

Santé des enfants et des jeunes  
Génération Santé



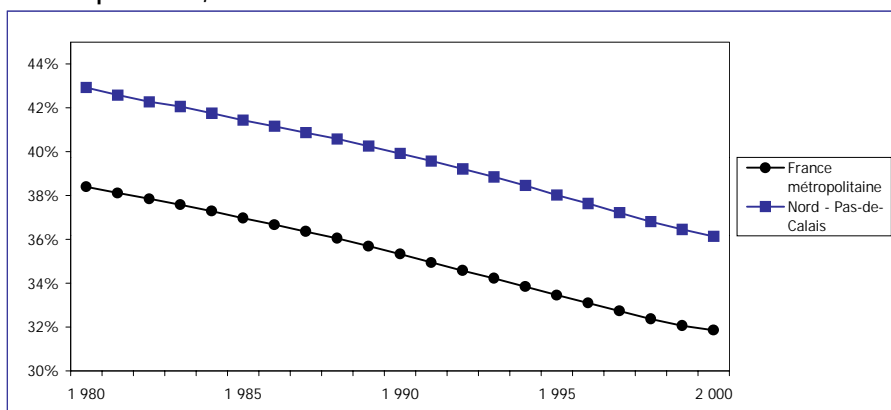
*Santé des enfants et des jeunes*

<b>LES INDICATEURS DE CONTEXTE</b>	<b>11</b>
- Évolution de la population	11
- Autour de la grossesse	13
- Scolarité et chômage	15
- Attitudes et comportements des jeunes	17
 <b>LES PROJETS RETENUS EN 2002</b>	 <b>19</b>
 Le point sur...	
... La situation périnatale dans le Nord – Pas-de-Calais	25

Cartes [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#)

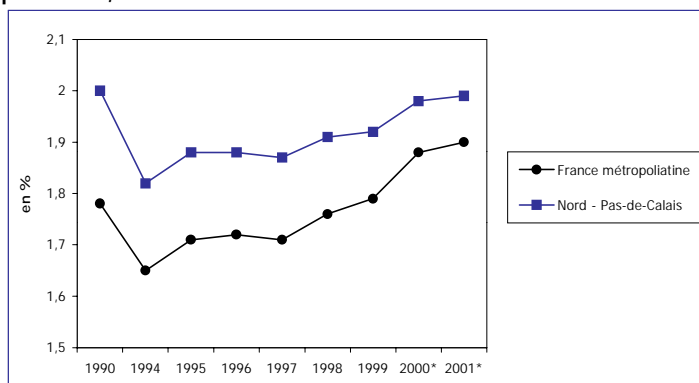
## Santé des enfants et des jeunes Génération santé

### 1-1 Évolution de la part des moins de 25 ans (en %) dans la population, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1980 à 2000



Source : INSEE Populations estimées.

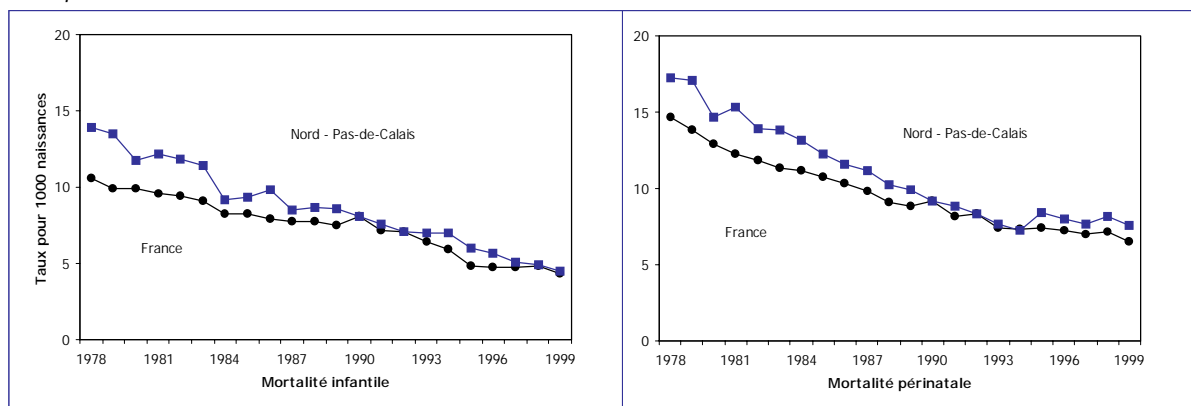
### 1-2 Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF), pour 100 femmes, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1994 à 2001



\*Résultats provisoires

Source : INSEE Nord - Pas-de-Calais, Profils : bilan socio-économique 2001.  
INSEE Première, Bilan démographique 2001. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

### 1-3 Évolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1978 à 1999



Source : INSEE, Recensement Général de la Population 1990 et 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

La région Nord – Pas-de-Calais demeure la région la plus jeune de France métropolitaine, même si la part de ses moins de 25 ans tend à diminuer régulièrement. La santé des enfants et des jeunes représente donc pour notre région un enjeu important afin d'assurer une meilleure santé, tant physique que mentale ou sociale, des adultes des générations à venir. L'une des priorités régionales de santé est donc la prévention et la promotion de la santé des enfants et des jeunes, soit, concrètement la mise en place du Programme Régional de Santé *Génération santé 2025*.

Le PRS Santé des enfants et des jeunes est basé sur **3 axes stratégiques** :

- permettre aux enfants de naître et de grandir dans des conditions physiques, psycho-affectives et sociales satisfaisantes ;
- favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes, et leur capacité d'insertion dans la société ;
- améliorer les connaissances sur la santé des jeunes et sur les représentations.

Le groupe de suivi du PRS a défini **9 objectifs prioritaires** pour l'année 2002 :

- favoriser la qualité des liens d'attachement parent/enfant ;
- soutenir les parents en difficulté ;
- réduire le nombre de déficits sensoriels et cognitifs non pris en charge ;
- permettre aux jeunes de gérer leur prise de risque ;
- accompagner les jeunes dans leur prise d'autonomie ;
- favoriser le sentiment de bien-être ;
- développer et approfondir l'analyse des données ;
- favoriser une communication positive autour du jeune ;
- adapter le niveau de connaissance des professionnels.

