

RAPPORT ET ENQUÊTE

DE L'INSTITUT PARIS REGION DE SANTÉ



SANTÉ

Septembre 2024

LA SANTÉ DES ENFANTS DANS LES TERRITOIRES FRANCILIENS

DÉCRYPTAGE DES INDICATEURS EN ÎLE-DE-FRANCE



www.ors-idf.org



ORS
OBSERVATOIRE
RÉGIONAL DE SANTÉ

LA SANTÉ DES ENFANTS DANS LES TERRITOIRES FRANCILIENS

Décryptage des indicateurs en Île-de-France

Septembre 2024

Auteurs

Pr Bobette Matulonga Diakiese (ORS Île-de-France)

Couverture : crédits photos Pixabay

Remerciements

L'auteure remercie toutes les personnes qui participent continuellement à la production de données de santé, particulièrement les acteurs de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) qui mettent en ligne de nombreuses données qui ont été exploitées dans le cadre de ce travail. Nos remerciements s'adressent également aux relecteurs du présent document, le Dr Laurence Desplanques de l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS-IDF). Merci également aux collègues de l'Observatoire régional de santé Île-de-France, Adrien Saunal, Valérie Féron, Khadim Ndiaye, Laetitia Firdion, Isabelle Dubois et Christine Canet pour la production des cartes, l'extraction des données, les analyses statistiques, la relecture et la mise en forme du document. Merci également à Maylis Telle-Lamberton qui a écrit toute la partie sur les cancers de l'enfant.

Relecteurs

Dr Laurence Desplanques (ARS-IDF)

Suggestion de citation

Matulonga Diakiese B. La santé des enfants dans les territoires franciliens : Décryptage des indicateurs en Île-de-France. Paris : ORS Île-de-France, 2024

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.

Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS.

RÉSUMÉ

Contexte et objectifs

En France, un enfant sur cinq, de moins de 11 ans, vit en situation de pauvreté. Ils présentent un risque accru de devenir des adultes pauvres. Pour enrayer ce cycle de reproduction de la pauvreté, il a été mis en place en 2018 une stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté dont les ambitions ont été renouvelées en 2024 par le pacte des solidarités avec comme premier axe d'intervention « la prévention de la pauvreté et la lutte contre les inégalités dès l'enfance ». L'Île-de-France, étant l'une des régions les plus touchées par la pauvreté et cumulant des fortes inégalités sociales, porte une attention particulière à la santé des enfants notamment dans la troisième édition du plan régional de santé (PRS3). L'objectif de ce travail est de produire des indicateurs de santé des enfants au regard de la pauvreté à une échelle territoriale et non pas individuelle.

Méthodes

Plusieurs sources de données ont été utilisées pour produire les indicateurs de santé et de pauvreté, notamment le Système national des données de santé (SNDS), les données de l'Insee, les données produites par la Drees. La pauvreté est définie par « le taux de pauvreté à 60 % » qui correspond à un revenu mensuel inférieur à 1 041 euros pour une personne seule. Les indicateurs de santé incluent la mortalité, la morbidité, l'offre et le recours aux soins. Ils sont décrits à différents niveaux géographiques en fonction de la disponibilité des données et dans le respect du secret statistique.

Résultats

Les résultats des analyses présentées dans ce rapport montrent qu'indépendamment du niveau de vie individuel, vivre dans un territoire défavorisé est un facteur de risque à part entière pour la santé des enfants, du fait du moindre recours, de la moindre disponibilité des services etc. Les enfants vivant dans des territoires pauvres présentent en général une moins bonne santé. Ces inégalités territoriales de santé commencent dès la naissance et se poursuivent dans la petite enfance voire plus loin. Face à la mort et à la maladie, les enfants ne sont pas égaux. On observe un gradient entre le degré de pauvreté d'un territoire et l'altération de l'état de santé des enfants qui y grandissent. Les modalités de recours aux soins sont également différentes selon le niveau de défaveur territoriale. Des disparités territoriales sont également observées dans la disponibilité de services de soins.

Conclusion

Les enfants vivant dans les territoires pauvres ne bénéficient pas pleinement ou équitablement du système de soins ou de promotion de la santé existant en France. En Île-de-France, comparés aux enfants des territoires plus favorisés, les enfants résidant dans les territoires pauvres présentent davantage des problèmes de santé et ont un moindre recours et accès aux soins médicaux. La précarité peut être une cause de non-recours/renoncements aux soins, de non-observance de traitement ou non accès aux actions de promotion de la santé. Outre l'accès et le recours aux soins, vivre dans un territoire pauvre expose à des multiples risques pour la santé tels que l'éloignement des services de soins, la pollution etc.

Ce constat est particulièrement alarmant et nécessite la mise en œuvre des actions en ciblant des territoires bien précis. Ce rapport avait pour ambition d'identifier les territoires prioritaires où les actions doivent être renforcées. Cependant, hormis pour la santé néonatale, nous avons été confrontés à la problématique de la disponibilité de données de santé des enfants, encore plus pour des indicateurs à des échelles infra-départementales. Il est donc important de constituer un vrai système de suivi de données de la santé des enfants au niveau territorial fin.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	11
2	LA PAUVRETÉ DES ENFANTS	13
2.1	Une multitude de définitions de la pauvreté.....	13
2.2	Une approche par le niveau de difficulté scolaire.....	16
3	DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.....	17
3.1	Un recul de la population des moins de 5 ans : moins 10 % en une décennie.....	17
3.2	Une forte natalité dans les communes pauvres	18
4	INDICATEURS DE MORTALITÉ	21
4.1	Une augmentation progressive de la mortalité infantile dans la région	21
4.2	Une augmentation de la mortalité infantile liée au décès à la première année de vie	24
4.3	Mort inattendue du nourrisson, un enjeu de santé publique	27
4.4	Une mortalité des 1-14 ans plus importante dans les territoires moins favorisés.....	29
5	INDICATEURS DE MORBIDITÉ	31
5.1	Une santé périnatale plus préoccupante dans les territoires pauvres	31
5.1.1	Une prévalence de la grande prématurité plus importante dans les territoires défavorisés	31
5.1.2	Plus de nouveau-nés de faible poids dans les territoires pauvres...	34
5.1.3	Jusqu'à 10 % d'enfants nés avec plus de 4 kg dans certains territoires	36
5.2	Près d'un enfant francilien sur cinq est en surcharge pondérale	37
5.3	Une morbidité générale plus importante dans les territoires défavorisés	38
5.3.1	Plus d'un tiers des cas de saturnisme du pays sont franciliens	38
5.3.2	Une fréquentation des urgences pour asthme plus importante chez les enfants franciliens.....	38
5.3.3	Des déclarations d'affections de longue durée (ALD) plus fréquentes pour les enfants des territoires moins favorisés.....	40
5.3.4	Des disparités territoriales dépendantes de l'âge pour certaines maladies respiratoires et cardiovasculaires	46
5.3.5	Une augmentation lente et progressive du diabète chez les enfants franciliens	47
5.3.6	Une incidence élevée de la drépanocytose en Île-de-France	47
5.3.7	Une incidence de cancers en légère augmentation	48
5.3.8	Des lunettes correctrices pour près d'un enfant francilien sur trois .	50
5.3.9	Anomalie de l'audition chez 5 % d'enfants de la grande section de maternelle.....	51
5.4	Une santé buccodentaire moins bonne pour les enfants des territoires défavorisés	51
6	INDICATEURS DE L'OFFRE ET DE RECOURS AUX SOINS	53
6.1	Une offre et un recours aux soins préventifs inégaux sur le territoire francilien.....	53
6.1.1	Une couverture vaccinale satisfaisante mais inégale dans la région	53
6.1.2	Une plus forte activité de dépistage du saturnisme en Île-de-France	54
6.1.3	Un recul de l'activité en service de protection maternelle et infantile	55

6.2	Un recours aux soins de ville proportionnel à l'offre disponible	60
6.2.1	Une offre et un recours aux médecins généralistes et aux pédiatres libéraux plus important à Paris et sa proche couronne	61
6.2.2	Une plus forte densité de dentistes dans Paris et sa proche couronne	65
6.2.3	L'ophtalmologie, une spécialité rare quand on s'éloigne de Paris... ..	67
6.3	Un recours aux soins hospitaliers plus important dans les territoires moins favorisés.....	69
7 	FOCUS SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS	71
7.1	Une prévalence plus importante des troubles de santé mentale chez les garçons.....	71
7.1.1	Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance.....	71
7.1.2	Une plus forte prévalence des troubles du spectre autistique chez les 0-10 ans du Val-d'Oise.....	73
7.1.3	Autres troubles de santé mentale chez les enfants.....	74
7.2	Moins de recours aux soins de santé mentale dans les communes moins favorisées	75
7.2.1	Des disparités dans le recours aux orthophonistes et aux pédopsychiatres	75
7.2.2	Les consultations ambulatoires et les temps partiels en psychiatriques	76
7.2.3	Les hospitalisations complètes pour motifs psychiatriques	78
7.3	Une Offre en santé mentale concentrée à Paris	78
8 	CONCLUSION	81
9 	LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	85
10 	BIBLIOGRAPHIE.....	87
11 	ANNEXE	89

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Taux de natalité (pour 1000) dans les départements franciliens entre 2013 et 2023	18
Figure 2. Corrélation entre le taux de natalité et le niveau de vie médian dans les communes d'Île-de-France, données 2019	19
Figure 3. Taux de mortalité infantile (0-1 an) en Île-de-France et France métropolitaine entre 2010 et 2022	22
Figure 4. Mortalité infantile (0-1 an) dans les départements franciliens entre 2010 et 2022	22
Figure 5. Corrélation entre le taux de mortalité infantile dans les intercommunalités d'Île-de-France et le taux de pauvreté : données 2018	23
Figure 6. Mortalité néonatale précoce (0-6 jours) en Île-de-France et France métropolitaine entre 2010 et 2022.....	25
Figure 7. Mortalité néonatale tardive (7-27 jours) en Île-de-France et France métropolitaine entre 2012-2022.....	25
Figure 8. Mortalité post-néonatale (27-365 jours) en Île-de-France et France métropolitaine entre 2010 et 2022.....	25
Figure 9. Evolution de la mortalité néonatale précoce dans les départements franciliens : 2010 à 2022.....	26
Figure 10. Evolution de la mortalité néonatale tardive (7-27 jours) dans les départements franciliens : 2010-2022	26
Figure 11. Evolution de la mortalité postnéonatale (28-365 jours) dans les départements franciliens : 2010-2022	26
Figure 12. Évolution du taux de MIN (pour 100 000 naissances vivantes) entre 2016 et 2020	28
Figure 13. Taux de mortalité chez les 1-14 ans en Île-de-France évolution 2002- 2021	29
Figure 14. Evolution de la mortalité* chez les 1-14 ans entre 2002 et 2021 dans les départements franciliens	30
Figure 15. Mortalité chez les 1-4 ans dans les départements franciliens entre 2012 et 2021	30
Figure 16. Prevalence de la prématurité (<37 SA) dans les départements franciliens : Évolution 2015-2022.....	32
Figure 17. Evolution de la grande prématurité (<33 SA) dans les départements franciliens : 2016-2022	33
Figure 18. Naissances de faibles poids (%) dans les départements franciliens : évolution 2015-2021	34
Figure 19. Naissances d'enfants de 4 kg ou plus dans les départements franciliens : évolution 2015-2021	36
Figure 20. Taux d'obésité/surpoids chez les élèves scolarisés en grande section de maternelle en Île de France en fonction de la zone d'éducation (ZEP vs hors ZEP*) : données 2012-2013.....	37
Figure 21. Taux d'obésité/surpoids chez les élèves scolarisés en CM2 en Île de France en fonction de la zone d'éducation (ZUS* vs hors ZUS*) : données 2014-2015	37
Figure 22. Indicateurs relatifs à la consommation de soins hospitaliers pour asthme chez les < 15 ans (2020) en France et en Île-de-France	39
Figure 23. Indicateurs relatifs à la consommation de soins hospitaliers pour asthme chez les < 15 ans dans les départements franciliens en 2020.....	39
Figure 24. Taux de déclaration en ALD psychiatrique dans les départements franciliens en 2022	41
Figure 25. Taux de recours au dispositif ALD chez les 0-14 ans en fonction des pathologies dans les départements franciliens en 2022.....	42
Figure 26. Prévalence de maladies respiratoires (pour 1 000) dans les départements franciliens (en 2022).....	46
Figure 27. Prévalence des maladies cardiovasculaires chroniques (pour 1 000) dans les départements franciliens (en 2022).....	46
Figure 28. Évolution 2015-2019 de la prévalence du diabète chez les 1-14 ans pour 1 000 enfants dans les départements franciliens	47
Figure 29. Taux d'incidence néonatale de la drépanocytose * entre 1989 et 2019	47

Figure 30. Evolution de l'incidence des cancers de l'enfant : 2000-2019.....	48
Figure 31. Répartition des cancers de l'enfant par type : données 2015-2019	49
Figure 32. Taux standardisés de mortalité par cancer chez l'enfant de moins de 15 ans entre 1981 et 2014.....	49
Figure 33. Pourcentage des enfants de CM2 équipés de lunettes ou lentilles dans l'enquête de santé en milieu scolaire de 2015	50
Figure 34. Pourcentage des enfants de GSM et CM2 équipés de lunettes ou lentilles dans les zones d'éducation prioritaire (ZEP) vs hors ZEP en Île-de-France : ENS 2012-2013 et 2014-2015.....	50
Figure 35. Proportion des élèves présentant un trouble de l'audition lors des enquêtes en milieu scolaire chez les GSM et CM2 franciliens : ENS 2012-2013 et 2014-2015	51
Figure 36. Proportion des dents cariées soignées parmi les élèves de GSM et CM2 : ENS 2012-2013 et 2014-2015.....	52
Figure 37. Proportion de dents cariées non-soignées par département : ENS 2012-2013 et 2014-2015.....	52
Figure 38. Pourcentage d'enfants de 33 mois d'âge ayant bénéficié du remboursement des 11 vaccins obligatoires : données 2018 à 2020.....	54
Figure 39. Nombre de primo-dépistages* de saturnisme en Île-de-France et nombre moyen au niveau national en 2019	54
Figure 40. Nombre de primo-dépistages dans les départements franciliens en 2019... ..	54
Figure 41. Nombre d'enfants de 3 à 4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé* : données 2010 à 2019	56
Figure 42. Nombre d'enfants de 3 à 4 ans ayant bénéficié d'un dépistage visuel : données 2010 à 2019	56
Figure 43. Nombre d'enfants de 3 à 4 ans ayant bénéficié d'un dépistage auditif : données 2010 à 2019	56
Figure 44. Nombre de consultations et visites à domicile (VAD) pour 1 000 enfants de moins de 6 ans : entre 2016 et 2019.....	57
Figure 45. Offre de médecins dans le PMI en équivalent temps plein (ETP) dans les départements : données 2012 à 2022.....	58
Figure 46. ETP médecins de PMI pour 10 000 enfants de moins de 6 ans en 2016 et 2019	58
Figure 47. Offre sages-femmes dans le PMI en équivalent temps plein (ETP) : données 2012 à 2022	58
Figure 48. Offre infirmière dans le PMI en équivalent temps plein (ETP) : données 2012 à 2022	59
Figure 49. Offre puéricultrices dans le PMI en équivalent temps plein (ETP) : données 2012 à 2022	59
Figure 50. Taux d'hospitalisation chez les 0-14 ans quel que soit le diagnostic principal ; par département de résidence : données 2018.....	69
Figure 51. Prévalence de « troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance » estimée à partir de la consommation des soins chez les enfants de 0 à 14 ans : données Île-de-France : données 2021	72
Figure 52. Prévalence des « troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance » : données départementales chez les garçons de 0 à 14 ans (2021).....	72
Figure 53. Prévalence des « troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance » : données départementales chez les filles de 0 à 14 ans (2021).....	72
Figure 54. Prévalence de l'autisme entre 0 et 14 ans en France et en Île-de-France : données 2021	73
Figure 55. Prévalence de l'autisme entre 0 et 14 ans dans les départements franciliens : données 2021	74
Figure 56. Taux (en %) et nombre de recours aux orthophonistes (au moins une fois dans l'année) chez les moins de 11 ans : données 2019	75
Figure 57. Taux de recours aux psychiatres généraux et aux pédopsychiatres chez les franciliens de moins de 11 ans en 2019.....	75
Figure 58. Taux de recours en ambulatoire des 0-11 ans, en établissement de santé autorisé en psychiatrie et en psychiatrie libérale : données 2019	77

Figure 59. Taux de recours temps complet et temps partiel en psychiatrie chez les 0-11 ans dans les départements franciliens : données 2019.....	77
Figure 60. Taux d'hospitalisation* à temps plein et en MCO pour motifs psychiatriques chez les 0-11 ans dans les départements franciliens : données 2019 (pour 10 000)	78

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Taux de pauvreté (%) chez les enfants dans les départements franciliens (2020).....	14
Tableau 2. Population des 0-14 ans dans les départements franciliens en 2022 et évolution 2013-2022.....	17
Tableau 3. Taux de mortalité infantile* en 2012 et 2022 en fonction de l'âge au moment du décès (en jours).....	27
Tableau 4. Mortalité chez les 1-14 ans dans les départements franciliens entre 2017 et 2021	29
Tableau 5. Saturnisme en 2020 en Île-de-France et ses départements	39
Tableau 6. Affection de longue durée en Île-de-France et comparaison aux données de la France Métropolitaine : données 2022	41
Tableau 7. Indices comparatifs ⁵ des taux de recours aux dispositifs ALD dans les départements franciliens : en comparaison aux taux régionaux 2022.....	42
Tableau 8. Activités de PMI en 2019 : Localisation des consultations - Nombre de points de consultation	57
Tableau 9. Activités de PMI - Actions en faveur des enfants au cours de l'année 2019	57
Tableau 10. Taux d'hospitalisation (pour 10 000) des 0-14 ans en fonction du diagnostic principal : données 2018	70
Tableau 11. Prévalence ALD23 chez les 0-10 ans en Île-de-France et ses départements (données 2021)	74
Tableau 12. Taux brut de recours aux soins de santé mentale (en %) en ville chez les 0-10 ans en fonction du professionnel consulté en 2019.....	77
Tableau 13. Nombre de CMP et CMPP en Île-de-France en 2020.....	79
Tableau 14. Démographie (en nombre) de professionnels spécialistes de santé mentale dans les départements franciliens en 2020	79
Tableau 15. Densité (pour 100 000 enfants) et ETP de professionnels de santé mentale infanto-juvénile dans les départements franciliens (2020).....	80

LISTE DES CARTES

Carte 1. Ecart de revenu moyen des communes par rapport à la moyenne régionale en 2020	14
Carte 2. Taux de pauvreté chez les 0-14 ans dans les territoires franciliens en 2020 à l'échelle des arrondissements à Paris, des communes en petite couronne et des EPCI en grande couronne	15
Carte 3. Evolution du taux de pauvreté chez les 0-14 ans dans les territoires franciliens entre 2015 et 2020 des EPCI/EPT	15
Carte 4. Etablissements scolaires franciliens (écoles et collèges) en REP ou REP+ à la rentrée 2022.....	16
Carte 5. Taux de natalité dans les communes d'Île-de-France.....	19
Carte 6. Taux de mortalité infantile (0-1an) dans les intercommunalités d'Île-de-France (2010-2018).....	23
Carte 7. Taux de MIN pour 100 000 naissances vivantes dans les départements franciliens entre 2016 et 2020	28
Carte 8. Proportion d'enfants nés avant 37 semaines (prématurés) dans les intercommunalités franciliennes en 2021	32
Carte 9. Proportion d'enfants nés avant 33 semaines d'aménorrhée (grands prématurés) dans les intercommunalités franciliennes en 2021	33
Carte 10. Proportion d'enfants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance dans les intercommunalités franciliennes en 2021	35
Carte 11. Proportion (en %) d'enfants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance dans les communes franciliennes en 2021.....	35

Carte 12. Proportion d'enfants pesant plus de 4 kg à la naissance dans les intercommunalités franciliennes en 2021	36
Carte 13. Taux standardisé des ALD (prévalentes) chez les 0-14 ans dans les intercommunalités d'Île-de-France en 2021	44
Carte 14. Indice comparatif du taux des ALD (prévalentes) chez les 0-14 ans dans les intercommunalités d'Île-de-France en 2021	44
Carte 15. Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD chez les 0-14 ans dans les intercommunalités d'Île-de-France entre 2010 et 2014	45
Carte 16. Indice comparatif des taux de nouvelles admissions en ALD chez les 0-14 ans dans les intercommunalités d'Île-de-France : 2021.....	45
Carte 17. Part (%) des enfants de 0-10 ans ayant consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année en Île-de-France : données 2016	62
Carte 18. Part (%) des enfants de 0-10 ans ayant consulté au moins une fois un pédiatre dans l'année en Île-de-France : données 2016.....	62
Carte 19. Densité lissée de médecins généralistes libéraux au 1 ^{er} janvier 2019 dans les communes franciliennes	63
Carte 20. Part (%) des MG (libéraux ou mixtes) exerçant au 1er janvier 2017 en secteur 1 et en cabinet principal	63
Carte 21. Cartographie accessibilité potentielle localisée aux pédiatres libéraux niveau communal : 2022.....	64
Carte 22. Pourcentage de pédiatres (libéraux ou exerciceS mixte) exerçant au 1 ^{er} janvier 2017 en secteur 1 et en cabinet principal dans les intercommunalités d'Île-de-France : 2022	65
Carte 23. Densité lissée de dentistes libéraux en 2019 dans les communes franciliennes	66
Carte 24. Part des enfants de 0-10 ans ayant consulté un dentiste au moins une fois dans l'année : données 2016.....	66
Carte 25. Densité des ophtalmologues libéraux au 1er janvier 2019 dans les intercommunalités franciliennes	67
Carte 26. Part des ophtalmologues (libéraux ou en mixte) en exercice au 1er janvier 2017 et en secteur 1 dans les intercommunalités d'Île-de-France	68
Carte 27. Part des enfants de 0-10 ans ayant consulté un ophtalmologue (au moins une fois dans l'année) : données 2016	68
Carte 28. Pourcentage des enfants de moins de 18 ans ayant consulté un psychiatre dans les communes d'Île-de-France : données 2016	76

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1. Sources de données et découpages géographiques	18
Encadré 2. Mode de calcul de la consommation de soins en médecine de ville	60
Encadré 3. Accès potentiel localisé, définition et avantage.....	64
Encadré 4. Source données hospitalières.....	70

1 | INTRODUCTION

En France, un enfant sur cinq, âgé de moins de 11 ans, vit en situation de pauvreté et le taux de pauvreté des enfants est supérieur à celui du reste de la population. En effet, 21,7 % des moins de 16 ans contre 16 % des plus de 16 ans sont considérés comme pauvres en France selon Eurostat 2019. De plus, comparativement aux autres pays d'Europe, les enfants pauvres qui grandissent en France ont un plus grand risque de devenir des adultes pauvres.

Ainsi, pour lutter contre ce cycle de reproduction de la pauvreté, une stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a été mise en place en 2018, avec notamment des mesures incluant la promotion et la préservation de la santé dès le plus jeune âge¹. Depuis le 1^{er} janvier 2024, le pacte des solidarités amplifie et renouvelle cette stratégie par une politique de lutte contre la pauvreté à la racine dès la petite enfance avec comme premier axe d'intervention « la prévention de la pauvreté et la lutte contre les inégalités dès l'enfance »¹.

L'Île-de-France, qui compte près du quart de la population des enfants français, est de fait une région clé dans cette stratégie nationale. La région est marquée par des fortes inégalités sociales et territoriales. En effet, elle compte des territoires parmi les plus riches mais aussi parmi les plus pauvres du pays.

On sait pourtant que la santé et pauvreté sont interreliées. En effet, la pauvreté est cause de difficultés liées au recours ou accès aux soins, à la rupture de parcours de soins, aux difficultés liées à l'observance de traitement ou encore à l'accès aux actions de prévention et de promotion de la santé.

La pauvreté a également un impact direct sur certains déterminants de la santé comme les conditions de vie, d'habitat, les habitudes alimentaires etc.

Or, l'enfance est la période pendant laquelle s'installent les habitudes favorables à la santé. Cette période est également caractérisée par des fragilités qui peuvent engendrer des problèmes de santé se poursuivant parfois à l'âge adulte. Il est ainsi capital de prendre en compte les déterminants sociaux, notamment éducatifs et familiaux, tant sur le plan individuel que collectif pour préserver la santé dès le plus jeune âge.

C'est ainsi que l'Agence Régionale de Santé Île-de-France a inscrit la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé parmi les chantiers prioritaires du deuxième puis du troisième Programme Régional de Santé (PRS-3 2023-2028), de même que la santé périnatale et du jeune enfant.

Le décryptage des indicateurs de santé des enfants au regard de la pauvreté territoriale paraît dès lors d'une importance capitale particulièrement en Île-de-France où les fractures territoriales sont très marquées.

Ce rapport réalise un état des lieux des données de santé des enfants franciliens au regard du niveau socioéconomique des territoires où ils vivent. Ce travail privilégie une approche collective, en analysant les indicateurs de santé à un niveau géographique le plus fin possible. L'objectif premier était d'étudier ces indicateurs au moins au niveau infra-départemental afin d'identifier les territoires prioritaires. Mais la disponibilité des données n'a pas permis une telle exploitation pour toutes les données.

Aussi, dans le respect du secret statistique, les indicateurs sont déclinés soit au niveau communal, des intercommunalités, des territoires de coordinations, des départements ou de la région.

Nous nous sommes intéressés principalement aux données de santé des enfants de 0 à 10 ans dans ce rapport. Les données disponibles pour les autres groupes d'âge jusqu'à 17 ans sont parfois incluses, notamment pour des indicateurs tels que la consommation des soins de santé mentale qui concernent plus souvent des adolescents.

Les données utilisées dans ce rapport n'abordent pas les questions de santé des enfants en situation de très grande précarité.

¹ Ministère du Travail et de la Santé. Stratégie contre la pauvreté [en ligne]. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/action/strategie-contre-la-pauvrete>. Mis à jour 06/11/2020 :

2 | LA PAUVRETÉ DES ENFANTS

LES POINTS ESSENTIELS

- > 21 % des enfants franciliens vivent en situation de pauvreté ;
- > Des fortes disparités territoriales sont observées : jusqu'à 33 % d'enfants vivant sous le seuil de pauvreté dans certains départements ;
- > Pour les enfants, la pauvreté territoriale concerne le revenu des ménages mais aussi la disponibilité d'équipements, le type de zone d'éducation où ils sont scolarisés, etc.

2.1 Une multitude de définitions de la pauvreté

La pauvreté peut être définie de diverses manières avec des interprétations parfois philosophiques. Dans le cadre de ce travail, nous ne nous intéressons pas à la pauvreté individuelle mais à la **pauvreté territoriale** qui est définie comme une insuffisance de ressources/de revenus d'un territoire par rapport à la moyenne régionale ou nationale. Ainsi, plusieurs indicateurs permettent de décrire la pauvreté territoriale et nous avons choisi le « **taux de pauvreté** » qui correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil (exprimé en euros). Ce seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population (le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage y compris les enfants).

Selon Insee, le seuil de pauvreté à 60 % correspond à un revenu mensuel de 1 041 euros pour une personne vivant seule en 2020. Et selon cette définition, 13,9 % de la population de France métropolitaine est considérée comme pauvre (tout âge confondu). Un pourcentage qui atteint 15,5 % en Île-de-France. On dénombre plus d'enfants parmi la population des ménages pauvres. Ainsi, si on prend en compte l'âge, le taux de pauvreté¹ paraît plus important chez les enfants (moins de 18 ans) qu'en population générale (Tableau 1). On observe également des fortes disparités interdépartementales du taux de pauvreté des enfants en Île-de-France (35,9 % des enfants de moins de 14 ans vivant dans des conditions de pauvreté en Seine-Saint-Denis contre 14,2 % dans les Yvelines). La Carte 1 représente les écarts de revenus des différentes communes d'Île-de-France en 2020 (par rapport à la moyenne régionale). On peut y voir que les communes au nord de Paris (quasiment toutes les communes de la Seine-Saint-Denis, le sud du Val d'Oise et le nord des Hauts-de-Seine) et les communes de l'ouest du Val-de-Marne, du nord-est de l'Essonne et de la moitié Est de la Seine-et-Marne présentent de gros écarts de revenu comparé à la moyenne régionale. La Carte 2 reprend les taux de pauvreté chez les enfants de moins de 14 ans en 2020 et montre une géographie similaire. En termes d'évolution, le taux de pauvreté des franciliens de moins de 14 ans est passé de 22,8% en 2015 à 21,5% en 2020. Plusieurs territoires sont marqués par la baisse du taux de pauvreté des enfants en 2020 excepté l'est seino-marnais et l'Essonne (carte 3). L'Essonne est le seul département qui voit son taux de pauvreté des moins de 14 ans légèrement augmenter. Ce taux est en baisse de 3 points à Paris et en Seine-Saint-Denis. Les hausses les plus importantes du taux de pauvreté des moins de 14 ans entre 2015 et 2020 (Carte 3) sont enregistrées dans les communes de Chevilly-Larue dans le Val-de-Marne et Le-Bourget en Seine-Saint-Denis (+4 pts) qui avait déjà un taux parmi les plus élevés de la région en 2015 (41 %), suivies de Juvisy-sur-Orge en Essonne et de la Communauté de Communes des Portes de l'Île-de-France au nord des Yvelines (+3 pts).

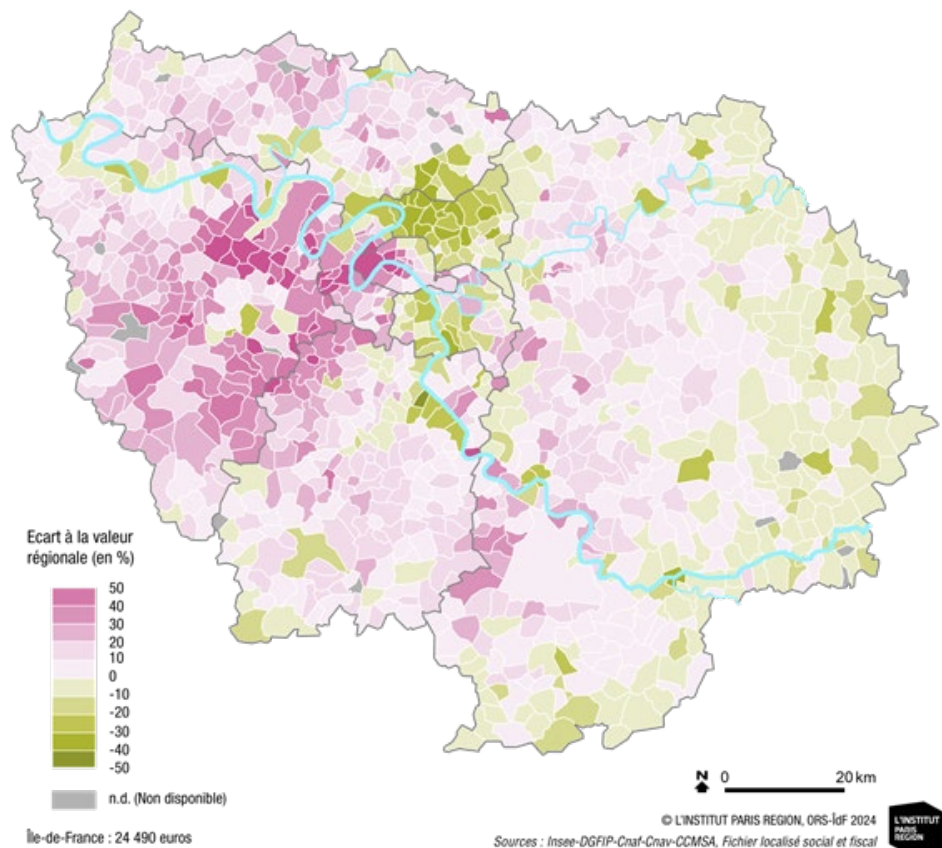
¹ Proportion d'enfants âgés de moins de 4 ans dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté parmi l'ensemble des enfants de la classe d'âge.

Tableau 1. Taux de pauvreté (%) chez les enfants dans les départements franciliens (2020)

	Moins de 3 ans	Moins de 14 ans	Moins de 18 ans	Population générale
75	15,5	19,5	20,1	15,4
77	18,4	17,2	17,2	11,7
78	15,1	14,2	14,2	9,7
91	21,7	20,1	20	13,2
92	13,7	15,1	15,6	11,9
93	34,4	35,9	36,3	27,6
94	22,5	23	23,4	16,6
95	24,4	23,9	24	17,0
IDF	21,1	21,5	21,7	15,5
Fr Métro.	21,1	20,5	20,8	13,9

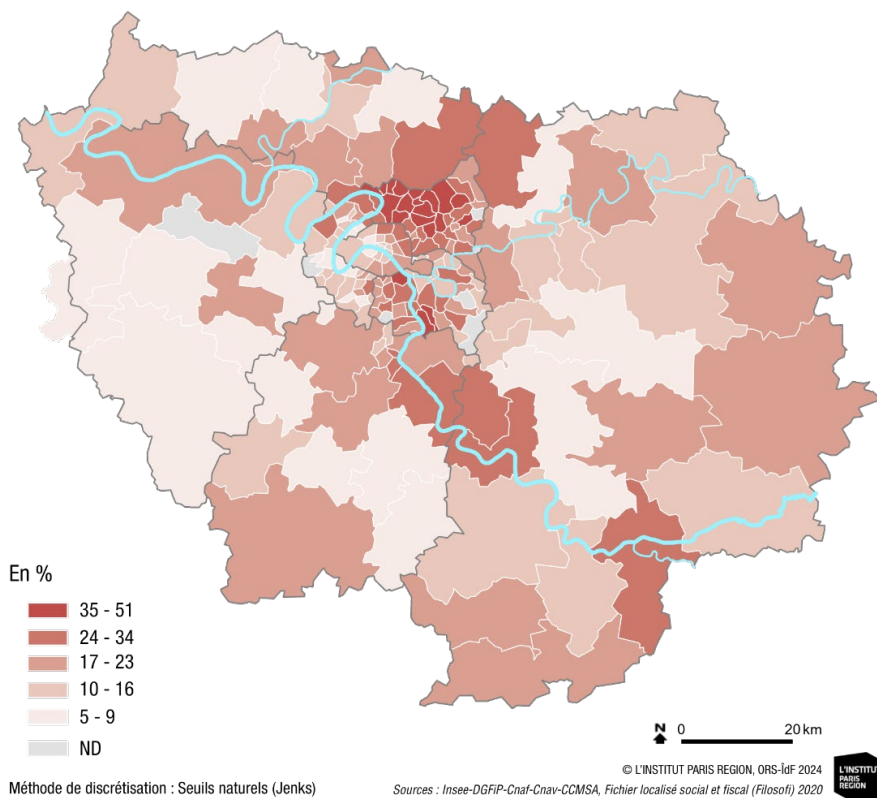
Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Chav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2020.
 Note de lecture : en 2020, 21,1 % des enfants de moins de 3 ans en ménages fiscaux en logement ordinaire d'Île-de-France ont un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian.

