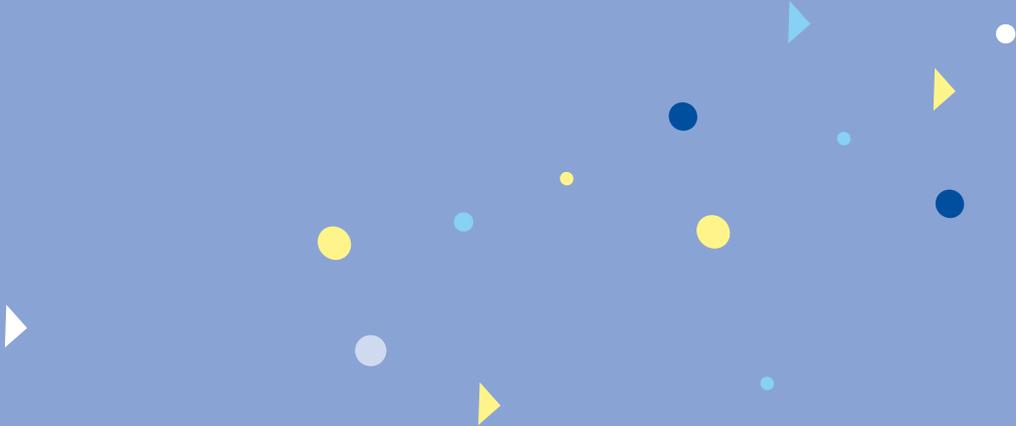


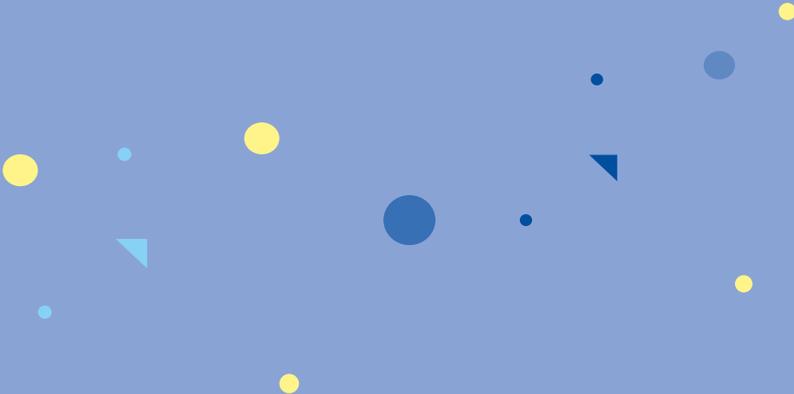
LE PROJET DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA PMI DE SEINE-SAINT-DENIS

État des lieux

La Protection Maternelle et Infantile
et la Planification Familiale de Seine-
Saint-Denis : ses usager.ère.s, leurs
problématiques de santé.

A collection of various geometric shapes including circles, triangles, and squares in shades of blue, yellow, and white, scattered across the top half of the page.

SOMMAIRE

A collection of various geometric shapes including circles, triangles, and squares in shades of blue, yellow, and white, scattered across the bottom half of the page.

05 / 08

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 —

La population de Seine-Saint-Denis, usagère potentielle du service de Protection Maternelle et Infantile et de planification familiale : caractérisation des principaux déterminants socio-économiques et situation sanitaire.

11 / 12

I - QUELQUES CHIFFRES SUR LE DÉPARTEMENT

- Contexte démographique
- Démographie médicale et équipements de la petite enfance

12 / 16

II - CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DE LA POPULATION DE SEINE-SAINT-DENIS

- Revenu
- Emploi
- Niveau d'études
- Composition familiale
- Origines
- Problèmes de logement et d'hébergement
- Couverture sociale

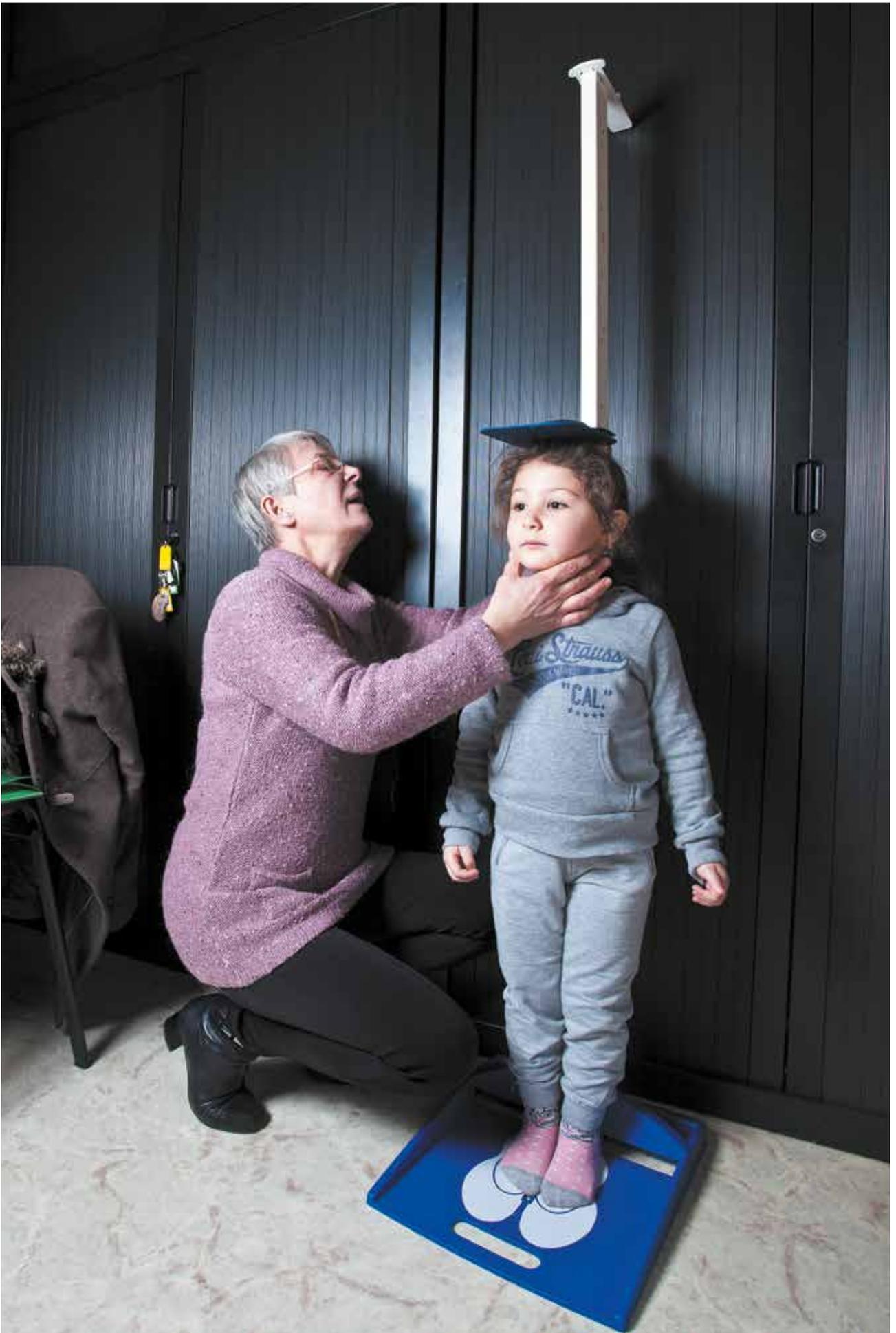
16 / 30

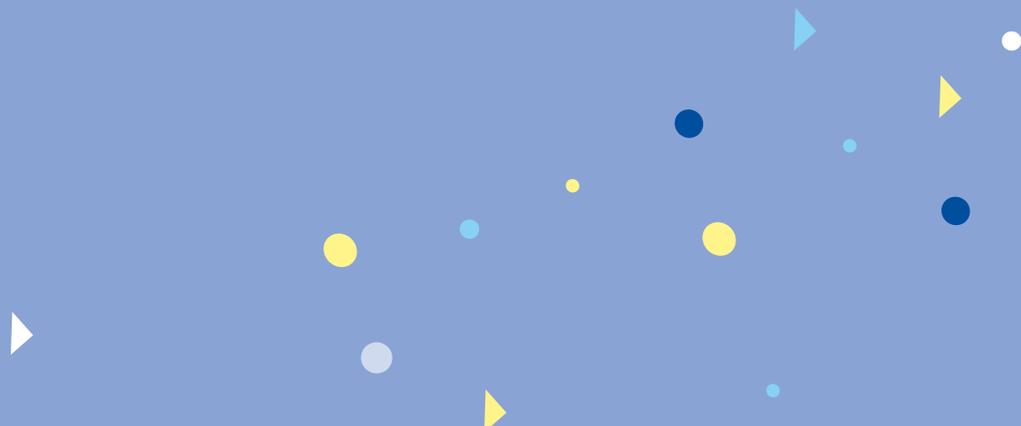
III - LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES USAGÈRES DES CENTRES DE PMI

- A** - Les problématiques liées à la santé reproductive
- B** - Les pathologies liées au suivi de grossesse
- C** - Les pathologies de l'enfant
- D** - Les pathologies des parents

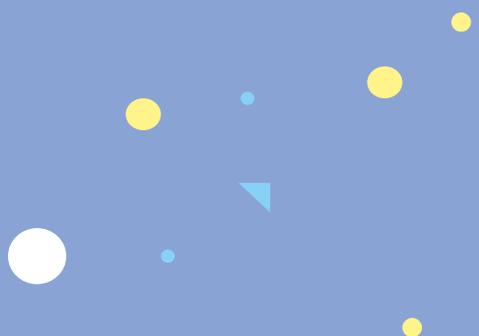
30 / 31

ANNEXES 1 À 5



A collection of scattered geometric shapes in the top right corner, including circles in yellow, light blue, and dark blue, and triangles in light blue and yellow.