### LES INDICATEURS DE CONTEXTE

#### Évolution de la population

Le Nord – Pas-de-Calais est toujours la région la plus jeune de France, mais la part des moins de 25 ans y diminue régulièrement, tandis que celle des plus de 65 ans augmente (Figure 1-1).

Cette diminution de la part des jeunes de moins de 25 ans dans la population régionale est également observée pour l'ensemble de la France métropolitaine, sachant que la part des moins de 25 ans y a toujours été moindre. Ainsi, en 1980, les jeunes représentaient 38,4 % de la population totale de France métropolitaine et 42,9 % de la population du Nord – Pas-de-Calais. 20 années plus tard, ces parts se sont réduites à 31,9 % au niveau national et 36,1 % au niveau régional.

Le vieillissement de la population est également expliqué par la forte baisse des moins de 25 ans dans la population de France métropolitaine : la durée de vie s'allonge et la part des seniors augmente et change (la part des moins de 75 ans recule et celle des grands âges progresse).

La **carte 11**<sup>1</sup> met en évidence que les arrondissements de Calais et Lille concentrent les plus fortes proportions de jeunes dans la région. Montreuil, Arras, Cambrai ainsi que Béthune connaissent les parts les plus faibles de jeunes dans la population du Nord – Pas-de-Calais, puisqu'elles sont en dessous de 34 % (à noter que la proportion de jeunes dans la population française au recensement en 1999 était de 30,9 %).

L'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) du Nord – Pas-de-Calais (1,99 enfants par femme), reste supérieur à la moyenne française (1,90 enfants par femme).

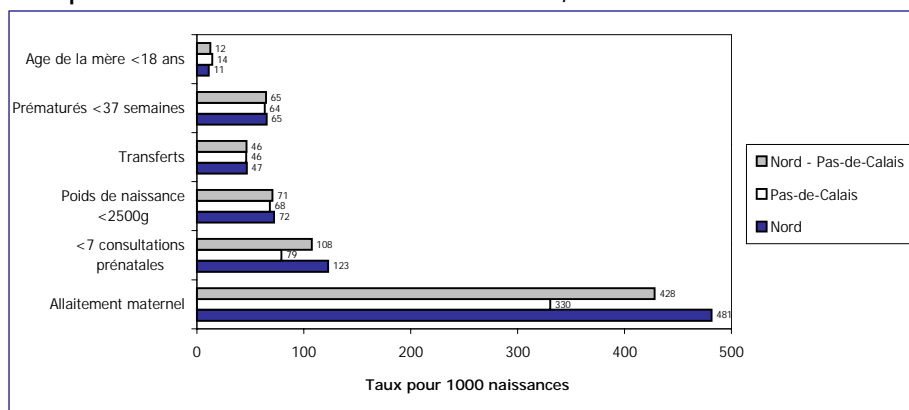
Cet indice retrouve dans la région le niveau atteint en 1990 (Figure 1-2). Il est proche du seuil de renouvellement des générations qui se situe à 2,1 enfants par femme (en ce qui concerne l'ensemble de la France, il faut remonter à 1980 pour atteindre le même Indice Conjoncturel de Fécondité).

Depuis 1997, l'Indice Conjoncturel de Fécondité ne cesse de progresser, tant au niveau régional que national, avec une pointe d'accélération pour l'année 2000, même si la remontée des naissances pour cette même année a été moins sensible dans la région (+0,06) que sur le plan national (+0,09).

<sup>1</sup> Les populations du graphique étant estimées, et celles de la carte provenant du Recensement Général de la Population 1999 de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), il existe un léger décalage entre les chiffres. Cette différence s'explique par les données du recensement qui sont une "photographie" en mars 1999 de la population et ne prennent donc pas en compte les naissances de cette même année après le mois de mars.

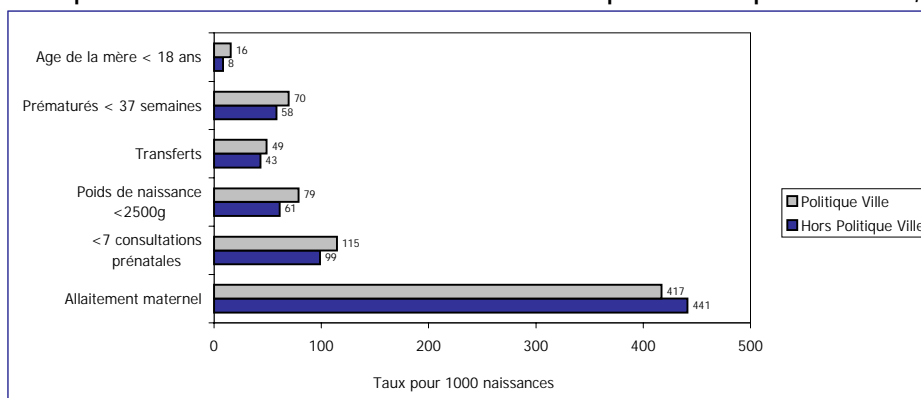
## Santé des enfants et des jeunes Génération santé

### 1-4 Grossesse et périnatalité dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2001



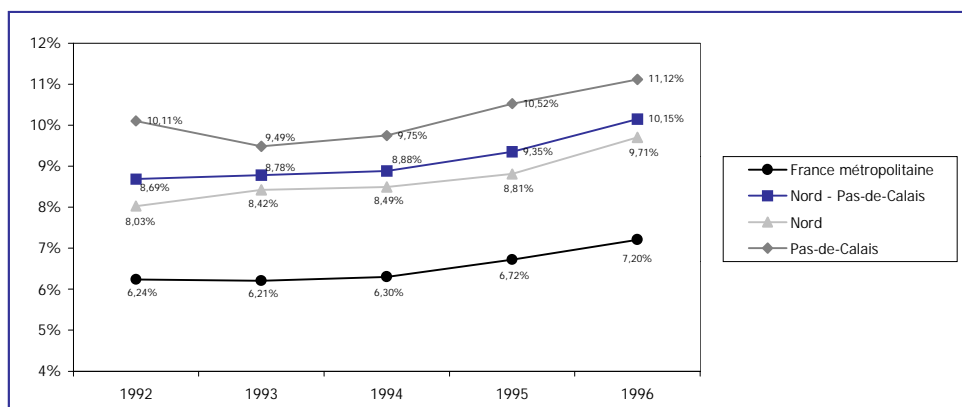
Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