Carte 1. Ecart de revenu moyen des communes par rapport à la moyenne régionale en 2020

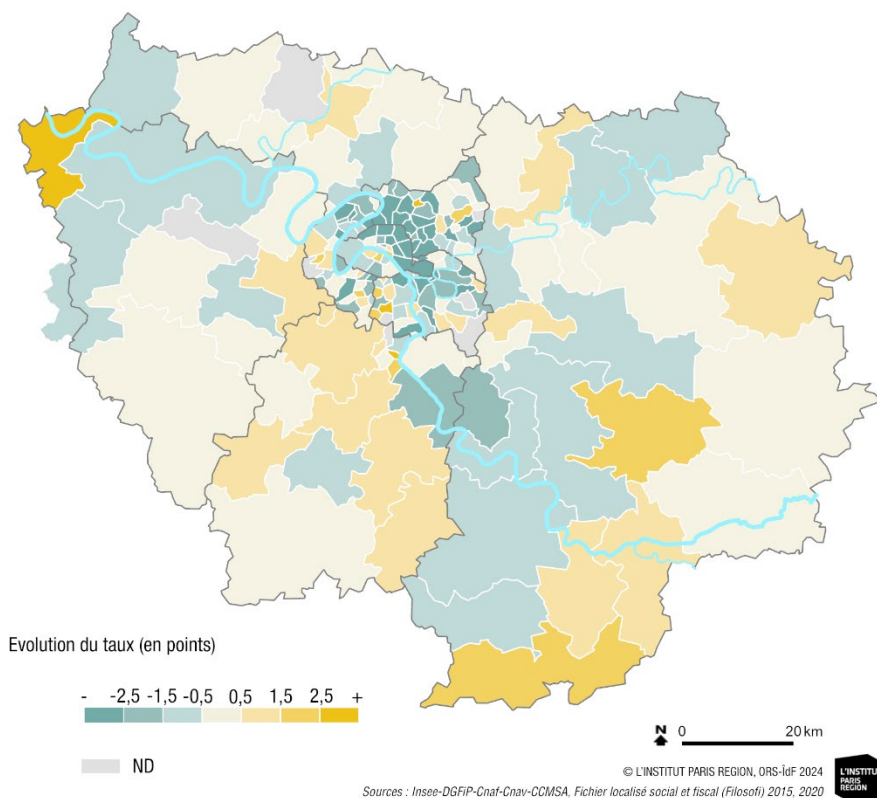


Note de lecture : Dans les communes en rose foncé, le revenu moyen est 50 % supérieur à la moyenne régionale et dans les communes en vert foncé, il est 40 % inférieur à la moyenne régionale.

Carte 2. Taux de pauvreté chez les 0-14 ans dans les territoires franciliens en 2020 à l'échelle des arrondissements à Paris, des communes en petite couronne et des EPCI en grande couronne



Carte 3. Evolution du taux de pauvreté chez les 0-14 ans dans les territoires franciliens entre 2015 et 2020 des EPCI/EPT

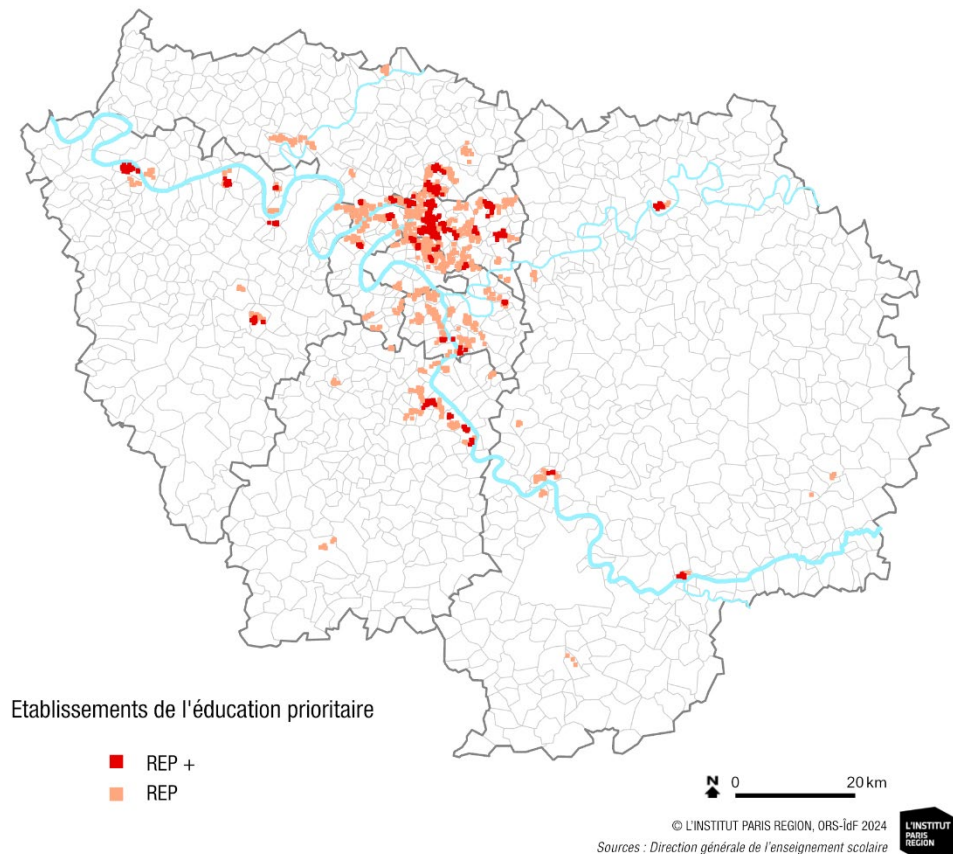


2.2 Une approche par le niveau de difficulté scolaire

Dans l'étude des indicateurs de santé des enfants, un autre indicateur de pauvreté territoriale souvent utilisé est le type de zone de scolarisation de l'enfant, les territoires les plus pauvres étant souvent situées dans les réseaux d'éducation prioritaire (REP anciennement ZEP) ou en réseaux d'éducation prioritaire renforcée (REP+). Depuis la refondation de l'éducation prioritaire en 2014, la classification des établissements en REP tient compte des critères sociaux tels que le taux d'élèves défavorisés, le taux d'élèves boursiers, le taux de retard à l'entrée en sixième et le taux d'élèves résidant dans ou à moins de 300m d'un quartier prioritaire de la politique de la ville.

À la rentrée 2022 en Île-de-France 261 réseaux composent la carte de l'éducation prioritaire : 198 collèges et 1 213 écoles en REP et 63 collèges et 457 écoles en REP+. 30 % de ces établissements prioritaires se situent en Seine-Saint-Denis (Carte 4), 13 % dans le Val d'Oise, le Val-de-Marne et à Paris. Au total, près de 469 000 élèves franciliens bénéficient des différents dispositifs de l'éducation prioritaire soit 28 % des bénéficiaires à l'échelle nationale. Les enseignants y disposent de conditions particulières d'exercice permettant notamment de développer et faciliter le travail collectif et la formation continue.¹

Carte 4. Etablissements scolaires franciliens (écoles et collèges) en REP ou REP+ à la rentrée 2022.



¹ Source : base élèves DEPP et <https://eduscol.education.fr/>

3 | DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

LES POINTS ESSENTIELS

- > Une réduction de la population des enfants de 0-14 ans dans la région (moins 10 % en dix ans), confirmant un recul de la natalité ;
- > Plus de naissances dans les territoires les plus pauvres ;
- > 16 naissances pour 1 000 habitants dans les communes les plus pauvres vs 11 ‰ au niveau régional.

3.1 Un recul de la population des moins de 5 ans : moins 10 % en une décennie

On sait que la dynamique démographique peut avoir un impact considérable sur les perspectives de réduction de la pauvreté et de développement durable. Les experts du Fond des Nations Unies pour la population estiment qu'une baisse de 4 pour 1 000 du taux net de natalité permettrait de réduire de 2,4 % le nombre des personnes vivant dans un état de pauvreté et que la santé reproductive aide les individus, et particulièrement les jeunes femmes, à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté. Ainsi, nous nous sommes intéressés à la natalité en fonction du niveau de pauvreté territoriale.

En 2022, 20 % des 0-14 ans de la France métropolitaine vit en Île-de-France ; soit 2 340 150 enfants (dont 750 000 de moins de 5 ans) selon les estimations de l'Insee (Tableau 2). Ces estimations montrent un recul de près de 10 % de la population des moins de 5 ans au cours des dix dernières années dans la région (- 9,4 % en Île-de-France et -12,3 % en France métropolitaine) suggérant une baisse de la natalité dans la région et en France en général. Les données infrarégionales montrent que cette réduction est en moyenne plus importante dans les départements considérés comme les plus favorisés de la région.

Tableau 2. Population des 0-14 ans dans les départements franciliens en 2022 et évolution 2013-2022

	Estimation de la population en 2022			Évolution 2013-2022 (en %)		
	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans
75	98 212	89 609	95 757	-18,3	-13,7	-5,5
77	87 824	99 648	103 988	-9,7	0,6	6,4
78	87 869	98 501	102 574	-9,6	-0,7	5,4
91	84 601	89 355	91 902	-5,3	1,6	7,2
92	99 236	100 621	100 152	-12,8	-2,4	4,5
93	121 627	125 148	121 318	-6,1	6,8	15,0
94	88 673	90 686	90 530	-7,3	1,6	7,8
95	87 956	91 887	92 476	-4,0	5,2	11,5
IDF	755 998	785 455	798 697	-9,4	-0,2	6,4
Fr métro.	3 401 606	3 849 415	4 089 286	-12,3	-2,0	3,8

Source : Insee - Estimations de population

3.2 Une forte natalité dans les communes pauvres

Le taux de natalité correspond au nombre de naissances vivantes sur l'année, domiciliées dans un territoire donné rapporté à la population du territoire.

En Île-de-France, on a comptabilisé 154 051 naissances vivantes en 2023, soit un taux de natalité de 12,4 naissances pour 1 000 habitants ; un taux en baisse continue au cours de la décennie (Figure 1). Les naissances franciliennes représentent en 2023, 23,8 % des naissances de la France métropolitaine.

Cependant, cette natalité varie fortement d'un territoire à l'autre. Au sein d'un même département la natalité peut varier du simple au double entre communes et est en moyenne plus importante dans les communes les plus pauvres (Carte 5).

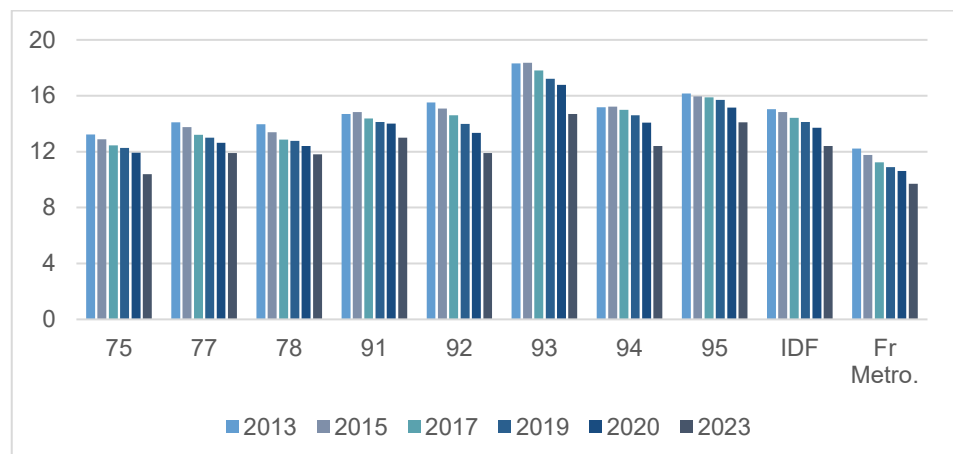
Nos analyses confirment la corrélation forte entre le taux de natalité et le taux de pauvreté dans les communes franciliennes ; plus une commune a un bas niveau de revenu, plus important est son taux de natalité (Figure 2). Et, comparées aux communes riches, les communes pauvres ont sept fois plus de risque d'avoir une natalité supérieure à la moyenne régionale.

Encadré 1. Sources de données et découpages géographiques

Plusieurs sources d'information ont été utilisées pour produire les indicateurs de santé des enfants au regard du niveau de pauvreté de leurs territoires de vie. Les données de santé sont principalement issues du Système National de Données de Santé (SNDS), des productions de la DREES et de Santé Publique France. Les données démographiques proviennent de l'Insee. Les données de certificats de santé ont aussi été utilisées.

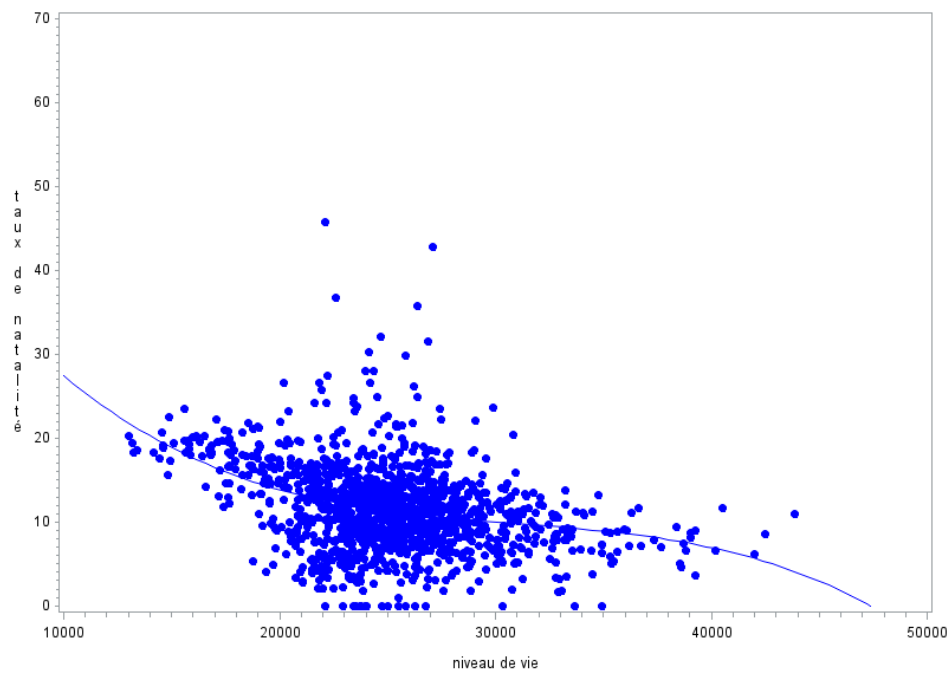
Pour décrire les indicateurs de santé des enfants mineurs et mettre en place des actions en faveur de ces derniers, il est nécessaire de travailler à une échelle géographique fine. Nous avons choisi de décrire nos indicateurs à l'échelle communale. Cependant, en fonction de la disponibilité des données, du respect du secret statistique et pour limiter le nombre des données manquantes, certains indicateurs sont présentés au niveau de regroupements des communes ou intercommunalités, voire des départements (la cartographie de ce découpage géographique est reprise en annexe).

Figure 1. Taux de natalité (pour 1000) dans les départements franciliens entre 2013 et 2023



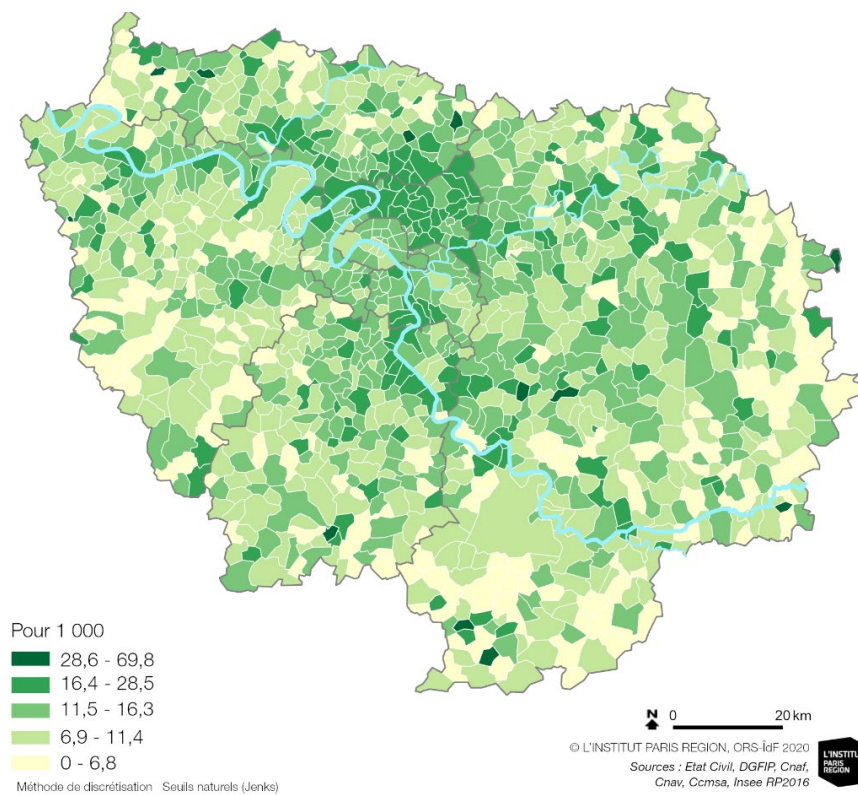
Source : Insee - Estimations de population

Figure 2. Corrélation entre le taux de natalité et le niveau de vie médian dans les communes d'Île-de-France, données 2019



Source : ORS-IDF, exploitation des données Insee

Carte 5. Taux de natalité dans les communes d'Île-de-France



4 | INDICATEURS DE MORTALITÉ

LES POINTS ESSENTIELS

- > Une augmentation de la mortalité infantile en Île-de-France au cours de la dernière décennie et un taux qui reste ; supérieur à la moyenne nationale depuis plusieurs années ;
- > Un surrisque de mortalité infantile quatre fois plus important dans les territoires les plus pauvres ;
- > La mort inattendue du nourrisson, un vrai problème de santé publique.

La mortalité dans l'enfance étant un événement rare, nous n'avons pas pu la décrire au niveau communal. Les données chiffrées sont présentées au niveau départemental et une cartographie de la mortalité au niveau des intercommunalités est également incluse dans ce chapitre.

Chez les moins d'un an, le décès est souvent dû aux événements liés à la grossesse, ainsi la mortalité dans ce sous-groupe d'âge est décrite dans un chapitre dédié et un autre chapitre est réservé à la mortalité après un an d'âge.

4.1 Une augmentation progressive de la mortalité infantile dans la région

Le taux de mortalité infantile est l'un des indicateurs majeurs permettant de juger de l'état de santé d'une population, en particulier la qualité des soins obstétricaux et pédiatriques. Il est défini par le rapport du nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire sur l'ensemble des naissances vivantes au cours d'une période donnée.

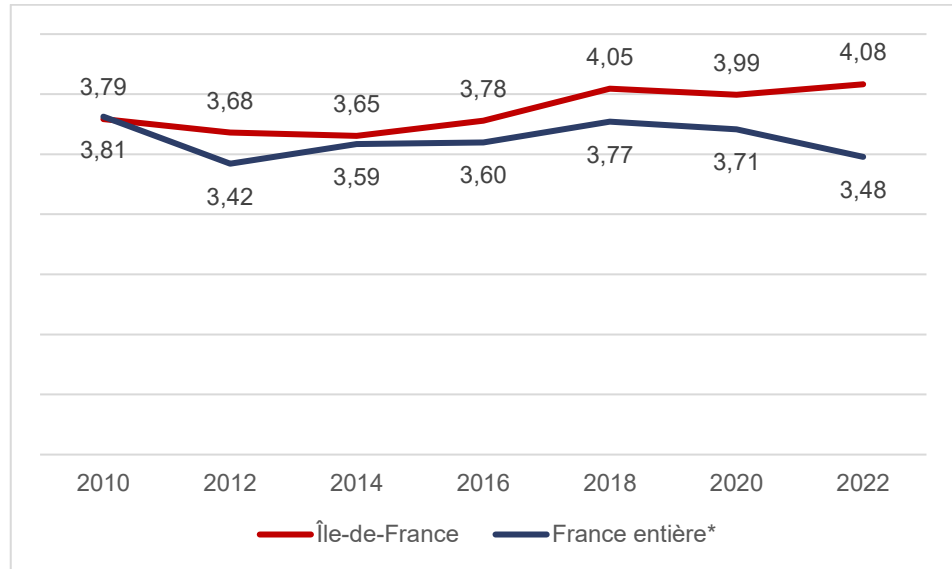
Les décès infantiles franciliens représentent 25,2 % de l'ensemble des décès infantiles enregistrés en France métropolitaine. En Île-de-France, entre 2001 et 2021, 14 736 décès ont été comptabilisés chez les moins d'un an, pour 3 720 430 naissances vivantes, soit un taux moyen de mortalité annuel de **3,96** décès pour 1 000 naissances vivantes dans la région.

Les données d'évolution montrent qu'une augmentation progressive de la mortalité infantile est enregistrée dans la région depuis 2014 (3,65 ‰) pour atteindre 4,08 ‰ en 2022, soit une augmentation de près de 10 % dans la région. Cette mortalité est restée plus importante en Île-de-France comparativement à la moyenne nationale, et l'écart ne cesse de se creuser au cours des dernières années (Figure 3).

Les analyses infrarégionales montrent des disparités territoriales frappantes. Au niveau départemental la mortalité est plus importante en Seine-Saint-Denis (Figure 4) et ce département connaît une augmentation rapide de la mortalité depuis 2016, soit 21,7 % d'augmentation si on compare le taux 2012 et 2021. Par ailleurs, le Val-de-Marne a également vu sa mortalité infantile augmenter significativement au cours des dix dernières années passant de 3,68 ‰ en 2012 à 4,46 ‰ en 2021 (soit une augmentation de 21,2 %). Au niveau des intercommunalités, la communauté de communes (CC) du pays de Limours en Essonne enregistre la mortalité infantile la plus basse (1,2 ‰) alors que le taux maximal est observé dans la CC du pays de Montereau en Seine-et-Marne (6,2 ‰) (Carte 6).

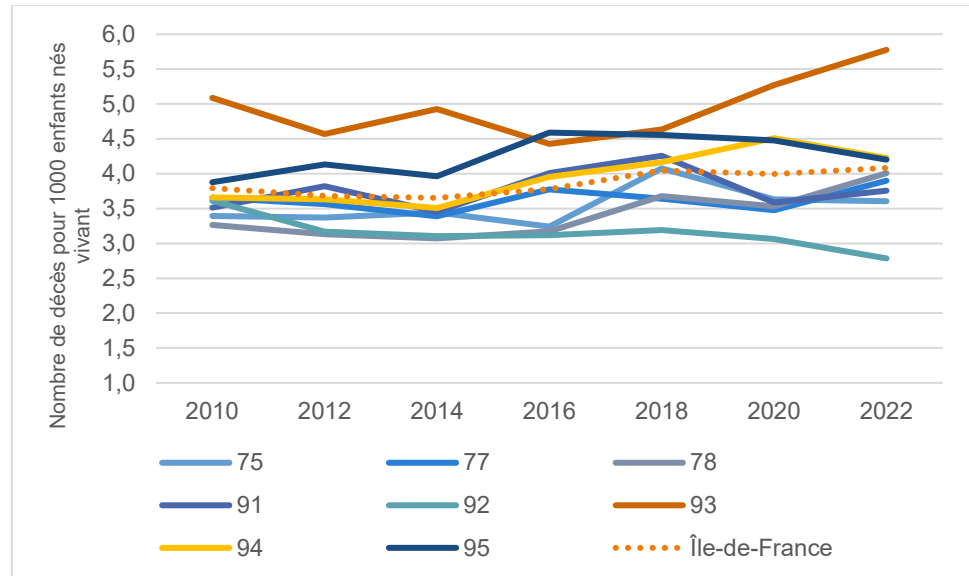
L'analyse de corrélation montre que les intercommunalités ayant un taux de pauvreté plus important ont également une plus importante mortalité infantile (Figure 5). En effet, nos analyses statistiques montrent qu'en prenant en compte la taille de la population dans chaque territoire, le risque de surmortalité infantile (c.à.d. une mortalité supérieure à la moyenne régionale) est multiplié par quatre dans les intercommunalités les plus pauvres.

Figure 3. Taux de mortalité infantile (0-1 an) en Île-de-France et France métropolitaine entre 2010 et 2022



Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF.
 Les données sont lissées sur 3 années. C'est-à-dire par exemple que le taux de mortalité 2021 correspond à la moyenne du taux 2019, 2020 et 2021. Cette méthode permet de limiter les fluctuations non stabilisées pour des événements rares tels que les décès.

Figure 4. Mortalité infantile (0-1 an) dans les départements franciliens entre 2010 et 2022



Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF.
 Les données sont lissées sur 3 années. C'est-à-dire par exemple que le taux de mortalité 2021 correspond à la moyenne du taux 2019, 2020 et 2021. Cette méthode permet de limiter les fluctuations non stabilisées pour des événements rares tels que les décès.

Carte 6. Taux de mortalité infantile (0-1an) dans les intercommunalités d'Île-de-France (2010-2018)

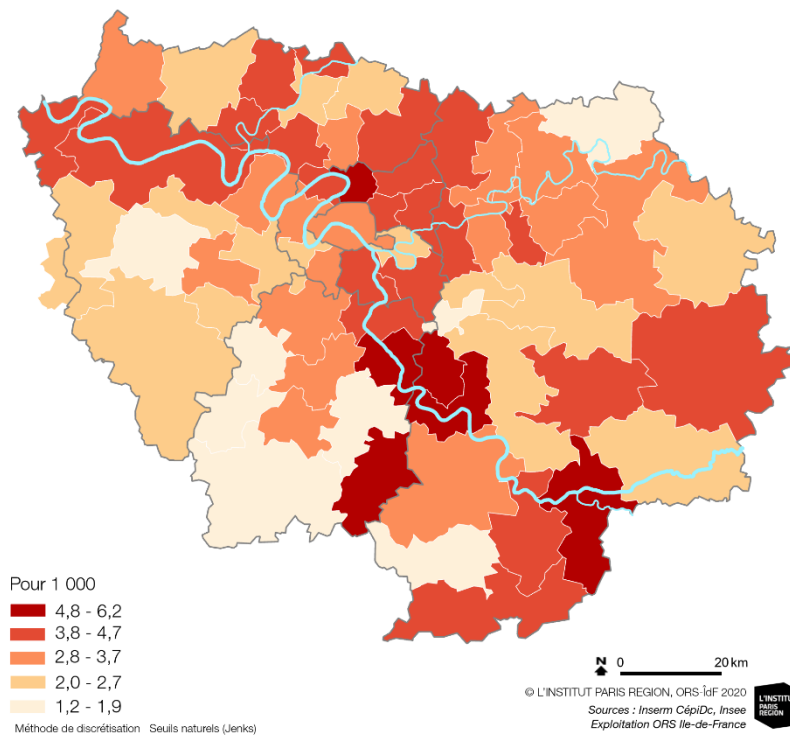
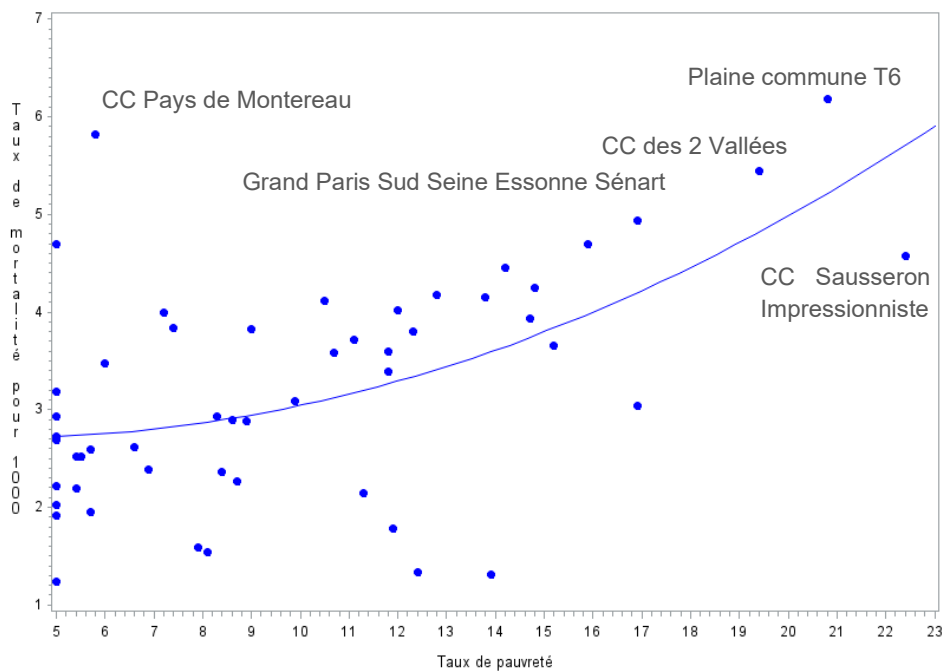


Figure 5. Corrélation entre le taux de mortalité infantile dans les intercommunalités d'Île-de-France et le taux de pauvreté : données 2018

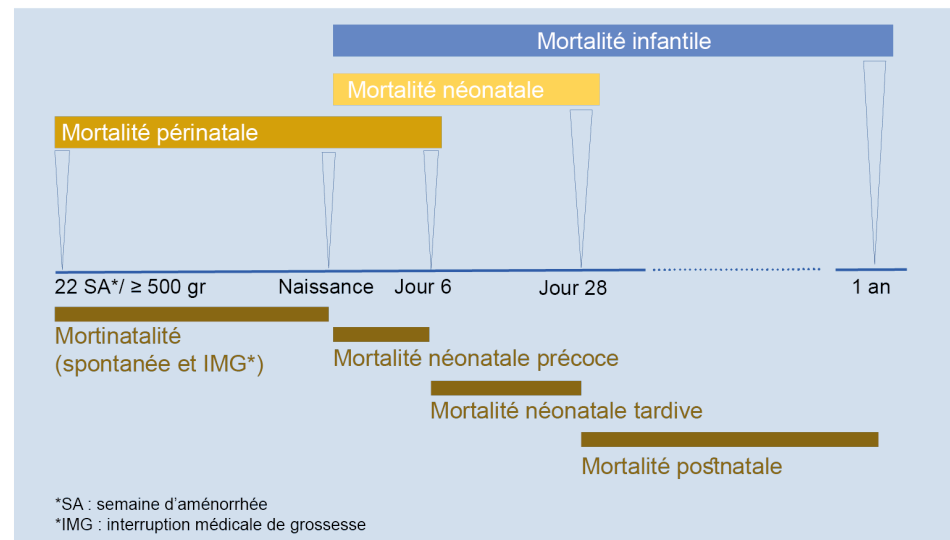


Source : ORS-IDF, analyses effectuées à partir des données de l'Insee (état civil).

4.2 Une augmentation de la mortalité infantile liée au décès à la première semaine de vie

La mortalité infantile est subdivisée en trois grandes composantes : la mortalité néonatale précoce concerne les décès survenant entre le jour 0 de vie (J0) et le J6 ; la mortalité néonatale tardive regroupe les décès survenant entre le J7 et le J27 et la mortalité post-néonatale rassemble tous les décès survenant entre le J28 et le J365 après la naissance (voir schéma 1). Cette classification rend compte des grandes causes de mortalité, différentes suivant l'âge au moment du décès.

Schéma 1. Définitions de la mortalité infantile (et ses composantes) et de la mortinatalité



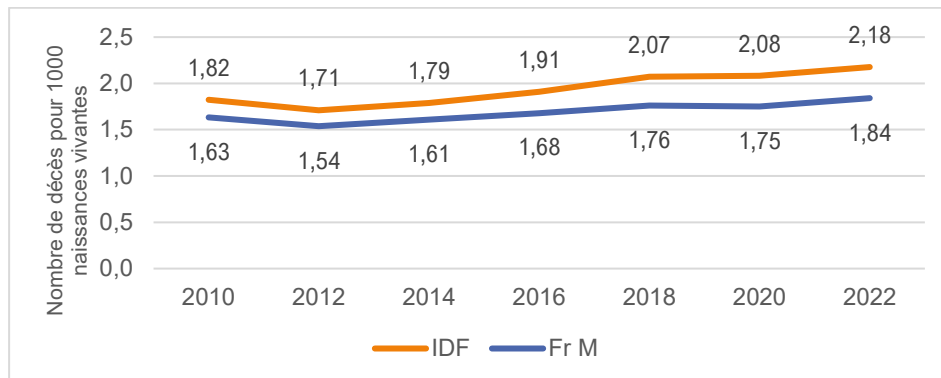
En Île-de-France, comme au niveau national, l'augmentation de la mortalité infantile observée au cours de la dernière décennie est principalement due à l'accroissement de la composante néonatale précoce (1,81‰ en 2012 et 2,14‰ en 2021 (soit 18,2% d'augmentation), alors que peu ou pas de variations sont notées pour la mortalité néonatale tardive et que la mortalité post-néonatale baisse de manière lente mais continue (Figures 6, 7 et 8).

Au niveau infrarégional, toutes les composantes de la mortalité infantile sont plus importantes en Seine-Saint-Denis. En effet, depuis la fin des années 1990, il existe un écart des taux de mortalité infantile entre ce département et les autres départements de la région, ainsi qu'avec le reste de la France métropolitaine. Une étude épidémiologique mise en place dans le cadre du programme REMI (réduire la mortalité infantile et néonatale en Seine-Saint-Denis) porté par l'ARS a entre autres permis de montrer le rôle des facteurs socioéconomiques dans cette surmortalité dans le département particulièrement pour la composante néonatale [1]. Les audits des cas de décès de cette étude ont montré que pour 7 % des décès néonataux, les mères n'avaient pas de sécurité sociale en début de grossesse et 9 % étaient bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) ou du dispositif d'accès aux soins urgents. Au niveau individuel, l'absence de sécurité sociale multiplie par quatre le risque de décès néonatal. De plus, les mères sont plus souvent atteintes de pathologies qui impactent la grossesse et qui sont en lien avec les déterminants sociaux (surpoids et obésité, diabète notamment). Par ailleurs, l'étude a mis en évidence des problématiques liées à des défauts dans l'accès aux soins et dans la réalisation des soins, ainsi qu'à une insuffisante coordination des soins.

Les actions de ce programme ont probablement contribué à la réduction de mortalité néonatale précoce en Seine-Saint-Denis lors de son implémentation entre 2013 et 2017, puisque la mortalité du département avait quasiment rejoint la moyenne régionale à cette période. Cependant, un nouveau décrochage est observé dès 2018 et mérite une attention particulière (Figure 9). Ce décrochage est également observé dans la mortalité post-néonatale (Figure 11), mais pas pour la mortalité néonatale tardive (Figure 10).

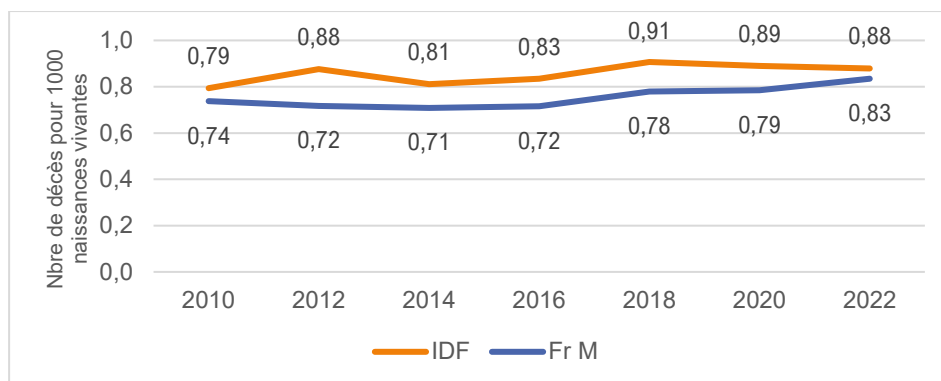
Une publication de l'ORS Île-de-France dédiée à la mortalité infantile détaille davantage cette évolution et montre entre autres une augmentation notable de la mortalité néonatale précoce dans le Val-de-Marne également (Figure 9) [2].