INTRODUCTION

A collection of scattered geometric shapes in the bottom left corner, including circles in white, yellow, and light blue, and a triangle in light blue.

Le rôle évident de la PMI dans le champ de la prévention, comme acteur de santé publique incontournable, comme contributeur de la réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS), a été rappelé et ré-affirmé au cours des dix dernières années :

- le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2006 recommande entre autres de définir des objectifs de PMI dans les schémas départementaux et d'inscrire les missions du département dans le code de la santé publique en termes de prévention précoce et de suivi des dépistages ;
- l'avis du Conseil économique et social de 2014 identifie la PMI comme un outil de mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé qui donne la priorité à la prévention, à la proximité et à la réduction des inégalités ;
- le rapport de la Direction générale de la santé (DGS) d'octobre 2014 « identifie(r) le service de PMI comme un acteur incontournable de la politique de santé qui devra s'inscrire dans le service territorial de santé au public issu du projet de loi de santé » ;
- le rapport 2016 de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) inscrit les missions de la PMI dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé ;
- la loi santé 2016 confirme que les services de PMI contribuent à la politique nationale de santé.

Fin 2017, trois rapports nationaux ont conforté le positionnement de la PMI :

- le Haut Conseil de Santé Publique dans son avis de mai 2017 sur la Stratégie Nationale de Santé reconnaît la PMI comme un intervenant essentiel de la santé du jeune enfant, en capacité d'agir précocement, levier pour la réduction des inégalités de santé ;
- la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et le rapport des Droits de l'Enfant en 2017 ont aussi identifié la PMI comme un contributeur majeur de la prévention et de la promotion de la santé.

En juillet 2014, un projet de service structurant a été adopté par le Comité technique (CT) du département. Il a fait l'objet d'une démarche de concertation qui a associé l'ensemble des professionnel.le.s de la PMI. Construit autour de 4 axes de travail, il est mis en œuvre pour les

cinq années à venir. Les orientations proposées concernent plusieurs activités de la PMI : l'accueil des familles, les visites à domicile, les bilans de santé en école maternelle, les modes d'accueil... et apportent plus particulièrement des éléments de réponses sur les modalités organisationnelles de ces dernières.

Au local, une étude menée par le Cabinet Kurt Salmon en 2016 sur l'évolution des activités de consultation de Protection Infantile mises en œuvre par le service de PMI conclut notamment à la nécessité de maintenir le modèle de la PMI¹, tout en se dotant « d'un projet commun avec des orientations de santé publique fortes ».

Plus globalement, de nombreux économistes internationaux ont introduit le concept « d'investissement social » et « d'investissement de prévention précoce » pour indiquer que le retour sur investissement des programmes de prévention à destination des enfants de moins de 3 ans est particulièrement significatif en termes d'économies réalisées à moyen/long terme dans le domaine de la santé, des politiques sociales... Terra Nova, dans son rapport de mai 2017 « Investissons dans la petite enfance » qualifie « la démarche de prévention primaire » des centres de PMI de « logique d'investissement social avant l'heure ». Disposer pour le service de PMI de Seine-Saint-Denis d'un programme de santé publique structuré, autour d'objectifs définis et évaluables à court/moyen terme, est constitutif de cette politique d'investissement.

Tous ces éléments plaident en faveur de la nécessité d'élaborer un projet de santé publique du service de PMI de la Seine-Saint-Denis, dans les suites du projet de service, afin de :

- se donner des objectifs de santé publique (cohérence entre les problèmes de santé identifiés et les activités mises en œuvre) ;
- définir des priorités en fonction des besoins identifiés ;
- donner de la lisibilité et de la visibilité aux différentes modalités d'intervention du service ;
- confirmer la position de la PMI :
 - comme un acteur de santé publique ;
 - qui intervient en prévention précoce ;
 - et assure une prise en charge globale de ses usagers ;

1 - On entend par « modèle PMI », les spécificités inhérentes à la PMI à savoir intervenir selon une approche globale et pluridisciplinaire, proposer une offre diversifiée, individuelle et collective, une prise en charge de proximité, être ouverte à tous et facilement accessible aux plus démunis, sans avance de frais.

• et s'engager dans une démarche d'évaluation. C'est dans cette dynamique que le service de PMI a décidé de s'engager. Par ailleurs, afin de mieux articuler nos politiques publiques à celles de nos partenaires régionaux et locaux (Agence régionale de santé ARS, Assurance Maladie...), le projet pourra aussi servir d'argumentaire à l'exécutif départemental pour une meilleure prise en compte des enjeux de prévention dans le champ de la petite enfance et faciliter l'entrée en discussion avec ces derniers.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROJET DE SANTÉ PUBLIQUE

L'élaboration du projet de santé publique est prévue sur 2 phases :

- la 1^{ère} phase a eu lieu en février 2017: un séminaire de travail a réuni les cadres de la PMI et les responsables de circonscription. Organisé autour de 3 ateliers sur les thèmes « **Vivre sa sexualité** », « **Devenir parents** », « **Bien grandir** », il a permis d'identifier les problématiques de santé les plus importantes selon les participants ;
- La 2^{ème} phase a débuté en mai et se déroulera jusqu'au 1^{er} semestre 2018.

Le processus d'élaboration comprend 4 étapes :

- la 1^{ère} étape consiste en un état des lieux élaboré à partir des problématiques identifiées lors des ateliers. Elles feront l'objet d'un étayage chiffré et objectif. Ces travaux seront complétés par la réalisation d'un document descriptif des processus mis en place. Il permettra de valoriser et faire connaître les actions mises en œuvre actuellement au sein des centres de PMI pour répondre à ces problèmes (chapitre 2 du document) ;
- la 2^{ème} étape sera consacrée à la priorisation des problématiques. Elle passera au préalable par la définition des critères de priorisation, en se basant sur les recommandations de la littérature scientifique en prévention et promotion de la santé ;
- la 3^{ème} étape se traduira par une mise en perspective des pratiques médico-psycho-sociales de la PMI avec les données de la littérature. Elle débutera

par un recensement des pratiques efficaces² et se poursuivra par l'analyse des pratiques en regard de la littérature. L'objectif de cette étape sera d'apprécier, en fonction des données de la littérature, les améliorations nécessaires pour la poursuite des interventions, en précisant les ressources humaines, les moyens financiers, les outils, les ressources, les processus...nécessaires pour le permettre. Elle donnera lieu à des propositions d'orientations qui, une fois validées par les élus de la Collectivité, constitueront le projet de santé publique ;

• parallèlement à ces étapes, un protocole d'évaluation du projet de santé publique sera construit. Il s'agira de définir des indicateurs pour réaliser une évaluation des processus puis d'impact. A noter que les résultats d'impact s'obtiennent à moyen/long terme.

Ce document constitue la 1^{ère} étape d'élaboration du projet. Il a pour objectif dans le chapitre premier, de :

- 1- recenser les problèmes socio-économiques de la population du territoire afin d'en dessiner les caractéristiques propres ;
- 2- identifier les problèmes de santé perçus par les professionnels des centres et les étayer par les données épidémiologiques disponibles.

Articulés autour de deux parties, les éléments présentés concerneront dans un premier temps les caractéristiques sociales de la population du département, potentiellement usagère des services de la PMI. En effet, la caractérisation de la patientèle est à prendre en compte car elle influence les modes de prises en charge et les réponses à mettre en œuvre. La seconde partie détaillera les problématiques de santé et les données épidémiologiques qui s'y rattachent. Ces informations permettront d'apprécier la gravité et la fréquence des pathologies, éléments concourant à la priorisation.

Le chapitre deux du document présentera les processus de travail mis en place par les équipes de PMI en réponse aux problématiques de santé rencontrées.

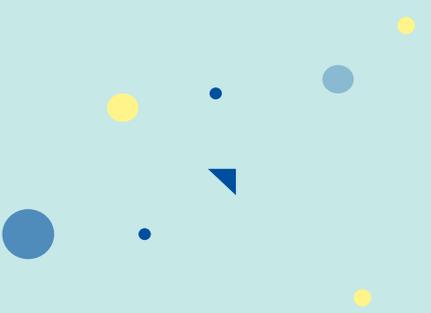
2 - Une intervention de prévention est dite efficace lorsque l'évaluation qui en est faite permet de montrer qu'elle a un impact sur le(s) déterminant(s) (c'est-à-dire les causes) (ou le(s) facteur(s) associés) et qu'elle permet d'éviter l'apparition du problème de santé visé.





CHAPITRE 1

La population de Seine-Saint-Denis,
usagère potentielle du service de Protection
Maternelle et Infantile et de planification
familiale : **Caractérisation des principaux
déterminants socio-économiques et
situation sanitaire.**



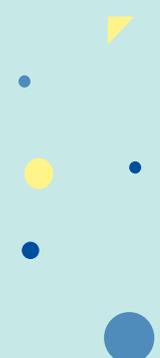
Le service départemental de Protection Maternelle et Infantile de Seine-Saint-Denis compte 114 centres de PMI et 130 centres de planification familiale. Ils accueillent chaque année près de 300 000 personnes pour des prises en charge, allant des activités de planification et d'éducation familiale, aux consultations du jeune enfant, en s'adressant à des publics multiples : enfants de moins de 6 ans, femmes enceintes, parents, jeunes filles et garçons, enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et professionnel.le.s des modes d'accueil de la petite enfance.

