 1 000 enfants de moins d'un an)⁵.

Fig 2. Évolution du taux de patients de moins d'un an hospitalisés en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

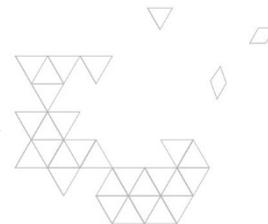
330 enfants mort-nés et 120 décès d'enfants de moins d'un an chaque année

L'étude de la mortalité autour de la naissance repose principalement sur l'indicateur de mortinatalité, qui correspond au nombre d'enfants mort-nés rapporté à l'ensemble des naissances d'une année (enfants nés vivants et sans vie) [ENCADRÉ 4].

À cet indicateur s'ajoute la mortalité infantile, qui correspond au rapport entre le nombre de décès d'enfants de moins d'un an et le nombre d'enfants nés vivants sur une année. On peut distinguer, au sein de la mortalité infantile, trois composantes en lien avec des états pathologiques et des causes de décès différents :

- la mortalité néonatale précoce, correspondant aux décès de nouveau-nés survenant au cours de la première semaine de vie,
- la mortalité néonatale tardive, correspondant aux décès survenant entre 7 et 27 jours de vie,
- et la mortalité post-néonatale, correspondant aux décès survenant à partir du 28^e jour de vie.

⁵ Exploitations ORU Pays de la Loire. Comparaisons départementales à interpréter avec précaution en raison du manque d'exhaustivité des RPU dans l'ensemble des services d'urgences de la région.



ENCADRÉ 4. La difficile interprétation de l'évolution de la mortinatalité

En France, les informations nécessaires à l'établissement de l'indicateur de mortinatalité ont été recueillies jusqu'à récemment par le biais des déclarations d'enfants nés sans vie à l'État civil. Ce recueil a été marqué au cours des années 1990 et 2000 par plusieurs modifications de la réglementation des critères de déclaration, rendant impossible toute analyse de tendances évolutives. Depuis 2008 notamment, la déclaration à l'État civil d'un enfant né sans vie est laissée à la liberté des parents pour toute grossesse à partir de 15 semaines d'aménorrhée. La France ne disposait donc plus de données de mortinatalité fiables, alors que la production de cet indicateur a été rendue obligatoire pour tout pays de l'Union européenne en janvier 2011. Dans ce contexte, il revient depuis 2012 aux établissements de santé d'enregistrer de manière exhaustive dans le PMSI (qui doit devenir la source d'information principale) les naissances sans vie survenues au sein de leurs services.

Le taux régional de mortinatalité s'établit, en moyenne en 2012-2013 à partir des données du PMSI, à 7,3 pour 1 000 naissances totales, ce qui correspond à près de 330 enfants mort-nés par an [10]. Un peu plus de la moitié (55 %) de ces décès correspondent à une mortinatalité "spontanée", et 45 % à une mortinatalité induite par une interruption médicale de grossesse. Ce taux de mortinatalité est inférieur à la moyenne nationale (8,7 pour 1 000), et le plus faible des régions de France métropolitaine. Les Pays de la Loire conservent ainsi une situation favorable pour cet indicateur, déjà mise en évidence au cours des années 2000 à partir des données d'État civil [3].

Le taux régional de mortalité infantile s'établit, en moyenne en 2013-2015 à partir des données de l'État civil [18], à 2,7 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui correspond à près de 120 enfants par an. Ce taux est également inférieur à la moyenne nationale (3,4 pour 1 000), et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine. Les taux départementaux de mortalité infantile, tous inférieurs à la moyenne nationale, s'établissent à 1,8 pour 1 000 en Mayenne, et 2,7 à 2,8 pour 1 000 dans les autres départements.

Le nombre annuel de décès d'enfants ligériens de moins d'un an a diminué de moitié depuis 25 ans [19]. Cette baisse a été particulièrement forte au cours de la première moitié des années 1990, et s'est poursuivie de manière moins importante pendant les années 2000. Elle peut en grande partie être rapprochée de la diminution de la mortalité post-néonatale par mort subite du nourrisson. Le nombre annuel des morts subites est ainsi passé dans la région de 70 en 1992 (pour près de 39 000 naissances vivantes), à 12 en moyenne sur la période 2011-2013 (pour près de 45 000 naissances), soit moins de 10 % de la mortalité infantile régionale toutes causes confondues. La diminution importante de cette mortalité est contemporaine de la diffusion de campagnes d'information sur la prévention de la mort subite du nourrisson par un couchage sur le dos, mais aussi de la protocolisation de certaines prises en charge (fièvre du nourrisson par exemple) dans les services hospitaliers d'urgences pédiatriques.

La mortalité infantile reste actuellement principalement causée par des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (51 %) - dont prématurité et hypotrophie (6 %) - et par des malformations congénitales et anomalies chromosomiques (18 %). La région présente, pour ces deux groupes de causes de décès, des taux de mortalité inférieurs de respectivement 19 et 25 % à la moyenne nationale.



ENCADRÉ 5. Les bénéfiques des programmes de soutien à la parentalité

Selon une enquête menée en 2016 en France auprès d'un échantillon représentatif des parents allocataires de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), un tiers des parents d'enfants de moins de 2 ans estiment qu'il est "peu" ou "pas du tout" facile d'exercer leur rôle. Cette proportion est plus faible que parmi les parents d'enfants plus âgés (où elle fluctue de 40 à 50 % selon le groupe d'âges) [20].