Figure 6. Mortalité néonatale précoce (0-6 jours) en Île-de-France et France métropolitaine entre 2010 et 2022



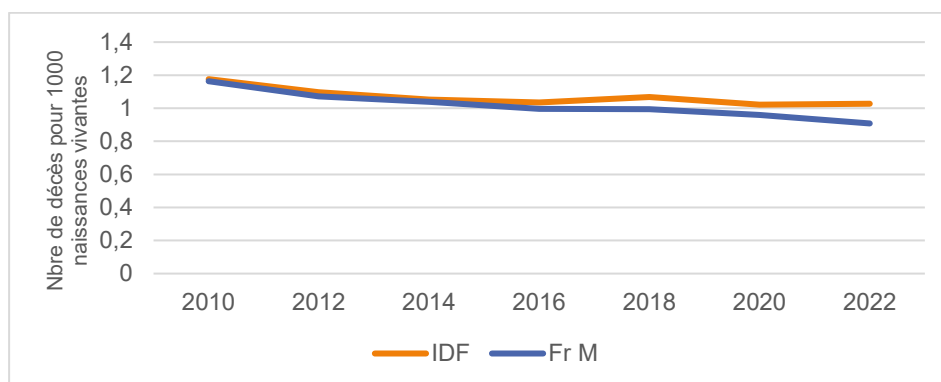
Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF. Les données sont lissées sur 3 années. C'est-à-dire par exemple que le taux de mortalité 2021 correspond à la moyenne du taux 2019, 2020 et 2021. Cette méthode permet de limiter les fluctuations non stabilisées pour des événements rares tels que les décès.

Figure 7. Mortalité néonatale tardive (7-27 jours) en Île-de-France et France métropolitaine entre 2012-2022



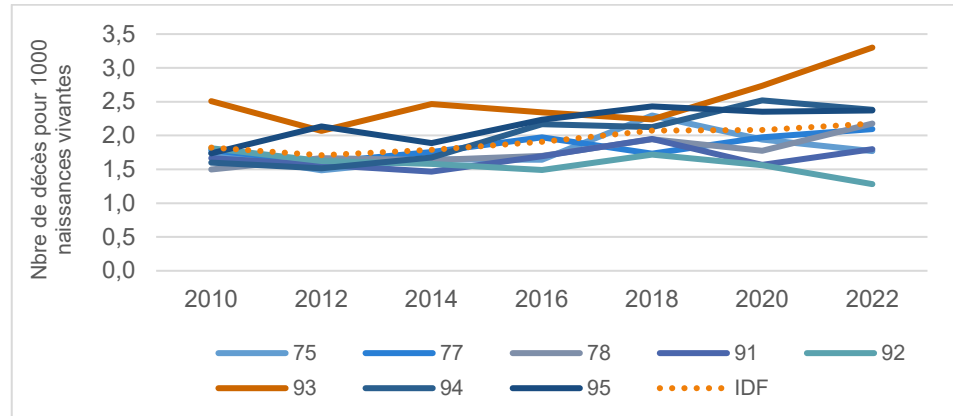
Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF. Les données sont lissées sur 3 années.

Figure 8. Mortalité post-néonatale (27-365 jours) en Île-de-France et France métropolitaine entre 2010 et 2022



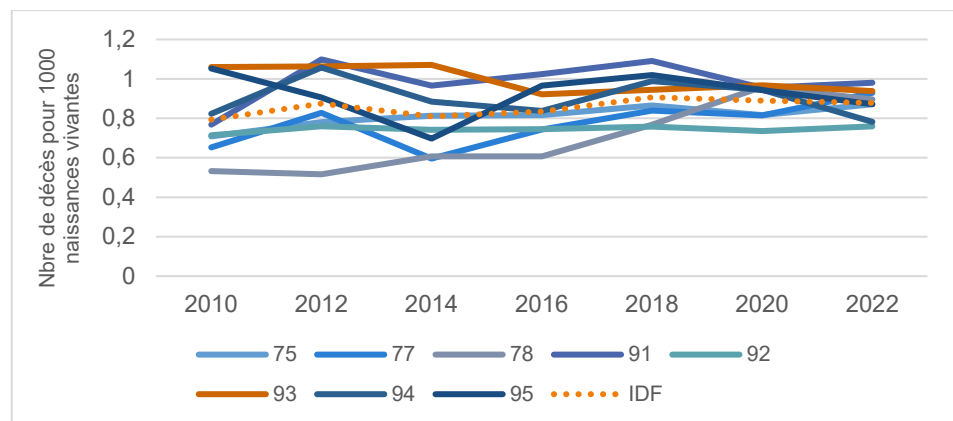
Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF. Les données sont lissées sur 3 années.

Figure 9. Evolution de la mortalité néonatale précoce dans les départements franciliens : 2010 à 2022



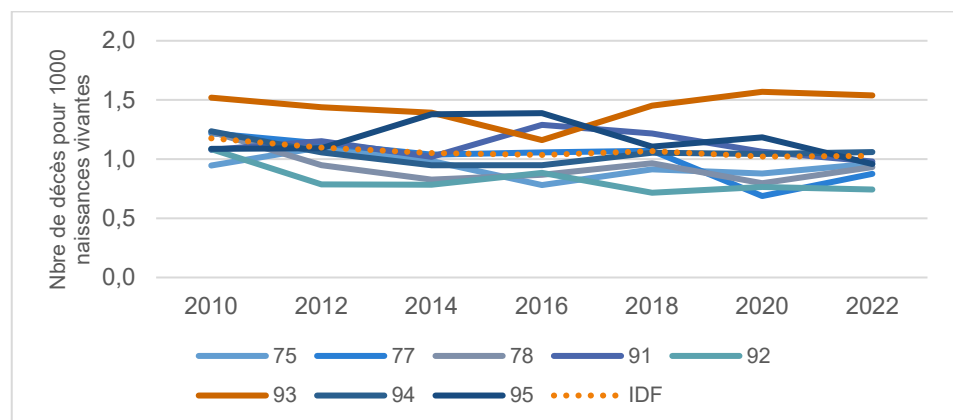
Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF. Les données sont lissées sur 3 années. C'est-à-dire par exemple que le taux de mortalité 2021 correspond à la moyenne du taux 2019, 2020 et 2021. Cette méthode permet de limiter les fluctuations non stabilisées pour des évènements rares tels que les décès.

Figure 10. Evolution de la mortalité néonatale tardive (7-27 jours) dans les départements franciliens : 2010-2022



Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF. Les données sont lissées sur 3 années. C'est-à-dire par exemple que le taux de mortalité 2021 correspond à la moyenne du taux 2019, 2020 et 2021. Cette méthode permet de limiter les fluctuations non stabilisées pour des évènements rares tels que les décès.

Figure 11. Evolution de la mortalité postnéonatale (28-365 jours) dans les départements franciliens : 2010-2022



Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF. Les données sont lissées sur 3 années. C'est-à-dire par exemple que le taux de mortalité 2021 correspond à la moyenne du taux 2019, 2020 et 2021. Cette méthode permet de limiter les fluctuations non stabilisées pour des évènements rares tels que les décès.

Tableau 3. Taux de mortalité infantile* en 2012 et 2022 en fonction de l'âge au moment du décès (en jours)

	2012				2022			
	0-365 jrs	0-6 jrs	7-27 jrs	28-365 jrs	0-365 jrs	0-6 jrs	7-27 jrs	28-365 jrs
75	3,65	1,71	0,78	1,15	3,57	1,73	0,844	1,00
77	3,48	1,58	0,78	1,12	3,73	2,14	0,797	0,80
78	3,34	1,88	0,59	0,87	3,47	2,00	0,817	0,65
91	3,60	1,53	0,99	1,08	3,54	1,55	0,940	1,05
92	3,17	1,58	0,79	0,79	2,91	1,42	0,708	0,78
93	4,83	2,24	1,07	1,52	5,39	2,93	0,888	1,57
94	3,52	1,64	1,00	0,88	4,51	2,65	0,878	0,98
95	4,16	2,20	0,68	1,28	4,46	2,53	0,827	1,10
IDF	3,75	1,81	0,84	1,10	3,99	2,14	0,84	1,02
Fr.M	3,44	1,57	0,72	1,05	3,44	1,78	0,765	0,90

Source : Insee (état civil), exploitation ORS-IDF. Les données sont lissées sur 3 années. C'est-à-dire par exemple que le taux de mortalité 2022 correspond à la moyenne du taux 2020, 2021 et 2022. Cette méthode permet de limiter les fluctuations non stabilisées pour des événements rares tels que les décès. *Les taux sont estimés en nombre de décès pour 1000 naissances vivantes.

4.3 Mort inattendue du nourrisson, un enjeu de santé publique

La mort inattendue du nourrisson (MIN) est un événement tragique qui représente la principale cause de mortalité chez les enfants de 1 à 12 mois dans les pays développés, notamment en France. Elle est définie comme le décès d'un nourrisson survenant brutalement alors que rien, dans les antécédents connus du nourrisson, ne pouvait le laisser prévoir.

En 2015, un observatoire national français des morts inattendues du nourrisson (registre OMIN) a été mis en place, qui regroupe la totalité des centres référents prenant en charge les enfants décédés de MIN en France dont cinq localisés en Île-de-France <https://www.omin.fr/>. Toutes les données présentées dans ce chapitre ont été fournies et validées par les responsables du registre OMIN.

En 2020, l'OMIN a enregistré 184 MIN en France métropolitaine dont 48 dans la région francilienne contre respectivement 168 et 35 en 2019. Entre 20 et 25 % des MIN sont ainsi recensées en Île-de-France. Le taux moyen de MIN était de 25,5 décès pour 100 000 naissances vivantes en Île-de-France pour la période 2016-2020, un taux moins élevé que celui observé en France métropolitaine au cours de la même période (30,7 ‰). L'âge moyen au moment du décès est estimé à 5,7 mois au niveau régional et 5,6 mois en France métropolitaine. Trois quarts de ces décès surviennent avant l'âge de six mois. Ces décès concernent un peu plus les nourrissons de sexe masculin, soit un taux de 27,9 ‰ décès de MIN entre 2016 et 2020 chez les garçons franciliens contre 23 ‰ chez les filles. Ces taux étaient respectivement de 33,5 ‰ et 27,8 ‰ en France métropolitaine.

On observe des disparités interdépartementales dans le nombre et le taux de décès de MIN en Île-de-France. Alors que le taux francilien est en deçà de la moyenne nationale, certains départements affichent des taux dépassant cette moyenne nationale, c'est notamment le cas de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne (Carte 7). Les données d'évolution montrent globalement une tendance à la baisse du taux de décès de MIN en Île-de-France entre 2016 et 2020 (Figure 12). Cependant, l'évolution au niveau infrarégional paraît très variable avec des fortes baisses observées dans certains départements, mais une petite tendance à la hausse dans d'autres (Figure 12). L'âge

moyen au moment du décès est plus élevé dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine. Le partage de surface de couchage (cobedding) qui est incriminé dans les MIN concernait 29 % des cas de MIN franciliens et jusqu'à 50 % dans le Val-d'Oise. Les données détaillées sur les MIN franciliens ont été publiées dans un rapport de l'ORS de 2023 [3].

Carte 7. Taux de MIN pour 100 000 naissances vivantes dans les départements franciliens entre 2016 et 2020

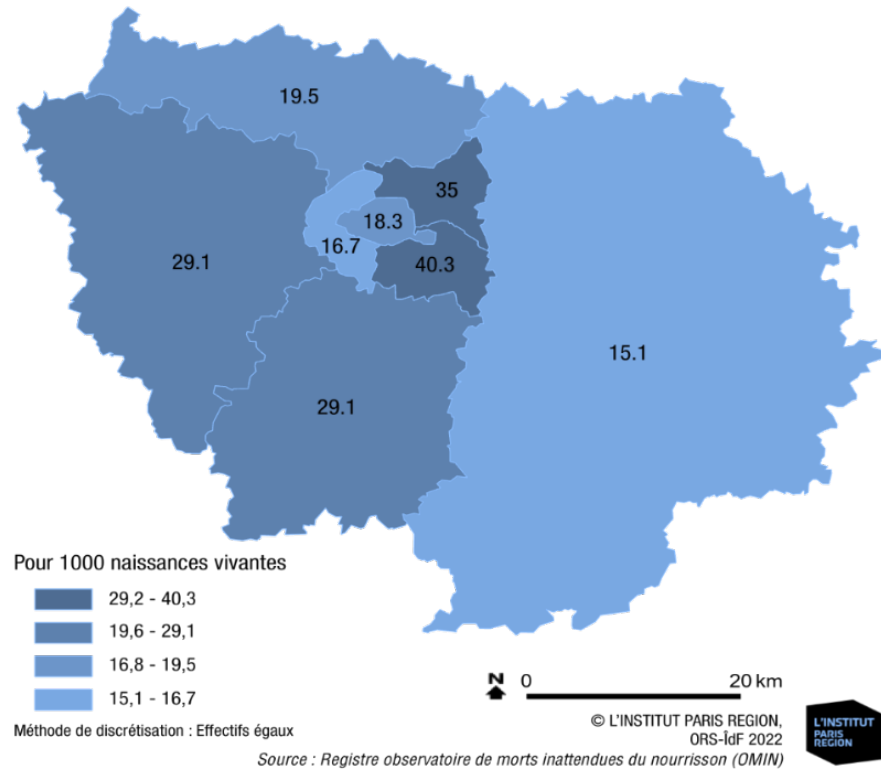
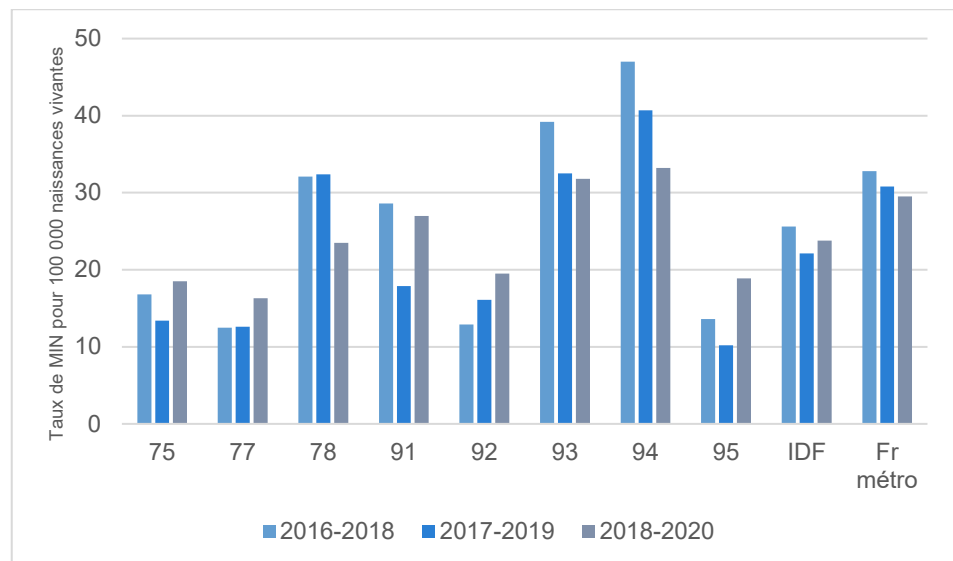


Figure 12. Évolution du taux de MIN (pour 100 000 naissances vivantes) entre 2016 et 2020



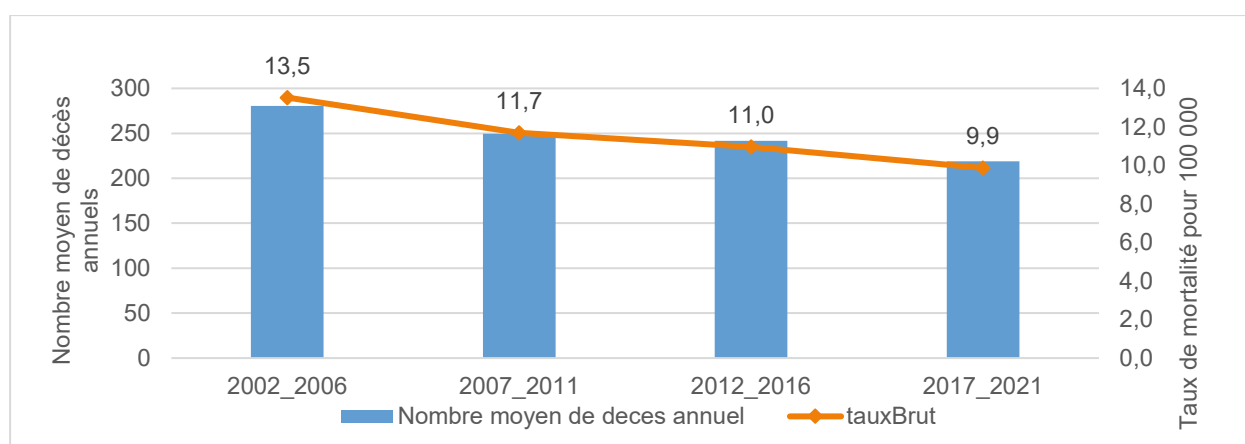
Source : Registre observatoire de morts inattendues du nourrisson (OMIN)

4.4 Une mortalité des 1-14 ans plus importante dans les territoires moins favorisés

Entre 2017 et 2021, 1 094 décès ont été comptabilisés chez les enfants de 1-14 ans résidant en Île-de-France, soit un taux comparatif de mortalité¹ de 9,9 décès pour 100 000 enfants de 1-14 ans (Figure 13), un taux qui n'est statistiquement pas différent de celui observé en France métropolitaine. Les données d'évolution montrent une tendance globale au recul de la mortalité dans cette tranche d'âge. En raison du petit nombre de décès, les analyses infrarégionales ont été déclinées au niveau départemental et font état des disparités territoriales marquées (Tableau 4 et Figure 14). Quel que soit le sous-groupe d'âge considéré (1-4 ans ou 1-14 ans), la mortalité paraît significativement plus importante en Seine-Saint-Denis (Tableau 4).

Après la mortalité infantile (voir chapitre 4.1), la tranche d'âge la plus concernée par le décès des enfants est située dans les cinq premières années de vie. La mortalité de ce groupe d'âge est estimée à 15,7 pour 100 000 entre 2012 et 2021 seulement au niveau régional avec des chiffres plus élevés en Seine-Saint-Denis (Figure 15).

Figure 13. Taux de mortalité chez les 1-14 ans en Île-de-France évolution 2002- 2021



Les données sont lissées sur cinq années
Source : Inserm - CépiDc, exploitation ORS-IDF

Tableau 4. Mortalité chez les 1-14 ans dans les départements franciliens entre 2017 et 2021

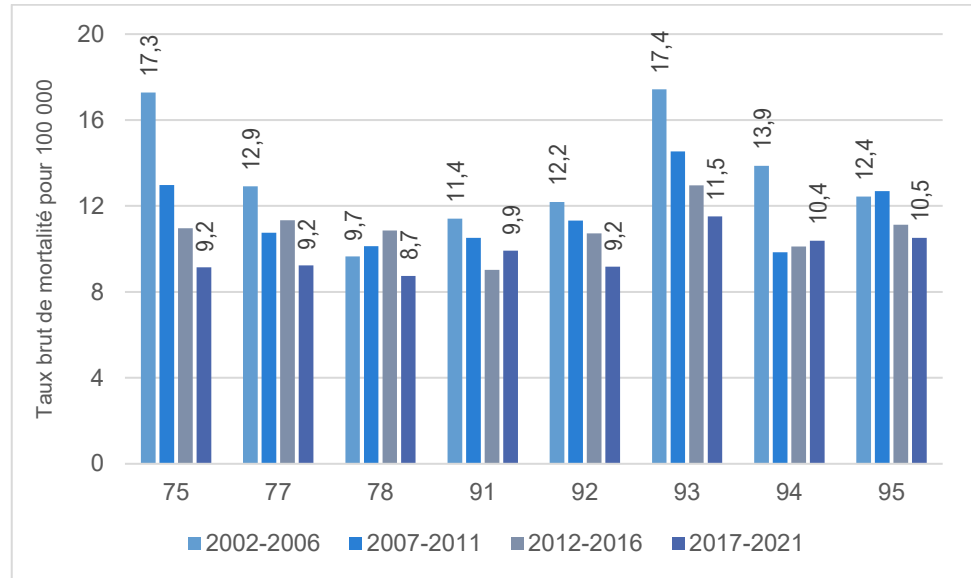
Département	Nombre moyen de décès des 1-14 ans	Taux de mortalité chez les 1-14 ans (pour 100 000)	Indice comparatif de mortalité (par rapport au niveau régional)
75	24,8	9,2	92,4
77	25,8	9,2	94,8
78	24,2	8,7	89,5
91	25,0	9,9	100,8
92	26,2	9,2	92,5
93	39,6	11,5*	115,7
94	26,4	10,4	104,6
95	26,8	10,5	106,8
IDF	218,8	9,9	

Source : Inserm - CépiDc, exploitation ORS-IDF

Légende : *La mortalité chez les 1-14 ans de Seine-Saint-Denis est 15,7 % plus importante que le niveau moyen observé en Ile-de-France.

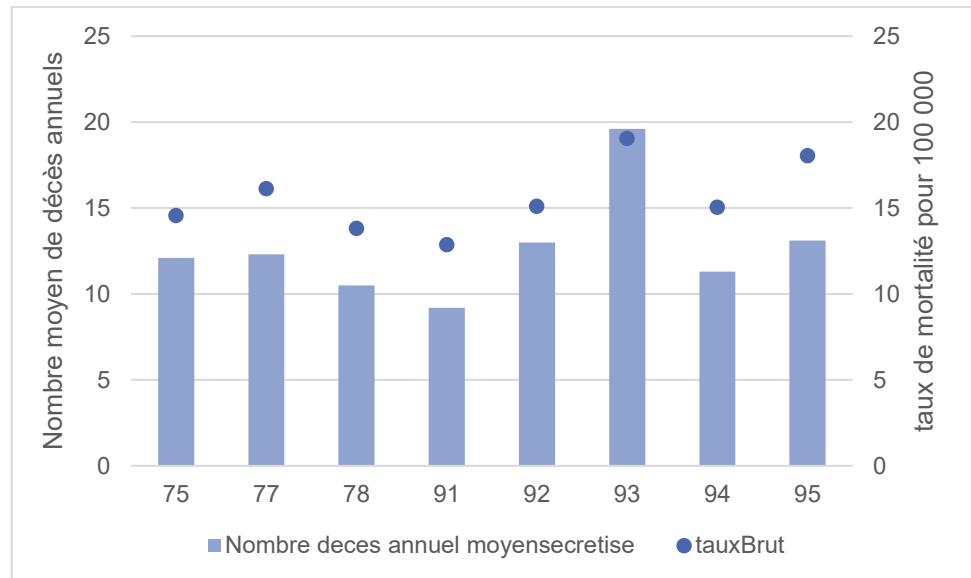
¹ Le taux comparatif de mortalité correspond au rapport entre le nombre de décès observés dans un territoire et le nombre de décès attendus. Cet indicateur permet d'éliminer les effets de la structure par âge et permet des comparaisons de la mortalité dans le temps et dans l'espace. Un ICM de 116 signifie une fréquence de décès supérieur de 16 % à la moyenne régionale. En revanche, un ICM de 94 signifie une fréquence de décès inférieure de 6 % à cette moyenne.

Figure 14. Evolution de la mortalité* chez les 1-14 ans entre 2002 et 2021 dans les départements franciliens



Source : Inserm - CépiDC, exploitation ORS-IDF
 Ces données sont lissées sur trois années et c'est l'année du milieu qui est présentée dans le graphique c.à.d. que la donnée 2009 par exemple correspond à un lissage 2008, 2009 et 2010.

Figure 15. Mortalité chez les 1-4 ans dans les départements franciliens entre 2012 et 2021



Source : Inserm – CépiDc, exploitation ORS-IDF

5 | INDICATEURS DE MORBIDITÉ

LES POINTS ESSENTIELS

- > Des inégalités territoriales de santé observées dès la naissance ;
- > En générale, une moins bonne santé des enfants dans les territoires défavorisés, y compris la santé buccodentaire ;
- > La prévalence de certaines maladies semble en augmentation continue, notamment le diabète et l'obésité.

5.1 Une santé périnatale plus préoccupante dans les territoires pauvres

Certaines caractéristiques du nouveau-né telles que le poids ou l'âge gestationnel au moment de l'accouchement sont cruciales pour le développement psychomoteur de l'enfant et peuvent influencer le développement et la santé du futur adulte qu'il deviendra. L'état de santé du nouveau-né est lié à des facteurs individuels maternels tels que l'âge de la mère, la consommation d'alcool, la situation de logement, l'obésité qui sont très socialement déterminés, mais aussi aux facteurs contextuels d'accès à la prévention, aux services de soins et aux produits de santé en général. Et les inégalités sociales de santé peuvent apparaître dès la naissance.

5.1.1 Une prévalence de la grande prématurité plus importante dans les territoires défavorisés

La prématurité est définie comme une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Si cette naissance survient entre 33 et 36 SA, on parle de prématurité moyenne et de grande prématurité si elle intervient avant 33 SA.

En 2022, 7 838 enfants franciliens sont nés avant la 37^e semaine d'aménorrhée, soit une prévalence de la prématurité de 7 %, en Île-de-France, un taux proche de celui observé en France métropolitaine (6,8 %). Le taux francilien de grande prématurité est également proche de la moyenne nationale (1,6 % en Île-de-France vs 1,5 % en France métropolitaine).

Les données d'évolution montrent un léger recul de la prématurité au niveau régional au cours de ces dernières années (Figure 16). Cependant, les évolutions infrarégionales sont très disparates avec des augmentations de prévalence particulièrement celle de la grande prématurité dans certains départements notamment dans le Val-de-Marne et le Val-d'Oise, une stabilité en Seine-Saint Denis, mais une baisse à Paris et dans les Hauts-de-Seine¹.

Les données ont également été analysées au niveau départemental, des intercommunalités et des communes. Les analyses départementales montrent peu de différences pour la prématurité moyenne, mais une prévalence de la grande prématurité un peu plus importante dans les départements les moins favorisés (notamment dans le 93 et le 95) (Figure 17).

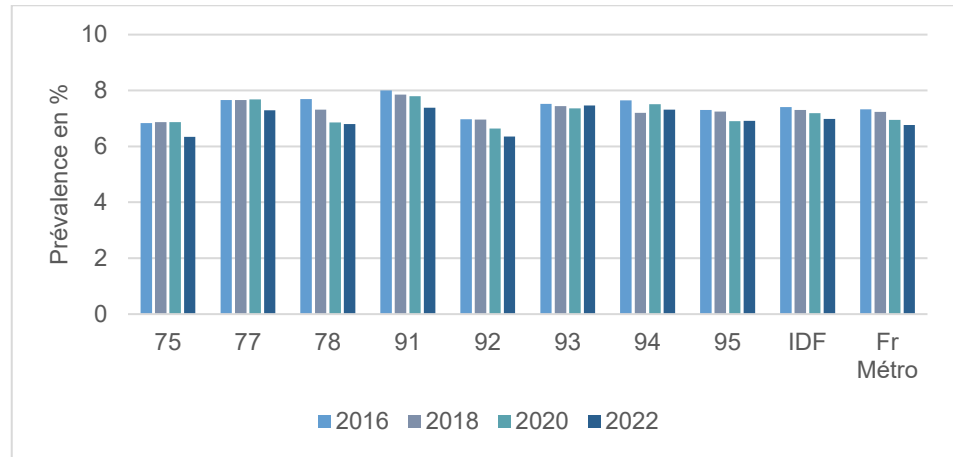
Au niveau des intercommunalités, les territoires de Deux Vallées, de Gally-Mauldre, de l'Orée de la Brie et de Plaines et Monts de France présentent des plus faibles taux de grande prématurité alors que la communauté des communes de Gâtinais-Val de Loing a le taux le plus élevé. (8,4 % des naissances domiciliées). Les taux de prématurité et de grande prématurité dans les intercommunalités franciliennes sont présentés dans les cartes 8 et 9. Les résultats au niveau communal donnent des chiffres parfois difficiles à

¹ Il s'agit bien des taux de prévalence lissés sur trois années afin de prendre en compte les fluctuations non stabilisées ; par exemple le taux 2022 correspond à la moyenne 2021, 2022 et 2023.

interpréter en raison du faible nombre total de naissances notamment dans les petites communes.

Nos analyses statistiques montrent également que, comparées aux intercommunalités riches, les intercommunalités les plus pauvres ont respectivement trois et cinq fois plus de risque de présenter des taux de prématurité et de grande prématurité dépassant les moyennes régionales.

Figure 16. Prévalence de la prématurité (<37 SA) dans les départements franciliens : Évolution 2015-2022



Source : SNDS – PMSI, exploitation ORS-IDF. Afin de limiter l'effet des fluctuations non consolidées, les taux présentés sont lissés sur trois années (c'est-à-dire le taux 2020 correspond à la moyenne entre les taux de 2019, 2020 et 2021)

Carte 8. Proportion d'enfants nés avant 37 semaines (prématurés) dans les intercommunalités franciliennes en 2021

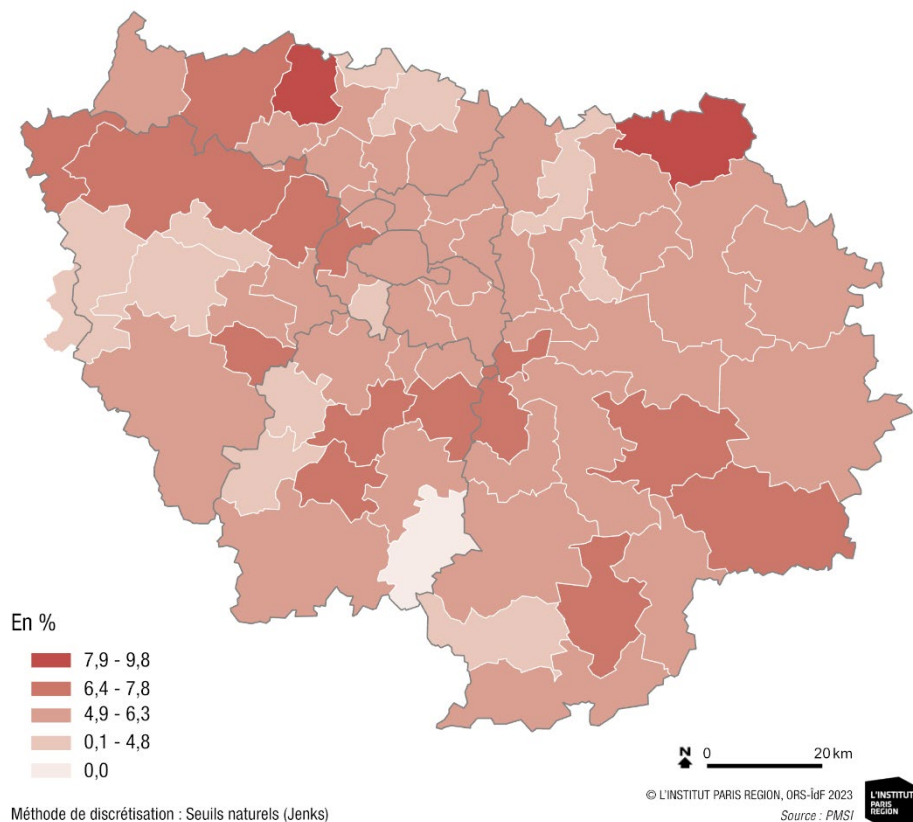
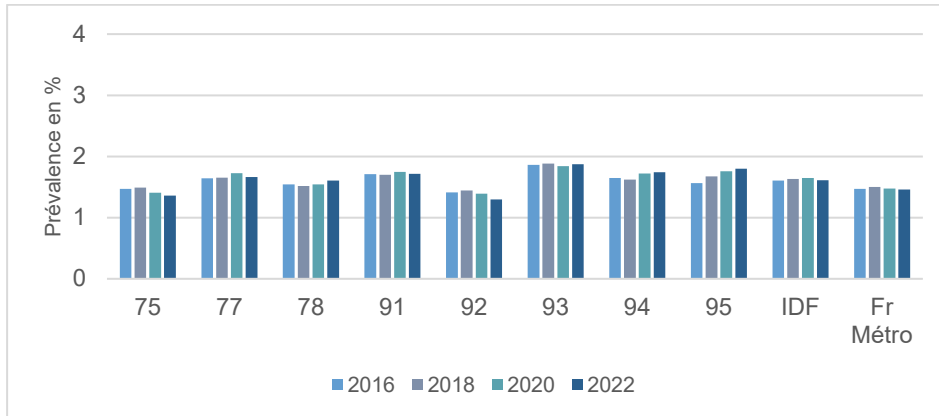
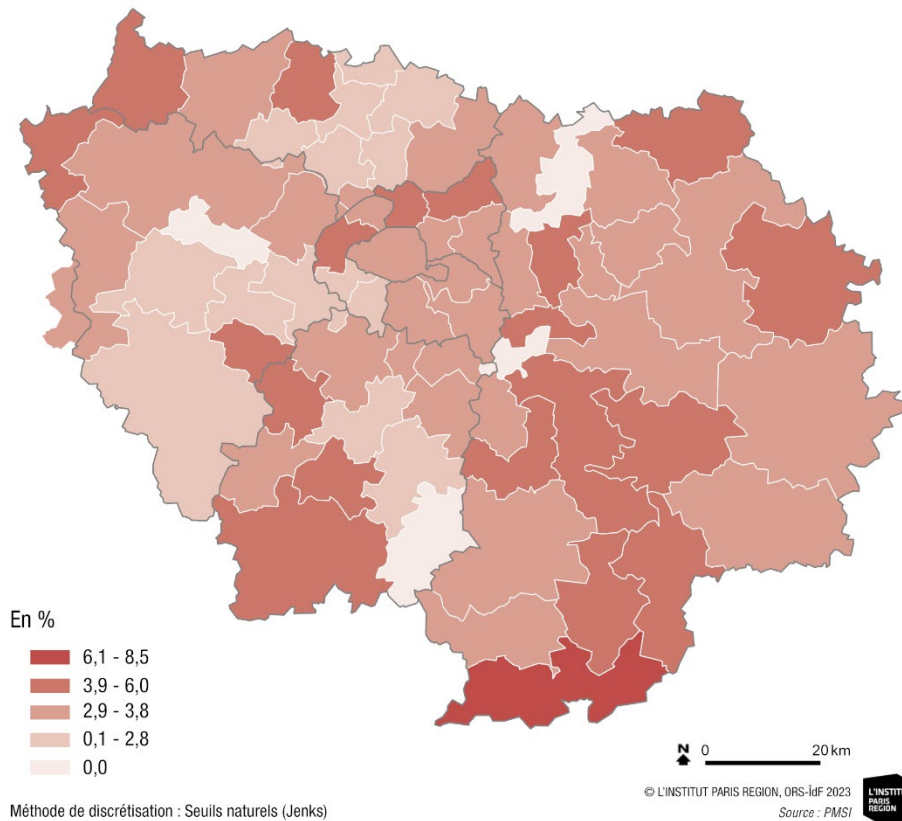


Figure 17. Evolution de la grande prématurité (<33 SA) dans les départements franciliens : 2016-2022



Source : SNDS – PMSI, exploitation ORS-IDF. Afin de limiter l'effet des fluctuations non consolidées, les taux présentés sont lissés sur trois années (c'est-à-dire le taux 2020 correspond à la moyenne entre les taux de 2019, 2020 et 2021)

Carte 9. Proportion d'enfants nés avant 33 semaines d'aménorrhée (grands prématurés) dans les intercommunalités franciliennes en 2021



5.1.2 Plus de nouveau-nés de faible poids dans les territoires pauvres

Un nouveau-né est considéré de poids normal s'il naît avec un poids compris entre 2 500 et 4 000 grammes, en deçà de 2 500 grammes il est considéré comme ayant un faible poids et au-delà de 4 000 grammes il est macrosome. D'autres types d'échelle prennent en compte l'âge gestationnel et le sexe de l'enfant pour évaluer la courbe morphométrique de l'enfant par rapport à la normale (Audipog), ce qui n'est pas fait dans ce travail.