### 1-5 Grossesse et périnatalité dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001



Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

### 1-6 Évolution du pourcentage de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant subi une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, entre 1992 et 1996



Source : DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique).  
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Santé des enfants et des jeunes

### Génération Santé

Depuis 1999, la contribution des femmes de 15 à 29 ans au niveau global de la fécondité remonte, tandis que jusque-là elle diminuait. En 1990, naissaient deux enfants d'une mère de moins de 30 ans pour un enfant d'une mère de plus de 30 ans. En 1999, ce ratio est descendu à 1,4, pour remonter aujourd'hui à 1,5. Ce ratio n'est qu'à 1,1 en France car la population féminine française de plus de 30 ans a une fécondité de plus en plus similaire à celle des moins de 30 ans.

On peut désormais dire que le regain des naissances observé en 2000 n'était pas uniquement dû à l'effet "deuxième millénaire", ni à l'année bissextile, puisque le nombre de naissances reste encore soutenu et équivalent (malgré le moins grand nombre de femmes en âge de procréer).

Notre région a donc vu naître 57 500 bébés en 2001, soit 7,4 % des nouveau-nés français. Ce niveau n'avait pas été atteint depuis 1992. A ces naissances nombreuses, correspond également un taux de natalité fort (14,3 enfants pour 1 000 femmes en âge de procréer). Même s'il se rapproche du niveau national, ce taux reste d'un point plus élevé que celui de la France. Il est également intéressant de noter qu'il existe de fortes disparités entre les différents secteurs du département : la métropole lilloise connaît un taux de natalité de 16,9 pour 1 000, alors que le taux de natalité de l'Artois (12,3 pour 1 000) est inférieur à celui de la France.

Depuis 1978, la mortalité périnatale et la mortalité infantile n'ont quasiment pas cessé de diminuer (Figure 1-3), tant au niveau de la France que du Nord – Pas-de-Calais ; on observe cependant un certain ralentissement de la décroissance de ces taux depuis quelques années.

De 1978 à 1999, la mortalité périnatale a décliné dans des proportions similaires pour l'ensemble de la France et la région (la baisse a été respectivement de 8,2 et 9,7 points). En 1978, il y avait un écart de 2,6 points entre la mortalité périnatale du Nord – Pas-de-Calais (qui s'élevait à 17,27 décès pour 1 000 naissances) et celle de la France (14,7 décès pour 1 000 naissances). Cet écart s'est réduit à 1,1 point en 1999, avec une mortalité périnatale de 7,6 pour la région et de 6,5 pour la France. Un écart France-région subsiste, même si les taux se sont largement améliorés, et rejoints certaines années.

Par contre, la mortalité infantile a davantage diminué dans le Nord – Pas-de-Calais (-9,4 points) qu'en moyenne en France (-6,3 points). La chute de la surmortalité infantile s'est donc accompagnée d'une réduction de la surmortalité des enfants de moins de 1 an du Nord – Pas-de-Calais : en 1978 le taux régional dépassait l'indice national de plus de 3 points, en 1999 la surmortalité du Nord – Pas-de-Calais ne se chiffrait plus qu'à +0,2 points par rapport à la moyenne française. Les principales causes de décès avant 1 an sont les affections d'origine périnatale (prématurité, souffrance fœtale), les symptômes et états morbides mal définis (dont la mort subite du nourrisson), ainsi que les anomalies congénitales.

### Autour de la grossesse

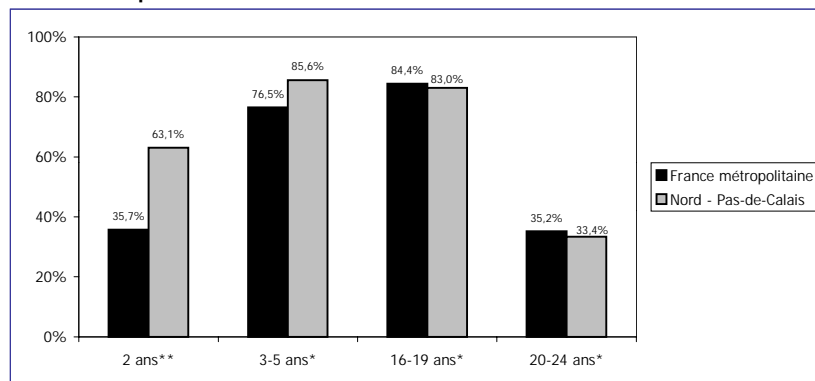
Les deux départements du Nord – Pas-de-Calais connaissent des situations similaires concernant la périnatalité (transferts, prématurés, petits poids de naissance, mères de moins de 18 ans). Cependant, l'allaitement maternel et les visites prénatales (Figure 1-4) font l'objet de différences entre les deux départements : l'allaitement maternel (déclaré lors du certificat du 8<sup>ème</sup> jour de l'enfant, réalisé avant ou au 8<sup>ème</sup> jour) est nettement moins pratiqué dans le Pas-de-Calais (sur 1 000 naissances, 330 enfants y sont allaités contre 481 dans le Nord). Par contre, le nombre de naissances ayant été précédées de moins de 7 consultations prénatales (nombre fixé dans le cas d'une grossesse normale) est plus important dans le Nord (123 pour 1 000 naissances) que dans le Pas-de-Calais (79 pour 1 000 naissances). La [carte 12](#) montre cette disparité entre les deux départements en 2001. Quatre arrondissements du Nord (Dunkerque, Douai, Cambrai et Maubeuge) sur un total de six sont en difficulté dans ce domaine. Ces arrondissements dépassent donc le taux de 135,7 naissances pour 1 000 n'ayant pas été précédées des 7 consultations prénatales. Seul l'arrondissement de Lille, et dans une moindre mesure celui de Valenciennes, se démarquent avec des taux inférieurs ou égaux à la moyenne régionale. Dans le Pas-de-Calais, seuls les arrondissements de Calais et Boulogne-sur-Mer sont dans une situation similaire aux quatre arrondissements en difficulté du département du Nord.