L'intervention de la PMI se fait selon une approche globale de la santé prenant en compte les dimensions médico-psycho-sociales. Elle est permise grâce à la composition de ses équipes pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles qui comptent 10 compétences différentes : auxiliaires de puériculture, puériculteur.rice.s, médecins, éducateur.rice.s de jeunes enfants, psychologues, psychomotricien.ne.s, sages-femmes, conseiller.ere.s conjugal.e.s, secrétaires de PMI et assistant.e.s maternel.le.s et familial.e.s.

L'activité des centres de PMI est conséquente. En 2016, ce sont plus de 170 000 examens médicaux en protection infantile, plus de 110 000 en protection maternelle, près de 25 000 en planification et plus de 1 900 séances d'animation collectives sur les questions de santé sexuelle, qui ont été réalisés.

Pour autant, ce n'est pas sans difficultés que ces actions sont menées car :

- la population Séquano-Dyonisienne connaît des problématiques socio-économiques importantes, qui ont un impact non négligeable sur son état de santé ;
- des inégalités territoriales fortes existent en Seine-Saint-Denis, puisque de nombreux problèmes de santé sont présents de manière plus fréquente et à des degrés de gravité plus importants.





QUELQUES CHIFFRES SUR LE DÉPARTEMENT

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

La Seine-Saint-Denis est le 3^{ème} département d'Île-de-France le plus peuplé et le 6^{ème} en France avec 1 522 048 habitants. Le département connaît un fort taux de natalité avec près de 30 000 naissances par an.

La population y est relativement jeune, puisque plus d'une personne sur 5 a moins de 15 ans.

D'ici 10 ans, le département accueillera environ 200 000 habitants de plus. Le territoire sera très impacté par la mise en place du Grand Paris Express, projet d'aménagement d'ampleur, qui concernera notamment les transports et les logements. Sur les 60 nouvelles gares prévues, 25 seront situées sur ce territoire. Ces développements pourraient avoir pour effet « d'attirer » de nouveaux.elles arrivant.e.s.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET ÉQUIPEMENTS DE LA PETITE ENFANCE

Le nombre de médecins généralistes baisse chaque année dans le département. On peut parler de déclin puisqu'aujourd'hui, la densité médicale des généralistes est de 125 pour 100 000 habitants en 2014, alors qu'elle était de 127 en 2012 et qu'elle est de 155 pour 100 000 habitants France entière³.

De plus, dans les cinq prochaines années, la Seine-Saint-Denis va devoir faire face à un départ massif à la retraite de médecins généralistes, spécialistes ainsi que de praticiens de la PMI ; ce qui amplifiera le manque de professionnel.le.s sur le territoire.

La médecine scolaire en Seine-Saint-Denis connaît elle aussi, un manque d'effectifs important puisque le département compte actuellement moins de 20 médecins.

S'agissant des places d'accueil de la petite enfance, fin 2016, le dispositif était structuré en une offre d'accueil collectif, rassemblant 358 établissements pour un total de 14 813 places et une offre d'accueil individuel comptabilisant 5 733 assistant.e.s maternel.le.s agréé.e.s (455 100 assistant.e.s maternel.le.s agréé.e.s en France entière⁴ en 2013), pour 15 693 places soit un total de 30 506 places d'accueil théoriques.

IMPLANTATIONS DES CENTRES DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI) EN SEINE-SAINT-DENIS

PATRIMOINE EXISTANT ET ACTIVITÉ ACTUELLE DE PMI

PMI : Gestionnaires

- Département de la Seine-Saint-Denis
- Commune
- Hospitalier
- Privé

Emprises grands équipements



3 - Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins- Démographie médicale au 1/01/2014 INSEE - 01/2014 (population légale)
4 - Enquête PMI de la DREES



CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DE LA POPULATION DE SEINE-SAINT-DENIS

Emploi, revenu, logement, couverture maladie, régularité du séjour en France pour les étrangers, niveau d'études... sont des déterminants majeurs de la santé, c'est-à-dire qu'ils influencent la santé. L'Agence de la Santé Publique du Canada compte 12 déterminants (niveau de revenu et statut social, réseaux de soutien social, éducation et alphabétisme, emploi et conditions de travail, environnements sociaux...) tandis que l'OMS les classe en 3 catégories : environnement physique (abri, écosystème stable...), environnement social (revenu, instruction, sécurité sociale...) et déterminants biologiques et comportementaux (facteurs génétiques, ethnicité, mode de vie). Certains, lorsqu'ils sont regroupés constituent le statut socio-économique des personnes. Ce sont aussi des ressources du quotidien qui, lorsqu'elles manquent, sont des facteurs de précarité.

L'intervention de la PMI se fait selon une approche globale. Elle aborde donc tous les aspects : médico-psycho-social et éducatif. Lors de la prise en charge des usager.ère.s, les professionnel.le.s de la PMI prennent aussi en compte leurs parcours de vie⁵. À ce titre, et de par sa proximité avec les populations fréquentant ses services, la PMI se retrouve confrontée à des demandes d'ordre social. Même si les actions des centres de PMI s'adressent à toute la population (dimension universaliste), une partie notable des familles qui viennent en consultation dans les PMI sont dans des conditions matérielles, économiques et sociales difficiles et en Seine-Saint-Denis, plus qu'ailleurs encore, ces difficultés peuvent être criantes, à tel point que certaines demandes peuvent largement dépasser le champ de compétences de la PMI et ses capacités d'intervention. La mobilisation des partenaires qui œuvrent dans ces autres champs d'action est donc indispensable.

Afin de mieux comprendre l'influence de ces facteurs socio-économiques sur la santé des usager.ère.s de la PMI, ces déterminants et leur prévalence sont présentés ci-dessous.

• Revenu

La littérature est riche d'études qui font le constat de connexions réelles entre le revenu des personnes et leur état de santé. En effet, plus les personnes sont pauvres, plus elles sont susceptibles de présenter des risques pour la santé. Elles accèdent plus difficilement aux services de santé, elles sont plus nombreuses à renoncer aux soins de santé, elles sont plus susceptibles d'avoir de multiples affections chroniques qui peuvent conduire à d'autres problèmes de santé (comme le diabète ou une cardiopathie) et plus susceptibles de mourir plus jeunes (pour exemple, l'espérance de vie d'un.e cadre est de 7 ans supérieure à celle d'un.e ouvrier.ère). Les travaux de recherche donnent systématiquement des preuves que la santé est meilleure chez les groupes à revenu élevé.

En Seine-Saint-Denis, 25% de la population vit dans un foyer à bas revenus (revenus inférieurs à 1 001 euros par mois par "unité de consommation") (source Observatoire régional de santé ORS IDF). Cette proportion est la plus élevée de France et d'Île-de-France (respectivement 13,5% et 14,2%).

En 2013, 54 % des ménages sont imposables contre 70 % au niveau régional (source : Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques - INSEE). En 2013, le département compte 14 % de bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA), soit deux fois plus qu'en moyenne en Île-de-France. Près d'un allocataire de la Caisse d'allocations familiales (CAF) sur quatre (24 %) a pour seul revenu les prestations versées par cet organisme (source : Conseil départemental 93, Direction de la Stratégie, de l'Organisation et de l'Évaluation - CD93, DSOE).

• Emploi

La relation entre état de santé et emploi peut revêtir plusieurs formes : des conditions de travail difficiles peuvent détériorer l'état de santé, un mauvais état de santé peut provoquer une sortie anticipée du marché du travail, les personnes ayant connu de longues périodes de chômage présentent davantage de symptômes dépressifs.

5 - En sociologie, on parle d'approche biographique. Cf. Marc Bessin, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », Informations sociales 2009/6 (n° 156), p. 12-21.

Fin 2016, le taux de chômage du département était de 12,7 % alors qu'il représentait 8,6 % dans la région (source INSEE).

Selon une enquête⁶ réalisée dans 3 centres de PMI du département entre 2014 et 2016 auprès de 118 femmes consultant les centres de PMI, 47 % d'entre elles étaient sans emploi au moment de l'enquête.

• Niveau d'études

La santé et le niveau scolaire sont liés. Le niveau de scolarité est étroitement lié à la littératie en matière de santé, c'est-à-dire la capacité d'accéder à l'information sur la santé et de l'utiliser pour prendre des décisions qui contribuent au maintien élémentaire de la santé. Les personnes dont le niveau de scolarité est élevé, pourraient être plus réceptives aux messages de prévention et être mieux à même de modifier leur comportement et d'utiliser efficacement le système de soins de santé⁷. Ainsi, les personnes ayant un haut niveau de scolarité pourraient être moins susceptibles d'adopter des comportements posant un risque pour la santé, comme l'usage du tabac⁸. La scolarité est aussi étroitement liée à d'autres déterminants sociaux de la santé. Un haut niveau de scolarité peut accroître les possibilités d'emploi et la sécurité du revenu.

Le niveau d'études de la mère est un autre facteur d'influence de l'état de santé de la mère et de l'enfant. En 2013, la part des personnes de plus de 15 ans peu ou pas diplômées (aucun diplôme ou au plus diplôme national du brevet) est de 41,3 % (source : INSEE).