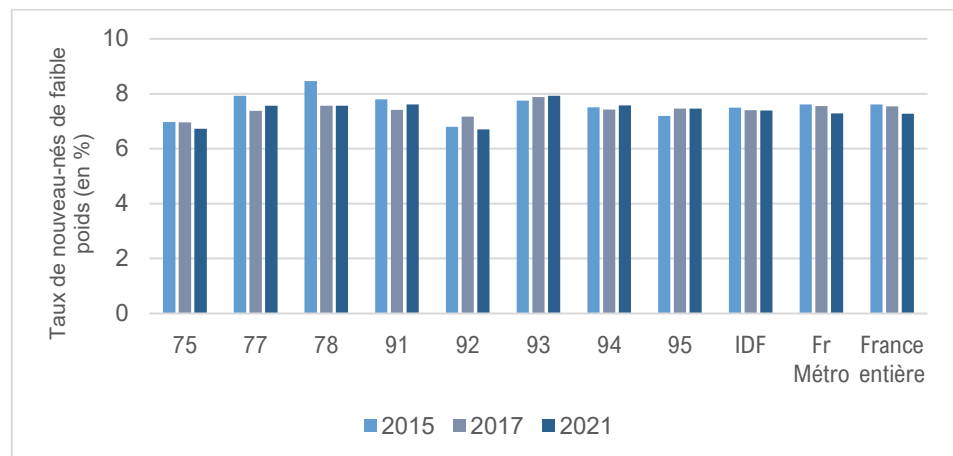
En 2020, les nouveau-nés de faible poids représentent 7,2 % des naissances vivantes franciliennes (Figure 18) ; une prévalence proche de celle de la France Métropolitaine et relativement stable au cours des dernières années (7,3 en 2012) et peu variable suivant les départements.

Cependant, une analyse territoriale plus fine révèle des disparités entre les intercommunalités (Carte 10) et une différence encore plus marquée au niveau communal (Carte 11).

La proportion de nouveau-nés de faible poids est plus importante dans les territoires les moins favorisés.

Nos analyses statistiques à l'échelle intercommunale montrent que, comparées aux intercommunalités les plus aisées, les intercommunalités les plus pauvres ont cinq fois plus de risque de présenter des taux de faible poids de naissance dépassant la moyenne régionale (ORa : 5,5 IC95% [1,44-21,02])¹.

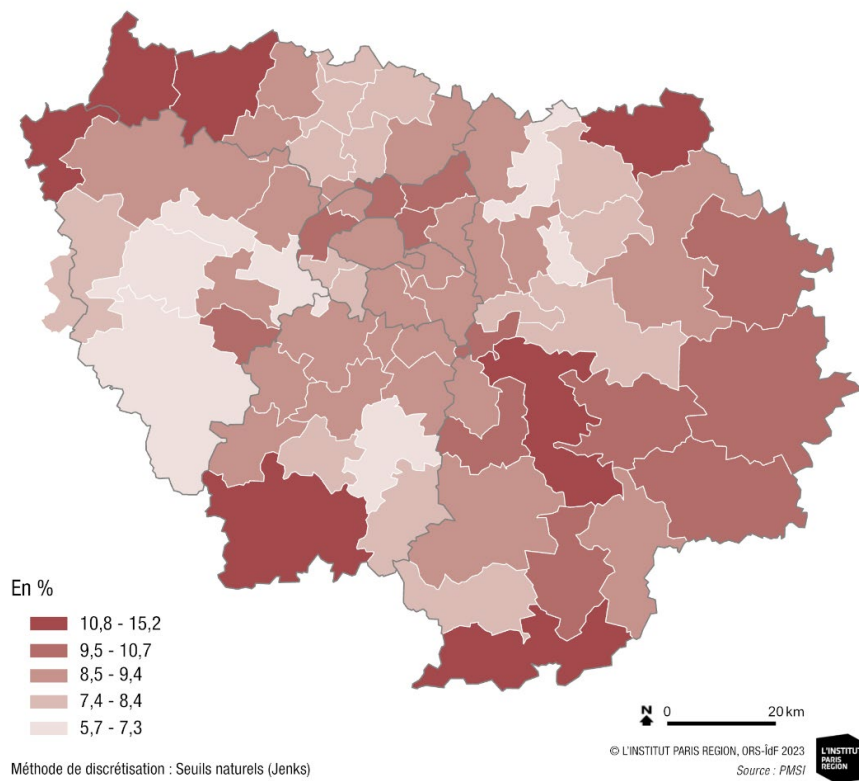
Figure 18. Naissances de faibles poids (%) dans les départements franciliens : évolution 2015-2021



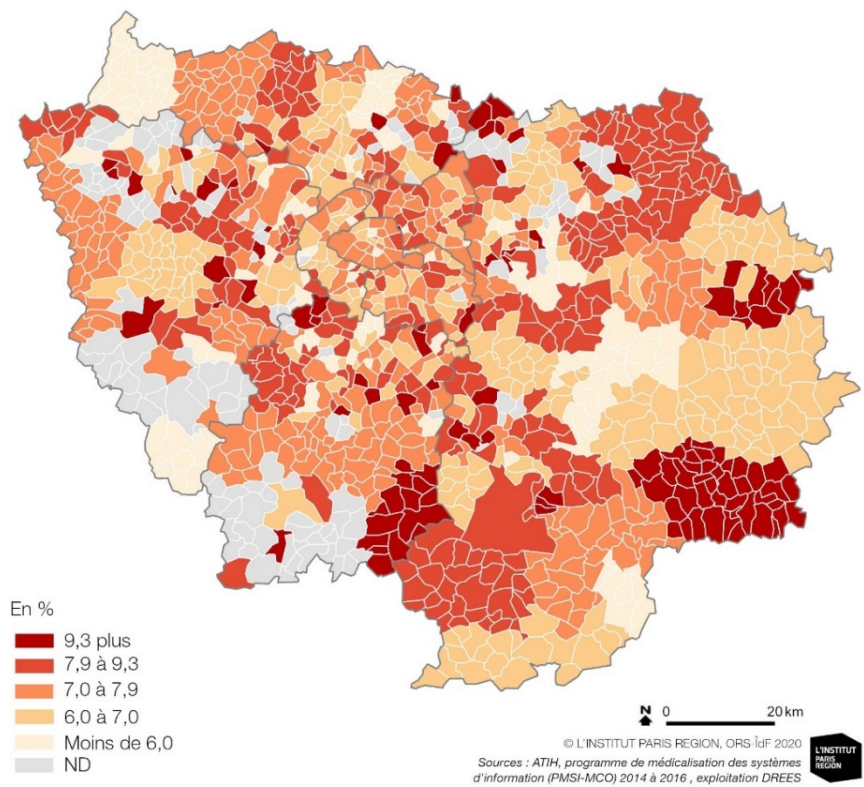
Source : PMSI, exploitation ORS-IDF

¹ ORa : odds-ratio ajusté calculé grâce à un modèle de régression logistique après prise en compte du nombre de naissance et de la taille de la population dans les territoires. IC95% : intervalle de confiance à 95% évalue le risque d'erreur de l'ORa.

Carte 10. Proportion d'enfants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance dans les intercommunalités franciliennes en 2021



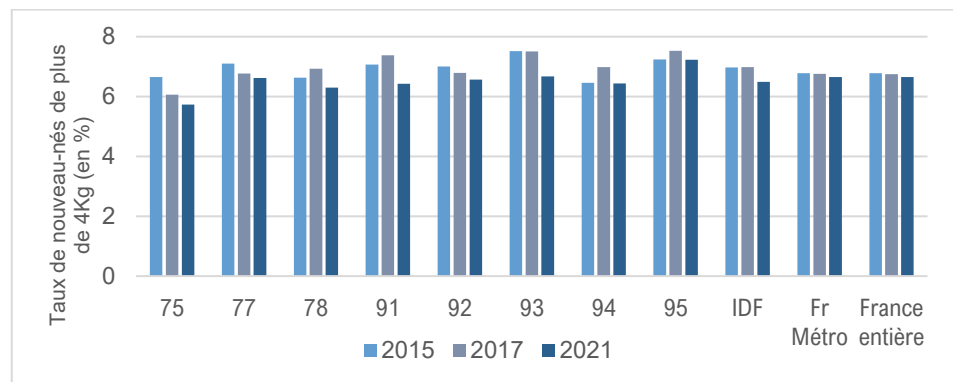
Carte 11. Proportion (en %) d'enfants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance dans les communes franciliennes en 2021



5.1.3 Jusqu'à 10 % d'enfants nés avec plus de 4 kg dans certains territoires

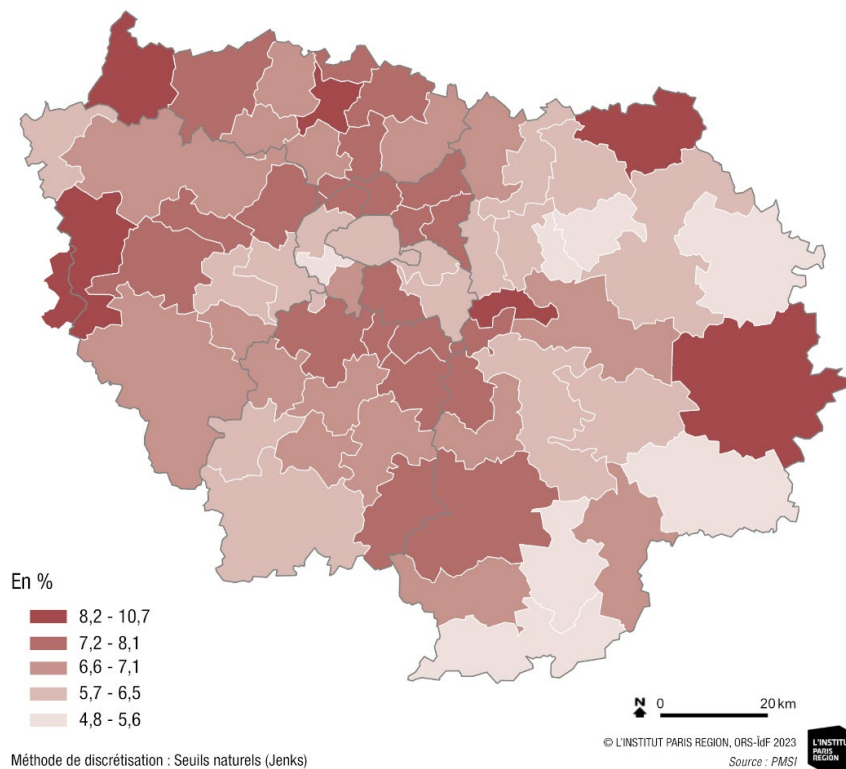
En Île-de-France, chaque année environ 7 % d'enfants naissent avec un poids supérieur à 4 000 grammes (Figure 19), une prévalence proche des valeurs nationales (7,3% en France métropolitaine). La macrosomie (poids >4Kg à la naissance) est en léger recul malgré l'augmentation observée des facteurs de risque notamment du diabète gestationnel et l'obésité maternelle (les chiffres relatifs au diabète gestationnel et autres facteurs de risque sont reprises dans d'autres publication de l'ORS en référence [3, 4]). Les disparités territoriales sont peu marquées lorsque les données sont observées au niveau départemental (Figure 19). Cependant, l'analyse au niveau géographique plus fin montre des fortes disparités avec des taux de macrosomie variant du simple au double entre certaines intercommunalités (Carte 12).

Figure 19. Naissances d'enfants de 4 kg ou plus dans les départements franciliens : évolution 2015-2021



Source : SNDS, PMSI, exploitation ORS-IDF

Carte 12. Proportion d'enfants pesant plus de 4 kg à la naissance dans les intercommunalités franciliennes en 2021



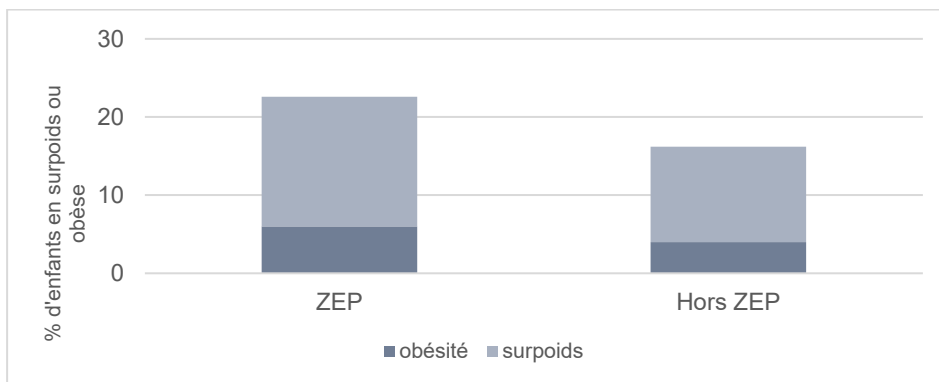
5.2 Près d'un enfant francilien sur cinq est en surcharge pondérale

L'obésité est aujourd'hui connue comme facteur de risque de plusieurs maladies (cardiorespiratoire, métabolique, cancers etc.). Pourtant, nous disposons de peu de données récentes sur le poids des enfants et encore moins si on cherche des données exhaustives. Les données des dernières enquêtes nationales de santé en milieu scolaire de 2012, pilotées par la Drees, montraient que 17,5 % des élèves franciliens de la grande section maternelle (environ 5 ans) et 21,8 % des CM2 (environ 10 ans) étaient en surcharge pondérale et près de 5 % étaient obèses pour ces deux niveaux de scolarisation (Figures 20 et 21).

Dans ladite enquête, la proportion d'élèves en surcharge pondérale semblait plus importante en Île-de-France comparé à la moyenne nationale. De plus la prévalence de la surcharge pondérale augmentait entre la GSM et le CM2.

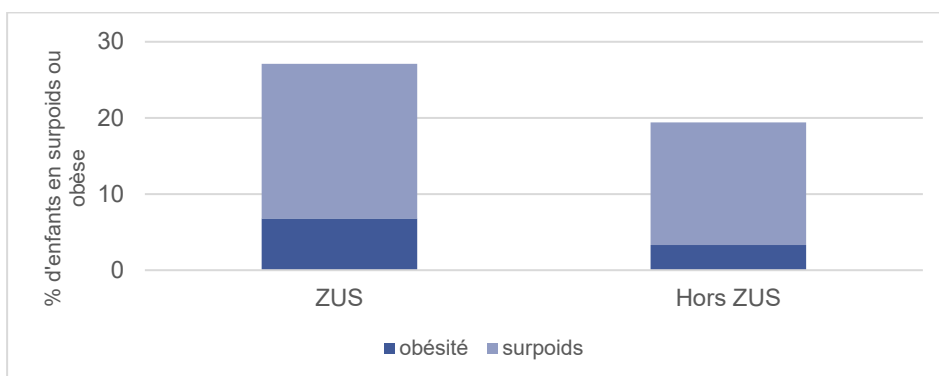
Des inégalités sociales et territoriales sont très présentes dans la distribution de l'obésité dès le plus jeune âge. Le taux d'enfants en surcharge pondérale (en surpoids et obèses) était de 22,6 % et 27,1 % respectivement chez les enfants de grande section maternelle et les CM2 des territoires les plus défavorisés de la région (zones d'éducation prioritaire (ZEP) et zones urbaines sensibles (ZUS)). L'obésité atteignait quant à elle 6 % des enfants de grande section maternelle et 6,8 % des CM2 dans ces zones prioritaires.

Figure 20. Taux d'obésité/surpoids chez les élèves scolarisés en grande section de maternelle en Île de France en fonction de la zone d'éducation (ZEP vs hors ZEP*) : données 2012-2013



Source : données de l'Enquête nationale de santé 2012-2013 auprès des élèves scolarisés en Grande section de maternelle de la Drees. Exploitation ORS-IDF. ZEP=zones d'éducation prioritaire

Figure 21. Taux d'obésité/surpoids chez les élèves scolarisés en CM2 en Île de France en fonction de la zone d'éducation (ZUS* vs hors ZUS*) : données 2014-2015



Source : données de l'Enquête nationale de santé 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2 de la Drees. Exploitation ORS-IDF. *ZUS= zones urbaines sensibles

5.3 Une morbidité générale plus importante dans les territoires défavorisés

5.3.1 Plus d'un tiers des cas de saturnisme du pays sont franciliens

Les données du système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) montrent qu'en 2020, 146 enfants franciliens ont été détectés comme ayant eu pour la première fois une plombémie supérieure au seuil de déclaration obligatoire (50µg/L), soit 35 % du nombre total de cas incidents détectés en France (Tableau 5). Un peu plus d'un tiers des cas incidents franciliens concerne les enfants de moins de 2 ans (38 %). En outre, 122 enfants ont été détectés au cours d'un primo-dépistage.

Les cas de saturnisme de l'enfant sont inégalement répartis dans les territoires franciliens. Mais ces différences interdépartementales doivent être interprétées avec précaution car elles peuvent traduire l'activité de dépistage, plus importantes dans certains territoires. Les données relatives aux dépistages du saturnisme sont reprises dans le chapitre 6.1 dédié aux actions de prévention et de promotion de la santé.

5.3.2 Une fréquentation des urgences pour asthme plus importante chez les enfants franciliens

Le système national de donnée de santé (SNDS) montre que près de 5 % des Franciliens d'un à quatorze ans sont atteints d'une maladie respiratoire chronique (hors mucoviscidose)¹. Cette prévalence des maladies respiratoires paraît plus importante chez les garçons (62 % des cas sont de sexe masculin) (données 2019).

Par ailleurs, les nouveaux cas de mucoviscidose (incidence) représentent 1,2 cas pour 10 000 nouveau-nés testés en Île-de-France en 2019 (1,8 au niveau national), une incidence qui tend à reculer au cours des vingt dernières années, selon les données du SNDS (en 2002 1,7 pour 10 000 en Île-de-France vs 2,3 en France).

En outre, nous avons observé peu de disparités interdépartementales dans la prévalence de maladies respiratoires chroniques. Toutefois, nous ne disposons pas des données issues du système de surveillance de la mucoviscidose en France, qui peuvent s'avérer plus exhaustives.

Les indicateurs relatifs aux hospitalisations et passages aux urgences pour asthme de l'enfant sont repris dans les Figures 22 et 23.

Chez les Franciliens de moins de 15 ans, le réseau OSCOUR estime à 533 pour 10 000 la proportion hebdomadaire de passages aux urgences avec un diagnostic médical de crise d'asthme, parmi l'ensemble des passages aux urgences avec un diagnostic médical renseigné (448 pour 10 000 passages au niveau national). Tous les indicateurs de l'asthme sont moins bons en Île-de-France comparés aux moyennes nationales. Au niveau infrarégional, on observe un taux plus important de passages aux urgences pour les enfants résidant en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise. Cependant, les hospitalisations après ces passages sont moins fréquentes dans ces deux départements. Les données exploitées pour produire ces indicateurs ne nous permettent pas de conclure si ce paradoxe traduit une plus importante consommation de soins non programmés dans ces départements ou une morbidité effectivement plus importante.

¹Cette définition des pathologies respiratoires inclut les enfants en ALD au cours de l'année pour des maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, insuffisance respiratoire, et autres troubles respiratoires ; les enfants hospitalisés en MCO pour ces mêmes motifs et/ou enfants ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) dans l'année de médicaments spécifiques.

Tableau 5. Saturnisme en 2020 en Île-de-France et ses départements

Dép.	Nombre de cas incidents par groupe d'âge				Cas prévalents	Nbre primo-dépistages	Cas détectés en primo-dépistage
	Tous	< 2ans	2-6ans	7-17ans			
75	32	14	7	11	49	1925	27
77	3	0	1	2	8	87	3
78	4	2	1	1	4	322	4
91	2	1	0	1	2	108	2
92	9	4	1	4	11	231	7
93	56	22	17	17	84	727	42
94	3	2	0	1	4	328	3
95	37	11	17	9	41	163	34
IDF	146	56	44	46	203	3891	122
Fr	417	150	103	164	537	-	376

Source : Santé publique France – SNDS

Figure 22. Indicateurs relatifs à la consommation de soins hospitaliers pour asthme chez les < 15 ans (2020) en France et en Île-de-France

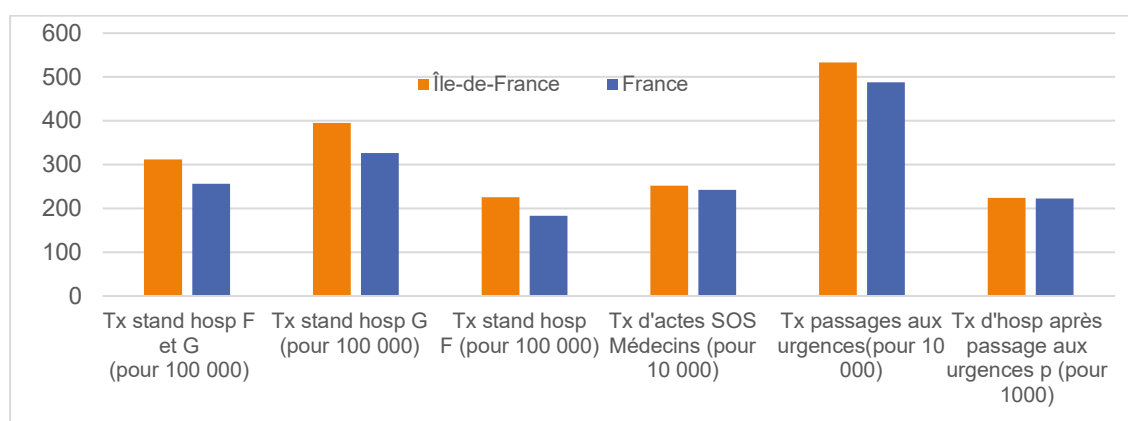
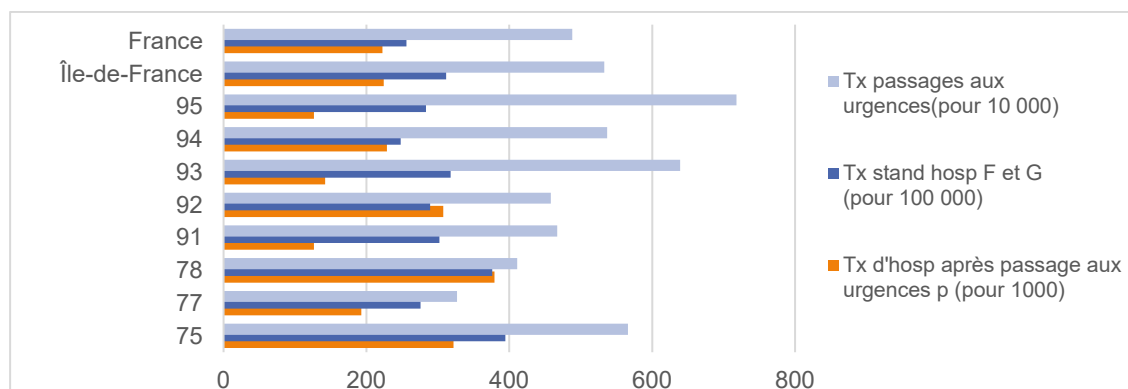
Source SNDS, OSCOUR : exploitation SpF
Tx stand : taux standardisé, F : fille, G : garçon

Figure 23. Indicateurs relatifs à la consommation de soins hospitaliers pour asthme chez les < 15 ans dans les départements franciliens en 2020

Sources : SNDS, OSCOUR : exploitation SpF
Tx stand : taux standardisé, F : fille, G : garçon

5.3.3 Des déclarations d'affections de longue durée (ALD) plus fréquentes pour les enfants des territoires moins favorisés

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place pour permettre la prise en charge des patients souffrant des maladies chroniques comportant un traitement prolongé ou un traitement particulièrement coûteux. Il existe une liste de 30 pathologies (fixée par décret) dite ALD30 qui ont un caractère exonérant, et c'est le médecin qui effectue la déclaration d'ALD auprès de la caisse d'affiliation de l'assuré.

Dans le présent rapport, nous avons évalué les taux standardisés des ALD afin de prendre en compte la répartition territoriale des différents groupes d'âge des populations. Les ALD prévalentes correspondent au nombre d'ALD présentes au moment de l'analyse et les ALD incidentes correspondent aux nouvelles admissions en ALD au cours de l'année étudiée.

Les données régionales montrent qu'au total 65 901 enfants franciliens de 0-14 ans étaient déclarés en ALD en 2022 contre 60 736 en 2017. Les ALD psychiatriques sont de loin les plus prévalentes chez les enfants avec un taux évalué à 948,2 pour 100 000 enfants. Viennent ensuite les affections respiratoires chroniques avec un taux brut estimé à 372,6 pour 100 000 (Tableau 6).

Les nouvelles admissions (ALD incidentes) concernaient 46 291 enfants, soit un taux standardisé de 412 pour 100 000 en Île-de-France (données 2017).

Les comparaisons territoriales ont été effectuées au niveau des intercommunalités et au niveau départemental.

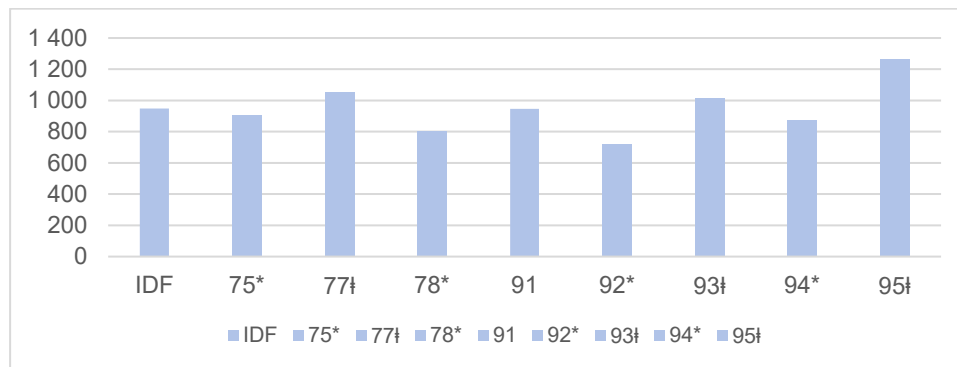
Les comparaisons au niveau départemental font état d'un plus grand recours au dispositif ALD pour les affections psychiatriques dans tous les départements franciliens. Comparé au taux régional, le taux de déclarations en ALD psychiatrique est particulièrement plus important dans le Val-d'Oise et aussi significativement élevé en Seine-et-Marne, en Seine-Saint-Denis alors que ce taux paraît significativement moins important à Paris, dans les Yvelines, dans les Hauts-de-Seine et dans le Val-de-Marne. Le taux de l'Essonne ne paraît pas statistiquement différent du taux régional (Figure 25). Les disparités interdépartementales sont également observées pour les autres pathologies pouvant bénéficier des déclarations en ALD (Figure 24) avec des différences qui peuvent paraître plus ou moins importantes comparées aux taux régionaux (Tableau 7).

Tableau 6. Affection de longue durée en Île-de-France et comparaison aux données de la France Métropolitaine : données 2022

Types d'ALD	Nombre en IDF	Taux pour 100 000	
		IDF	France métr.
Affections psychiatriques	21 783	948,2	941,4
Insuffisance respiratoire chronique grave	8 560	372,6*	317,8
Affections neurologiques et musculaires graves (dont myopathie, épilepsie grave)	6 610	287,7*	231,3
Pathologies cardiaques	4 505	196,1*	197,1
Cause inconnue	4 471	194,6	194,4
Hémopathies graves	3 689	160,6*	157,6
Diabète de type 1 et diabète de type 2	3 488	151,8*	98,5
Déficit immunitaire primitif grave et VIH	2 207	96,1*	91,1
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	2 084	90,7*	71,1
Maladies métaboliques héréditaires	1 648	71,7*	63,5
Autres	6 856		

Source SNDS, exploitation ORS-IDF

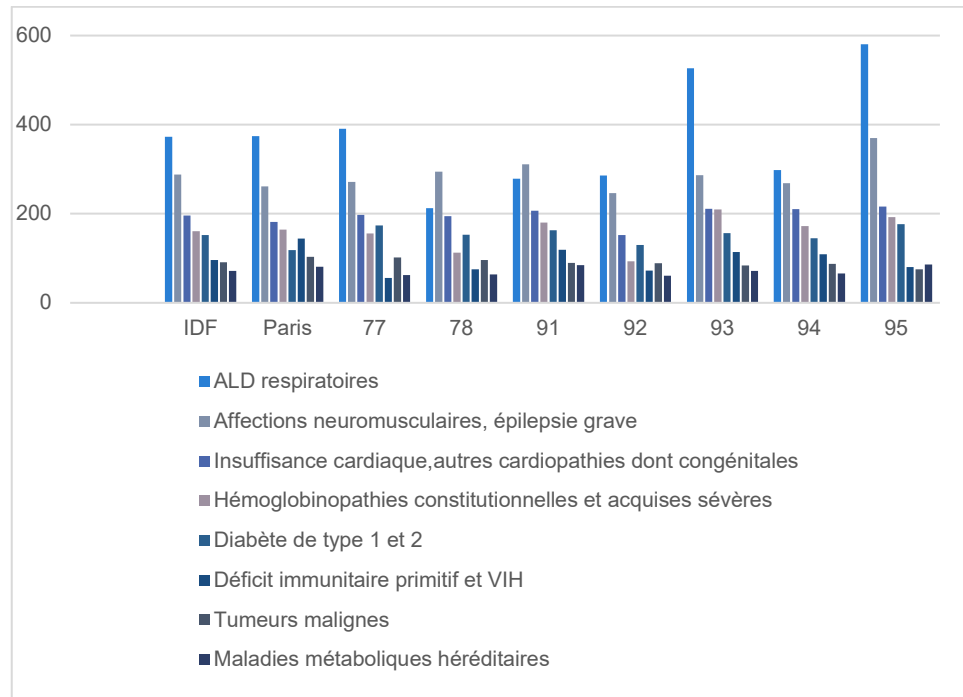
Légende : *les données franciliennes sont significativement différentes de données de la France Métropolitaine.

Figure 24. Taux de déclaration en ALD psychiatrique dans les départements franciliens en 2022

Source SNDS, exploitation ORS-IDF

Légende : *le taux du département est significativement inférieur au taux régional, ‡ le taux du département est significativement supérieur au taux régional.

Figure 25. Taux de recours au dispositif ALD chez les 0-14 ans en fonction des pathologies dans les départements franciliens en 2022



Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

Tableau 7. Indices comparatifs⁵ des taux de recours au dispositifs ALD dans les départements franciliens : en comparaison aux taux régionaux 2022

Types d'ALD	75	77	78	91	92	93	94	95
Affections psychiatriques	-4,2*	+11,1*	-14,9*	-0,3	-24,2*	+7,1*	-7,5*	+33,6*
Insuffisance respiratoire chronique grave	+0,4	+4,8	-43,0*	-25,2*	-23,4	+41,3*	-20,1*	+55,8*
Affections neuromusculaires graves	-9,1*	-5,7	+2,3	+8,1*	-14,4*	-0,3	-6,6	+16,1*
Pathologies cardiovasculaires	-7,6	+0,7	-0,7	+5,3	-22,3*	+7,8*	+7,1	+10,2*
Hémopathies graves	64,1	-3,0	-30,1*	12,3*	-42,1*	30,6*	7,2	19,7*
Déficit immunitaire primitif grave et VIH	+50,0*	-44,3	-21,5*	+23,6*	-24,4*	+18,8*	+13,4*	-16,5*
Diabète de type 1 et diabète de type 2	-21,8*	+14,4*	+0,5	+7,2	-14,3*	+3,1	-4,6	+16,1*
Tumeur malignes	+13,9*	+12,6*	+5,6	-1,2	-2,4	-7,6	-3,2	-17,0*

Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

⁵L'Indice de comparaison : permet de définir le niveau de différence (en + ou -) entre le taux observé dans un département et le taux régional.

* indique si cette différence est statistiquement significative.

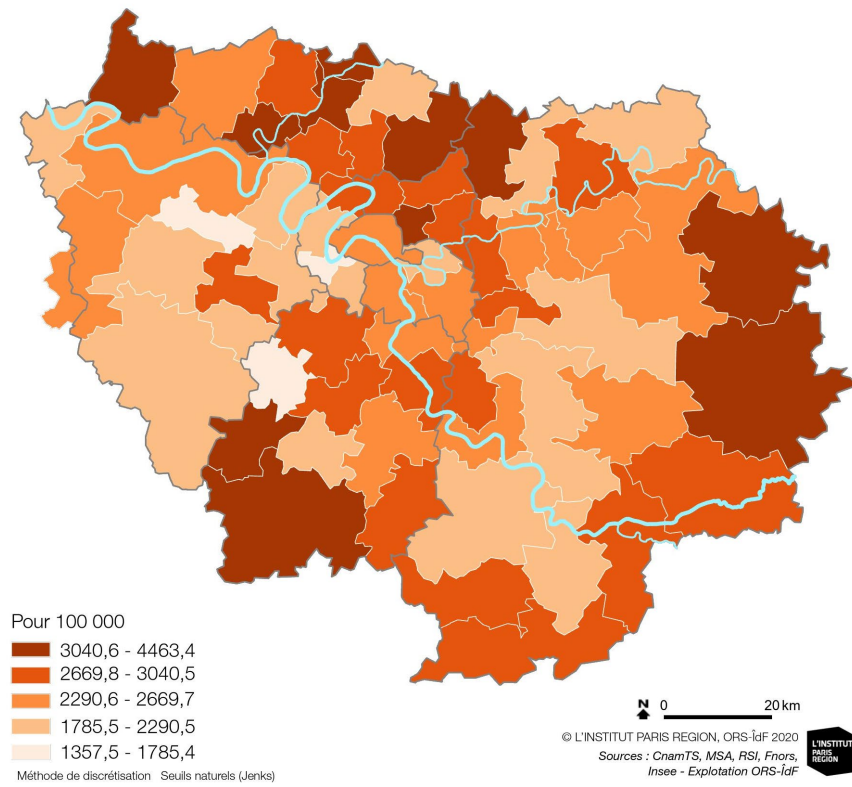
Mode de lecture : le taux des ALD psychiatrique des enfants parisiens est 4 % inférieur au taux régional, ce même taux est de 11 % supérieur en Seine-et-Marne en comparaison au taux régional.

Les comparaisons au niveau des intercommunalités effectuées avec les données 2017 montrent un taux maximum des ALD dans la communauté de communes (CC) du Provinois (4 463,3 pour 100 000) et le minimum dans la CC de Gally Mauldre dans les Yvelines (1357,5) (Carte 13). Les nouvelles admissions (ALD incidentes) montraient un taux plus élevé dans la CC du Haut Val-d'Oise et dans la CA de Cergy-Pontoise, respectivement 640,3 pour 100 000 et 611 pour 100 000 (Carte 15).