La situation des transferts ([Carte 13](#)) est quasiment identique dans les deux départements. Il est cependant intéressant de noter que les arrondissements aux forts taux de transferts correspondent à ceux ayant les moins bon suivis prénatals. Ces chiffres sont toutefois à relativiser car il existe des cas où le transfert peut être dû à un manque de place dans la maternité<sup>1</sup> par exemple.

<sup>1</sup> Une analyse détaillée des indicateurs de la situation périnatale dans la région fait l'objet dans les pages suivantes de la rubrique "Le point sur...".

## Santé des enfants et des jeunes Génération santé

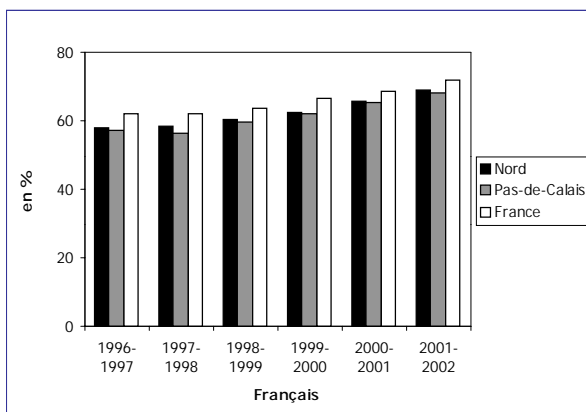
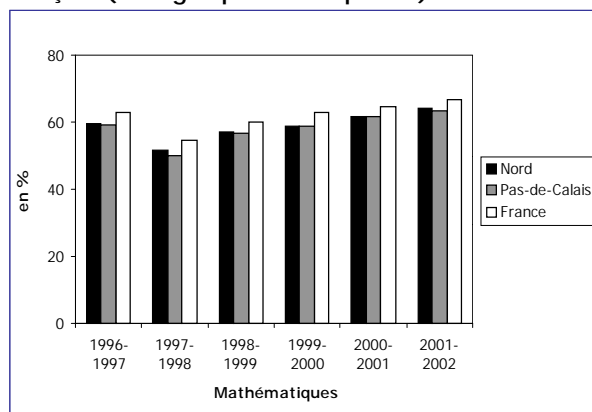
### 1-7 Taux de scolarisation (en %) chez les 2 ans, 3-5 ans, 16-19 ans et 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine



\*\* en 2001 \* en 1999

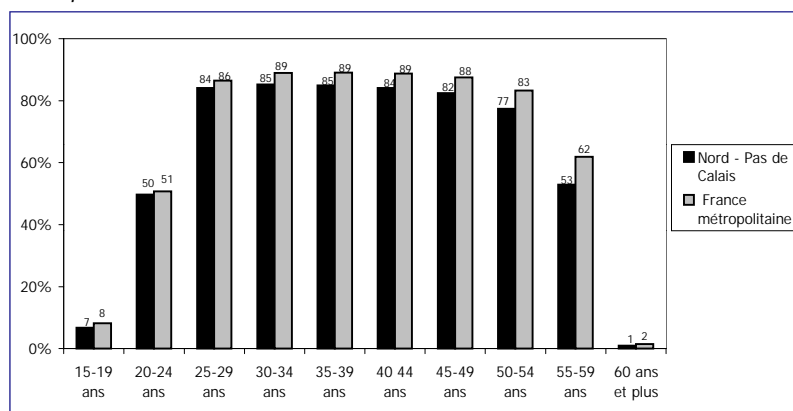
Source : INSEE, Recensement Général de la Population 1999 et Ministère de l'Éducation Nationale.  
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

### 1-8 Résultats en pourcentage de réussite des évaluations en classe de 6<sup>ème</sup> en mathématiques et français (collèges publics et privés)



Source : Rectorat de Lille - Division Vie des établissements - Service Vie Pédagogique.

### 1-9 Proportion d'actifs dans la population (en %) par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Santé des enfants et des jeunes

### Génération Santé

Comme en 2000, les taux des territoires concernés par la Politique de la Ville sont légèrement plus élevés que les autres ; sauf pour l'allaitement (417 naissances sur 1 000 dans les communes concernées par la Politique de la Ville contre 441 pour les communes hors Politique de la Ville).

La proportion de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant réalisé une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est en hausse sur la période 1992-1996, tant au niveau régional que national (Figure 1-6). Ainsi, pour la France, 6,2 % des femmes ayant réalisé une IVG en 1992 avaient moins de 18 ans ; elles sont 7,2 % en 1996. La progression est encore plus forte dans la région Nord – Pas-de-Calais, puisqu'elle est passée de 8,7 à 10,2 % ; soit une augmentation de près de 1,5 points en 5 années. Dans le Pas-de-Calais, la part des femmes mineures chez les femmes ayant réalisé une IVG est nettement supérieure, quelle que soit l'année considérée.

### Scolarité et chômage

La scolarisation avant 6 ans est beaucoup plus répandue dans le Nord – Pas-de-Calais qu'en France (Figure 1-7). En effet, 63,1 % des enfants de 2 ans de notre région sont scolarisés, alors que seuls 35,7 % le sont sur l'ensemble de la France métropolitaine. De même, mais dans une moindre mesure, la tranche d'âge des 3-5 ans est scolarisée à 85,6 % dans la région et à 76,5 % en France.

En ce qui concerne les tranches d'âge 16-19 ans et 20-24 ans, les écarts entre la région et la France sont quasiment nuls et s'inversent en faveur de l'ensemble de la France. Ainsi, au niveau national, 84,4 % des 16-19 ans sont scolarisés pour 83 % dans le Nord – Pas-de-Calais. Pour la tranche d'âge suivante (20-24 ans), les pourcentages sont nettement inférieurs. Cela correspond à des taux plus faibles d'accès à l'enseignement supérieur (universités, IUT, écoles diverses) dans la région (33,4 %) qu'en France (35,2 %).