L'enquête sur les PMI indique que 43 % des 118 femmes enquêtées ont un niveau Bac à Bac+2 et que 16 % d'entre elles ont un niveau d'études supérieur au Bac+2. Selon les sociologues qui ont mené l'enquête, l'écart avec les données de l'INSEE s'explique d'une part par le fait que la population INSEE prend en compte toutes personnes à partir de 15 ans, sans distinguer les hommes des femmes ; d'autre part, l'évolution récente des phénomènes migratoires en France montre que les populations migrantes actuelles sont fortement composées de femmes ayant un haut niveau de diplôme. Ce phénomène semble se confirmer dans l'échantillon interrogé en Seine-Saint-Denis.

• Composition familiale

Le réseau social et le support social sont des facteurs associés à la santé. Le réseau social est défini par le nombre et la fréquence des contacts sociaux tandis que le support social comprend le soutien émotionnel et pratique. Plus les liens sociaux tissés sont nombreux et de qualité, plus ils auront une influence positive sur la santé : meilleure intégration d'habitudes de vie saine, meilleure santé mentale, réduction du sentiment d'isolement social, renforcement de l'estime de soi...⁹

A l'inverse, on constate par exemple, que l'isolement social est un déterminant de mauvais état de santé et que lorsqu'une pathologie est déclarée, les individus socialement isolés ont un risque de décès de 2 à 5 fois plus élevé que ceux ayant un réseau social fort.¹⁰



6 - P. Martin, La patientèle et les usages sociaux de la PMI de Seine-Saint-Denis et de la Somme, 2016

7 - G. Menvielle, A. Leclerc, J.F. Chastang et D. Luce, « Socioeconomic inequalities in cause specific mortality among older people in France », BMC Public Health, 10, 2010, p. 260.

8 - N.E. Adler et K. Newman, « Socioeconomic disparities in health : pathways and policies », Health Affairs, 21(2), 2002, p. 60-76.

9 - Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé, CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREES, juin 2004

10 - Embersin-Kyprianou C, Chatignoux E. Conditions de vie et santé des personnes handicapées en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) 2008. Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS), 2012, 142 p.

11 - Ces familles représentent 13,7 % des ménages (un ménage = à partir d'une personne ; une famille = au moins 2 personnes)

En 2013, la part des familles monoparentales (parmi les familles) est de 21,9 % (contre 15,8 % en IDF)¹¹ (source INSEE). A noter aussi qu'elles connaissent généralement plus de difficultés financières que les couples.

• Origines

Il peut exister des disparités de l'état de santé en fonction de la nationalité ou du pays d'origine des personnes. Certaines situations de migration peuvent conduire à un isolement et à une perte du réseau social (cf. l'impact des liens sociaux sur la santé ci-dessus), peuvent être soumises à des conditions de vie socio-économiques difficiles : les migrant.e.s sont plus nombreux.ses à vivre sous le seuil de pauvreté, comparativement à des ménages sans immigrés et sont particulièrement touchés par le chômage.

À cela s'ajoutent la précarité administrative dans laquelle ils se retrouvent à leur arrivée en France, et les délais relativement longs pour régulariser leur situation. A titre d'exemple, il faut en moyenne attendre la sixième année de séjour en France pour un.e migrant.e originaire d'Afrique subsaharienne pour acquérir logement, titre de séjour d'au moins un an et travail rémunéré¹². Ceci a des effets sur l'accès aux droits et aux soins donc sur l'état de santé de la personne.

En outre, les publics migrants allophones peuvent être confrontés à une moindre connaissance et compréhension des circuits de prise en charge médicale.

En 2010, 21 % de la population Séquano-Dionysienne était étrangère dont 34 % habitant la ville de Saint-Denis. En Île-de-France, cette proportion est de 12 % (source : CD93, DSOE).

L'enquête sur la patientèle dans les 3 centres de PMI Séquano-Dyonisiens révèle que 57 % des femmes fréquentant ces lieux sont de nationalité étrangère (Europe, Afrique du Nord ou subsaharienne et autres).

Les naissances d'enfants de mères étrangères représentent 40,8% des naissances Séquano-Dionysiennes, pourcentage très au-dessus du second département français, le Val-de-Marne (29,8%) et de la moyenne régionale (27,5%).

• Problèmes de logement et d'hébergement

Les conditions de logement jouent un rôle important sur l'état de santé. La densité de population dans les logements apparaît comme un facteur affectant la santé : « le surpeuplement constitue un facteur indéniable de risque ou d'aggravation du risque sanitaire. L'exiguïté d'un logement, où un nombre élevé de personnes respirent dans un espace restreint et sur-utilisant certains équipements (comme la douche ou la cuisinière) peut aggraver l'humidité et l'apparition de moisissures. Le surpeuplement engendre, par ailleurs, difficultés quotidiennes et promiscuité, avec des effets sur la santé mentale et des risques d'accidents domestiques. Les situations de confinement de bébés, en lien avec l'exiguïté du logement, conduisent trop souvent à une altération de la motricité et engendrent de fréquents troubles du sommeil. De mauvaises conditions d'habitat constituent par ailleurs un risque supplémentaire d'accidents domestiques, l'exiguïté des lieux ou le manque de confort pouvant conduire à des situations dangereuses : déplacement des meubles sous les fenêtres, utilisation de chauffages d'appoint... »¹³

La mauvaise qualité d'un logement peut engendrer des symptômes relatifs à des troubles psychiques et mentaux.

• La qualité des logements dans le département

En 2011, un peu plus de 29 000 logements sont qualifiés de potentiellement indignes, soit 7,7% du parc privé, classant ainsi le département de la Seine-Saint-Denis parmi les départements français les plus concernés par la problématique (la moyenne régionale étant de 4,4 % en 2011) (source : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement - DRHIL). A noter que les ménages étrangers se logent davantage dans le parc locatif privé, avec des conditions de sur-occupation supérieures à celles des ménages français (source DSOE).

11,25 % des ménages occupant le parc privé dans le département sont en situation de sur-occupation lourde contre 5 % dans le parc social (source : DRHIL).

12 - Enquête de l'agence France Recherche Nord Sud (ANRS), Parcours 2012-2013
13 - L'état du mal-logement en France, 2016

En 2015, la région accueille 37 % des personnes vivant dans des bidonvilles (aussi appelés « camps de Roms » ou « campements illicites » par la circulaire du 26 août 2012). La Seine-Saint-Denis regroupe 12 % de ces personnes (source : Médecins du monde - MDM).

• *Le logement d'urgence*

Fin 2015, le 115 de Seine-Saint-Denis a mis à l'abri près de 2 100 personnes dans des structures d'hébergement et près de 7 500 personnes dans des hôtels (source : DRIHL).

Les familles hébergées par les services sociaux et notamment par le 115 peuvent subir une mobilité forte dans le système d'hébergement. Parmi 129 répondantes (femmes ayant un enfant de moins d'un an) d'une enquête réalisée en 2013, sur les enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France, seulement un peu plus de la moitié n'a pas déménagé pendant leur grossesse (52,7%). Les autres ont déménagé de 1 à 30 fois, presque 3 fois en moyenne (2,95), et la moitié ont déménagé plus de 2 fois.¹⁴

En Seine-Saint-Denis, 350 femmes par an sortent de maternité sans solution d'hébergement (source : étude 2014 de la Fédération Interlogement 93). En 2016, ce sont près de 500 femmes enceintes ou sortant de maternité qui ont fait appel à Interlogement 93 (qui est le porteur du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) 93) pour une demande de mise à l'abri.

Lorsqu'elles connaissent des problèmes d'hébergement, « les familles se tournent

essentiellement vers la consultation en centre de PMI : 76,2% des enfants sont allés en centre de PMI au moins une fois au cours des douze derniers mois. »¹⁵

• *La couverture sociale*

L'obtention d'une couverture maladie est une étape préalable importante pour permettre l'accès aux soins en France. Elle est théoriquement possible pour le plus grand nombre en France, notamment depuis la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 1999 et de l'Aide Médicale d'Etat (AME) en 2000. Cependant l'absence de couverture maladie est un des premiers motifs de renoncement aux soins en France¹⁶. Parmi les personnes malades, elle peut également entraîner un retard au diagnostic et à l'entrée en soins.

En 2011, sur les 143 000 bénéficiaires de l'AME franciliens, 40 000 résidaient en Seine-Saint-Denis soit 28 % (source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - CNAMTS).

En outre, selon l'ARS, 7 % des femmes enceintes de Seine-Saint-Denis sont sans couverture sociale en début de grossesse. Cette donnée correspond aux chiffres obtenus dans l'enquête sur la patientèle des 3 centres de PMI qui estimait que 8 % des consultantes étaient sans couverture sociale.

Ces différents facteurs de précarité sont le plus souvent associés : absence d'emploi et manque de revenus, mais aussi absence de logement et perte de liens sociaux ou encore, pour les étrangers, irrégularité du séjour et absence de couverture maladie ; ces associations ayant elles-mêmes un impact sur l'accès aux soins et la santé.