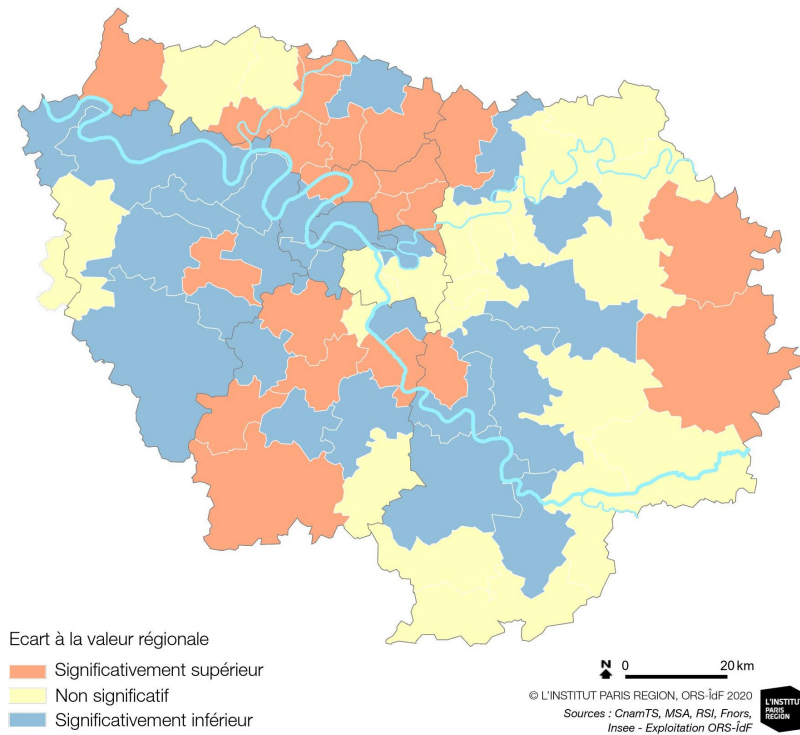
L'indice comparatif nous a permis de comparer le taux des ALD d'un territoire par rapport à la moyenne régionale. Ainsi les cartes 14 et 16 montrent que, contrairement aux recours aux soins de manière générale, les ALD prévalentes ou les nouvelles admissions en ALD sont plus fréquentes dans les intercommunalités les moins favorisées (voir chapitre 6). Cependant, quoique la Seine-Saint-Denis affiche des taux d'ALD dépassant la moyenne régionale, les communes de ce département pourtant réputées parmi les plus pauvres de la région (voire de la métropole) n'apparaissent pas en tête de liste en termes de taux d'ALD.

Nos analyses statistiques plus poussées montrent une corrélation entre le taux de pauvreté et les taux standardisés d'ALD (prévalentes ou incidentes) avec neuf fois plus de déclaration d'ALD pour les enfants des territoires pauvres.

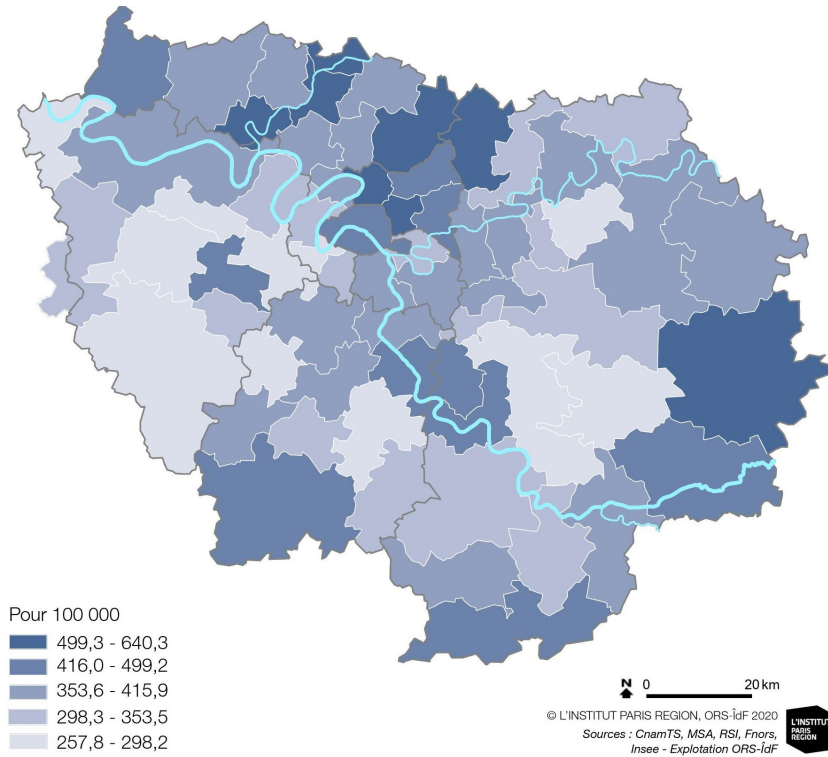
Carte 13. Taux standardisé des ALD (prévalentes) chez les 0-14 ans dans les intercommunalités d'Île-de-France en 2021



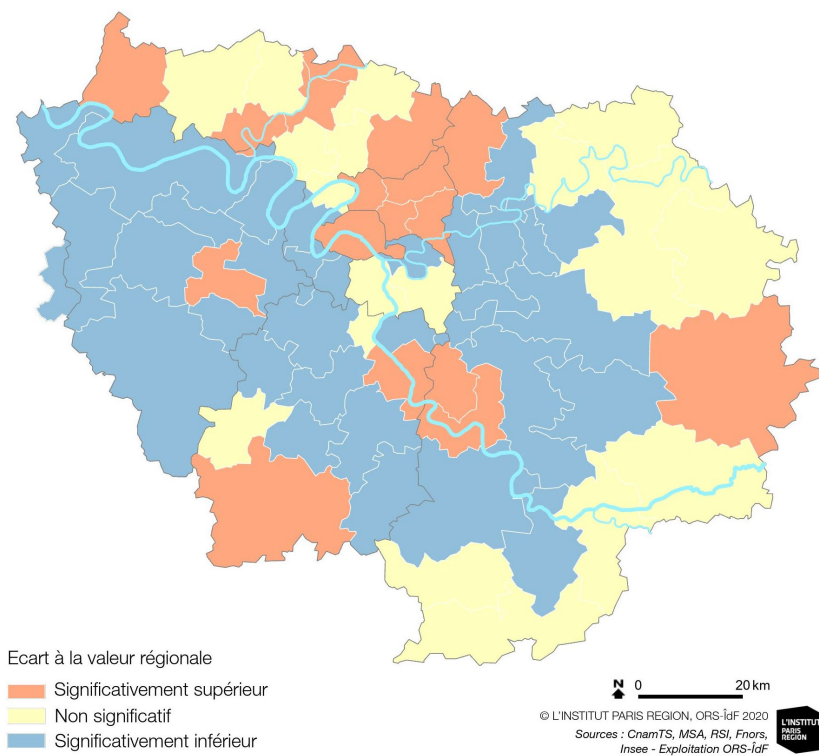
Carte 14. Indice comparatif du taux des ALD (prévalentes) chez les 0-14 ans dans les intercommunalités d'Île-de-France en 2021



Carte 15. Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD chez les 0-14 ans dans les intercommunalités d'Île-de-France entre 2010 et 2014



Carte 16. Indice comparatif des taux de nouvelles admissions en ALD chez les 0-14 ans dans les intercommunalités d'Île-de-France : 2021

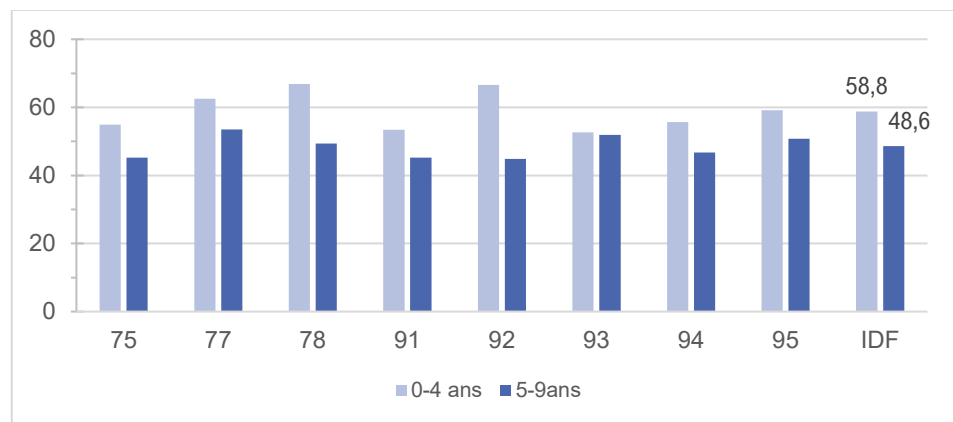


5.3.4 Des disparités territoriales dépendantes de l'âge pour certaines maladies respiratoires et cardiovasculaires

En 2019, en Île-de-France plus de 85 000 enfants de moins de dix ans ont souffert d'une maladie respiratoire et 5 299 d'une maladie cardiovasculaire chronique soit des taux respectifs estimés à 46,6 pour 1 000 et 3,3 ‰. Cette prévalence est estimée à partir du SNDS et inclus des remboursements de médicaments traceurs, les ALD ou les hospitalisations avec la pathologie étudiée comme diagnostic principal ou diagnostic associé. La prévalence de maladies respiratoires est plus importante chez les jeunes enfants de 0-4 ans (58 ‰ vs 48 ‰ chez les 5-10 ans).

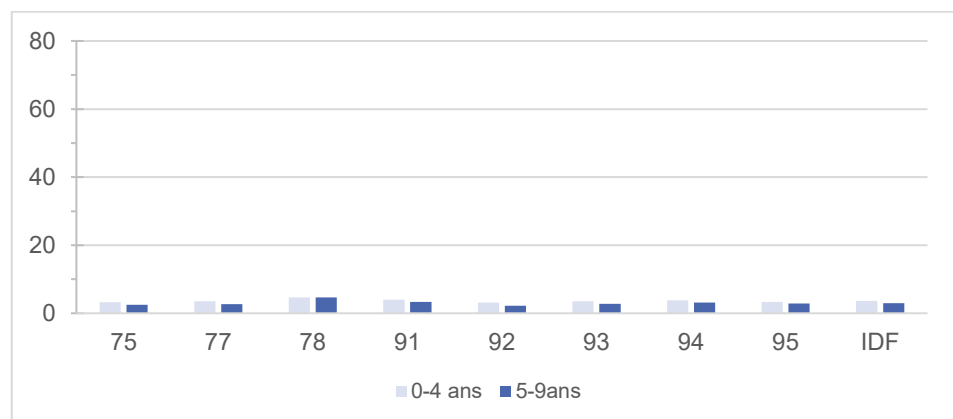
Les analyses au niveau départemental montrent des disparités dépendantes de l'âge dans la prévalence des maladies respiratoires. Chez les 0-4 ans la prévalence semble plus importante dans l'ouest Parisien (les Yvelines et les Hauts-de-Seine), alors qu'à partir de 5 ans, cette prévalence est nettement plus importante dans les départements du Nord et de l'est réputés moins nantis (le 77, 93 et 95) (Figure 26). Les maladies cardiovasculaires chroniques sont quant à elles plus prévalentes chez les enfants des Yvelines (Figure 27).

Figure 26. Prévalence de maladies respiratoires (pour 1 000) dans les départements franciliens (en 2022)



Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

Figure 27. Prévalence des maladies cardiovasculaires chroniques (pour 1 000) dans les départements franciliens (en 2022)



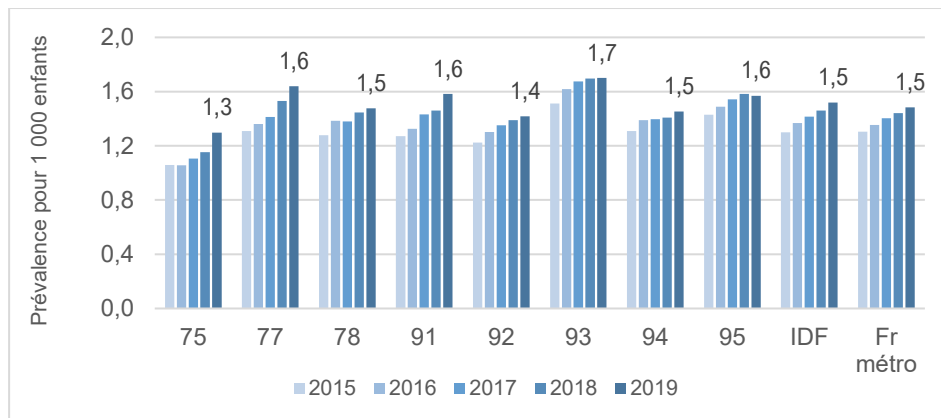
Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

5.3.5 Une augmentation lente et progressive du diabète chez les enfants franciliens

Les données du SNDS montrent une augmentation lente mais continue de la prévalence du diabète chez les enfants franciliens au cours des dix dernières années.

La prévalence du diabète chez les enfants franciliens (estimée à partir des médicaments traceurs), est proche de celle observée au niveau national soit 1,5 enfants pour 1000 en 2019. Les données infrarégionales montrent par ailleurs des disparités territoriales avec une prévalence un peu plus importante en Seine-Saint-Denis (Figure 28). Par ailleurs, nous avons observé une augmentation significative de cette prévalence en France en générale et dans la région, soit 15% de plus en seulement 5 ans. Aucun département n'est épargné par cette augmentation.

Figure 28. Évolution 2015-2019 de la prévalence du diabète chez les 1-14 ans pour 1 000 enfants dans les départements franciliens

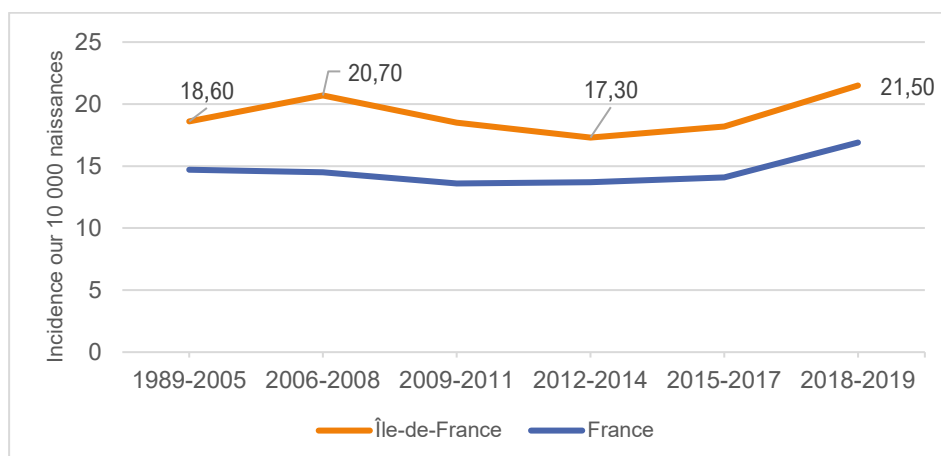


Source : SNDS. Exploitation ORS-IDF

5.3.6 Une incidence élevée de la drépanocytose en Île-de-France

Le dépistage néonatal de la drépanocytose est réalisé de façon systématique dans les départements français d'Outre-mer depuis 1989. Ce dépistage est étendu à la France métropolitaine depuis 1995 et cible les nouveau-nés de parents originaires de régions à risque. L'incidence de la drépanocytose néonatale après dépistage ciblé montre que les chiffres franciliens restent parmi les plus élevés de la France métropolitaine, soit 21,5 pour 10 000 nouveau-nés testés en Île-de-France en 2019 (moyenne nationale 16,9). Ce taux tend à augmenter au cours des dernières années (Figure 29).

Figure 29. Taux d'incidence néonatale de la drépanocytose * entre 1989 et 2019



Source : Données d'activité des centres régionaux du dépistage néonatal (CRDN), traitées par Santé publique France. *Taux pour les dépistages ciblés

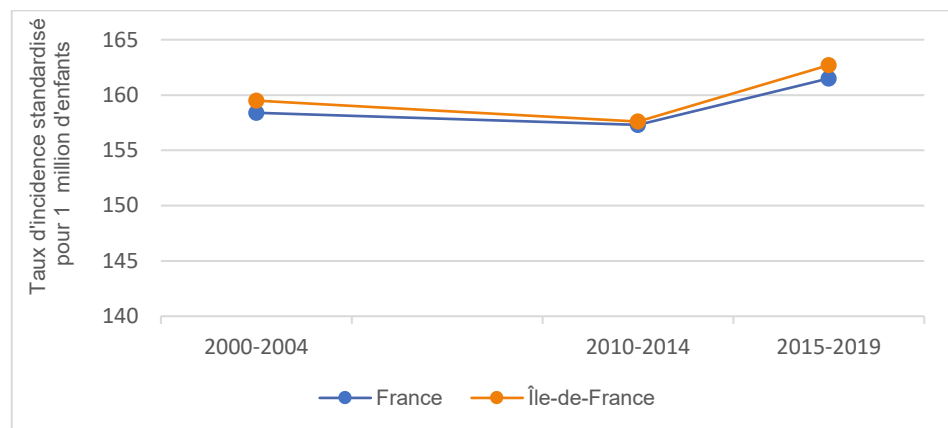
5.3.7 Une incidence de cancers en légère augmentation

Chaque année en France, 1 800 nouveaux cas de cancer sont détectés chez des enfants de moins de 15 ans et près de 300 en décèdent. Malgré d'importants progrès thérapeutiques, la maladie cancéreuse et ses traitements entraînent des conséquences sur la santé (problèmes de fertilité chez les futurs adultes, risque accru de second cancer, anxiété, troubles du sommeil, etc.) et une détérioration de la qualité de vie ultérieure des enfants (contraintes liées au suivi médical, interruptions dans la scolarité et relations sociales), ainsi que celle de leurs parents (anxiété, conciliation vie familiale et professionnelle).

En Île-de-France, 378 nouveaux cas annuels ont été recensés en moyenne entre 2015 et 2019 (171 filles et 207 garçons). Les taux d'incidence sont proches du niveau national avec un léger excès en Île-de-France (0,7 %). Si l'incidence était globalement stable entre 2000-2004 et 2010-2014, il apparaît une hausse de 2 % par rapport aux quinze précédentes années, tant dans la région qu'au niveau national (Figure 30). Certaines localisations sont en excès par rapport à la valeur nationale mais non statistiquement significatif (tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales, tumeurs du système nerveux sympathique, rétinoblastomes, tumeurs rénales). Les tumeurs incidentes les plus fréquentes en Île-de-France, comme au niveau national, sont les leucémies (30 %), les tumeurs du système nerveux central (25 %) et les lymphomes (10 %) (Figure 31). Les trois causes de décès par tumeur les plus fréquentes s'ordonnent différemment en raison de différences de pronostic : tumeurs de l'encéphale (24 %), leucémies (21 %) et, loin derrière, lymphomes (4 %). Par ailleurs, après une baisse continue, due probablement aux progrès diagnostiques et thérapeutiques de la leucémie des trois dernières décennies, la mortalité par cancer se stabilise depuis les années 2010 (Figure 32) [5].

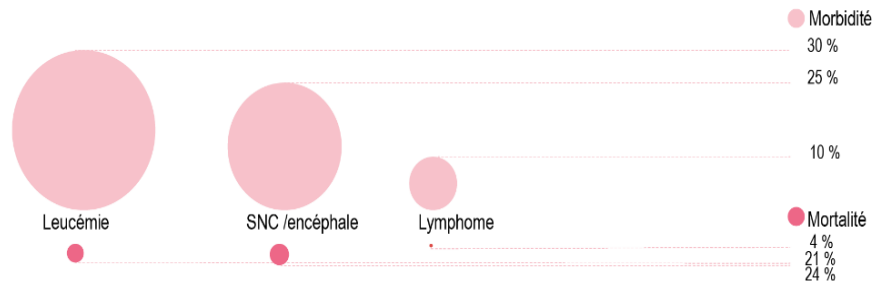
Les connaissances étiologiques doivent encore beaucoup progresser pour mieux cibler les facteurs de risques et les traduire en démarche de prévention. A cause de la rareté des cas, nous n'avons pas pu décrire les indicateurs relatifs aux cancers au niveau territorial et en rapport avec la pauvreté. Toutefois, les expositions à certains facteurs de risque, notamment environnementaux, sont inégalement réparties dans les territoires.

Figure 30. Evolution de l'incidence des cancers de l'enfant : 2000-2019



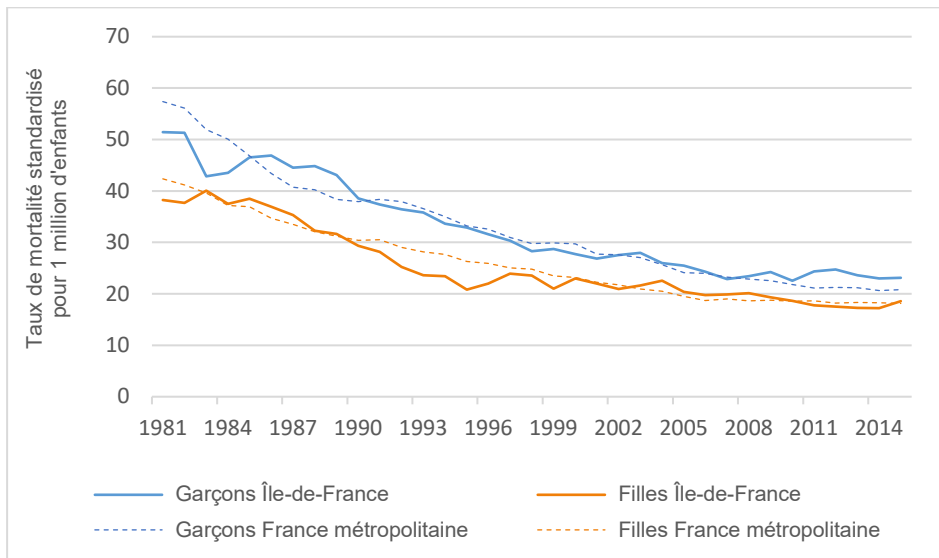
Source : RNCE, données 2019 transmises en novembre 2022., données provisoires, exploitation ORS-IDF

Figure 31. Répartition des cancers de l'enfant par type : données 2015-2019



Sources : Registre des cancers de l'enfant, 2015-2019 - Cépido/Inserm, 2015-2017

Figure 32. Taux standardisés de mortalité par cancer chez l'enfant de moins de 15 ans entre 1981 et 2014



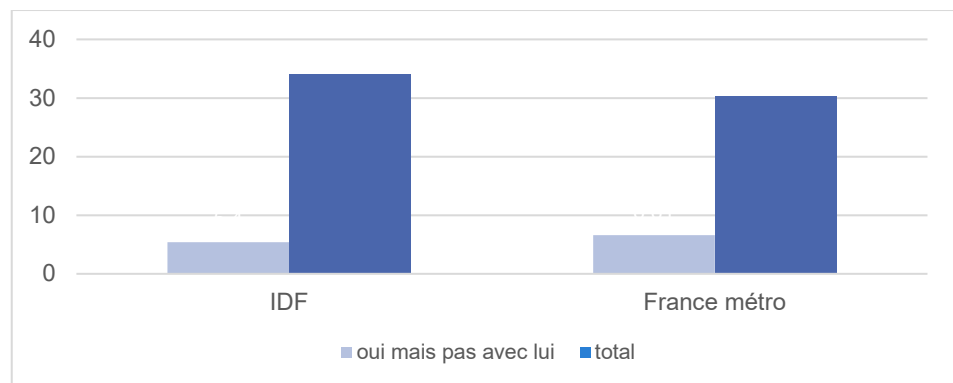
Source : OR2S, interrogé en décembre 2022, données 1979-2017, exploitation ORS-IDF

5.3.8 Des lunettes correctrices pour près d'un enfant francilien sur trois

Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire de 2015 ont révélé que 34 % des enfants franciliens scolarisés en CM2 étaient équipés de lunettes ou lentilles correctrices (30,2 % au niveau national), parmi lesquels 5 % ne disposaient pas de leur équipement le jour de l'enquête (Figure 33). Le pourcentage d'enfants équipés de lunettes correctrices est très variable selon le lieu de résidence et est moins important chez les enfants scolarisés en zone prioritaire (zones urbaines sensibles) (Figure 34). La différence entre les ZEP et les autres zones est moins marquée pour les élèves de la grande section de maternelle (GSM, enquête 2013) [6].

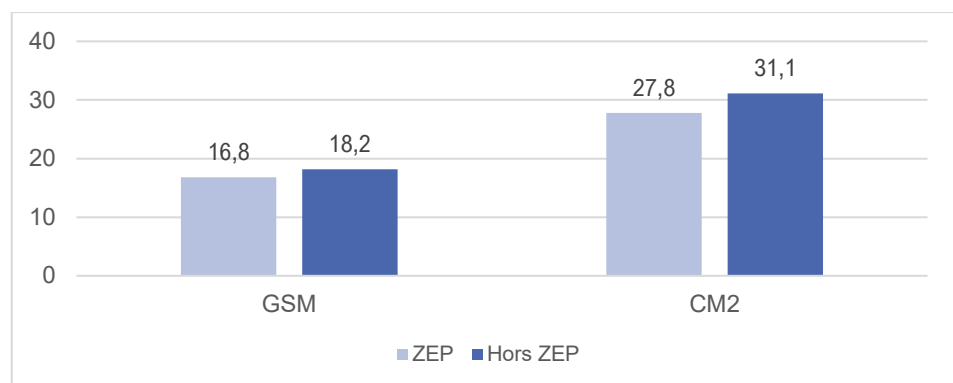
Ces données d'enquêtes montrent également que parmi les élèves de CM2 non porteurs de lunettes, 13,7 % des enfants scolarisés dans les écoles relevant de l'éducation prioritaire ont un résultat anormal au test de dépistage¹ de la vision de loin, contre 9 % pour les enfants des autres établissements (au niveau national ce pourcentage était respectivement de 9 % et 5 %). Ces résultats montrent que les enfants des territoires défavorisés ont moins de prescriptions de lunettes mais présentent plus de troubles visuels [7].

Figure 33. Pourcentage des enfants de CM2 équipés de lunettes ou lentilles dans l'enquête de santé en milieu scolaire de 2015



Source : données de l'Enquête nationale de santé de la Drees de 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2. Exploitation ORS-IDF

Figure 34. Pourcentage des enfants de GSM et CM2 équipés de lunettes ou lentilles dans les zones d'éducation prioritaire (ZEP) vs hors ZEP en Île-de-France : ENS 2012-2013 et 2014-2015.



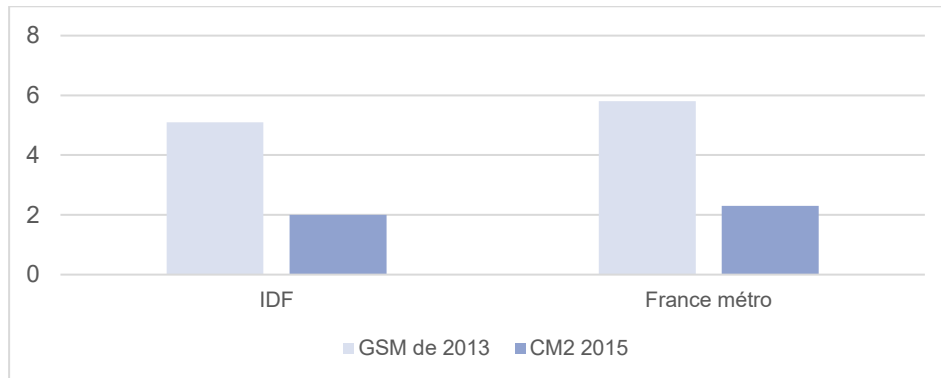
Source : données de l'Enquête nationale de santé 2012-2013 de la Drees auprès des élèves scolarisés en Grande section maternelle et de 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2. Exploitation ORS-IDF.

¹ Un enfant est considéré comme ayant une vision de loin anormale si, lors de l'examen de dépistage, l'acuité visuelle de loin est inférieure à 7/10e. La vision binoculaire doit être au moins égale au résultat du meilleur œil.

5.3.9 Anomalie de l'audition chez 5 % d'enfants de la grande section de maternelle

Le test de l'audition réalisé chez les élèves scolarisés en grande section de maternelle lors des enquêtes en milieu scolaire montre des anomalies¹ chez 5 % des enfants franciliens (6 % au niveau national), et il n'y avait pas de différence suivant que les enfants étaient scolarisés en zones d'éducation prioritaire ou pas. Chez les CM2, ce trouble concernait 2 % des élèves franciliens, sans distinction non plus en fonction des zones d'éducation (Figure 35).

Figure 35. Proportion des élèves présentant un trouble de l'audition lors des enquêtes en milieu scolaire chez les GSM et CM2 franciliens : ENS 2012-2013 et 2014-2015



Source : données de l'Enquête nationale de santé 2012-2013 de la Drees auprès des élèves scolarisés en Grande section maternelle et de 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2. Exploitation ORS-IDF.

5.4 Une santé buccodentaire moins bonne pour les enfants des territoires défavorisés

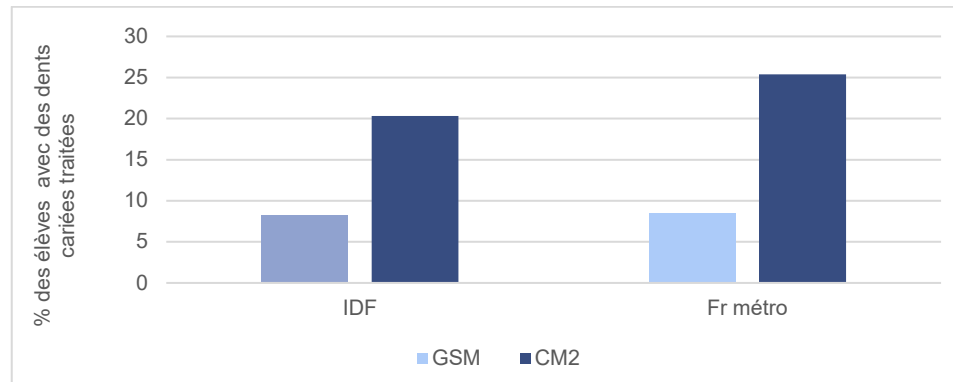
L'examen buccodentaire réalisé au cours des dernières enquêtes en milieu scolaire montre qu'en Île-de-France 85 % des élèves scolarisés en grande section de maternelle (GSM, enquête 2012-2013) et seulement 69 % de ceux scolarisés en cours moyen de deuxième année (CM2, enquête 2014-2015) ont des dents indemnes de carie dentaire.

La proportion d'enfants ayant au moins une dent cariée soignée est de 8 % en GSM et un peu plus de 20 % des CM2. Celle d'enfants ayant au moins une dent cariée non soignée atteint 9 % en GSM et 13 % chez les CM2.

De manière générale, la santé buccodentaire des enfants franciliens semble bien meilleure comparée au reste de la France (Figures 36 et 37). Cependant, l'analyse en fonction du lieu de résidence montre des disparités marquées en fonction du niveau social des lieux de vie. En effet, la proportion des enfants de GSM ayant des dents cariées non traitées atteint 22,6 % en zone d'éducation prioritaire (ZEP) contre 8,9 % hors-ZEP. Et, dans les territoires classés zones urbaines sensibles (ZUS), près de la moitié des élèves (44,7 %) de CM2 ont au moins une dent cariée non traitée contre 33 % en hors ZUS.

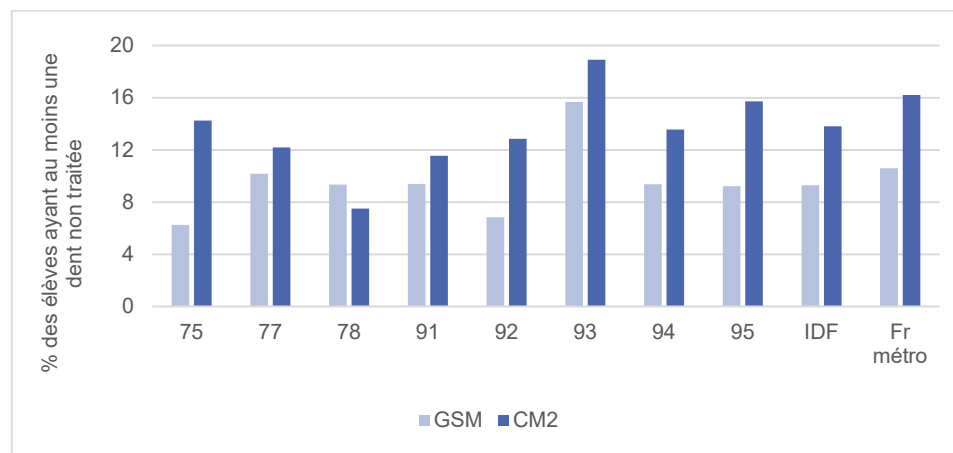
¹ Trouble de l'audition : correspond à une perte de 30 décibels sur au moins une oreille et à au moins une des fréquences explorées (500, 1 000, 2 000 ou 4 000 hertz).

Figure 36. Proportion des dents cariées soignées parmi les élèves de GSM et CM2 : ENS 2012-2013 et 2014-2015



Source : données de l'Enquête nationale de santé 2012-2013 de la Drees auprès des élèves scolarisés en Grande section maternelle et de 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2. Exploitation ORS-IDF

Figure 37. Proportion de dents cariées non-soignées par département : ENS 2012-2013 et 2014-2015



Source : données de l'Enquête nationale de santé 2012-2013 de la Drees auprès des élèves scolarisés en Grande section maternelle et de 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2. Exploitation ORS-IDF

6 | INDICATEURS DE L'OFFRE ET DE RECURS AUX SOINS

LES POINTS ESSENTIELS

- > Un moindre recours aux soins programmés et une consommation plus importante des soins d'urgence dans les territoires défavorisés ;
- > Un recul de l'offre en PMI pourtant plébiscitée dans les territoires défavorisés ;
- > Une offre de soins plus abondante à Paris et la proche couronne.

En termes des soins préventifs, le présent chapitre comporte essentiellement quelques données sur la vaccination des enfants, les données de dépistage du saturnisme et quelques données sur l'activité des services de protection maternelle et infantile à l'échelle départementale.

Par ailleurs, nous abordons également la question du recours aux soins avec quelques indicateurs comme le recours aux soins de ville (généralistes ou aux spécialistes) et le recours aux soins hospitaliers etc. Et étant donné que le recours est généralement proportionnel à l'offre disponible, nous avons également réuni dans ce chapitre les indicateurs relatifs à l'offre de soins au niveau territorial, notamment la disponibilité des différents services, la densité des professionnels etc.

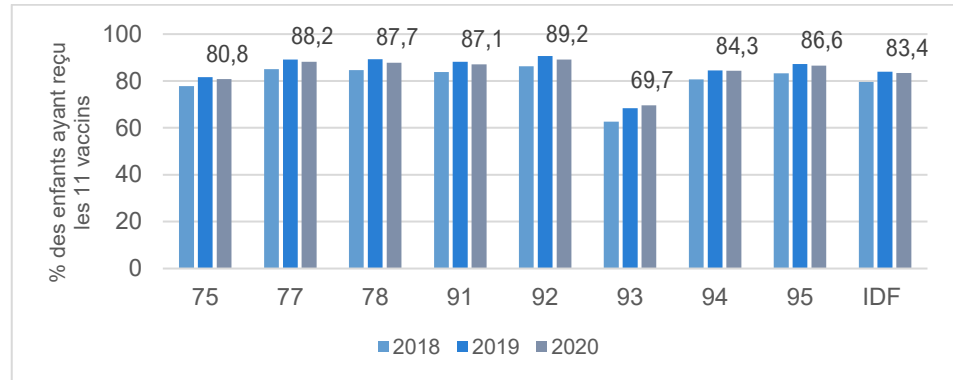
6.1 Une offre et un recours aux soins préventifs inégaux sur le territoire francilien

Pour l'OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. En France, le premier axe de la stratégie nationale de santé de 2018-2022 et 2023-2028 s'articule autour de la prévention et de la promotion de la santé dont le renforcement de la protection vaccinale. En effet, face à un taux de vaccination insuffisant des jeunes enfants, le nombre de vaccins obligatoires pour les enfants de 0 à 2 ans est par exemple passé depuis janvier 2018 de 3 (diphtérie, tétanos et poliomyélite) à 11 (en ajoutant la coqueluche, Haemophilus influenzae type B, hépatite B, pneumocoque, méningocoque C, rougeole, oreillons, rubéole).