Globalement, depuis l'année scolaire 1996-1997, les pourcentages de réussite aux tests d'évaluations de 6<sup>ème</sup> se sont améliorés, que ce soit en mathématiques ou en français (Figure 1-8).

Malgré une baisse importante des pourcentages de réussite entre les années scolaires 1996-1997 et 1997-1998 (tant au niveau national que régional), que l'on peut éventuellement attribuer à une épreuve plus difficile cette seconde année, l'examen de mathématiques, connaît une progression régulière de ses pourcentages de réussite. Cependant, on remarque que le Nord et le Pas-de-Calais, plus ou moins équivalents en taux de réussite, sont toujours en deçà du niveau national. Les deux départements ont, dans cette discipline, dépassé le seuil des 60 % de réussite en 2000/2001 alors que ce même seuil est atteint pour la France depuis 1998-1999 (et le fut également en 1996-1997).

En ce qui concerne l'examen de français, les pourcentages de réussite sont légèrement plus élevés que pour les mathématiques (depuis l'année scolaire 1997-1998). Les deux départements du Nord et du Pas-de-Calais atteignent dès l'année scolaire 1998-1999 le seuil des 60 % de réussite ou presque (respectivement 60,5 % et 59,6 %) ; mais la France avait déjà atteint ce seuil en 1996-1997<sup>1</sup>. Par contre, en 2001-2002, la France a franchi la barre des 70 % de réussite alors que les deux départements de la région sont encore en dessous (68,8 % pour le Nord, 68,1 % pour le Pas-de-Calais). Il subsiste donc, comme pour les mathématiques, un décalage en défaveur de la région Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France, avec, pour le Pas-de-Calais des résultats légèrement en deçà de ceux du Nord.

La part des actifs au sein de la population (Figure 1-9) varie logiquement avec l'âge, et passe donc de 7 % pour les 15-19 ans à 50 % chez les 20-24 ans (l'entrée des jeunes dans la vie active est de plus en plus tardive), puis atteint les 80 % au-delà de 25 ans (jusqu'à 50 ans environ). Ces données régionales sont proches de celles de la France métropolitaine, même si le Nord – Pas-de-Calais se trouve toujours légèrement en dessous. Par contre, en ce qui concerne la part des demandeurs d'emploi dans la population active (Figure 1-10), le Nord – Pas-de-Calais est toujours supérieur à la France, et les écarts les plus importants concernent les jeunes. Ainsi, plus de la moitié des actifs de 15-19 ans de la région est au chômage, alors que seulement 28 % de cette même classe d'âge l'est au niveau national. 36 % des 20-24 ans actifs du Nord – Pas-de-Calais sont demandeurs d'emploi contre 25 % au niveau national.

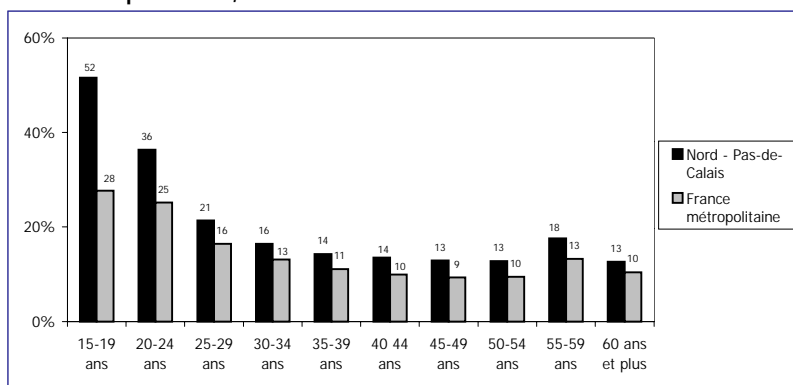
La **carte 14**<sup>2</sup> montre que les arrondissements les plus touchés par le chômage des jeunes actifs se situent à la fois dans le Nord (arrondissements de Douai et Valenciennes) et dans le Pas-de-Calais (arrondissements de Calais et Lens), avec des taux supérieurs à 41,3 % ; soit 3 points de plus que la moyenne régionale. Les arrondissements de Maubeuge et de Béthune dépassent également la moyenne régionale et suivent de près les arrondissements précédents. Les autres arrondissements sont à égalité ou en dessous de la moyenne régionale, avec les taux les plus faibles pour Montreuil et Lille.

<sup>1</sup> Les données des années précédentes n'étant pas disponibles, nous ne pouvons savoir à partir de quelle année ce seuil fut atteint.

<sup>2</sup> Les taux utilisés dans la carte sont des taux bruts ne tenant pas compte des proportions de jeunes dans les classes d'âges quinquennales précédant et suivant l'âge de 20 ans.

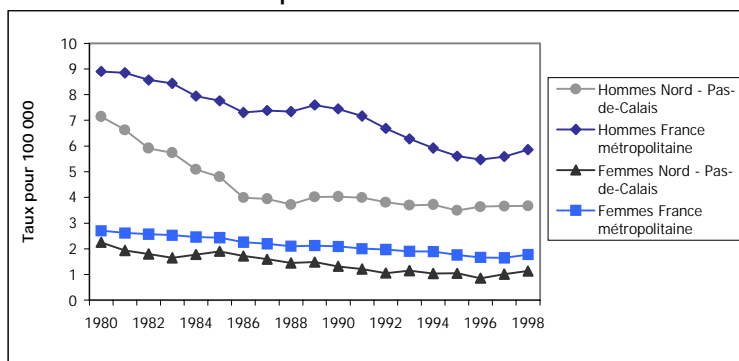
## Santé des enfants et des jeunes Génération santé

**1-10** Part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active, selon l'âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