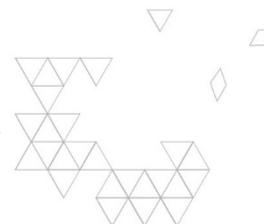
Les parents d'enfants de moins de 2 ans disent plus fréquemment que ceux d'enfants plus âgés être préoccupés sur les différents sujets relatifs à leur rôle (être proches et disponibles pour leur enfant, faire les bons choix en matière d'éducation, trouver un équilibre entre rôle de parent et vie personnelle...). À mesure que les enfants grandissent, ces préoccupations diminuent, tout comme les difficultés relatives à la santé de leur enfant (hygiène, alimentation, sommeil, maladie...). À l'inverse, d'autres difficultés concernant la scolarité et les conduites à risque par exemple, tendent à augmenter avec l'âge des enfants.

L'entourage et les professionnels de santé sont les principales ressources auxquelles les parents déclarent avoir recours en cas de difficultés, alors que les dispositifs de soutien à la parentalité (lieux d'écoute et d'information, groupes de parole et d'échanges, ateliers...) sont mentionnés par une minorité d'entre eux.

Les difficultés sociales et économiques auxquelles sont confrontées les familles peuvent rendre l'exercice de la fonction parentale plus difficile. L'enquête auprès des allocataires de la Cnaf montre à cet égard que les difficultés à exercer le rôle de parents sont effectivement plus souvent exprimées parmi les groupes sociaux les moins favorisés, et notamment par les familles ayant les plus faibles niveaux de revenus.

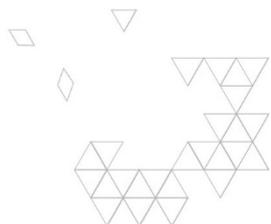
Repérer le plus en amont possible des conditions qui peuvent rendre le rôle parental difficile, et offrir un soutien et des services gradués en fonction des besoins des familles pourraient permettre de mieux prendre en compte les cumuls de difficultés auxquels sont confrontés certains parents, et par ce biais participer à la réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance [21] [voir chapitre **Inégalités sociales de santé, Vue d'ensemble de la santé des Ligériens**]. Il est en effet bien établi que la santé psychosociale des parents peut avoir un effet significatif sur la relation parent-enfant, et des conséquences sur la santé de l'enfant à court, moyen et long termes.

Les programmes de soutien à la parentalité visent notamment à améliorer des aspects du bien-être des parents. Selon une revue Cochrane des études internationales sur le sujet, les programmes de soutien à la parentalité peuvent apporter des bénéfices à court terme sur la dépression, l'anxiété, le stress, la colère, la culpabilité, la confiance en soi, ainsi que sur la satisfaction dans la relation entre les conjoints. Les résultats suggèrent que la prolongation de tels programmes serait peut-être nécessaire pour aider les parents à pérenniser ces bénéfices [22].



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [2] Le Graët A. (2016). Naissances dans les Pays de la Loire : de plus en plus de mères après 40 ans. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 49. 2 p.
- [3] Buyck JF, Tallec A, Branger B. (2013). La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité naissance - Naître ensemble" Pays de la Loire. 192 p.
- [4] Patrat C, Epelboin S. (2011). Santé des enfants conçus après assistance médicale à la procréation. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 23-24. pp. 282-284.
- [5] Agence de la biomédecine. (2016). Activité régionale d'assistance médicale à la procréation. Édition octobre 2016. 16 p.
- [6] Foix-L'Hélias L, Ancel PY, Blondel B. (2000). Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. vol. 29. pp. 55-65.
- [7] Smith LK, Manktelow BN, Draper ES, et al. (2010). Nature of socioeconomic inequalities in neonatal mortality: population based study. *British Medical Journal*. c6654.
- [8] Ancel PY, Rozé JC, Inserm. (2015). La prématurité. Dossier. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>.
- [9] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Drees. Data.Drees : Santé de la mère et de l'enfant (périnatalité). [En ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,473,1520.
- [11] Drees. (2015). L'état de santé de la population en France. Édition 2015. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 324 p.
- [12] Réseau Sécurité naissance Pays de la Loire. Grandir ensemble. [En ligne]. <http://www.reseau-naissance.fr/module-pagesetter-viewpub-tid-2-pid-21.html>.
- [13] Vilain A. (2016). Le premier certificat de santé de l'enfant (Certificat 8e jour [CS8]) - 2014. *Document de Travail, Série Sources et Méthodes*. Drees. n° 57. 167 p.
- [14] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [15] Fedoru. Site de la Fédération des Observatoires régionaux des urgences. [En ligne]. www.fedoru.fr.
- [16] ORU (Observatoire régional des urgences) Pays de la Loire. (2016). Panorama 2015. 62 p.
- [17] ORS Pays de la Loire. (2015). Médecins généralistes. In *La santé observée dans les Pays de la Loire*. 8 p.
- [18] Insee. État civil. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [19] ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. (2013). Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Mise à jour juillet 2013. 149 p.
- [20] Crépin A, Moeneclaey J. (2016). Les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité. *L'e-ssentiel*. Cnaf. n° 165. 4 p.
- [21] Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, et al. (2011). Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. *Igas*. 204 p.
- [22] Barlow J, Smailagic N, Huband N, et al. (2014). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. n° 5. 204 p.



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE
La période périnatale et la première année de vie