6.1.1 Une couverture vaccinale satisfaisante mais inégale dans la région

Les taux de couverture vaccinale chez les enfants ont été estimés à partir des données de remboursement de l'assurance maladie et sont présentés en fonction du département de domicile de la mère. En 2020 en Île-de-France, 83 % d'enfants de 33 mois avaient reçu le remboursement de 11 vaccins obligatoires. Ces données montrent un taux de vaccination plus faible en Seine-Saint-Denis (Figure 38). Le taux de vaccination semble en légère augmentation au cours des dernières années, probablement en raison du changement de la stratégie vaccinale en 2018. L'approche départementale reste toutefois trop grossière pour révéler les inégalités de cet indicateur dans une région comme l'Île-de-France. De plus, le SNDS renseigne les remboursements des vaccins et non pas leur administration. La mise à disposition des vaccins, gratuite pour les familles, par certains services départementaux de PMI n'est pas prise en compte dans cette base de données, ce qui peut expliquer partiellement les taux plus faibles de consommation selon le SNDS, notamment en Seine-Saint-Denis. Les comparaisons départementales sont donc biaisées et doivent être interprétées avec prudence.

Figure 38. Pourcentage d'enfants de 33 mois d'âge ayant bénéficié du remboursement des 11 vaccins obligatoires : données 2018 à 2020

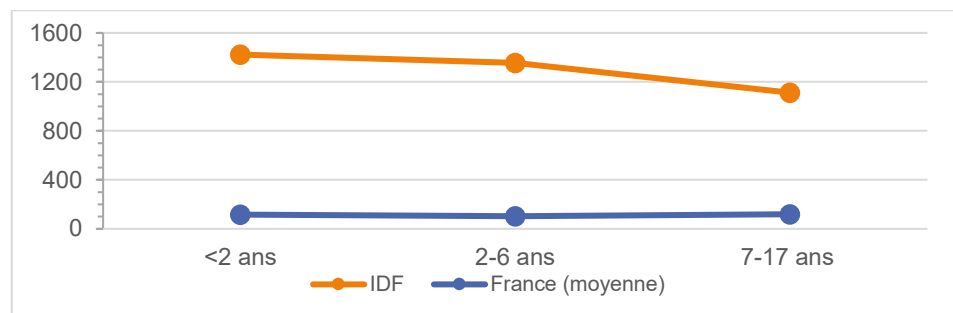


Source : SNDS, exploitation ORS-IDF.

6.1.2 Une plus forte activité de dépistage du saturnisme en Île-de-France

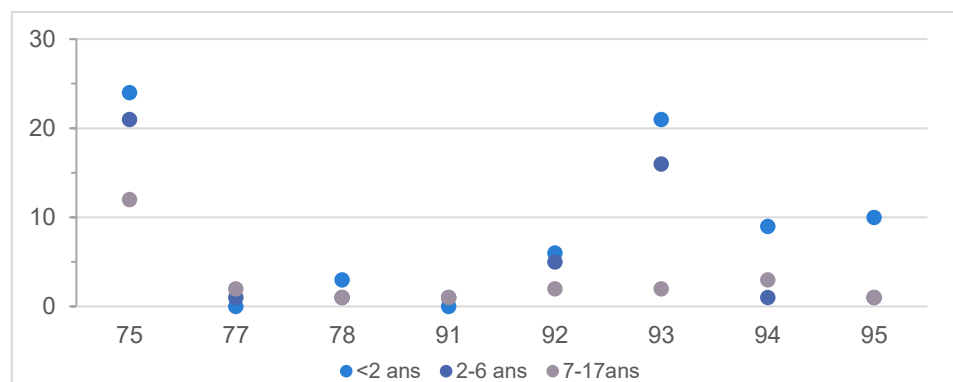
En Île-de-France, 3 891 enfants de 0-17 ans ont bénéficié d'un dépistage de saturnisme pour la première fois (primo-dépistage) en 2019 et 144 cas de saturnisme ont été détectés au cours de ces primo-dépistages dont 73 chez les moins de deux ans. Comparée à la moyenne nationale, on observe une plus forte activité de dépistage du saturnisme infantile dans la région (Figure 39). L'analyse au niveau départemental montre une forte activité de primo-dépistages à Paris suivi de la Seine-Saint-Denis. Le nombre de cas détecté est également plus important dans ces deux départements (Figure 40).

Figure 39. Nombre de primo-dépistages* de saturnisme en Île-de-France et nombre moyen au niveau national en 2019



Source : Santé publique France - Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) via Géode Santé. * Nombre d'enfants ayant eu pour la première fois un dosage de plombémie.

Figure 40. Nombre de primo-dépistages dans les départements franciliens en 2019



Source : Santé publique France, système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) via Géode Santé via Géode Santé

6.1.3 Un recul de l'activité en service de protection maternelle et infantile

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de six ans. Il est en charge des bilans de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle. En outre les PMI organisent aussi des activités de planification et d'éducation familiale et mènent des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger. Le service de PMI est souvent plus accessible aux familles en situation de précarité. En effet, les consultations y sont gratuites.

L'Île-de-France dispose de 588 centres de PMI en points fixes dont 477 proposent des consultations de protection infantile. Trois services départementaux de PMI proposent également des centres PMI mobiles (camions itinérants) (Tableau 8). La Seine-Saint-Denis est le département le mieux doté en structures de PMI avec au total 144 centres dont 104 pratiquent des consultations infantiles. Les différences interdépartementales dans le recours aux services de PMI sont dépendantes du nombre de centres de PMI dans les territoires et de la disponibilité du personnel soignant

Le département de la Seine-Saint-Denis est le mieux doté en service de PMI et enregistre une forte activité avec en 2019 plus de 4000 actions en faveur des enfants (Tableau 9). Quel que soit le département on a observé jusqu'en 2019 un recul des activités effectuées dans les services de PMI franciliens.

Les dernières données de l'enquête « aide sociale » de la Drees dont nous disposons montrent un recul de l'activité de prévention dans les PMI franciliennes. Au total 619 517 consultations d'enfants de moins de 6 ans ont été réalisées dans les services de PMI franciliens en 2016 contre 497 828 en 2019. Le nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé ou des dépistages (visuel, auditif ou de trouble de langage) est en continu recul dans la région (Figures 41 à 43). Le nombre de visites à domicile (VAD) a également reculé (Figure 44).

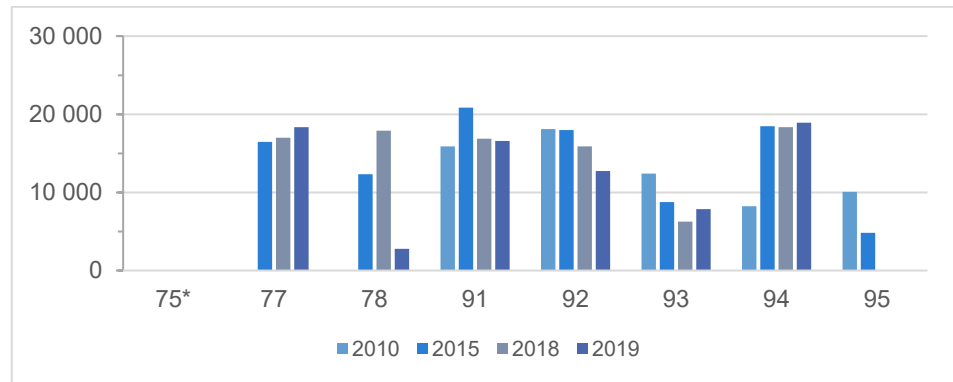
Toutefois, la contractualisation Etat-Département, Prévention Protection de l'Enfance qui se met en place depuis 2020 au niveau national peut avoir amélioré la situation. Cependant, nous ne disposons pas des données postérieures à cette contractualisation, ce qui ne nous permet pas de mesurer l'impact de cette mesure dont l'objectif est d'augmenter le taux d'enfants bénéficiant d'un suivi préventif par la PMI, en consultation médicale, en intervention à domicile et concernés par les bilans de santé en école maternelle.

Les données de l'offre de soins en PMI (la disponibilité de personnel PMI, nombre de points de consultation fixe ou mobile etc.) sont reprises dans le tableau 8 et les figures 45 à 49.

L'analyse de la démographie des professionnels travaillant dans les centres PMI montre globalement qu'au cours des dernières années, le nombre d'équivalent temps plein-médecins a reculé dans tous les départements franciliens, excepté à Paris (Figure 45). En effet, le nombre des ETP médecins PMI est passé de 592,2 ETP en 2012 à 348,4 en 2019 (dernière année avec données complètes pour tous les départements franciliens). Les dernières données 2021 et 2022 ne nous permettent pas de calculer les ETP de la région entière par manque de chiffres de certains départements dans la dernière enquête aide sociale de la DREES. Toutefois, les données départementales 2021 et 2022 ne montrent pas d'amélioration.

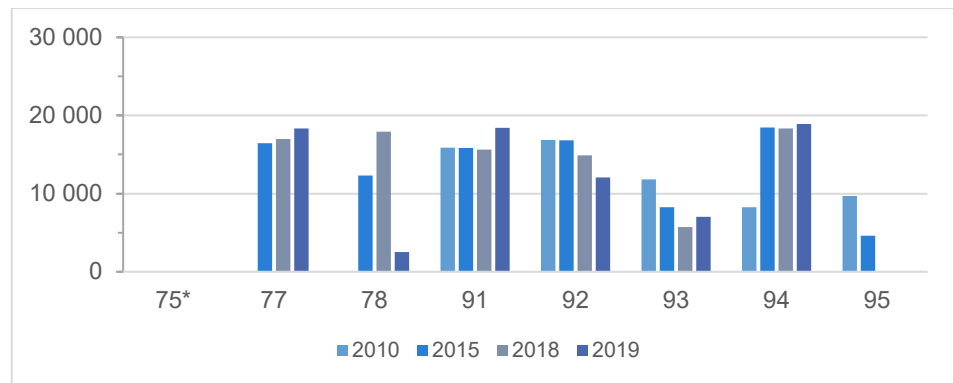
Par ailleurs, la densité de médecin-PMI, qui est un indicateur permettant de mettre l'offre au regard de la demande potentielle, est également en recul dans la région (Figure 46), avec une offre plus abondante en Seine-Saint-Denis suivie du Val-de-Marne et de Paris. En outre, le nombre d'ETP sages-femmes et infirmières augmente dans certains départements franciliens (Figures 47 et 48).

Figure 41. Nombre d'enfants de 3 à 4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé* : données 2010 à 2019



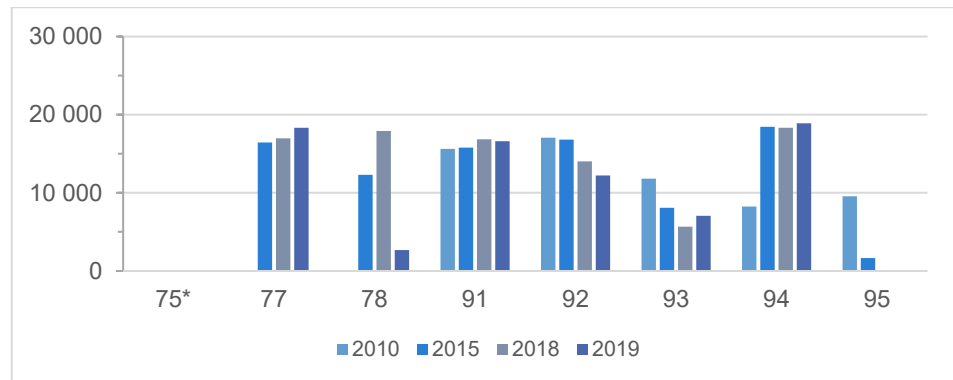
Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), traitement : ORS-IDF
*les données de certains départements ne sont pas disponibles

Figure 42. Nombre d'enfants de 3 à 4 ans ayant bénéficié d'un dépistage visuel : données 2010 à 2019

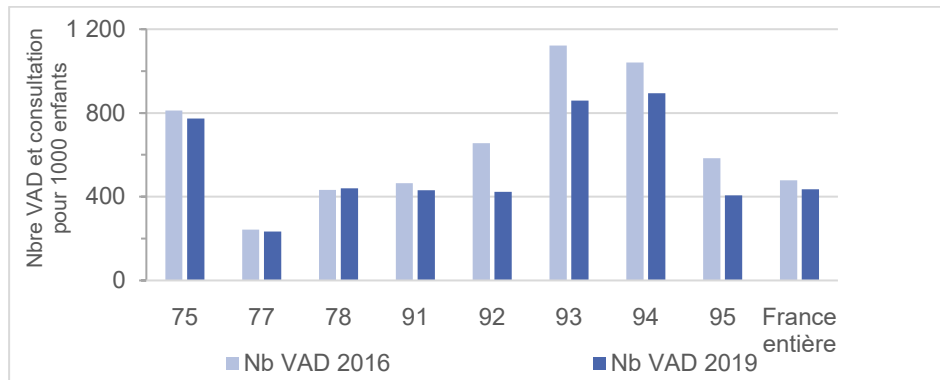


Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), traitement : ORS-IDF
*les données de certains départements ne sont pas disponibles

Figure 43. Nombre d'enfants de 3 à 4 ans ayant bénéficié d'un dépistage auditif : données 2010 à 2019



Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), traitement : ORS-IDF
*les données de certains départements ne sont pas disponibles

Figure 44. Nombre de consultations et visites à domicile (VAD) pour 1 000 enfants de moins de 6 ans : entre 2016 et 2019

Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), traitement : ORS-IDF
*les données de certains départements ne sont pas disponibles

Tableau 8. Activités de PMI en 2019 : Localisation des consultations - Nombre de points de consultation

	Points fixes de consultation				Points mobiles
	Consultations pré/post-natales (mères)	Consultations infantiles	Planification/éducation familiale	Total	Camions itinérants
75	46	59	23	82	0
77	32	61	37	70	0
78	23	23	12	31	1
91	34	48	18	61	2
92	51	55	24	66	0
93	102	104	115	144	0
94	59	72	52	80	0
95	29	55	31	54	0
IDF	376	477	312	588	3

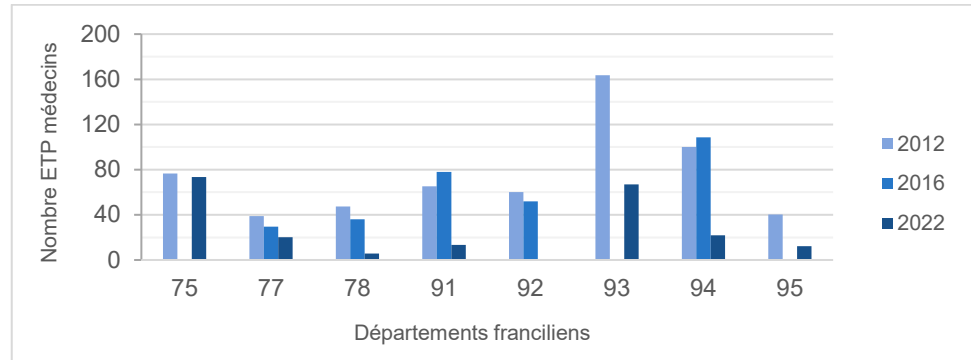
Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), données brutes non-redressées.
Données disponibles jusqu'en 2019 uniquement.

Tableau 9. Activités de PMI - Actions en faveur des enfants au cours de l'année 2019

	Services PMI	Nombre d'actions en faveur des enfants		Nombre total d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié de dépistage :		
		Interventions à dimension collective	Examens par un médecin	Visuel	Auditif	De troubles du langage
75	59	NR	83 904	NR	NR	NR
77	61	884	19 040	18 334	18 334	18 334
78	23	763	40 646	17 077	17 077	15 687
91	48	NR	39 704	18 409	16 599	13 681
92	55	2 069	48 914	12 064	12 216	12 423
93	104	4 158	130 640	7 048	7 045	1 292
94	72	1 365	92 909	18 916	18 916	18 916
95	55	NR	42 071	NR	NR	NR
IDF	477					

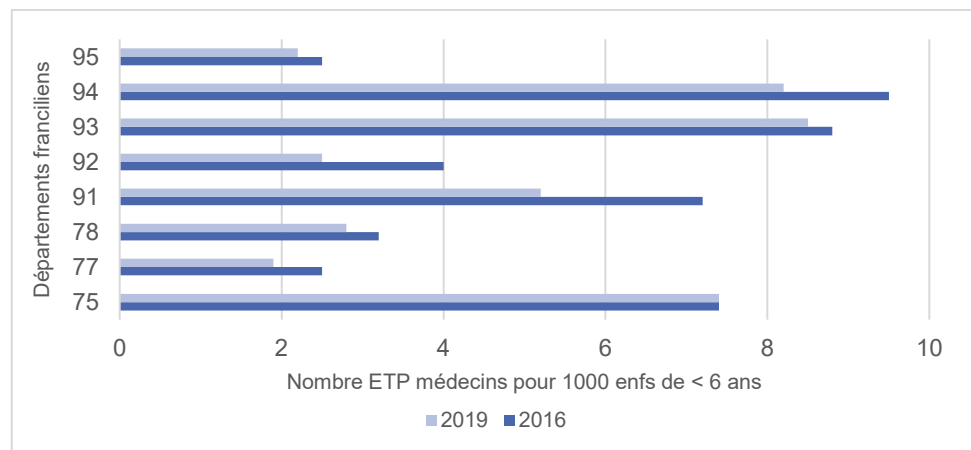
Sources : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), données brutes non-redressées. NR : non renseigné

Figure 45. Offre de médecins dans le PMI en équivalent temps plein (ETP) dans les départements : données 2012 à 2022



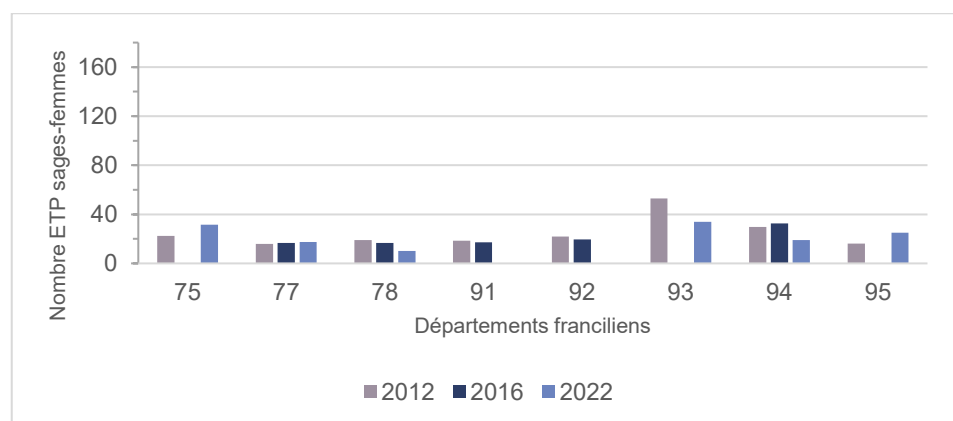
Sources : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), données brutes non-redressées ; 2022 dernière année disponible

Figure 46. ETP médecins de PMI pour 10 000 enfants de moins de 6 ans en 2016 et 2019



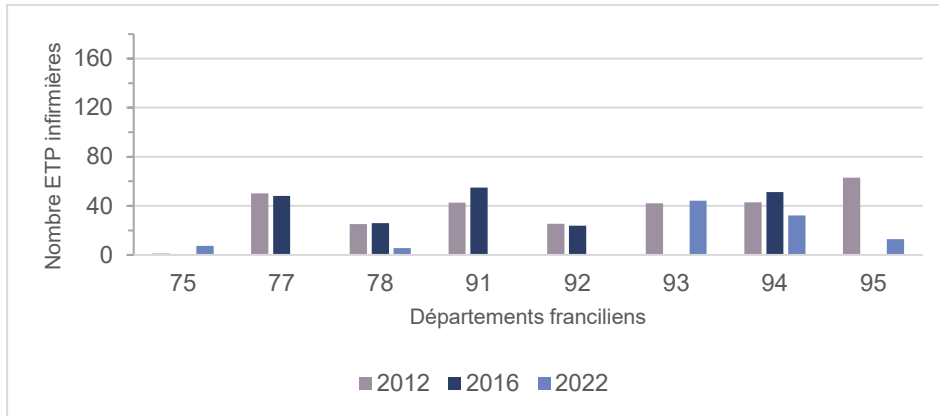
Sources : DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de populations au 1er janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2021), 2019=dernière année disponible

Figure 47. Offre sages-femmes dans le PMI en équivalent temps plein (ETP) : données 2012 à 2022



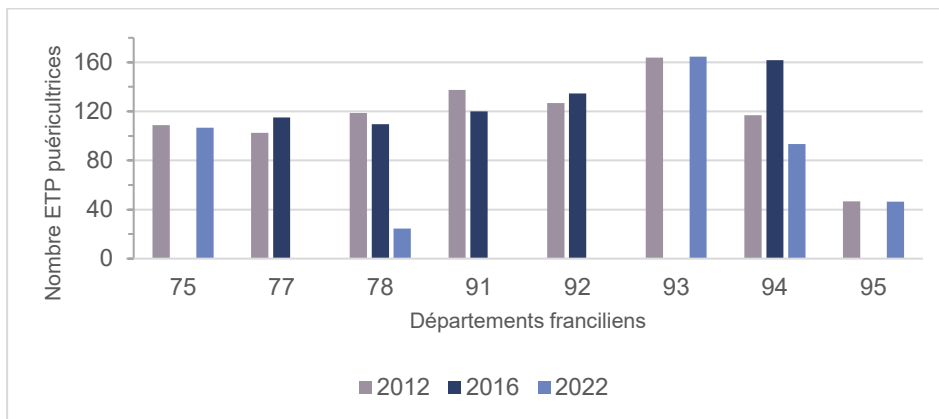
Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), données brutes non-redressées

Figure 48. Offre infirmière dans le PMI en équivalent temps plein (ETP) : données 2012 à 2022



Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), données brutes non-redressées

Figure 49. Offre puéricultrices dans le PMI en équivalent temps plein (ETP) : données 2012 à 2022



Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI), données brutes non-redressées

6.2 Un recours aux soins de ville proportionnel à l'offre disponible

Les deux derniers projets régionaux de santé d'Île-de-France (PRS2 et PRS3) visent notamment à mieux structurer la prise en charge autour du lieu de vie. Dans cette optique, les soins de ville constituent un pilier important dans l'organisation même du système de santé. Ils sont en principe le premier niveau de contact avec le système de santé. Les professionnels de santé travaillant au sein de ces structures de soins de ville sont essentiellement chargés des soins de premier recours et de la prévention. Nous avons examiné dans ce chapitre des données que produit la Drees sur le recours aux soins de ville des enfants (de 0 à 10 ans). Les cartographies des indicateurs franciliens ont été extraites et interprétées par l'ORS.

Encadré 2. Mode de calcul de la consommation de soins en médecine de ville

Les taux de recours aux médecins généralistes, pédiatres, dentistes et ophtalmologues sont issus des bases médico-administratives de l'assurance maladie.

En effet, chaque individu, ayant consommé un soin primaire au moins une fois dans l'année est répertorié dans un référentiel. Et chaque soin est associé au code de spécialité du professionnel de santé et au code de la commune du lieu de résidence du patient au moment du dernier soin.

Afin de limiter les doubles comptes, seul le dernier soin consommé dans l'année est comptabilisé. La méthodologie de calcul de la consommation de soins est bien détaillée dans le document de la Drees¹.

Le recours aux médecins libéraux ne tient pas compte des soins dispensés en centres de Protection maternelle et infantile (PMI) et en centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP et CMP) traités respectivement aux chapitres 6.1 et 7.

Il faut toutefois savoir que les soins en PMI concernent très souvent les enfants de moins de cinq ans.

¹ Bellidenty J, Virot P. Cartographie de la qualité de vie des enfants en France : huit profils de territoires. Paris : Drees, études et résultats, 2019 ; 1115. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/cartographie-de-la-qualite-de-vie-des-enfants-en-france-huit>

6.2.1 Une offre et un recours aux médecins généralistes et aux pédiatres libéraux plus important à Paris et sa proche couronne

Le médecin généraliste (MG) est l'acteur de première ligne dans le parcours de soins en France. Avec deux tiers des consultations médicales de ville assurées par ce professionnel, le MG a aussi pour mission d'adresser le patient vers des soins spécialisés les cas échéants [8, 9].

Et l'une des mesures phares de la loi de modernisation du système de santé de 2016 portait sur la désignation d'un médecin traitant pour les enfants jusqu'à 16 ans, qu'il soit pédiatre ou médecin généraliste. Cette mesure vise notamment à affirmer le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi du parcours de soins des enfants, permettant entre autres de renforcer le dépistage précoce de certains troubles comme l'obésité, les troubles de l'apprentissage etc.

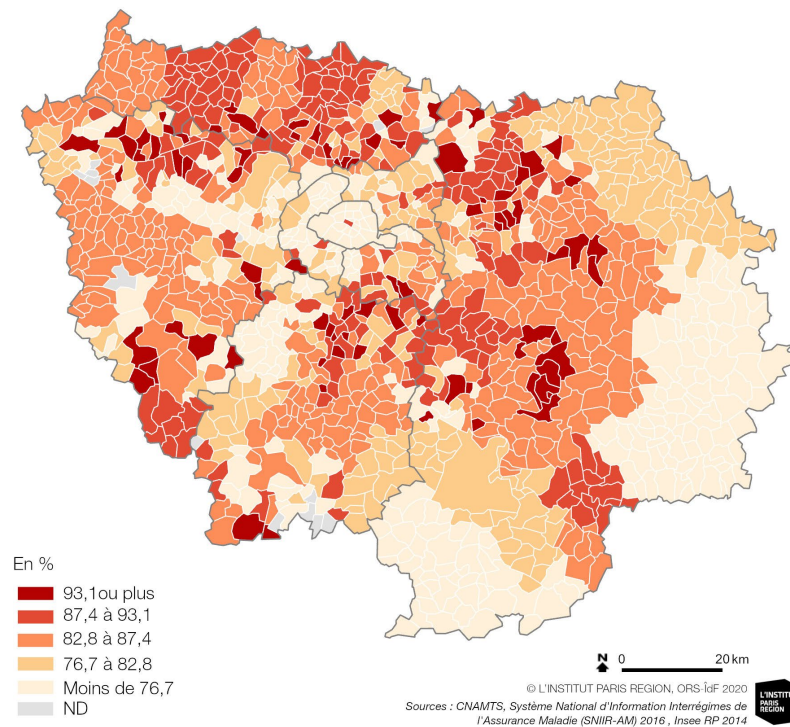
En France métropolitaine, 85,1 % des enfants âgés de moins de 11 ans ont vu un médecin généraliste (MG) au moins une fois au cours de l'année 2016. Comparé à la moyenne nationale, ce taux paraît plus faible à Paris (67,3%) et sa petite couronne (77% dans le Val-de-Marne, 79,4% en Seine-Saint-Denis et 73,4% dans les Hauts-de-Seine) (Carte 17). Le faible taux de consultation des MG par les enfants parisiens est compensé par une forte consultation du pédiatre (Carte 18). En effet, 48% des Parisiens de moins de 11 ans ont consulté un pédiatre au moins une fois dans l'année, un taux largement au-dessus de la moyenne nationale (25%). Cette compensation est également observée dans les Hauts-de-Seine et dans une moindre mesure dans le Val-de-Marne (avec respectivement 44,3% et 35,3%). Cependant, dans les communes de la Seine-Saint-Denis cette compensation n'est pas observée.

Le fait que la consommation de soins en PMI ne soit pas comptabilisée dans le calcul de cet indicateur (voir encadré 2) peut en partie expliquer la faible consommation de soins MG et pédiatriques observée dans les communes les moins favorisées où l'offre en PMI est plus importante (voir les points 6.1.1).

Par ailleurs, eu égard à l'interdépendance entre le recours et l'offre disponible, il nous a semblé important d'analyser également l'offre disponible en médecine générale en plus de l'offre en pédiatrie même si le service des MG n'est pas uniquement dédié à notre population cible.

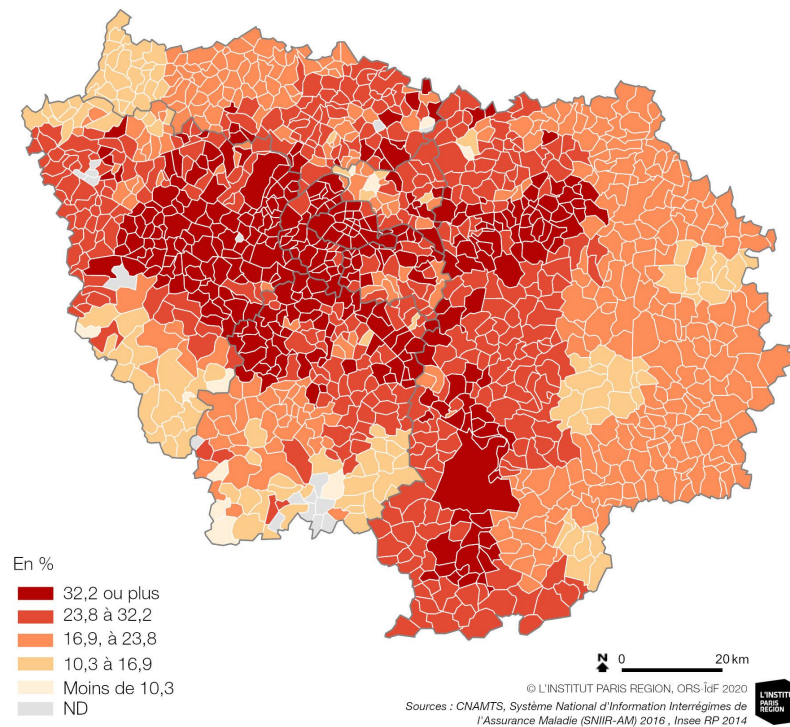
En France métropolitaine, la densité des médecins généralistes libéraux (MG) est de 8,7 MG pour 10 000 habitants en 2019. Cette densité est de 7,1 MG pour 10 000 habitants en Île-de-France. Pour analyser l'offre de soins des médecins généralistes au niveau géographique fin, nous avons utilisé les données de densité lissée des professionnels de santé afin de prendre en compte la disponibilité de l'offre dans la commune de résidence mais également dans les communes voisines (rangs 0, 1 et 2). Cet indicateur montre une plus forte densité des MG à Paris et sa proche couronne. Cette densité est plus faible dans l'est de la région (Carte 19). Toutefois, moins de la moitié de MG installés à Paris est en secteur 1 sans dépassement d'honoraires (Carte 20).

Carte 17. Part (%) des enfants de 0-10 ans ayant consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année en Île-de-France : données 2016



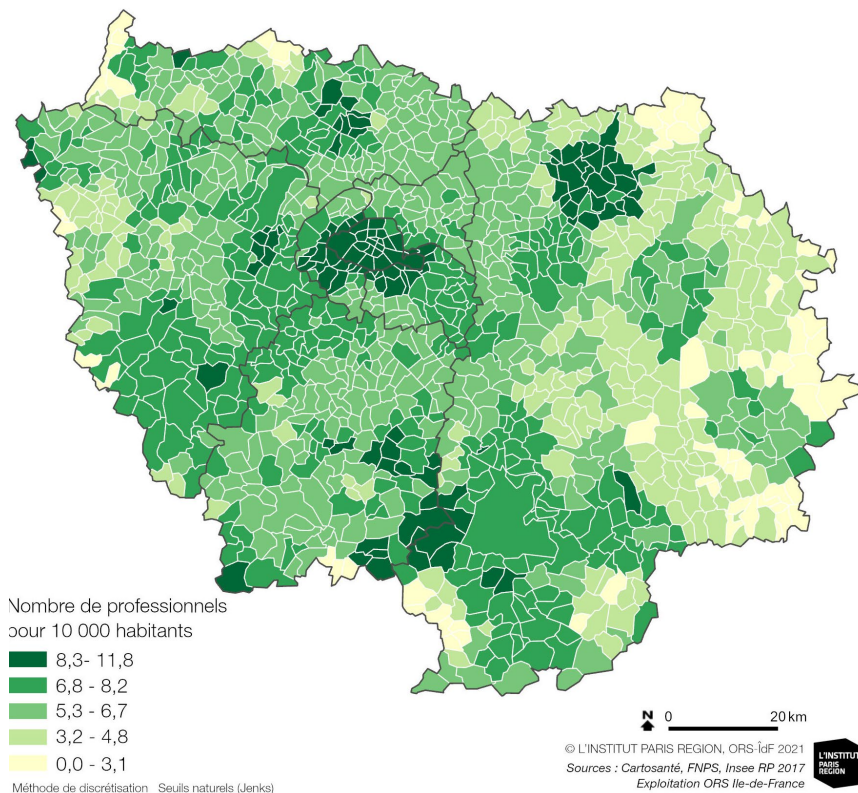
NB : La construction des classes a été réalisée par la Drees sur base des données nationales.

Carte 18. Part (%) des enfants de 0-10 ans ayant consulté au moins une fois un pédiatre dans l'année en Île-de-France : données 2016

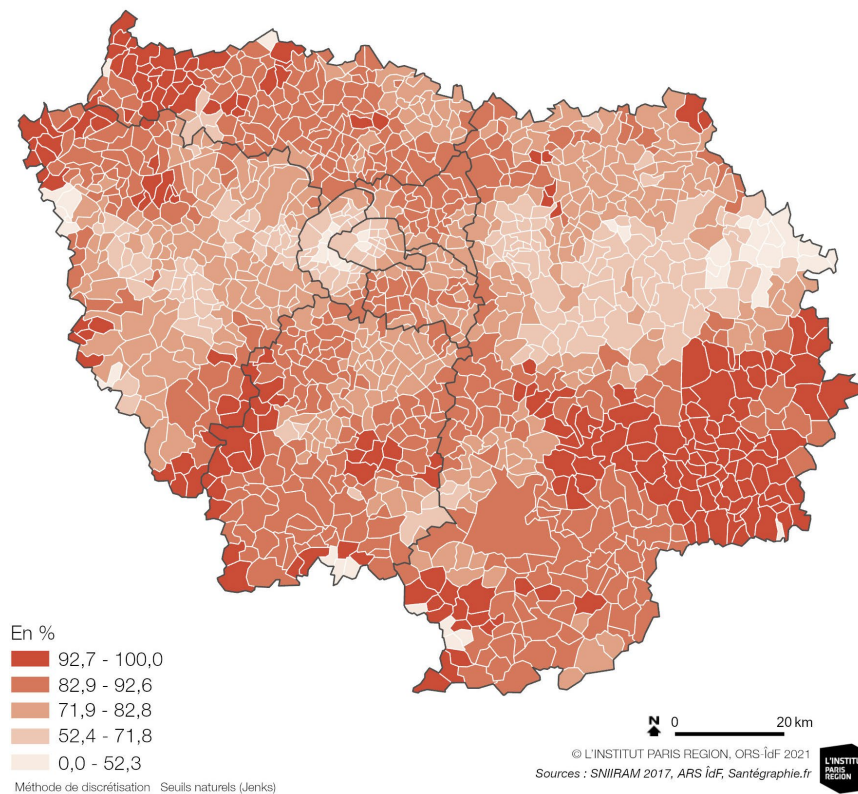


NB : La construction des classes a été réalisée par la Drees sur base des données nationales. Certaines classes peuvent ne pas apparaître en Île-de-France

Carte 19. Densité lissée de médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2019 dans les communes franciliennes



Carte 20. Part (%) des MG (libéraux ou mixtes) exerçant au 1er janvier 2017 en secteur 1 et en cabinet principal



Pour l'offre de pédiatres qui est spécifique à la population cible de notre rapport, nous avons choisi de mettre en avant l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) (Encadré 3).