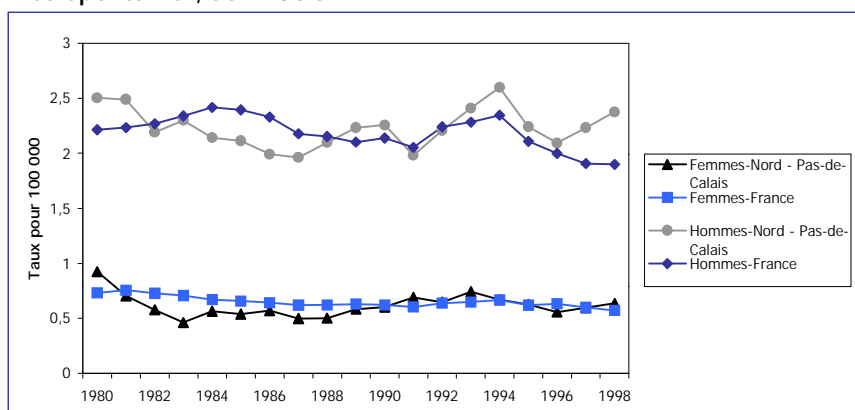
Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

**1-11** Évolution de la mortalité par accident de la circulation des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine<sup>1</sup> de 1980 à 1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

**1-12** Évolution de la mortalité par suicide des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine<sup>1</sup>, de 1980 à 1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

<sup>1</sup> Les taux utilisés sont des taux standardisés sur une population européenne-type (le lecteur pourra se référer au PRS Challenge pour des explications complémentaires concernant la construction de ces taux).

## Santé des enfants et des jeunes

### Génération Santé

Il est cependant important de relativiser ces taux en les comparant à la moyenne nationale qui est de 25,6 %. La situation des jeunes actifs au chômage dans la région est donc mauvaise, et ne semble pas s'améliorer puisqu'en 2001 l'effectif des jeunes demandeurs d'emploi a progressé de près de 4 %.

### Attitudes et comportements des jeunes

Ces vingt dernières années les accidents de la route ont davantage touché les jeunes hommes que les jeunes femmes (Figure 1-11). La mortalité par accident de la circulation est restée stable chez les jeunes femmes de 10 à 24 ans alors qu'elle a davantage décliné en ce qui concerne le sexe masculin. La région Nord – Pas-de-Calais se situe en dessous des tendances nationales en ce qui concerne cette cause de mortalité, quel que soit le sexe.

Il semble que depuis vingt ans, le recours au suicide reste stable chez les jeunes de 10 à 24 ans (Figure 1-12). Les garçons se suicident toujours plus que les filles. Il est intéressant de noter que pour une classe d'âge quasiment identique (12-25 ans), dans le Baromètre Santé la tendance est inversée concernant le fait d'avoir pensé au suicide (Figure 1-13) : les filles ont davantage pensé au suicide que les garçons au cours des 12 derniers mois. L'évolution des suicides des jeunes de la région Nord – Pas-de-Calais suit la même tendance que celle de la France.

Le **Baromètre Santé des 12-25 ans** porte sur un échantillon de 1 239 jeunes de 15 à 25 ans de la région. Il fournit des indicateurs permettant au groupe de suivi de mieux connaître les représentations, attitudes et comportements de cette population. Quelques-uns des thèmes abordés dans le Baromètre sont présentés dans les pages suivantes.

Le profil de santé de Duke (Figure 1-14) est un instrument générique de mesure de la qualité de la vie. Il comporte 17 questions pouvant être regroupées en plusieurs dimensions. Le score de santé générale est la somme des dimensions physique, mentale et sociale. 0 indique la plus mauvaise qualité de vie et 100 la qualité de vie optimale. Les scores d'anxiété, de dépression ont été évalués en sens inverse.

Les résultats du score de l'échelle de Duke sont nettement contrastés selon le sexe. En effet, le score de santé générale est moins élevé en moyenne pour les filles que pour les garçons. Il en est de même pour les scores des différentes dimensions (physique, mentale et sociale), puisque les garçons déclarent avoir une meilleure qualité de vie que les filles, quelles que soient les dimensions concernées. Les scores de dépression et d'anxiété sont également moins favorables aux filles qu'aux garçons (36 contre 27 pour la dépression, et 38 contre 29 pour l'anxiété).

Si l'on analyse ces scores défavorables pour les filles de 12 à 25 ans, en parallèle des chiffres concernant le suicide, on s'aperçoit que quelles que soient les classes d'âge concernées, les filles sont toujours plus nombreuses à avoir pensé au suicide. Ainsi, les filles de 15 à 19 ans sont 14,5 % à avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, contre seulement 3,6 % des garçons. La différence entre sexe s'amenuise pour la classe d'âge des 20-25 ans (7,3 % des garçons, 8,4 % des filles). C'est donc entre 20 et 25 ans que les garçons pensent davantage au suicide, alors que les filles sont plus précoces puisqu'elles y pensent entre 15 et 19 ans.

Globalement, 7,1 % des jeunes de 12 à 25 ans du Nord – Pas-de-Calais disent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Ces idées suicidaires semblent en partie liées à la perception de l'écoute et de l'estime que leur portent leurs parents. Parmi les jeunes ayant eu des idées suicidaires, seuls un peu plus d'un tiers en ont parlé à quelqu'un (34,8 %), le plus souvent à un ami. Les filles semblent se confier moins souvent (25,0 %) que les garçons (50,6 %), mais la signification statistique de ce résultat est limitée en raison des faibles effectifs concernés.

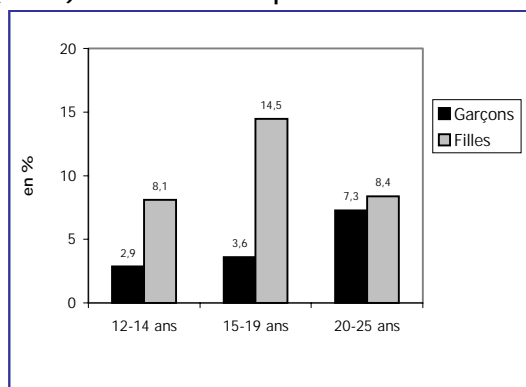
Dans la région Nord – Pas-de-Calais, 15,5 % des garçons et 12,1 % des filles ont un poids déclaré supérieur à la normale (Indice de Masse Corporelle supérieur à la normale). Les garçons sont donc plus nombreux que les filles à être en situation de surpoids (Figure 1-15). Cette tendance se retrouve quelle que soit la région. Les pays de la Loire ont le taux le plus faible quel que soit le sexe. La Picardie possède le taux le plus élevé pour les filles.