14 - Enquête ENFAMS 2013 ; Champ : 139 femmes interrogées, ayant un enfant âgé de moins de 1 an. 137 répondantes

15 - Enquête ENFAMS 2013 ; Champ : 566 personnes interrogées, 563 répondants pour la PMI et le pédiatre, 562 répondants pour le médecin
16 - Després C, Dourgnon P, et al. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé. 2011;170

III / LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES USAGER.ÈRE.S DES CENTRES DE PMI

Environ 70 000 enfants sont vus annuellement dans les centres de PMI du département lors des consultations infantiles, les psychologues rencontrent plus de 4 000 familles par an, les psychomotricien.ne.s interviennent auprès de 1 700 familles environ, les consultations de planification accueillent plus de 60 000 personnes, plus de 9 000 femmes enceintes sont reçues en consultations maternelles... Que ce soit lors des consultations, des séances collectives, de l'accueil dans la salle d'attente, ces moments sont l'occasion pour les professionnel.le.s d'être en contact avec les usager.ère.s, de les écouter, d'entendre leur demande et d'y répondre, de les connaître et de recueillir les informations qui les concernent, d'identifier leurs problèmes de santé. Les informations sont de plusieurs natures puisqu'elles sont obtenues dans des temps et par des professionnel.le.s différent.e.s. Elles permettent d'instruire, de manière complémentaire, les dossiers familiaux et de constituer une approche globale de l'enfant. Chacun de ces éléments informatifs complète le tableau de l'environnement familial, psychologique et social dans lequel l'enfant se développe.

Cette partie du document décrit les pathologies qui ont été énoncées par les professionnel.le.s dans le cadre d'un séminaire de réflexion (cf. partie méthode d'élaboration, p.11). Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais elles reflètent les préoccupations actuelles des professionnel.le.s, car perçues comme largement récurrentes chez les usager.ère.s rencontré.e.s. Elles sont complétées par d'autres problématiques qui n'ont pas fait l'objet de discussion lors de ce séminaire mais qui existent de manière importante sur le territoire. Elles seront à prendre en compte dans l'élaboration du projet de santé publique, notamment pour ce qui est de l'articulation avec les actions déjà mises en

œuvre pour y faire face. Elles sont identifiées dans le document par un astérisque (*).

Il faut aussi rappeler que l'intervention de la PMI n'est pas uniquement en fonction des risques et problématiques de santé identifiées (approche par risque) et qu'elle se fait aussi selon une approche positive de la santé, dans une démarche de promotion de la santé. À ce titre, plusieurs thèmes sont abordés avec les familles (le sommeil, l'alimentation...) afin de leur donner les moyens de maintenir un bon état de santé.

Afin de conforter ou d'infirmier ces impressions, un travail de recueil a été effectué. Les données épidémiologiques recueillies proviennent des rapports et études menées ces dernières années par différents organismes : ORS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), CAF, INSEE... D'autres données ont été produites par le bureau « Épidémiologie et Statistiques » du service départemental de PMI. Lorsque les données ne sont pas disponibles au niveau départemental, les tendances au niveau régional ou national ont été relevées.

Au préalable, il est important de noter que le département se distingue par l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) le plus élevé de tous les départements de France métropolitaine : 2,46 enfants par femme en 2013. Près de 30 000 enfants y naissent chaque année. Le niveau de fécondité des Séquano-Dionysiennes a fortement progressé depuis vingt ans, à un rythme plus soutenu que celui de l'ensemble des Franciliennes. De plus, la proportion de mères ayant moins de 25 ans à la naissance de leur enfant est de 14,1% en Seine-Saint-Denis, (contre 10,1% en Île-de-France) et la part des familles monoparentales (parmi les familles) est de 21,9 % (contre 15,8 % en IDF)¹⁷ (sources : INSEE et ORS IDF).

17 - Ces familles représentent 13,7 % des ménages (un ménage = à partir d'une personne ; une famille = au moins 2 personnes)

A- LES PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA SANTÉ REPRODUCTIVE¹⁸

• La contraception*

Source : ORS IDF

Tous âges confondus, en 2012, 88,5% des Séquano-Dionysiennes déclarent utiliser un moyen de contraception contre 90,7% en Île-de-France et 92,3% en France métropolitaine. On note donc une utilisation moindre des moyens de contraception.

L'enquête Fecond¹⁹ pourrait apporter quelques éléments de réponse puisqu'elle montre combien le choix de la méthode de contraception est lié à la position sociale des femmes ainsi qu'aux logiques médicales et financières qui régissent le champ de la contraception. En effet, les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural, n'utilisent pas du tout de contraception, plus fréquemment que les autres. Les ouvrières sont 6,5% dans ce cas contre seulement 1,6 % des femmes cadres.

De plus, pour certaines femmes en situation de grande précarité, la question de la contraception ne se pose même pas ; en effet, l'absence de domicile fixe peut rendre difficile toute observance.

Ces informations ne sont pas propres à la population Séquano-Dyonisienne, mais certaines des caractéristiques énoncées la concerne particulièrement.

84,1% des femmes de 15-29 ans résidant en Seine-Saint-Denis déclarent avoir utilisé un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel, proportion nettement inférieure aux données régionales et nationales (respectivement 86,0% et 87,6%).

29,0% des Séquano-Dionysiennes déclarent avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie. Cette proportion est inférieure au niveau régional (32,0%) et supérieure au niveau national.

• L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)*

- Un recours plus important à l'IVG

En 2012, un peu plus de 8 800 Séquano-Dionysiennes ont réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG) en hôpital, en médecine de ville ou en centre de santé et de planification familiale. Le taux de recours à l'IVG est de 24,1 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. C'est le taux de recours le plus important de la région Île-de-France (moyenne régionale : 17,2 pour mille). Le taux de recours est maximal entre 18 et 24 ans avec 36,9 IVG pour mille femmes (contre 25,2 pour 1 000 en IDF).



18 - La santé reproductive, dans la stratégie nationale de santé sexuelle, inclut la contraception, les interruptions volontaires de grossesse et la prévention de l'infertilité hors Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

19 - Enquête réalisée en population générale en 2010 sur les enjeux contemporains en santé sexuelle et reproductive

- Lieu : part non négligeable de la PMI

Environ trois quarts des IVG réalisées par des Séquano-Dionysiennes l'ont été dans une structure hospitalière en 2012 (74%). La proportion d'IVG réalisées en médecine libérale de ville est de 17,1%. Celle en centre de PMI de quartier est de 6% (563 au total) et en centre de santé de 2,9%.

La part des IVG réalisées en centre de santé, établissement de PMI et de planification est la plus importante de la région. Les centres de PMI de Seine-Saint-Denis sont donc des lieux de recours bien identifiés pour l'accès à l'IVG, comparativement aux autres départements franciliens.

« La stabilité des taux d'IVG semble bien alors traduire une hausse de la propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue. Alors que quatre grossesses non prévues sur dix (41 %) se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de six sur dix aujourd'hui (62 %)...La contraception et, en cas d'échec, le recours à l'IVG ont permis le passage d'un modèle de maternité sous contrainte à celui de maternité choisie. »²⁰

selon Bajos N. et Al dans un article de 2004

B- LES PATHOLOGIES LIÉES AU SUIVI DE GROSSESSES

Source : ORS IDF

En 2013, en Seine-Saint-Denis, la déclaration de grossesse a été réalisée tardivement (c'est-à-dire au-delà du premier trimestre de la grossesse) pour 8,3% des nouveau-nés (4,8% en IDF).

Concernant la mesure de la clarté nucale, près d'un nouveau-né sur dix n'en a pas bénéficié en Seine-Saint-Denis lors du suivi de la grossesse, soit près du double de la moyenne régionale. Pour ces deux indicateurs, la Seine-Saint-Denis est le département francilien ayant la part la plus importante d'insuffisance de suivi.

Selon les enquêtes périnatales (Blondel, 2003), la déclaration tardive de la grossesse à l'Assurance Maladie est corrélée au nombre de grossesses, au fait d'être une famille monoparentale, à un revenu inférieur à 1 000 euros par unité de consommation, à l'absence d'emploi, à un faible niveau d'études, au fait d'être bénéficiaire de l'AME ou de ne pas avoir de mutuelle santé et à une nationalité étrangère : autant de facteurs retrouvés dans notre population. Le suivi de grossesse insuffisant peut avoir des conséquences sur l'état de santé et le développement des enfants qui en sont issus. Cette situation augmente l'incidence des pathologies périnatales, notamment le retard de croissance intra-utérin ou le risque de morbidité néonatale. Il est possible « que les taux élevés de mortalité périnatale et infantile en Seine-Saint-Denis soient

liés, en partie, à un suivi de grossesse inadéquat qui se caractérise par un retard dans la prise en charge, des décrochages nombreux dans le suivi, un recours fréquent aux urgences et se traduit par des soins sous-optimaux »²¹.



20 - Bajos N. et al, Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Populations et Société, n°407, décembre 2004
21 - M. Carayol, M. Bucourt et Al, Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ?, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 44, n° 3, pages 258-268 (mars 2015)

• *La mortalité périnatale**

La mortalité périnatale correspond au nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés à moins de 7 jours.

En 2013, le taux de mortalité périnatale était de 13,0 pour 1 000 naissances totales en Seine-Saint-Denis, pour des taux respectivement de 11,3 et 10,3 pour 1 000 en Île-de-France et en France métropolitaine.

• *La mortalité infantile*

La mortalité infantile correspond au nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie. Cet indicateur, largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure la santé infantile et reflète plus largement l'état de santé d'une population. Il exprime l'efficacité des soins préventifs, l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant, de même que la qualité du système de soins et de santé. En outre, cet indicateur rend compte de facteurs sociaux plus larges, tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique.

Le département présente le taux de mortalité infantile le plus élevé d'Île-de-France : 5,2 pour mille naissances vivantes en 2013.

L'analyse des données au niveau infra départemental montre une surmortalité significative dans cinq communes de Seine-Saint-Denis : Le Bourget, Bondy, Drancy, Montreuil et Saint-Denis.