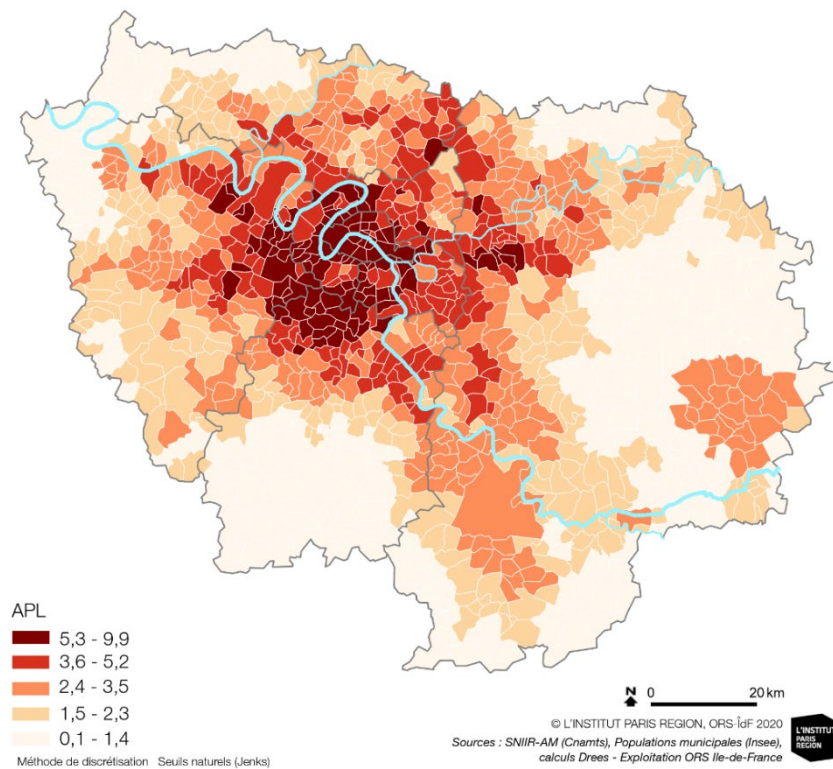
La cartographie francilienne de l'APL montre une accessibilité des pédiatres à tendance centripète vers Paris alors que les communes excentrées de Paris ont une APL très réduite (Carte 21). Cependant, quoique Paris soit mieux doté que le reste de la région en offre de pédiatres, la proportion de ces professionnels exerçant en secteur 1 y est moins importante (Carte 22).

Encadré 3. Accès potentiel localisé, définition et avantage

L'APL est un indicateur de l'accès aux soins qui permet de s'affranchir des frontières administratives car il permet de prendre en compte l'offre et la demande issues des territoires environnants. L'APL mesure une accessibilité qui reste potentielle car elle se fonde sur l'offre existante et non pas sur l'accueil effectivement pratiqué sur le territoire.

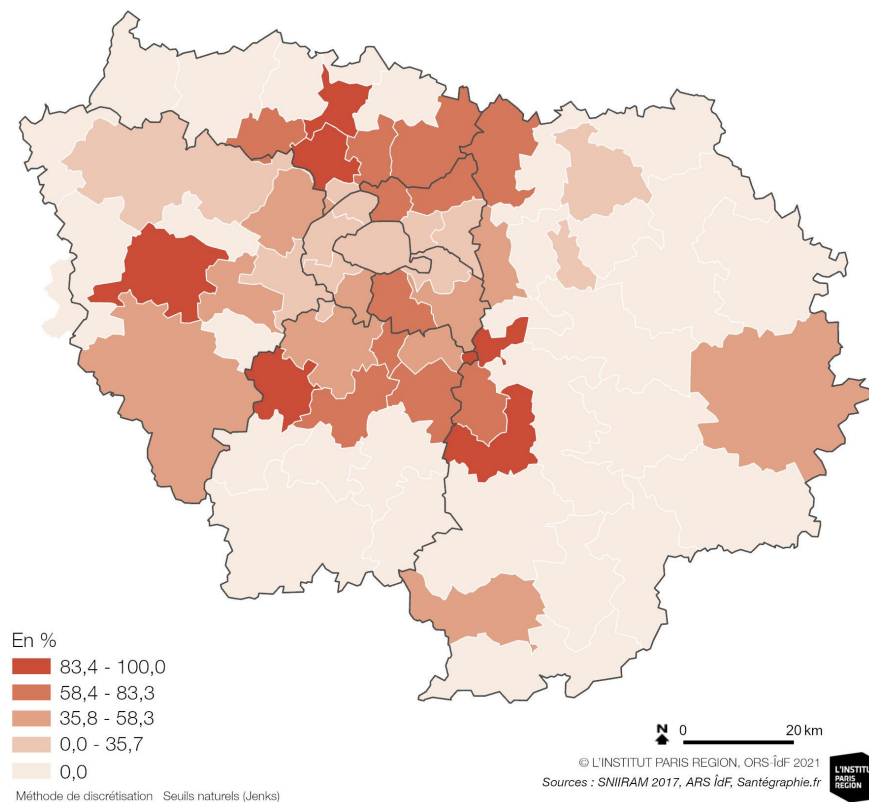
L'APL aux pédiatres libéraux permet de mettre en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel comme la simple densité des professionnels a tendance à masquer. En effet, les habitants d'une commune ne recourent pas simplement aux professionnels de leur commune. Un autre avantage de l'APL est qu'il tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui sont des facteurs qui influencent les besoins de soins. L'indicateur est calculé pour 100 000 habitants.

Carte 21. Cartographie accessibilité potentielle localisée aux pédiatres libéraux niveau communal : 2022



NB : La construction des classes a été réalisée par la Drees sur base des données nationales. Certaines classes peuvent ne pas apparaître en Île-de-France

Carte 22. Pourcentage de pédiatres (libéraux ou exerciceS mixte) exerçant au 1^{er} janvier 2017 en secteur 1 et en cabinet principal dans les intercommunalités d'Île-de-France : 2022



6.2.2 Une plus forte densité de dentistes dans Paris et sa proche couronne

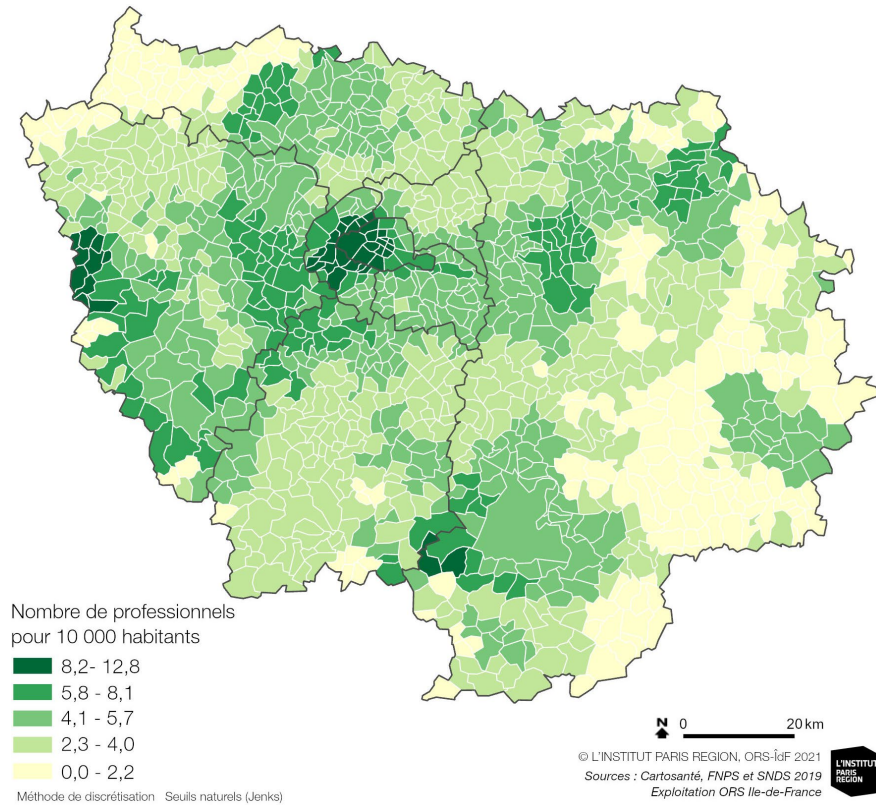
La cartographie de l'offre de soins de dentistes en Île-de-France montre des disparités territoriales importantes avec une offre bien fournie dans Paris et sa proche couronne (8 à 12 dentistes pour 10 000 habitants) et également dans le sud des Yvelines. L'offre est particulièrement peu dense dans les communes de la Seine-et-Marne et dans l'Ouest du Val-d'Oise (Carte 23). Aussi, le recours aux dentistes est particulièrement faible dans ces zones à faible densité de dentistes.

En effet, contrairement aux soins médicaux dispensables par plusieurs spécialistes et dans plusieurs structures de soins (généralistes, pédiatres, PMI, consultations externes à l'hôpital etc.), les soins dentaires ne sont assurés que par les dentistes et plus souvent en médecine de ville. L'indicateur relatif aux soins dentaires est donc un bon révélateur des inégalités sociales de recours aux soins chez les enfants.

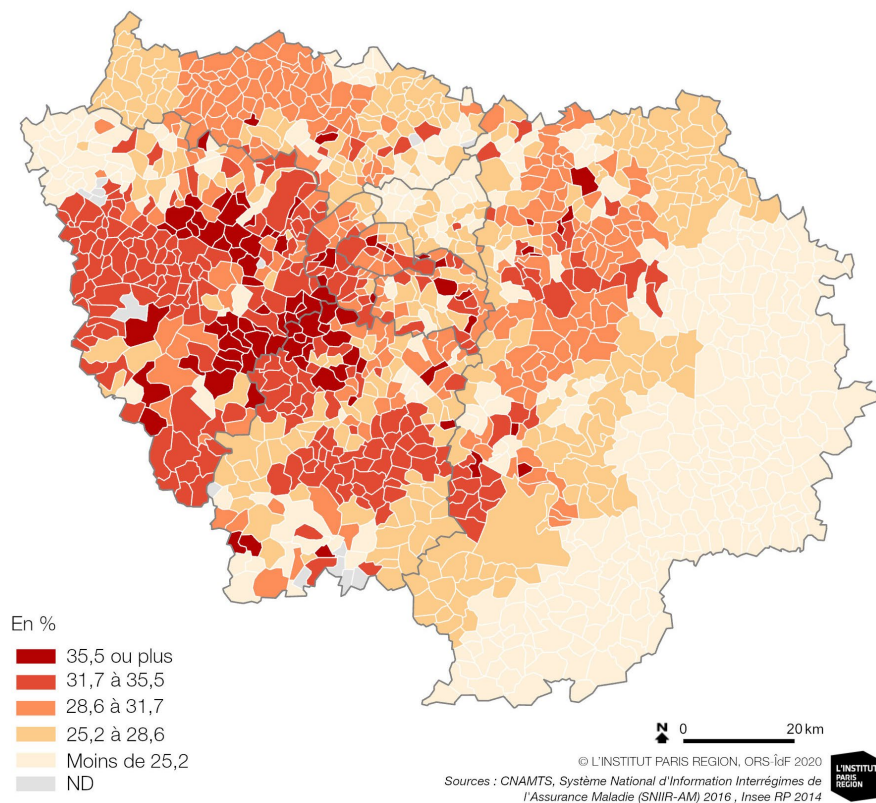
Les données exploitées montrent qu'en France métropolitaine 20 à 40 % des enfants de 0 à 10 ans voient un dentiste au moins une fois dans l'année.

Dans les communes d'Île-de-France, cette proportion varie entre 20 % et 30 % selon les départements (Carte 24). Les communes les mieux notées sont situées dans les Yvelines et à Paris. Le taux moyen de consultation dentaire est respectivement de 30 % à Paris, 26 % en Seine-et-Marne, 30 %, dans les Yvelines, 28 % en Essonne, 31 %, dans les Hauts-de-Seine, 25 % en Seine-Saint-Denis, 28 % dans le Val-de-Marne et 26 % dans le Val-d'Oise. Nous ne disposons pas de données du programme MT dents qui nous permettraient de distinguer la part des enfants qui en bénéficie effectivement ou encore l'évolution de recours aux dentistes parmi les enfants depuis son implémentation.

Carte 23. Densité lissée de dentistes libéraux en 2019 dans les communes franciliennes



Carte 24. Part des enfants de 0-10 ans ayant consulté un dentiste au moins une fois dans l'année : données 2016



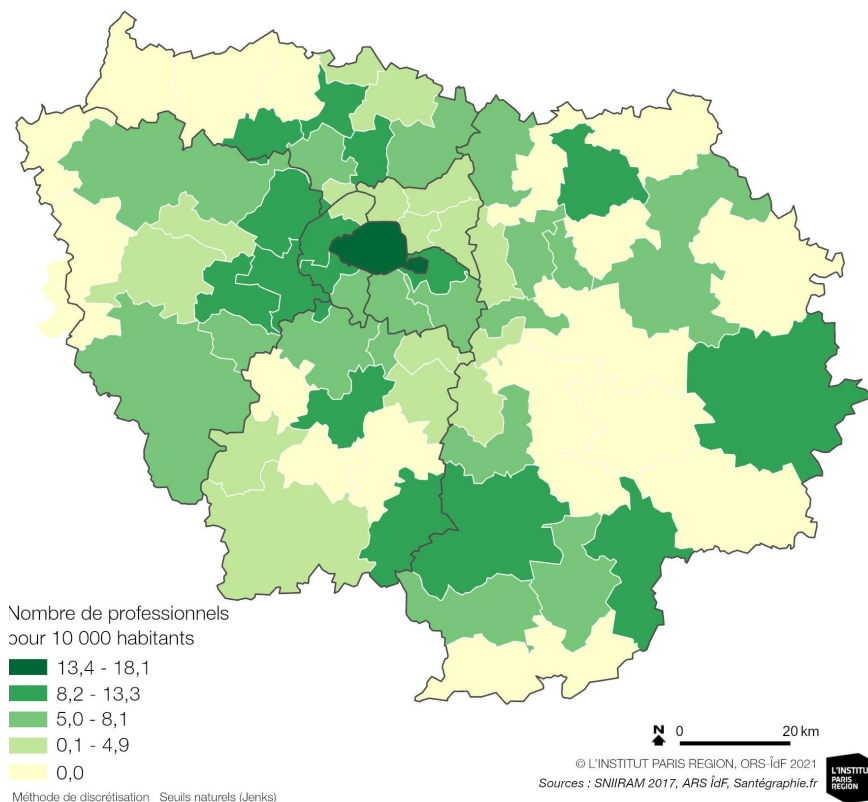
NB : La construction des classes a été réalisée par la Drees sur base des données nationales. Certaines classes peuvent ne pas apparaître en Île-de-France

6.2.3 L'ophtalmologie, une spécialité rare quand on s'éloigne de Paris

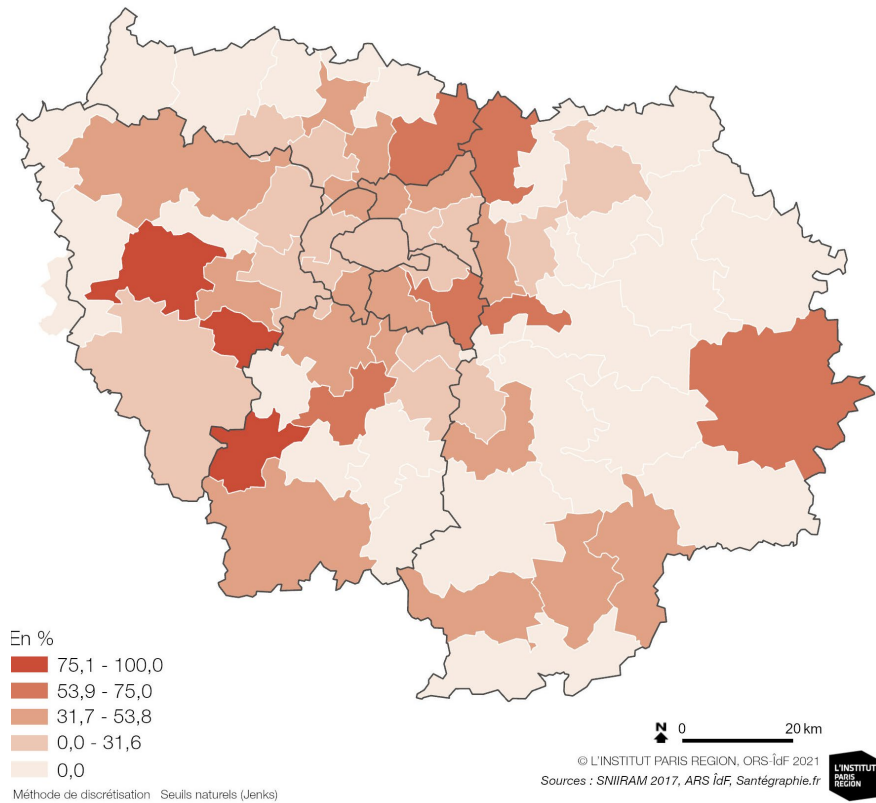
Comme pour les autres offres de médecine spécialisée, l'offre en ophtalmologie est également plus importante à Paris (Carte 25). La région compte 1 061 ophtalmologues libéraux dont 401 installés à Paris. Les Hauts-de-Seine ainsi que les intercommunalités yvelinoises sont les mieux dotées en ophtalmologie. Toutefois, seuls 269 ophtalmologues installés dans la région capitale (soit 25 %) exercent en secteur 1 sans dépassement d'honoraires. Les intercommunalités de la Seine-et-Marne sont moins dotées en offre d'ophtalmologie et l'offre en secteur 1 y est encore moins importante (Carte 26).

En France métropolitaine, en moyenne 20 % d'enfants de moins de 11 ans consultent un ophtalmologue au moins une fois dans l'année. Cette proportion est évidemment proportionnelle à l'offre disponible et est de moins de 17 % dans les communes franciliennes considérées comme pauvres, notamment dans le nord de Paris. Ce taux paraît plus important dans les Hauts-de-Seine, l'Essonne et les Yvelines (22 %). La situation est plus contrastée dans d'autres départements où l'on observe des très grandes disparités intercommunales (Carte 27).

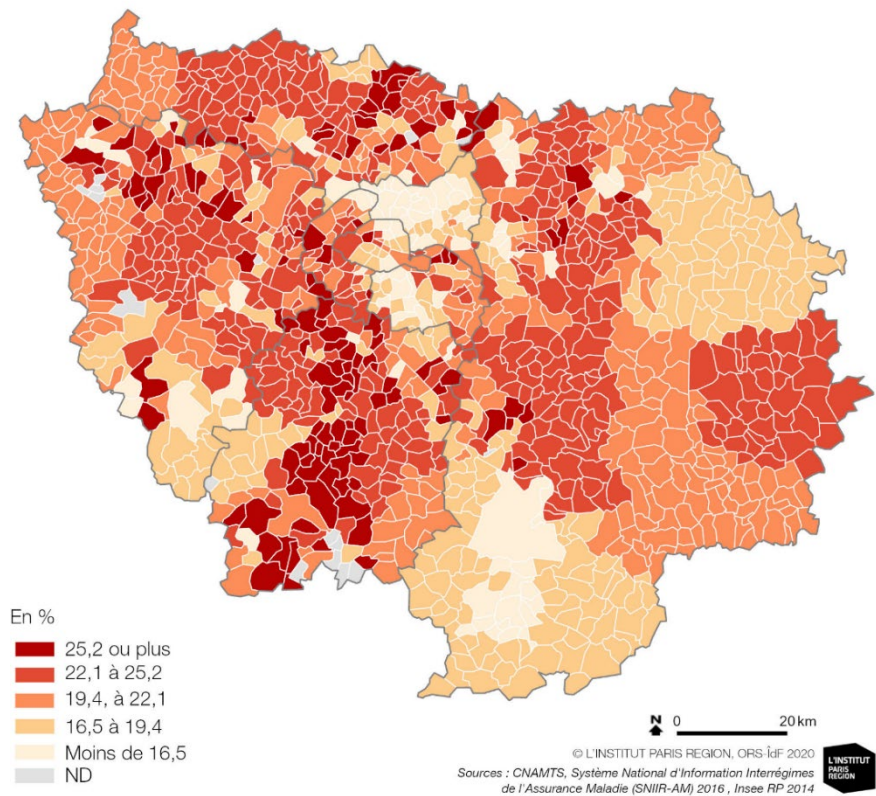
Carte 25. Densité des ophtalmologues libéraux au 1er janvier 2019 dans les intercommunalités franciliennes



Carte 26. Part des ophtalmologues (libéraux ou en mixte) en exercice au 1er janvier 2017 et en secteur 1 dans les intercommunalités d'Île-de-France



Carte 27. Part des enfants de 0-10 ans ayant consulté un ophtalmologue (au moins une fois dans l'année) : données 2016



NB : La construction des classes a été réalisée par la Drees sur base des données nationales. Certaines classes peuvent ne pas apparaître en Île-de-France

6.3 Un recours aux soins hospitaliers plus important dans les territoires moins favorisés

En raison de la volonté de rapprocher les soins du lieu de vie des citoyens et de réduire le recours non programmé (PRS 2018-2022), le service hospitalier devrait être réservé pour les urgences extrêmes ou dans le cadre de la prise en charge des affections graves en phase aiguë.

Ce chapitre examine les recours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) chez les enfants. Les établissements MCO pratiquent des activités aiguës de médecine, de chirurgie et obstétrique nécessitant une hospitalisation de courte durée ou une consultation externe. Ils sont à différencier des établissements dont les activités requièrent une hospitalisation de longue durée comme les soins de suite et réadaptation, les hôpitaux psychiatriques etc.

En Île-de-France on a compté en 2018, 276 877 séjours hospitaliers (toutes causes confondues) concernant les enfants de 0-14 ans, ce qui correspond à un taux d'hospitalisation moyen de 1 163,7 séjours pour 10 000 enfants. Ce taux d'hospitalisation total est plus important en Seine-Saint-Denis. Il dépasse également la moyenne régionale en Essonne et dans le Val-d'Oise (Figure 50).

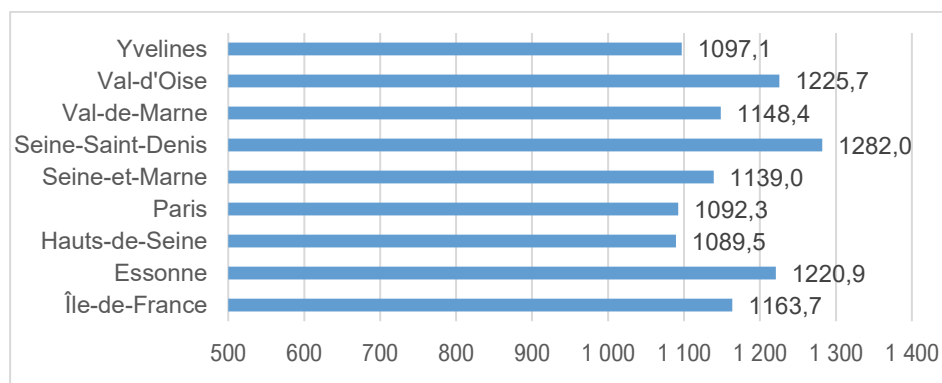
Les maladies respiratoires représentent la première cause d'hospitalisation chez les 0-14 ans dans la région, avec 45 840 séjours en 2018, suivies par les maladies de l'appareil génito-urinaire (Tableau 10). Les taux d'hospitalisations sont respectivement de 192,7 séjours hospitaliers pour 10 000 enfants pour les maladies respiratoires et 138 pour 10 000 pour les maladies génito-urinaires. Elles sont suivies par les traumatismes, les maladies infectieuses et les maladies digestives.

Les différences interdépartementales varient en fonction du motif principal d'hospitalisation (Tableau 10). Les hospitalisations pour cause respiratoire sont plus fréquentes en Seine-Saint-Denis, dans le Val-d'Oise et en Seine-et-Marne. Pour les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies hématologiques et troubles immunitaires, le taux d'hospitalisation paraît également plus important en Seine-Saint-Denis. Alors que pour les maladies endocriniennes et métaboliques, c'est dans les Hauts-de-Seine que l'on observe plus d'hospitalisations des 0-14 ans.

Les hospitalisations avec comme diagnostic principal « tumeurs » représentent 2 962 séjours des Franciliens de 0-14, soit un taux de 12,4 séjours pour 10 000.

Les séjours pour des traitements de type chimiothérapie, radiothérapie etc. n'étant pas comptabilisés dans cet indicateur, le taux calculé sous-estime la part d'enfants réellement suivis pour tumeurs dans les territoires et doit donc être interprété avec prudence.

Figure 50. Taux d'hospitalisation chez les 0-14 ans quel que soit le diagnostic principal ; par département de résidence : données 2018



Source : Base nationale PMSI-MCO. Atih. Exploitation Drees.

Encadré 4. Source données hospitalières

Les données d'hospitalisation sont issues du PMSI. Nous avons utilisé le nombre de séjours hospitaliers dans les services MCO pour calculer le taux d'hospitalisation. Il s'agit d'un indicateur construit et exploité par la Drees. L'unité de compte est le séjour en hospitalisation et non pas le patient. Le compte étant effectué sur le séjour et non pas sur les personnes, le taux peut être parfois surestimé si l'on suppose qu'un seul enfant peut avoir eu plus d'un séjour dans l'année pour la même cause.

La Drees exploite les bases brutes de données du PMSI MCO public et privé et présente des données redressées. Sont exclus du champ des données les séjours de personnes ne résidant pas en France ; les nouveau-nés restés auprès de leur mère et n'ayant, de ce fait, pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif, les hospitalisations inférieure à 24 heures pour des traitements réalisés en séances (telles que la chimiothérapies, radiothérapies...) ; les unités de soins de courte durée MCO des hôpitaux locaux et des établissements de santé dont l'activité principale ne relève pas des soins de courte durée MCO (hôpitaux psychiatriques, établissements de soins de suite et réadaptation...) et les établissements non conventionnés.

Le taux d'hospitalisation présenté dans ce rapport correspond au nombre de séjours des enfants de 0 à 14 ans en 2018 résidant dans les départements franciliens, rapporté à la population de cette tranche d'âge pour le même département (recensement 2017).

Tableau 10. Taux d'hospitalisation (pour 10 000) des 0-14 ans en fonction du diagnostic principal : données 2018

Département de résidence	Maladies Respiratoires	Maladies Génito-urinaires	TraumatismeP oison.	Digestif	Infectieuses	Malformations Congénitales	Sang et immunitaires	Endocr. Nutri. Métab.	Tumeurs
75	187,2	152,6	87,2	92,6	57,0	57,7	22,6	21,1	13,8
77	191,7	108,2	78,6	64,7	57,0	49,2	18,5	27,8	12,5
78	184,9	100,8	89,6	59,3	53,0	49,6	26,5	21,7	12,2
91	201,9	128,9	77,0	89,1	61,0	54,9	18,8	24,3	13,1
92	208,9	179,6	86,5	63,0	60,1	50,5	36,9	23,8	12,6
93	179,7	142,3	83,2	72,4	92,0	57,7	20,8	26,5	10,9
94	204,0	163,3	98,8	81,3	64,9	52,7	26,4	26,7	13,3
95	178,7	125,9	82,1	79,4	89,0	52,0	15,5	22,7	11,5
IDF	192,7	138,2	85,3	74,5	69,7	53,3	23,6	24,3	12,4

Source : Base nationale PMSI-MCO. Atih. Exploitation Drees.

7 | FOCUS SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS

LES POINTS ESSENTIELS

- > Des troubles de santé mentale prédominants chez les garçons et des disparités territoriales observées dès le jeune âge ;
- > Un moindre recours aux soins de santé mentale dans les territoires moins favorisés ;
- > Une démographie de professionnels de santé mentale inégalitaire sur le territoire francilien.

Les troubles mentaux sont une importante source de morbidité et mortalité y compris chez l'enfant. Ce chapitre englobe aussi bien les pathologies mentales que les indicateurs relatifs au recours aux soins et de l'offre de soins en santé mentale.

Comme pour les autres chapitres, les analyses portent prioritairement sur les enfants de 0 à 10 ans. Cependant, certains indicateurs peuvent aller jusqu'à 17 ans, notamment pour l'offre de soins qui est parfois destinée aux mineurs en général.

En raison de la proportionnalité entre le recours et l'offre disponible, nous avons également inclus dans ce chapitre la démographie de certains professionnels tels que les psychologues (libéraux et en exercices mixtes).

L'organisation de l'offre de soins psychiatriques est assez complexe en France. L'offre de soins en psychiatrie publique (modifiée depuis 1960) est organisée en secteur. Les départements y sont découpés en secteurs dans lesquels la coordination et la prise en charge de la santé mentale sont assurées par des équipes pluridisciplinaires (médecins psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens...). Les Centres médico-psychologique (CMP) qui sont des structures de soins dépendant des secteurs psychiatrie peuvent être dédiés aux enfants/adolescents ou aux adultes et sont rattachés à un hôpital public. Ils proposent une offre de soins médico-sociaux pris en charge intégralement par la sécurité sociale [10]. Et à l'hôpital, ces soins peuvent être dispensés en ambulatoire, en hospitalisation partielle ou à temps complet.

Les centres médico psycho pédagogiques (CMPP) sont quant à eux des établissements médico-sociaux relevant souvent du secteur privé ou associatif et sont dédiés uniquement aux enfants.

Outre la sectorisation, les soins de santé mentale sont aussi dispensés en médecine libérale (par des psychiatres libéraux, des psychologues) et en MCO de certains hôpitaux. Ainsi dans les chapitres qui vont suivre, les indicateurs de l'offre de soins en santé mentale sont étudiés en prenant en compte toute cette diversité.

7.1 Une prévalence plus importante des troubles de santé mentale chez les garçons

7.1.1 Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance

Nous avons utilisé les données de la cartographie des pathologies de la Cnam présentes dans le SNDS pour repérer les personnes ayant bénéficié de soins pour « troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance »¹ en se limitant aux données des 0 à 14 ans. Les algorithmes de la cartographie des pathologies permettent de tenir compte à la fois des traitements chroniques et des épisodes de soins (ADL, médicaments spécifiques, actes médicaux ou biologiques, diagnostic hospitalier. Il correspond dans nos analyses

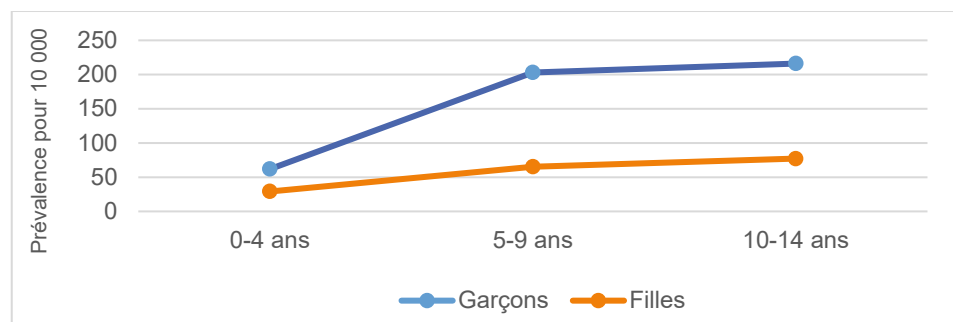
¹ Cf Méthodologie médicale de la cartographie des pathologies G10 top_PTrEnfa_ind

aux personnes en ALD au cours de l'année 2021 avec code CIM-10 de troubles du développement psychologique, troubles du comportement ou troubles émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ; ou aux enfants hospitalisés pour ces mêmes motifs (dans un établissement de santé (MCO ou SSR ou en psychiatrie) durant au moins une des deux dernières années (2020 ou 2021).

En 2021, 25 918 enfants franciliens de 0-14 ans ont été identifiés dans le SNDS comme ayant un trouble de santé mentale ayant débuté dans l'enfance, soit 21,6% du nombre total d'enfants de la France métropolitaine ayant ce type de trouble. La prévalence de ce trouble est donc estimée à 110,3 pour 10 000 enfants de 0-14 ans en Île de France (vs 106,5 pour 10 000 en France métropolitaine). Nos données montrent une prévalence plus importante chez les garçons comparés aux filles et une augmentation de la prévalence avec l'âge (Figure 51).

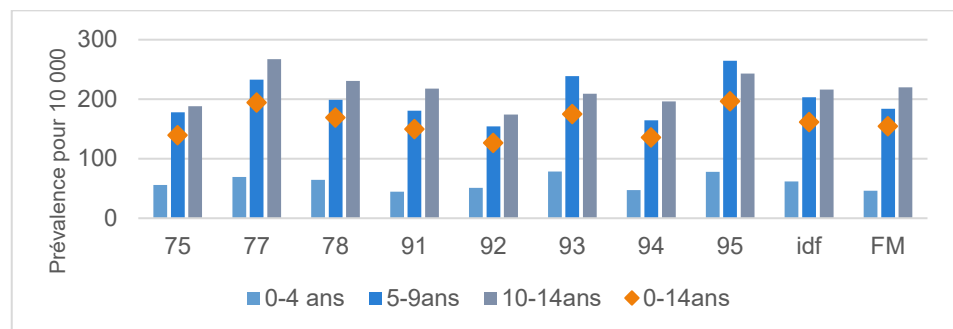
Les analyses territoriales montrent une prévalence plus importante en Seine-et-Marne, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise (Figures 52 et 53)

Figure 51. Prévalence de « troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance » estimée à partir de la consommation des soins chez les enfants de 0 à 14 ans : données Île-de-France : données 2021



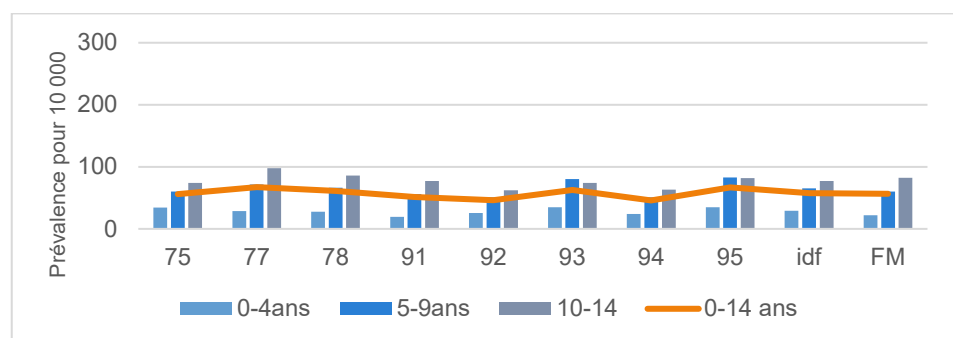
Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

Figure 52. Prévalence des « troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance » : données départementales chez les garçons de 0 à 14 ans (2021)



Source : SNDS, cartographie des pathologies Cnam 2021, exploitation ORS-IDF

Figure 53. Prévalence des « troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance » : données départementales chez les filles de 0 à 14 ans (2021)



Source : SNDS, cartographie des pathologies Cnam 2021, exploitation ORS-IDF

7.1.2 Une plus forte prévalence des troubles du spectre autistique chez les 0-10 ans du Val-d'Oise

Les troubles du spectre autistique (TSA) aussi appelé troubles envahissants du développement (TED) sont définis comme un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives, bien que variables dans leur intensité, infiltrent l'ensemble du fonctionnement du sujet, quelles que soient les situations. Dans la plupart des cas le développement est anormal dès la toute petite enfance et constituent donc un enjeu majeur de santé mentale chez l'enfant.