Par contre, on remarque que dans le Nord – Pas-de-Calais, l'obésité touche davantage les filles (8,7 %) que les garçons (6,3 %).

L'image que les jeunes ont de leur poids varie globalement dans le même sens que la réalité appréciée par leurs déclarations. Cependant, 21,8 % des jeunes dont l'Indice de Masse Corporelle est considérée comme normal, se perçoivent comme trop gros, et 13,3 % comme trop maigres. D'autre part, 27,6 % des jeunes de poids supérieur à la normale se considèrent comme à peu près du bon poids.

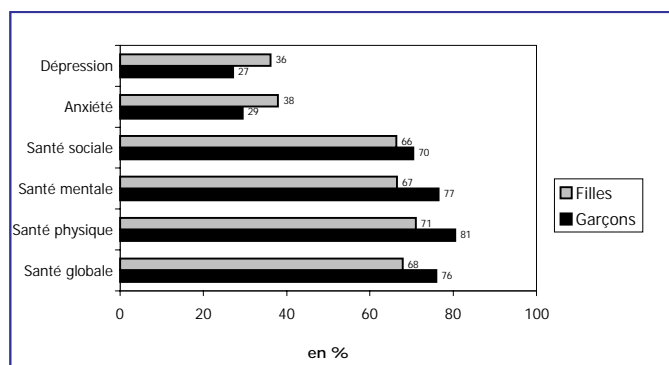
## Santé des enfants et des jeunes Génération santé

### 1-13 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois



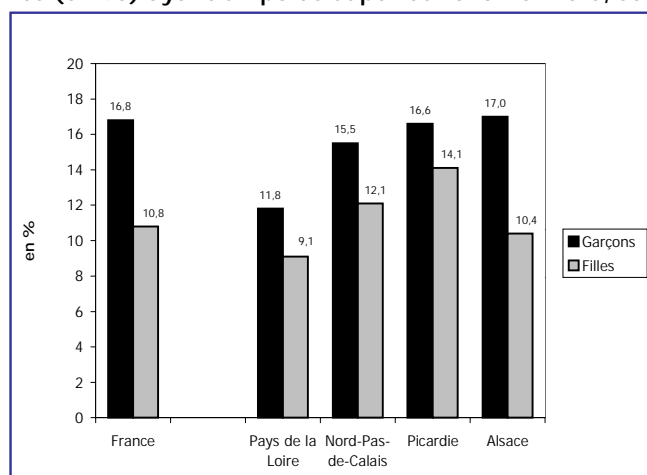
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

### 1-14 Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

### 1-15 Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

## Santé des enfants et des jeunes

### Génération Santé

11,0 % des jeunes du Nord – Pas-de-Calais déclarent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois (Figure 1-16). Quelle que soit la classe d'âge, la proportion de garçons ayant pris un risque dans les 30 derniers jours est plus importante que celle des filles. Plus l'âge augmente et plus l'écart entre filles et garçons concernant la prise de risque est grand : entre 20 à 25 ans, 17,6 % des garçons et 3,9 % des filles ont pris un risque, alors qu'entre 12 et 14 ans, cela concerne 7,9 % des garçons et 2,8 % des filles.

La violence physique a touché 1 jeune sur 13 de la région Nord – Pas-de-Calais au cours de l'année précédent l'enquête (Figure 1-17). En effet, 7,2 % des jeunes déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement par quelqu'un au cours des 12 derniers mois. La proportion de victimes est plus importante parmi les garçons que parmi les filles. Seule la proportion de filles de la classe d'âge 12-14 ans est plus forte que celle des garçons. La fréquence des agressions diminue donc avec l'âge pour les filles, mais est maximale entre 15 et 19 ans chez les garçons (14,1 %).

Près de 3 jeunes sur 10 de la région Nord – Pas-de-Calais déclarent avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des douze derniers mois (Figure 1-18). Quel que soit l'âge, les filles rapportent plus fréquemment que les garçons avoir souffert d'une douleur difficile à supporter. Plus de 30 % des filles, toutes classes d'âge confondues, déclarent avoir souffert, alors que les garçons sont largement (à l'exception des 20-25 ans) en deçà de ce chiffre.

Globalement, les jeunes concernés ont attendu que la douleur passe (60,8 %) ou ont essayé de se soigner par eux-même (45,3 %). Seulement la moitié d'entre eux est allée consulter un professionnel de santé et 10,1 % ont été hospitalisés. Les différences entre garçons et filles concernant l'attitude face à la douleur sont faibles, même si les garçons ont davantage tendance à ne pas recourir à un professionnel de santé (71,7 % des garçons ont attendu que ça se passe contre 54,3 % des filles, et 52,4 % des filles sont allées consulter contre 48,1 % des garçons). Toutefois, les garçons se font davantage hospitaliser que les filles face à une douleur difficile à supporter (13,3 % contre 8,2 %).

## LES PROJETS RETENUS EN 2002

Le PRS Santé des enfants et des jeunes représente 32,1 % des 1 008 projets proposés dans le cadre des PRS (588 ont été acceptés ; soit un taux d'acceptation de 58,3 %). Ce PRS (dont la moitié des projets a été financée) représente plus d'un quart de la totalité des projets acceptés (27,0 %).