L'étude RéMI (Réduction de la Mortalité Infantile)²² menée dans le département en 2014 a mis en

évidence certains facteurs influant le risque de mortalité à savoir « l'âge maternel élevé, la parité, le surpoids et l'obésité, les antécédents médicaux et obstétricaux (hypertension artérielle (HTA), diabète, antécédent de malformations intra-utérines...) et l'absence de Sécurité sociale ».

Le suivi médical régulier au cours de la grossesse permet de repérer des situations à risques et de dépister des complications susceptibles de conduire à un accouchement prématuré ou un retard de croissance intra-utérin. Il permet aussi de préparer la naissance d'enfants porteurs de handicap. A l'inverse, un suivi tardif ne permet pas d'anticiper ces situations.

• *La prématurité*

La prématurité, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée entraîne de nombreuses complications d'ordre cérébral, respiratoire, sensorielle... et est responsable de handicaps à long terme, particulièrement la grande prématurité, qui concerne les enfants nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. Selon une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2012, le risque de handicap moteur grave, comme celui de déficiences intellectuelles, est plus élevé en cas de grande prématurité (respectivement 10 % et 15 %), prématurité modérée (4 % et 10 %) et tardive (0,5 % et 5 %) qu'à terme.



22 - L'analyse exhaustive a porté sur les 240 décès périnatals de l'année.

Au total, la prématurité représente près de 50 % des handicaps d'origine périnatale, soit plus de 3 500 enfants chaque année en France.

La prématurité constitue aussi une part importante des décès néonataux : près de 80% des décès en période néonatale concerne des prématurés.

En 2013, 2 126 enfants domiciliés en Seine-Saint-Denis sont nés prématurément (avant 37 SA) soit 7,6% des enfants nés vivants (vs 7,1 % sur la région). Parmi eux, 378 étaient de très grands prématurés (nés avant 32 SA, 1,3% des naissances totales). La Seine-Saint-Denis se situe ainsi au plus mauvais rang des départements franciliens.

• *L'hypotrophie**

Le taux de petits poids de naissance en Seine-Saint-Denis est également le plus élevé de la région avec 7,7% des enfants de poids inférieur à 2 500g à la naissance. Le faible poids de naissance

est souvent en relation avec une naissance prématurée et / ou un retard de croissance intra-utérin. C'est un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte.

• *Le diabète gestationnel*

En 2013, 10,3% des Séquano-Dionysiennes présentent un diabète gestationnel, davantage que pour l'ensemble des Franciliennes (8,1%) (source ORS IDF). Cette pathologie comprend des risques pour la mère et l'enfant : respectivement pré-éclampsie, œdèmes et hypertension artérielle pour l'un ; prématurité, macrosomie, détresse respiratoire, hypoglycémie néonatale, risque de malformation, risque de mort fœtale in utero pour l'autre.

C- LES PATHOLOGIES DE L'ENFANT

Les pathologies ci-dessous n'apparaissent pas selon un ordre de prévalence dans le département. Pour la plupart, elles ont été citées par les professionnels.le.s lors du séminaire de février et sont présentées de manière aléatoire.

• *La mort subite ou inattendue du nourrisson (MSN ou MIN)*

La mort subite du nourrisson désigne le « décès soudain d'un enfant de moins d'un an, inattendu de par son histoire et dont le bilan post-mortem approfondi échoue à trouver une cause adéquate du décès » (Beckwith, 1969).

La mort inattendue du nourrisson, concept introduit en 2000 par Flemming et Blair, désigne « tout décès survenu brutalement chez un nourrisson, que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir ». Cette définition a été reprise en 2007 par la Haute Autorité de Santé (HAS).

La MSN est la troisième cause de décès des enfants de moins d'un an, après les infections de la période périnatale et les malformations congénitales.²³

Selon les données 2016 du centre de PMI Empathie, cela correspond à 15 enfants en Seine-Saint-Denis. Le nombre s'élèverait à 400 à 500 nouveau-nés chaque année en France selon l'Observatoire Mort Inattendue du Nourrisson (OMIN)



• *Le syndrome du bébé secoué (SBS)*

Le syndrome du bébé secoué désigne un traumatisme crânien non accidentel, entraînant des lésions du cerveau. Il survient lorsqu'on secoue violemment un bébé ou un jeune enfant. Il concerne majoritairement des enfants de moins d'un an.

Selon quelques auteurs américains (Hobbs, Keenan), l'incidence du SBS varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins d'un an. Si l'on rapporte ces résultats au chiffre des naissances en France, on peut estimer que 120 à 240 nourrissons pourraient être concernés chaque année par cette maltraitance²⁴.

Dans une étude de Tursz de 2014, ce taux serait de 2,9 pour 100 000²⁵.

• *L'obésité infantile*

Le surpoids et l'obésité sont des problèmes de santé publique qui connaissent une prévalence importante depuis plusieurs années consécutives en France. En effet, près d'1 français.e sur 2, âgé.e de 30 à 69 ans, est en surpoids dont 15 % environ est obèse.

L'obésité est responsable de nombreuses maladies cardiovasculaires, métaboliques et articulaires. Les études épidémiologiques concluent à une association entre l'obésité dans l'enfance

et une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire, estimé entre 50 % et 80 %. En outre, l'obésité infantile est un facteur prédictif d'obésité à l'âge adulte.

D'après l'enquête nationale de santé réalisée en milieu scolaire, 8,7% des élèves scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) en 2012-2013 sont en surpoids et 3,5% sont obèses (source : DREES).

Les données du bilan de santé en école maternelle réalisé au sein du département sur l'année scolaire 2015/2016 (réalisé pour 31% des enfants scolarisés) indiquent que, à 4 ans, près d'un enfant sur 5 est en surcharge pondérale dont 5,2% est obèse (référence International Obesity Task. Force -IOTF) (source : rapport d'activité 2016 du service de PMI). Ces données coïncident avec celles déjà relevées en 2004 : « La prévalence de l'obésité chez les enfants scolarisés en Seine-Saint-Denis est plus élevée qu'au niveau national, 13,6% versus 10,6% (en 2004). Elle touche aussi bien les enfants de grande section de maternelle (13,9% versus 10,6%) que les adolescent.e.s (14,3% versus 11,3%) selon les normes françaises²⁶.



24 - Source : <http://syndromedubebesecoue.com>

25 - Tursz A., Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources, *Pediatr Radiol* (2014) 44 (Suppl 4):S641-S646

26 - Ginioux C, Grousset J, Mestari S, Ruiz F. Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent scolarisés en Seine Saint-Denis. *Santé Publique*. 2006 ; 18 : 389-400.

Chez les personnes de 16 à 59 ans fréquentant un centre d'examen de santé de l'assurance maladie en Seine-Saint-Denis, 17,6% étaient obèses et 32,7% en surpoids. Les facteurs associés étaient un revenu faible (inférieur à 800 € mensuel), le fait d'être ouvrier.ère, inactif.ve ou chômeur.se et la sédentarité²⁷... »

Ces informations sont à corréliser avec d'autres qui concernent la pratique de l'activité physique en Seine-Saint-Denis : « sur la base d'une enquête auprès de la population de l'Institut régional de développement du sport²⁸, le taux de pratique sportive en Seine-Saint-Denis est plus faible dans toutes les catégories de population, par rapport à l'Île-de-France (activité physique régulière : 55% contre 63% dans le reste de la région ; pratique intensive : 40% contre 48% pour les autres départements ; pas de sport : 18% contre 12% dans le reste de la région). »

• Le diabète infantile

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique font partie des éléments favorisant le développement du diabète. L'augmentation de la maladie est problématique en raison de ses complications graves et fréquentes : infarctus du myocarde, cécité et autres complications ophtalmologiques, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire.

L'incidence du diabète de type 1 chez les enfants et les adolescent.e.s est estimée à 15 pour 100 000 enfants en 2007 au niveau national et augmente d'environ 3 % par an.

La déclaration du diabète dans la petite enfance concerne de plus en plus les jeunes enfants : en 10 ans, le diagnostic chez les enfants de moins de 4 ans a augmenté de +78 % et depuis 15 ans, le nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints du diabète a pratiquement triplé²⁹.

L'incidence du diabète de type 2 chez l'enfant et l'adolescent est aussi en nette progression dans le monde.

Aucune donnée sur le diabète infantile en Seine-Saint-Denis n'a été trouvée.



27 - Emilio La Rosa E, Valensi P, Cohen R, Le Clésiau H. Déterminisme socioéconomique de l'obésité en Seine-Saint-Denis. Presse Med. 2003 ; 32 : 55-60.
28 - IRDS (Institut régional de développement du sport). La pratique sportive en Seine-Saint-Denis. Les dossiers de l'IRDS 2012 ; n°19
29 - INVS : Surveillance épidémiologique du diabète de l'enfant, novembre 2007

• *Les troubles sévères du développement (troubles du spectre autistique, agitation, Troubles déficit de l'attention / hyperactivité (TDHA)...)*

L'autisme infantile est un trouble sévère du développement qui atteint les fonctions de communication et le langage, le développement des relations sociales et l'imagination. Les experts parlent davantage d'autismes au pluriel, car selon les tableaux cliniques, les symptômes ne sont pas les mêmes.

650 000 personnes sont atteintes en France et 1 naissance sur 100 (soit près de 8 000 naissances annuelles) est touchée par les TSA (Troubles du Spectre Autistique). 80 % des enfants atteints d'autisme en France ne sont pas scolarisés. Selon la Direction territoriale ARS du 93 (DT ARS93), qui pense que ces données sont sous-estimées, environ 400 enfants présentant un TSA étaient recensés dans les établissements et services du département en 2015³⁰ et 38 seraient accueillis hors du département.