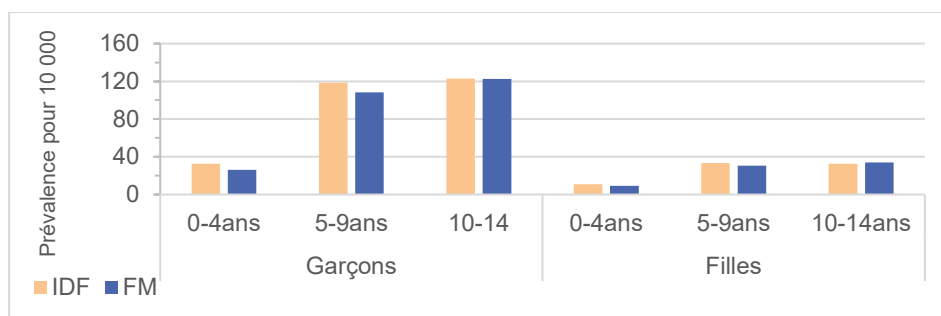
Quoique l'autisme soit un des troubles psychiatriques le plus fréquent chez l'enfant, on dispose de très peu de données et encore moins quand on veut en mesurer la prévalence à différentes échelles territoriales. En effet, en raison de l'absence d'examen caractéristiques pour le diagnostic et surtout de la prise en charge très variée (pas de médicament traceur, pas de remboursements spécifiques par exemple), il est difficile de disposer des données exhaustives sur le TSA.

Santé publique France estime que plus de 80% [11] des personnes suivies pour autisme sont déclarées en ALD. En effet, la prise en charge financière des soins des personnes atteintes de TED/TSA peut se faire au titre de l'ALD 23 « Affections psychiatriques de longue durée », catégorie c « déficiences intellectuelles et troubles graves du développement durant l'enfance ». L'ALD 23 fait partie des ALD dites « exonérantes » (prise en charge à 100% des soins liés à la pathologie). La prise en charge au titre d'une ALD exonérante est en règle générale demandée par le médecin traitant qui établit le protocole de soins [11]. Nous avons donc utilisé les données des ALD pour estimer la prévalence de l'autisme chez les enfants en filtrant sur la CIM-10¹ F84 : Troubles envahissants du développement.

Au total 14 415 enfants de 0-14 ans franciliens ont été identifiés comme suivi pour autisme en 2021 dans le SNDS dont 11 341 garçons. Ce nombre représente 21,5 % de l'ensemble des enfants de la France métropolitaine suivis pour TSA. Comme pour les autres troubles psychiatriques, le TSA était plus fréquent chez les garçons. La prévalence estimée du TSA était de 91,5 pour 10 000 chez les garçons franciliens de 0-14 ans et de 25,6 pour 10 000 chez les filles. Cette prévalence augmentait également avec l'âge entre 0 et 14 ans (Figure 54).

Les analyses territoriales montrent une plus forte prévalence des TSA dans le Val d'Oise (Figure 55).

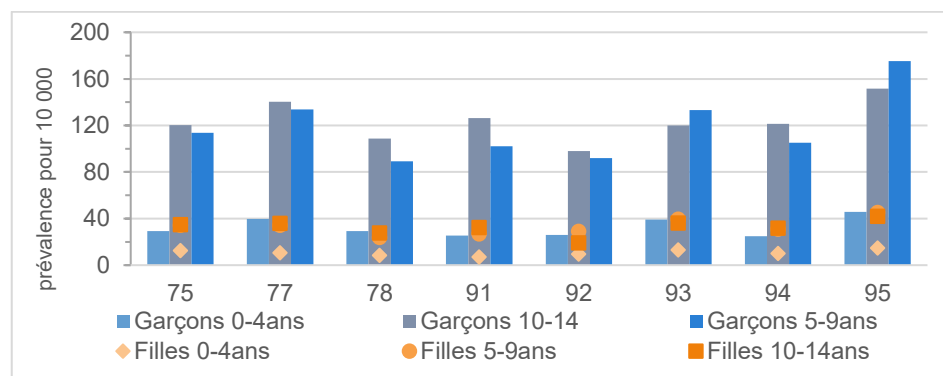
Figure 54. Prévalence de l'autisme entre 0 et 14 ans en France et en Île-de-France : données 2021



Source : SNDS, exploitation ORS-IDF
FM : France métropolitaine, IDF : Île-de-France

¹ Classification internationale des maladies – 10^e révision

Figure 55. Prévalence de l'autisme entre 0 et 14 ans dans les départements franciliens : données 2021



Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

7.1.3 Autres troubles de santé mentale chez les enfants

Nous avons également évalué l'ensemble des données des ALD 23 chez les 0-14 ans (toutes les ALD 23 incluses). Ces données montrent qu'au total 21 857 franciliens de 0-14 ans sont déclarés en ALD psychiatrique en 2021, soit une prévalence estimée à 127 pour 10 000 chez les garçons et 50,8 pour 10 000 chez les filles (Tableau 11). On observait également des disparités territoriales pour les deux sexes.

Tableau 11. Prévalence ALD23 chez les 0-10 ans en Île-de-France et ses départements (données 2021)

Age en année	Garçons				Filles			
	0-4	5-9	10-14	0-14	0-4	5-9	10-14	0-14
75	42,7	153,0	182,7	122,9	23,0	57,6	75,7	51,6
77	49,4	167,0	212,6	145,1	20,9	60,8	85,3	57,0
78	42,3	118,2	161,0	108,3	19,6	43,6	63,5	43,0
91	41,4	135,0	188,3	122,2	20,4	45,8	75,8	47,7
92	39,9	123,4	142,2	101,0	21,4	47,9	55,6	41,5
93	55,2	168,2	180,4	133,9	28,1	64,3	71,7	54,3
94	39,2	142,4	174,3	118,2	23,1	56,2	71,6	50,0
95	61,5	212,5	214,8	163,7	26,6	68,8	86,2	60,6
IDF	46,7	152,8	181,8	127,0	23,1	55,9	73,1	50,8
FM	41,9	158,5	210,6	141,6	22,0	60,9	93,9	60,9

Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

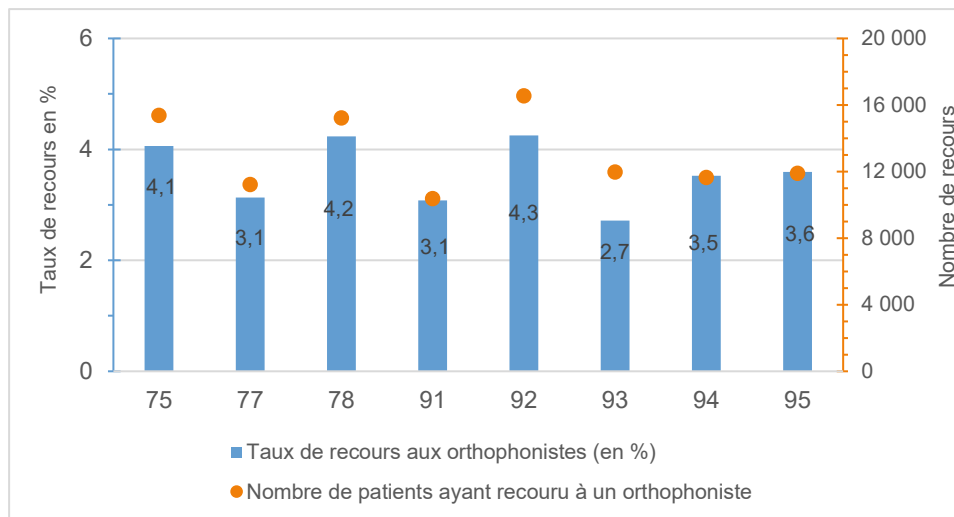
7.2 Moins de recours aux soins de santé mentale dans les communes moins favorisées

7.2.1 Des disparités dans le recours aux orthophonistes et aux pédopsychiatres

En 2019, 104 324 franciliens de moins de 11 ans ont consulté un orthophoniste au moins une fois, soit 3,6% d'enfants avec en moyenne 37 recours annuels par enfant. Le taux de recours semble plus important dans les départements les plus favorisés (Figure 56), probablement en raison d'une offre également plus abondante (voir le chapitre 6).

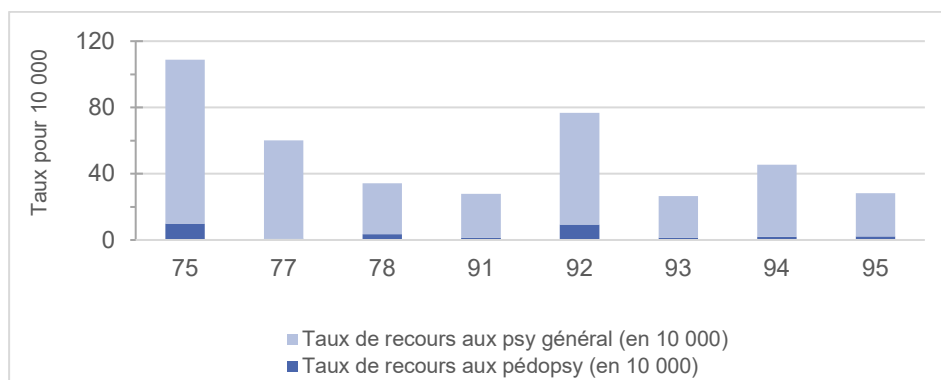
Par ailleurs, un peu plus de 15 000 Franciliens de moins de 10 ans ont consulté un psychiatre en 2019 dont seulement moins 10 % (soit 1 133) un pédopsychiatre. Le taux moyen de consultation en pédopsychiatrie est de 3,7 pour 10 000 enfants de moins de 11 ans, de 47 pour 10 000 en psychiatrie générale et de 0,27 en neuropsychiatrie avec des fortes disparités entre les départements. Les données du SNDS ne nous permettent pas d'analyser ce recours au niveau géographique plus fin (Figure 57). Le recours aux psychologues ou aux psychologues cliniciens, n'étant pas systématiquement remboursé, il n'a également pas pu être exploré via le SNDS.

Figure 56. Taux (en %) et nombre de recours aux orthophonistes (au moins une fois dans l'année) chez les moins de 11 ans : données 2019



Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

Figure 57. Taux de recours aux psychiatres généraux et aux pédopsychiatres chez les franciliens de moins de 11 ans en 2019



Source : SNDS, exploitation ORS-IDF

7.2.2 Les consultations ambulatoires et les temps partiels en psychiatriques

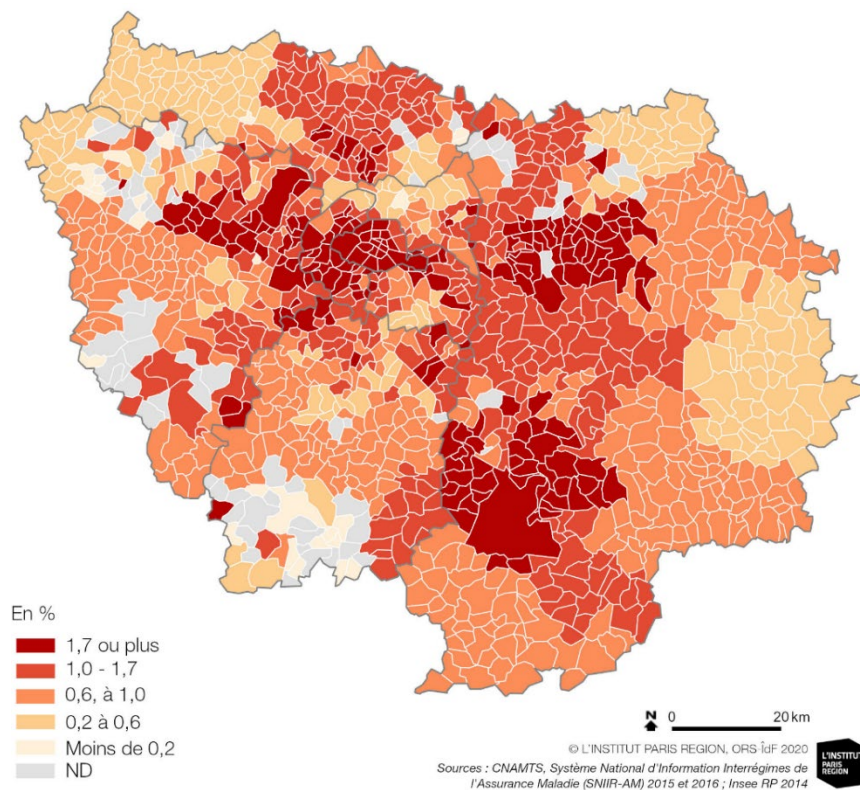
En France métropolitaine, un peu plus de 1 % des enfants de moins de 18 ans ont consulté un psychiatre libéral au moins une fois dans l'année (1,4 % en Île-de-France, 1,2 % au niveau national ; données 2016) (Carte 28). Le taux de consultations des psychiatres libéraux est estimé à 100,6 pour 10 000 Franciliens de 0-11 ans (Figure 58). La part des enfants franciliens consultant un pédopsychiatre est cependant très faible, probablement en raison de la faible densité de ces professionnels dans les territoires (Tableau 12).

En outre, les consultations ambulatoires en hôpitaux psychiatriques sont estimées à 260 pour 10 000 enfants franciliens de 0-11 ans.

Le recours à temps partiel en établissement psychiatrique représente de 12,5 pour 10 000 enfants de 0-11 ans (Figure 59).

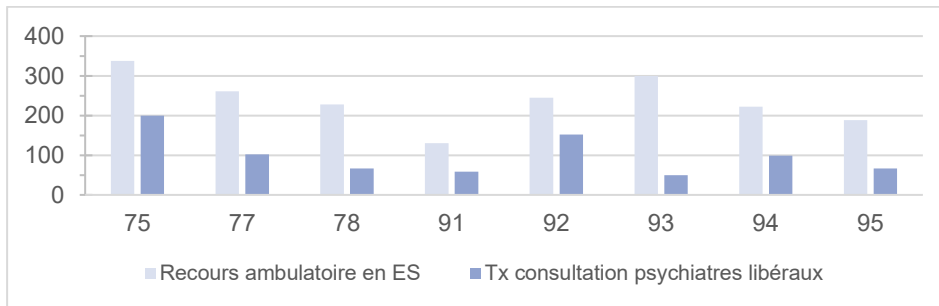
On observe des disparités territoriales dans la consommation de soins psychiatriques dans la région. En effet, le pourcentage de mineurs ayant consulté un psychiatre libéral est moins important dans les territoires les moins favorisés (Carte 28). Il en est de même pour les autres indicateurs de consommation de soins de santé mentale.

Carte 28. Pourcentage des enfants de moins de 18 ans ayant consulté un psychiatre dans les communes d'Île-de-France : données 2016



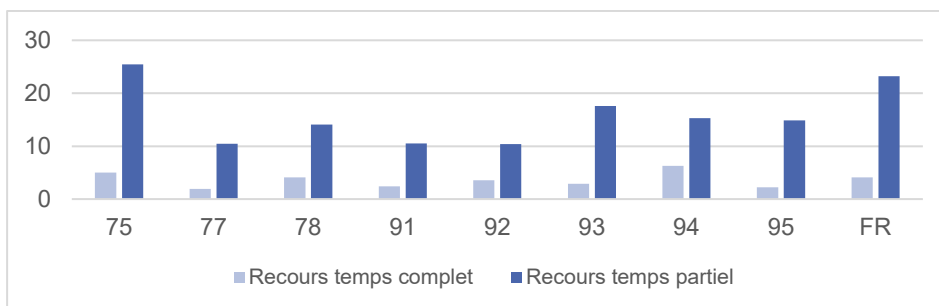
NB : La construction des classes a été réalisée par la Drees sur base des données nationales. Certaines classes peuvent ne pas apparaître en Île-de-France

Figure 58. Taux de recours en ambulatoire des 0-11 ans, en établissement de santé autorisé en psychiatrie et en psychiatrie libérale : données 2019



Source : Le Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P), données traitées par la Drees (Atlas santé mentale)

Figure 59. Taux de recours temps complet et temps partiel en psychiatrie chez les 0-11 ans dans les départements franciliens : données 2019



Source : Le Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P), données traitées par la Drees (Atlas santé mentale) *Recours en établissement de santé autorisé en psychiatrie

Tableau 12. Taux brut de recours aux soins de santé mentale (en %) en ville chez les 0-10 ans en fonction du professionnel consulté en 2019

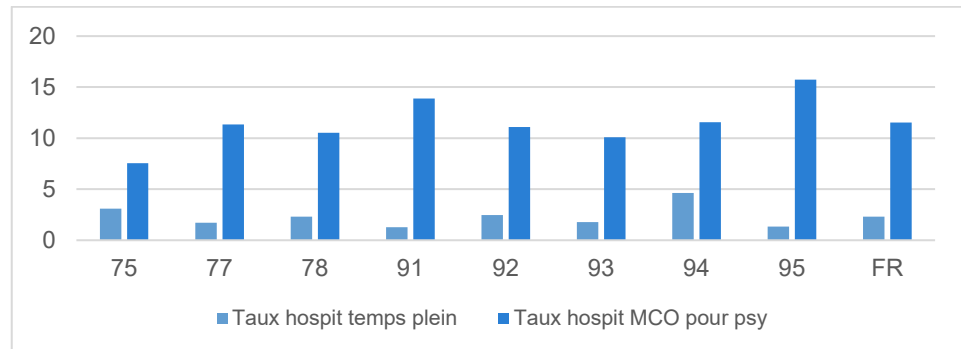
	Orthophonistes	Pédopsychiatres	Neuropsychiatres	Psy généralistes
75	4,063	0,098	0,006	0,991
77	3,132	0,008	0,001	0,593
78	4,232	0,035	0,006	0,308
91	3,081	0,013	0,001	0,266
92	4,252	0,094	0	0,673
93	2,718	0,014	0	0,252
94	3,527	0,019	0,003	0,436
95	3,592	0,022	0,005	0,26

Source : SNDS

7.2.3 Les hospitalisations complètes pour motifs psychiatriques

Quant aux hospitalisations, le taux pour les temps plein en psychiatrie est estimé à 1,9 pour 10 000 enfants de 0-11 ans dans la région et de 12 pour 10 000 pour les hospitalisations en MCO pour motif psychiatrique (Figure 60).

Figure 60. Taux d'hospitalisation* à temps plein et en MCO pour motifs psychiatriques chez les 0-11 ans dans les départements franciliens : données 2019 (pour 10 000)



Source : Le Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P), données traitées par la Drees (Atlas santé mentale)

*hospitalisation en établissement de santé autorisé en psychiatrie

7.3 Une Offre en santé mentale concentrée à Paris

Les données franciliennes montrent qu'en 2020, la région Île-de-France compte 100 CMPP/CATTP, 592 CMP, près de 4 000 psychiatres dont 48 pédopsychiatres et un peu plus de 13 400 psychologues (Tableaux 13 et 14).

On compte un peu plus de 10 000 orthophonistes dans la région dont près de 3 000 sont en exercice libéral (Tableau 14). Et, selon les données RPPS, le nombre d'orthophonistes libéraux a fortement reculé dans la région, soit 222 professionnels en moins au cours des cinq dernières années, et en 2022, 285 d'entre eux avaient 65 ans ou plus.

En termes de densité, l'Île-de-France occupe la troisième place pour la densité des pédopsychiatres (après la Nouvelle-Aquitaine et la région PACA) ; la deuxième place pour la densité de lit en psychiatrie infanto-juvénile (après la Nouvelle-Aquitaine),

La répartition des professionnels de santé mentale est cependant très inégale sur le territoire francilien. Comme pour les autres spécialistes, Paris est le département le mieux doté en spécialistes de santé mentale (Tableau 14)). Le nombre de structures spécialisées dans la prise en charge de troubles de santé mentale est également plus important à Paris (Tableau 15).

Tableau 13. Nombre de CMP et CMPP en Île-de-France en 2020

	CMPP	CMP/CATTP*	Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie en 2020
75	15	108	31
77	4	63	5
78	11	55	2
91	19	60	10
92	12	84	2
93	11	84	6
94	19	82	1
95	9	56	31
IDF	100	592	57

Sources : site ARS-IDF, santé en France, source ministérielle actualisée par les professionnels de la santé

*CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (fonctionnent en complémentarité des Centres Médico-Psychologiques), CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

Source : CMPP annuaire via : <https://annuaire.action-sociale.org>

Tableau 14. Démographie (en nombre) de professionnels spécialistes de santé mentale dans les départements franciliens en 2020

	Orthophonistes total	Orthophonistes libéraux#*	Pédo-psychiatres *	Neuro-psychiatres *	Psychiatres généralistes	Psychologues**
75	2 873	772	26	232	2 370	4 401
77	783	255	3	6	189	1 099
78	1 281	421	5	14	295	1 404
91	795	256	1	10	205	1 146
92	1 447	480	8	20	414	1 763
93	930	214	0	8	186	1 196
94	1 172	354	2	9	232	1 359
95	764	246	3	10	176	1 113
IDF	10 045	2 998	48	309	4 067	13 481

Sources : Répertoire ADELI- Drees, données au 1er janvier 2021- exploitation ORS-IDF ; FNPS - INSEE, Atlasanté, RPPS

**Psychologues libéraux ou exercice mixte, *professionnels libéraux uniquement, # : données 2022 pour les orthophonistes libéraux

Tableau 15. Densité (pour 100 000 enfants) et ETP de professionnels de santé mentale infanto-juvénile dans les départements franciliens (2020)

	Pédopsy* lib/salariés	Orthophonistes libéraux**	ETP psy IJ	ETP personnel médical IJ	ETP personnels de soins et socio-édu psy IJ	Places d'hospit. partielle en psy IJ	Lits d'hospit en psy IJ Tous les établissements	CMP ou unités de consultation des services
75	18,9	35,7	47,1	1,7	287,7	174,5	49,5	12,0
77	6,3	17,9	12,1	N/A	85,3	37,3	18,8	13,9
78	8,5	29,1	15,1	N/A	76,4	81,7	19,7	8,5
91	7,2	19,7	14,4	0,7	130,9	43,3	18,3	8,8
92	6,9	29,6	18,9	0,2	112,9	55,7	15,0	7,5
93	6,2	13	15,5	0,3	115,6	58,5	7,7	12,4
94	3,6	25,2	22,9	2,4	166,7	60,6	25,5	13,4
95	8,4	19,7	10,7	0,4	84,9	47,6	13,7	8,6
IDF	8,5	24,4	21,1	0,7	134,1	71,5	21,1	10,7

Source : FNPS – INSEE, atlasanté, RPPS, données 2015

ETP : équivalent temps plein : correspond à une moyenne annuelle.

ETP personnel médical : il s'agit de tous les professionnels autres que les psychiatres

Lib : libéraux, IJ : infanto-juvénile, psy : psychiatre, hospit : hospitalisation, socio-ed : socio-éducatif

*La densité de pédopsychiatre est calculée pour 100 000 enfants de 0-14 ans

La densité de tous les autres professionnels et structures est calculée pour 100 000 enfants de 0-16 ans

**La densité des orthophonistes n'est pas spécifique aux enfants et concerne l'année 2022

8 | CONCLUSION

Le niveau des revenus, la position dans la société, le degré d'éducation, l'accès aux services de santé et les conditions environnementales de vie contribuent largement à l'état de santé des individus.

Les inégalités en matière de santé sont parmi les plus inacceptables particulièrement chez les enfants parce qu'elles peuvent être évitées. Elles ne relèvent pas uniquement de facteurs biologiques mais de déterminants socialement construits.

La stratégie nationale de santé contribue à la lutte contre les inégalités sociales de santé et le projet régional de santé en Île-de-France (PRS 2018-2022, PRS 2023-2028) s'articule beaucoup autour de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé [12, 13].

Ce travail permet de décrypter la santé des enfants franciliens en fonction des territoires dans lesquels ils vivent. Les analyses ont été réalisées au niveau géographique le plus fin possible en respectant le secret statistique permettant ainsi d'identifier les territoires prioritaires et les actions clés à renforcer qui peuvent être différentes d'un territoire à l'autre.

Plus globalement, ce travail montre que la santé des enfants est impactée par le niveau de pauvreté des territoires dans lesquels ils vivent. Indépendamment du niveau social individuel des parents, l'appartenance à un milieu de vie défavorisé constitue un « facteur de risque en soi » pour la santé des enfants. Nous montrons des corrélations nettes entre la santé des enfants et l'appartenance à un territoire.

La pauvreté territoriale influence la santé des enfants franciliens en termes de morbi-mortalité, de recours et d'accès aux soins. Quoique, la relation entre la pauvreté territoriale et la consommation de soins soit plus complexe à expliciter, le simple fait que certains territoires soient moins dotés en telle ou telle autre structure de santé peut en partie expliquer le moindre recours et donc une moins bonne santé (à l'exemple de la santé buccodentaire et la densité des dentistes).

Ces inégalités sociales de santé commencent dès la naissance avec par exemple une plus forte prévalence de la prématurité dans les territoires les moins favorisés. En effet, la prématurité est la cause la plus importante de mortalité chez les moins d'un an [14, 15]. Les données du présent rapport montrent un taux de prématurité, de grande prématurité et d'enfants de faible poids de naissance plus important dans les territoires les plus défavorisés, témoignant que les inégalités sociales de santé s'observent dès la naissance dans notre région également. Plusieurs autres études internationales ont rapporté des associations entre la prématurité et la pauvreté au niveau individuel. Très peu d'études ont analysé ces associations au niveau de groupes de population [7, 16, 17]. En Seine-Saint-Denis la mortalité infantile avait drastiquement baissé entre 2012 et 2016. Cependant depuis 2017, une augmentation est observée dans cet indicateur. Nos données de mortalité infantile indiquent également une augmentation de la mortalité dans le Val-de-Marne, ce qui a justifié l'extension du projet REMI dans ce département.

Nos analyses révèlent que les enfants vivant dans des territoires franciliens pauvres ont une moins bonne santé, consomment moins les soins généraux et spécialisés de ville mais font plus souvent recours aux soins d'urgence et sont plus sujets à des hospitalisations.

Plusieurs autres études montrent également que les enfants issus des familles pauvres ont une moins bonne santé comparée aux enfants issus des milieux favorisés [6, 7, 18]. Les cartographies de recours aux soins présentées dans ce rapport montrent des inégalités territoriales d'accès aux soins des enfants, que ce soit pour les soins généraux ou spécialisés. Les enfants des territoires pauvres ont moins recours aux soins des médecins généralistes, des pédiatres, des dentistes, des ophtalmologues, des orthophonistes et aux soins de santé mentale. La différence est frappante par exemple dans un moindre recours aux ophtalmologues pour les enfants des territoires défavorisés alors qu'ils sont plus nombreux à présenter des problèmes visuels lors des enquêtes en milieu scolaire.

En termes d'offre de soins, les services de santé spécialisés sont plus concentrés à Paris et sa proche couronne. Cependant, les analyses par secteur montrent que Paris est moins doté en professionnels exerçant en secteur 1 sans dépassement d'honoraires.

D'autres services comme les PMI sont plus abondamment répartis dans les départements considérés comme défavorisés. Cependant, cette offre de PMI plus accessible pour les familles en situation de précarité est en continuelle baisse dans la région en général. Les données à notre disposition ne permettent pas encore de montrer l'impact de la contractualisation Etat-départements sur cette offre.

De plus, nous avons observé un paradoxe entre la disponibilité de services de PMI et la consommation des soins préventifs dans certains territoires. C'est le cas de la Seine-Saint-Denis qui compte le plus grand nombre de centres de PMI, le plus grand nombre des consultations annuelles mais un plus petit nombre d'enfants ayant bénéficié de certains actes de prévention notamment du bilan de santé à 3-4 ans, de dépistage des troubles visuel, auditif ou encore de langage. Cette observation pose la question du rôle premier des PMI qui est la prévention. On se demande si, trop sollicités pour des actions de suivi de pathologies chroniques, voire pour des actes curatifs, non assurés par la médecine de ville, ou pour des missions de protection de l'enfance, certains professionnels de PMI ne sont pas obligés de relayer les actes préventifs et de promotion de la santé au second plan. Les atouts de la PMI notamment la totale gratuité de soins, l'accueil inconditionnel peut aussi inciter les populations en situation de précarité à consulter davantage les PMI pour des soins ne relevant pas de la mission première de celle-ci.

De façon plus générale, les missions non sanitaires des PMI sont de plus en plus croissantes réduisant de facto le budget alloué à la prévention comme l'explique le rapport de la députée Michèle Peyron de 2019 [19]. De plus le nombre d'ETP médecins est en continuel baisse.

Selon ce rapport, 20 % à 30 % des effectifs des PMI au niveau national serait consacrés aux missions relatives aux modes de garde (agrément des assistantes maternelles, contrôle et suivi des professionnelles agréées, instruction des projets d'ouverture d'établissements d'accueil du jeune enfant etc.). De plus, une partie croissante des visites à domicile infantiles de la PMI se fait à la demande de l'aide sociale à l'enfance, dans le cadre de l'évaluation des informations préoccupantes. Ces visites relevant de l'urgence sociale tendent à se substituer aux visites de prévention et fragilisent en même temps le lien de confiance entre la PMI et les familles.

Cette gestion des informations préoccupantes absorbe environ 10 % de plus du temps des équipes faisant qu'au total, 30 % à 40 % des moyens humains sont donc « dérivés » du cœur de métier préventif de la PMI.

Ce rapport révèle un autre paradoxe sur les déclarations d'affections de longue durée. En effet, le dispositif ALD permet d'éviter pour les pathologies lourdes un reste à charge aux patients. Il est souvent un reflet de la situation socioéconomique des malades avec parfois un biais de sur-déclaration pour les patients précaires [18].

Aussi, dans un travail comme le nôtre, on se serait attendu d'observer un taux d'ALD beaucoup plus important dans les territoires où le reste à charge peut constituer un frein à l'accès aux soins. Cependant, quoiqu'ayant des taux d'ALD plus important en comparaison à la moyenne régionale, les territoires de la Seine-Saint-Denis, considérés comme les plus pauvres de la région n'apparaissent pas en haut de liste en termes de déclarations des ALD. On peut penser qu'une moindre connaissance du dispositif, par les assurés, pourrait expliquer une moindre sollicitation auprès des médecins. La faible densité des médecins libéraux dans ce département peut aussi être aussi mis en cause. Une moindre prévalence de pathologies lourdes nécessitant des déclarations en ALD dans cette population est peu envisageable dans la mesure où la morbidité générale des enfants paraît plus importante dans ces territoires. Peut-être qu'un suivi moins bien organisé ; avec une rupture de soins, un manque de médecin traitant avec un plus grand recours aux soins non programmés ; expliquerait nos observations.

Quoi qu'il en soit, il apparaît important de renforcer le dispositif ALD dans ce département.

Ce travail permet plus globalement de disposer des repères dans les indicateurs de santé des enfants pouvant éventuellement servir dans les évaluations des actions mises en œuvre dans le pacte des solidarités ou dans le programme régional de santé Île-de-France (PRS-3). Il permet de cibler les territoires mais aussi les actions prioritaires.

Cependant, le présent travail met également en évidence la problématique de la disponibilité des données de santé des enfants à une échelle territoire fine qui permette la mise en place des actions bien ciblées. L'échelle départementale utilisées pour la

plupart des indicateurs de morbidité paraît très grossière dans un territoire comme l'Île-de-France où les inégalités sociales peuvent être très frappantes entre les communes d'un même département.

En effet, hormis les données de santé périnatale qui sont bien structurées (avec entre autres l'enquête nationale périnatale, les premiers certificats de santé, les réseaux de santé périnatale etc.), il n'existe pas de système de suivi de la santé des enfants après la période périnatale permettant des études à des échelles territoriales fines. La plupart des données exploitées dans ce travail n'étaient pas disponibles à l'échelle infra-départementale. La santé buccodentaire, les données sur l'obésité ou encore les données sur les troubles visuels provenaient des enquêtes de la DREES, dont la plus récente dataient de 2015 et n'étaient exploitables qu'au niveau régional. Le système de surveillance tels que les certificats de santé du neuvième ou du vingt-quatrième mois aurait pu être d'une grande importance. Cependant, le faible taux de réponses de ces certificats le rend inexploitable. La plupart des grandes enquêtes comme ENABEE, l'enquête nationale de santé scolaire (GSM, CM2) sont conçues pour le niveau national parfois régional. De plus l'irrégularité ou l'espacement temporel de ces enquêtes ne permettent pas de suivre les indicateurs de santé des enfants au regard des objectifs régionaux (PRS-3 pour cinq ans, certaines enquêtes reviennent tous les 7 voire 10 ans). Ainsi, même si ce travail a permis de mettre en évidence des disparités territoriales de santé des enfants franciliens, l'échelle départementale (de la plupart des indicateurs) semble trop large pour des orientations stratégiques en particulier dans une région comme l'Île-de-France. Il paraît donc important de mettre en place un vrai système de suivi ou des enquêtes régulières et représentatives des différents territoires. L'exploitation du système national de données de santé (SNDS) peut également être d'un grand recours à condition de déterminer les indicateurs pertinents à suivre. Un prochain travail ciblant quelques indicateurs du SNDS pourrait permettre d'apporter plus de précisions sur l'état de santé des enfants franciliens au niveau géographique infra-départemental (particulièrement en termes de consommation de soins ou de pathologies taupées dans ce système d'information).

9 | LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ALD : affections de longue durée
APL : accessibilité potentielle localisée
ARS : Agence régionale de santé
CA : communauté d'agglomération
CC : communauté de communes
Drees : Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
IDF : Île-de-France
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
NIR : numéro d'inscription au répertoire
ORS : Observatoire régional de santé
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
SNDS : Système national de données de santé

10 | BIBLIOGRAPHIE

1. Zeitlin J et al., Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis, rapport final. Inserm, 2016
2. Matulonga Diakiese B, Féron V, Ndiaye K. Augmentation de la mortalité infantile en Île-de-France. Focus santé. Paris: Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France, 2023
3. Grémy I et al. La santé des franciliens: Diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027. Paris : Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France, 2023. p. 246.
4. Matulonga B. Santé des mères et des enfants en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2021. p. 35. (Focus santé)
5. Telle-Lamberton M, Grémy I. Les cancers chez l'enfant de moins de 15 ans en France : évolution de l'incidence et de la mortalité. Paris: Observatoire régional de santé (ORS) Ile-de-France, 2018.(Rapport & Enquête)
6. Chardon O, Guignon N, and de Saint Pol T, La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Drees, Etudes et résultats. 2015 ; 0920.
7. Guignon N, et al., La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. Drees, Etudes et résultats . 2017 ; 0993.
8. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : états des lieux, repères et outils pour une amélioration 2018.
9. Caisse d'Assurance maladie: Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance maladie pour 2020. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement 2019.
10. Paternoster M, Matulonga B. Santé mentale en Île-de-France : rôle clé des médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des patients. Paris: Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France, 2020.
11. Ha C, Chin F and Chee CC. Troubles du spectre de l'autisme : estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le système national des données de santé, France, 2010-2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(6-7): 136.
12. Le projet régional de santé 2018-2022, ARS. Île-de-France, 2017.
13. Ministères des solidarités et de la santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017.
14. Olson ME et al. Impact of income and income inequality on infant health outcomes in the United States. Pediatrics, 2010. **126**(6): p. 1165-73.
15. Blumenshine P et al .Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. Am J Prev Med, 2010. **39**(3): p. 263-72.
16. Daoud N et al. Patterns of social inequalities across pregnancy and birth outcomes: a comparison of individual and neighborhood socioeconomic measures. BMC Pregnancy and Childbirth, 2015. **14**(1): p. 393.
17. Huynh, M. et al. Contextual effect of income inequality on birth outcomes. Int J Epidemiol, 2005. **34**(4): p. 888-95.
18. Sauze L, Ha-Vinh P, and Régnard P, Affections de longue durée et différences de morbidité entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants. CNAMTS 2011. **42**: p. 1-9.
19. Peyron M, et al. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! 2019.

11 | ANNEXE

Carte annexe 1. Cartographie des intercommunalités d'Île-de-France



RAPPORT ET ENQUÊTE

DE L'INSTITUT PARIS REGION - ORS



Financé par



Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de publication : Nathalie Beltzer

L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Région, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN 978-2-7371-2183-8