Les symptômes du TDAH comprennent entre autres des comportements hyperactifs / impulsifs et un trouble du déficit de l'attention. L'hyperactivité quant à elle se manifeste chez l'enfant à travers trois

symptômes principaux : une agitation incessante, un déficit de l'attention et une impulsivité qui conduit à interrompre les activités d'autrui.

Les troubles recouvrent une hétérogénéité de symptômes.

Le taux de prévalence du TDAH au niveau national se situe entre 3 et 7 % des enfants d'âge scolaire³¹. Les études révèlent que l'inattention et l'hyperactivité pendant l'enfance sont plus fréquentes dans les familles monoparentales, lorsque les parents ont été peu scolarisés ou au chômage et dans les familles dont le revenu familial est peu élevé. D'autres données sur des familles montrent que les symptômes du TDAH sont héréditaires, mais que les facteurs du milieu dans lequel évoluent les enfants lorsqu'ils sont petits, jouent également un rôle notable³².

De plus, ces dernières années, suite à des observations de médecins et professionnels de la petite enfance, émergent un questionnement autour du lien probable entre le repérage de graves troubles du comportement et de l'attention chez les petits et leur surexposition aux écrans.

Aucune donnée départementale voire régionale n'a été trouvée sur ce sujet malgré l'existence d'un Plan Autisme Ile-de-France 2013-2017.



30 - Données diffusées dans le cadre de la Démarche d'Évaluation Concertée Territorialisée autour des TSA

31 - www.tdah-france.fr

32 - A. Charach, Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : épidémiologie, comorbidité et évaluation, mai 2010

• Les troubles sensoriels

En 2010, parmi les 437 000 jeunes du département, de 0 à 20 ans, 1,2 % était bénéficiaire de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé³³ (sans précision sur le type de handicap). Ce taux est le plus important de la région.

Par ailleurs, on estime qu'environ 30 enfants naissent chaque année, dans le département, avec une déficience auditive³⁴.

Aucune donnée départementale plus précise n'a été trouvée.

• Les troubles du langage

En France, on estime que 4 à 8 % des enfants sont concernés par des troubles du langage (soit un enfant par classe environ). Aucune donnée départementale plus précise n'a été trouvée.

• Les pathologies bucco-dentaires

Les pathologies bucco-dentaires, essentiellement la carie dentaire et les maladies parodontales, représentent un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence et de leur incidence, élevées. Elles génèrent douleurs, problèmes fonctionnels ou diminution de la qualité de vie. Toutes les études s'accordent pour reconnaître l'influence des facteurs sociaux sur l'état de santé bucco-dentaire. Ainsi, le recours aux soins est très inégal au sein des populations ; les ménages disposant de faibles revenus présentent les taux de renoncement aux soins significativement plus élevés.

Les bilans de santé en école maternelle réalisés en 2015/2016 dans le département, auprès de 3 928 enfants de 4 ans (soit 31% des enfants scolarisés) ont montré que 14,8% des enfants présentaient au moins une carie, soignée ou non. Ce chiffre est en constante augmentation. Peu d'enfants accèdent à des soins car 7,2% des enfants vus présentent 1 à 2 caries non soignées et 6% présentent 3 caries et plus non soignées ; soit au total, 13,2% d'enfants ayant des caries non soignées (source : rapport d'activité du service de PMI 2016).

• Les accidents domestiques

Les accidents de la vie courante (AcVC) touchant les enfants de moins de 15 ans sont l'une des principales causes de décès à ces âges. Ils entraînent près de 200 décès par an en France. Ils recouvrent à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu et les autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). Ces drames sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation, information, adaptées. Les enfants décèdent surtout de noyade, puis d'incendies, suffocations (dont la moitié avant un an), chutes et intoxications. Les taux standardisés de mortalité par AcVC des moins de 15 ans ont diminué de 5,4% par an entre 2000 et 2010.

Il n'existe pas de données départementales.



33 - L'AEEH est destinée, sous certaines conditions, aux enfants âgés de moins de 20 ans, ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 %.

34 - Schéma départemental des personnes handicapées 2012-2016

• Les maladies infectieuses à prévention vaccinale *

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments majeurs dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses à prévention vaccinale, qui, lors d'une baisse de la vaccination émergent à nouveau et entraînent des complications non négligeables notamment pour les femmes enceintes et les enfants. Pour exemple, l'épidémie de rougeole en France de 2008-2012 au cours de laquelle près de 24 000 cas de rougeole ont été déclarés dont 10 décès (données de mars 2017 de Santé Publique France).

À ce titre et au vu du taux d'incidence de la tuberculose sur le département, une politique volontariste de vaccination par le BCG est menée depuis de nombreuses années sur le territoire. En effet, en 2011, 1 768 cas de tuberculose ont été déclarés en Île-de-France (15 cas pour 100 000 habitants). L'Île-de-France est la région de France métropolitaine où le taux de déclaration de la tuberculose est le plus élevé.

Au niveau départemental, les taux les plus élevés ont été observés en Seine-Saint-Denis (27,3 pour 100 000 habitants) puis à Paris (18,4 cas pour 100 000 habitants) (source : Cellule d'intervention en région (Cire) Île-de-France de Santé publique France IDF).

En 2012, la Seine-Saint-Denis présente la couverture vaccinale la plus élevée de la région Île-de-France (88,2% à l'âge de 9 mois).

La couverture vaccinale contre l'hépatite B atteint en 2012, 80% d'enfants vaccinés.

Les autres couvertures vaccinales sont autour de 95%, y compris pour la vaccination contre le pneumocoque.

Selon les données issues des certificats de santé du 24^e mois, en 2012, la couverture vaccinale contre la rougeole "2 doses" est de 82,8% et la couverture vaccinale "1 dose" de 94,5%. La couverture vaccinale 2 doses progresse mais reste cependant insuffisante à l'âge de 2 ans.

Concernant l'hépatite B, les certificats de santé du 24^e mois montrent une progression de la couverture vaccinale 3 doses qui atteint 81,0% en Seine-Saint-Denis (source : ORS IDF).

De manière générale, le département présente une couverture vaccinale de bon niveau. La PMI y contribue largement puisque s'agissant du BCG, 92 % des vaccinations se font dans les centres locaux. Il convient donc de conforter et maintenir ces efforts afin d'éviter toute résurgence d'épidémies.

• Le saturnisme infantile *

L'intoxication par le plomb ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le plomb incorporé par voie digestive, respiratoire ou sanguine (mère/fœtus) se distribue dans le sang, les tissus mous et surtout le squelette, dans lequel il s'accumule progressivement et reste stocké très longtemps. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main-bouche).

En 2014, le département compte 48 cas prévalents de saturnisme infantile sur les 216 cas franciliens (soit 22%), c'est le troisième département de la région après Paris et le Val-de-Marne (source : Santé Publique France (SPF)).



D- LES PATHOLOGIES DES PARENTS

Les pathologies qui concernent les parents sont à prendre en compte. La littérature montre, pour nombre d'entre elles, l'impact qu'elles peuvent avoir sur la qualité de la prise en charge de leurs enfants. A noter que les pathologies énoncées ci-dessous concernent aussi bien les parents que les parents en devenir.

• Les pathologies psychiatriques

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle relèvent de la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, d'incapacités et de handicaps lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches.

Les facteurs sociaux pouvant avoir une influence sur la santé mentale ont été largement décrits dans la littérature anglo-saxonne (Gilman, 2003; Ritsher, 2001) et européenne (Morvan, 2007) : les revenus et le statut social, le réseau social et l'environnement, le niveau d'éducation, l'emploi et les conditions de travail, la maîtrise de la langue, la migration, la discrimination perçue, les conditions d'hébergement, etc., facteurs qui concernent pour beaucoup la population de Seine-Saint-Denis.

De plus certaines études ont mis en évidence les facteurs associés entre la santé mentale de la mère et celle des enfants. Dès les années 60, Winnicott, dans son article « L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant » décrit la « toxicité aliénante » d'une mère schizophrène sur le développement de son enfant.

De nombreux travaux, le plus souvent à partir d'observations, ont rendu compte des perturbations du lien entre une mère et son bébé lorsque ce dernier était exposé psychiquement et physiquement à un environnement instable, voire chaotique, du fait de la pathologie d'un des parents, le plus souvent la mère. Les risques psychiques encourus par les nourrissons dans ce cadre ont été démontrés.

En outre, la maladie psychiatrique des parents peut entraîner un risque de maltraitance et de négligence vis-à-vis de leurs enfants (source : ORS IDF).

De nombreuses études associent la dépression des mères à des difficultés liées au développement cognitif et langagier du nourrisson et du jeune enfant³⁵.

Les habitant.e.s du département sont particulièrement concerné.e.s par les pathologies psychiatriques. En effet, si l'on considère les taux standardisés de nouvelles admissions en affection longue durée (ALD) pour affections psychiatriques chez les hommes sur la période 2007-2010, le taux est de 173 pour 100 000 dans le département contre 155,6 pour 100 000 pour la région. La Seine-Saint-Denis se classe en 2^{ème} position de la région derrière Paris (175 pour 100 000).

S'agissant des femmes, ce taux est de 194 sur 100 000 dans le département alors qu'il avoisine les 172 pour 100 000 sur la région. Le département est ici en 1^{ère} position.



35 - Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2006;9(1):65-83.



• *Le handicap des parents (troubles sensoriels et moteurs)*

Fin 2016, selon les données de la CAF, 23 998 personnes sont allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Le département se trouve en 3^e position derrière les départements de la Gironde et du Pas-de-Calais qui comptent chacun un peu plus de 25 000 bénéficiaires. Cela représente environ 1,6 % de la population Séquanodionysienne.

• *Les problématiques liées à la santé sexuelle*

• **VIH et IST***

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est devenue une maladie chronique. Environ 150 000 personnes vivent avec le VIH en France en 2010. Des disparités régionales existent puisque le nombre de découvertes de séropositivité ou de patients pris en charge pour leur infection, rapporté à la population, est plus élevé dans les départements français d'Amérique et en Île-de-France. En Seine-Saint-Denis, la prévalence de la maladie est particulièrement importante : en 2011, le nombre de découverte de séropositivité (32,3 cas pour 100 000 habitants) y est 20% plus élevé que la moyenne régionale (22,7 pour 100 000) (source : ORS IDF).

S'agissant des IST, on note une recrudescence de certaines infections en France à savoir les gonococcies, les infections à chlamydia, les infections à papillomavirus et la syphilis.

• **L'excision**

La question des mutilations sexuelles féminines est prégnante en France. Ces mutilations ont des conséquences dramatiques pour les femmes qui en sont victimes : elles entraînent de nombreux problèmes de santé, dont l'ampleur varie selon le type et la gravité de la lésion qui ont fait l'objet d'une catégorisation par l'OMS, allant de la douleur, aux infections pelviennes, à la stérilité, aux fistules vésico-vaginales, jusqu'à l'altération de la sensibilité sexuelle ou les complications psychiatriques (angoisses, dépression).

On peut estimer qu'en 2004, il y avait près de 53 000 femmes adultes excisées en France (enquête ExH 2009, Institut National d'Etudes Démographiques (INED)/Université Paris I).

Sur les 4 200 accouchements réalisés au centre hospitalier Delafontaine en 2014, 16% des femmes étaient excisées. (Information transmise par l'hôpital dans l'article d'un journal quotidien).

• *Autre type de problèmes :*

• **Troubles de la relation parents/enfants**

La relation mère/enfant joue un rôle essentiel dans le développement de l'enfant : les liens affectifs permettent à l'enfant de se sentir aimé, en sécurité et d'avoir une bonne image et estime de soi. Ces facteurs sont reconnus comme protecteurs s'agissant des comportements à risque à l'âge adulte (consommation de tabac, d'alcool...).

A l'inverse, un attachement insécurisé entre l'enfant et son parent est un facteur de risque de développement de troubles anxieux.

Il n'existe pas de données sur le nombre d'enfants concernés par ces difficultés.

• *Les violences faites aux femmes*

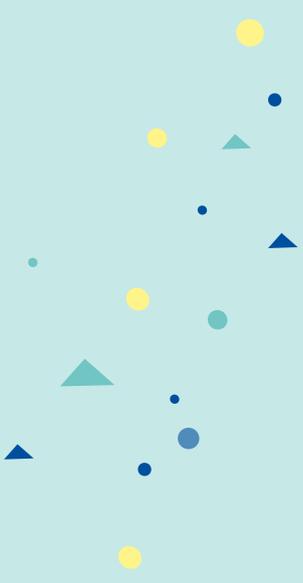
En Seine-Saint-Denis, selon l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes, 36 000 femmes de 20 à 59 ans ont subi des violences conjugales en 2012. On ne compte pas davantage de violences envers les femmes sur le département que sur l'ensemble du territoire national. Pour autant, ces violences représentent un danger majeur pour la santé maternelle et périnatale. Selon l'Observatoire National des Violences Faites aux Femmes, les incidences majeures sont :

- la mort de la mère ou de l'enfant à la naissance ;
- la mort fœtale in utero ;
- les fausses-couches : les études indiquent que les violences ont un impact significatif et multiplient par 1,88, le risque de faire une fausse couche³⁶ ;
- les naissances prématurées (avant 37 semaines) : les femmes exposées à la violence au cours de l'année ont un risque supérieur de 37% d'accoucher prématurément³⁷ ;
- les retards de croissance in utero ;
- le faible poids de naissance (moins de 2500 grammes) : les femmes victimes de la violence de leur partenaire ont 17% de risque en plus d'avoir un enfant dont le poids à la naissance est inférieur à 2,5 kg ;
- les hématomes rétro-placentaires (hémorragie entre le placenta et l'utérus, décollement placentaire).



36 - « Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study », Johri et al, 2011

37 - Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states : association with maternal and neonatal health », Silverman et al, 2006.



Conclusion

Le tableau socio-économique du département laisse apparaître des difficultés majeures s'agissant de nombreux indicateurs. Pour plusieurs déterminants de la santé, le département est au-dessus des moyennes régionales et/ou nationales. C'est le cas pour la part des familles vivant avec de bas revenus, le nombre de foyers non imposables, le taux de chômage, le nombre de personnes peu voire pas diplômées, le taux de familles monoparentales, la part de la population étrangère, le nombre de logements indignes.

Ces indicateurs sont des signes visibles de la grande précarité qui touche les habitant.e.s de Seine-Saint-Denis. En avoir une connaissance chiffrée permet d'argumenter d'une nécessaire prise en charge spécifique et adaptée de la population, qui demande plus de temps et de s'appuyer davantage sur des partenariats ressources opérationnels en capacité d'intervenir de manière efficace en fonction de leur champ d'action.

Sur le plan sanitaire, les données départementales et régionales sont rares. Les informations émanant des professionnel.le.s de la PMI sont donc très intuitives et se basent sur la grande proximité qu'ils ont avec les usagers des centres. Objectiver ces perceptions aurait contribué à alimenter la seconde étape de la démarche d'élaboration du projet de santé publique à savoir la priorisation.

Pour autant, il est nécessaire pour mieux connaître les pratiques des professionnel.le.s de la PMI d'identifier et de décrire les réponses apportées aux problématiques repérées. A cette occasion, la pertinence des approches utilisées pourra être appréciée.

Ce travail de documentation se fera à partir du recueil de l'expérience et des témoignages des acteurs de terrain. Il ne sera pas exhaustif vu le nombre important de centres existants. Il s'agira d'apporter des illustrations qualitatives des actions de terrain. Ces éléments feront l'objet d'un document de capitalisation.

Les tableaux en annexes récapitulent les données existantes.

ANNEXE 1 : LES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES

	INDICATEURS	SEINE-SAINT-DENIS	ÎLE-DE-FRANCE
Revenu	Foyers à bas revenus	25 %	14,2 %
	Ménages imposables	54 %	70 %
	Bénéficiaires du RSA	14 %	7 %
Emploi	Taux de chômage	12,7 %	8,6 %
Niveau d'études	Plus de 15 ans peu ou pas diplômé.e.s	41,3 %	29,2 %
Composition familiale	Familles monoparentales	21,9 %	15,8 %
Origine	Population étrangère	21 %	12 %
	Mères étrangères	40,8 %	27,5 %
Logement	Habitat indigne (parc privé)	7,7 %	4,4 %
Couverture maladie	Bénéficiaires de l'AME	40 000 personnes	143 000 personnes

ANNEXE 2 : LES PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA SANTÉ REPRODUCTIVE

	SEINE-SAINT-DENIS	ÎLE-DE-FRANCE	FRANCE
Contraception	88,50 %	90,70 %	92,30 %
Recours à l'IVG	22,4 pour 1000	17,2 POUR 1000	

ANNEXE 3 : LES PATHOLOGIES LIÉES AU SUIVI DE GROSSESSE

	SEINE-SAINT-DENIS	ÎLE-DE-FRANCE	FRANCE
Suivi de grossesse (retard de déclaration)	8,3 % des NN	4,8 % des NN	
Mortalité périnatale	13 pour 1000	11 pour 1000	10 pour 1000
Mortalité infantile	5,2 pour 1000	3,9 pour 1000	
Prématurité avant 37 SA	7,6 %	7,1 %	
Diabète gestationnel	10,30%	8,10%	

ANNEXE 4 : LES PATHOLOGIES DE L'ENFANT

	SEINE-SAINT-DENIS	ÎLE-DE-FRANCE	FRANCE
MSN/MIN	15 nouveau-nés	Pas de données	400 à 500 nouveau-nés
SBS	Pas de données	Pas de données	120 à 240 enfants
Obésité infantile (surcharge pondérale)	19,9 % (moyenne section de maternelle)	Pas de données	8,7 % (grande section de maternelle)
Diabète infantile	Pas de données	Pas de données	15 pour 100 000
Autisme ou TSA	400 enfants (dans les établissements)	Pas de données	1 naissance sur 100
TDHA	Pas de données	Pas de données	3 à 7 % d'enfants d'âge scolaire
Troubles sensoriels et du langage	30 naissances/an (déficience auditive)	Pas de données	4 % (troubles du langage)
Pathologie bucco-dentaire	13,2 % de caries non soignées (moyenne section de maternelle)	Pas de données	Pas de données
AcVC	Pas de données	Pas de données	200 décès/an (moins de 15 ans)
Maladies infectieuses à prévention vaccinale (BCG à 9 mois)	88,2 %	68,00%	

ANNEXE 5 : LES PATHOLOGIES DES PARENTS

	INDICATEURS	SEINE-SAINT-DENIS	ÎLE-DE-FRANCE
Pathologies psychiatriques	Affection pour ALD	173 pour 100 000	155 pour 100 000
VIH	32 pour 100 000	22 pour 100 000	
Excision	Pas de données	Pas de données	53 000 femmes



www.seinesaintdenis.fr

Partagez



#SSD93