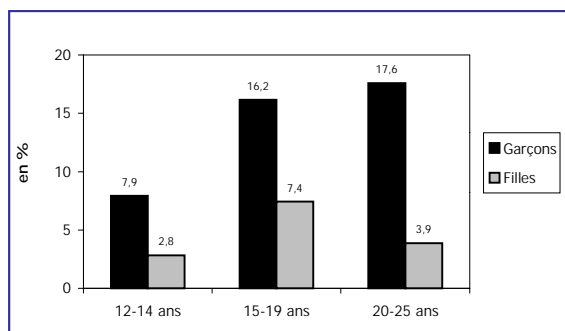
28,3 % des actions du PRS Santé des enfants et des jeunes ont pour objectif de favoriser le sentiment de bien-être des enfants et des jeunes (soit 21,0 % du financement total de ce PRS), 15,1 % de soutenir les parents isolés ou en difficulté (16,3 % du financement) et 10,1 % de permettre aux jeunes de gérer la prise de risque (4,3 % du financement). On peut donc constater (Figure 1-20) que la part d'un objectif dans le nombre d'actions ne correspond pas au même pourcentage quant au financement (Carte 15). Ainsi un petit nombre d'actions concernant un objectif peut nécessiter une part importante des financements du PRS ; tel est le cas de l'objectif "Réduire les déficits sensoriels non pris en charge" qui ne représente que 5,7 % des actions mais 17,8 % du financement total du PRS Santé des enfants et des jeunes ; ou encore de l'objectif "Favoriser la qualité des liens d'attachement parents-enfants" (6,3 % du nombre d'actions mais 19,0 % du financement total de ce PRS).

Le milieu associatif (Figure 1-21) représente, en tant que porteur de projets, près de la moitié du nombre d'actions et du financement (respectivement 45,3 et 48,0 %) du PRS Santé des enfants et des jeunes. L'Éducation nationale arrive en seconde position des porteurs avec 29,6 % des projets mais avec une part du financement s'élevant à 10,7 %. Par contre, 18,6 % des financements vont aux établissements de santé alors qu'ils ne portent que 6,3 % des actions.

La carte 16 met en évidence des disparités entre arrondissements concernant le nombre de projets relatifs à la santé des enfants et des jeunes (rapportés à une population de 1 000 000). Ainsi, Béthune et Valenciennes sont les deux arrondissements ayant le moins de projets par habitant puisqu'il y a moins de 27,8 projets pour 1 000 000 d'habitants (ces projets sont essentiellement portés par l'Éducation Nationale). Les arrondissements de Boulogne-sur-Mer, Calais et Saint-Omer ont la plus grande densité de projets par rapport à la population ; ils dépassent 51,8 projets pour 1 000 000 d'habitants. L'arrondissement de Lille est également bien placé, avec un nombre important d'actions qui sont pour plus de la moitié portées par les associations.

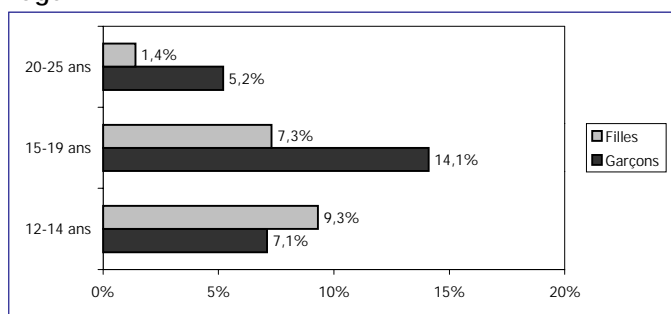
## Santé des enfants et des jeunes Génération santé

**1-16** Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois



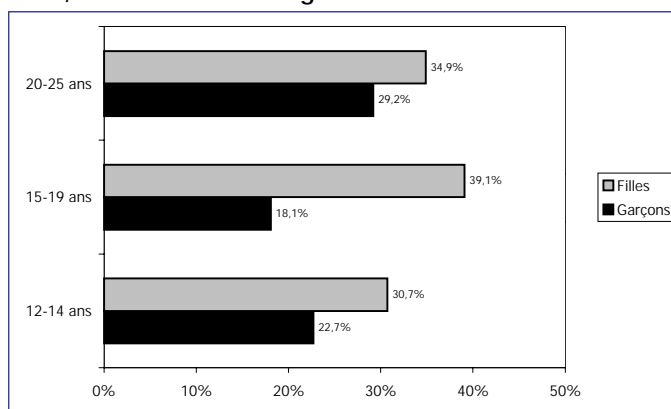
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

**1-17** Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir été frappés ou blessés au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

**1-18** Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

## Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

Le type de projets concentrant la plus grande part des projets (Figure 1-22) est celui concernant l'éducation, avec 45,9 % des actions qui y sont consacrées et 29,2 % des financements. Les projets de type Formation professionnelle représentent 12,6 % des actions et 14,2 % des financements, ceux concernant l'Information (apport d'outils, de supports, de messages, d'échanges et de débats mais sans évaluation), 11,9 % des actions et 7,1 % des financements. La majeure partie des projets concerne donc le transfert de connaissances que ce soit vers les jeunes ou les formateurs. Cette répartition se retrouve bien sûr au niveau des arrondissements, à l'exception de Douai où la part des projets relevant de l'éducation est moins importante qu'ailleurs.

Près de la moitié des actions concernent le département du Nord (Figure 1-23) et concentrent 51,6 % des financements. Le Pas-de-Calais est donc largement sous-représenté puisque seulement 34,6 % des actions et 22,4 % des financements le concernent. Cette tendance, quant à la répartition du nombre d'actions entre départements, se retrouve à l'échelle de l'ensemble des PRS. La région finance 26 % du total des actions du PRS Santé des enfants et des jeunes, soit 8,2 % de ses actions.

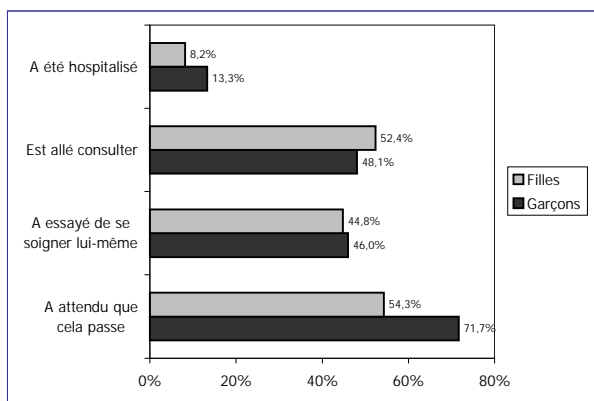
On considère qu'une action est locale si le territoire concerné est au plus un seul arrondissement, les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département est concerné, comme régionales.

La plupart des actions (87,4 %) visent un territoire local (qui ne concerne qu'un seul arrondissement) et représentent 68,3 % du financement des actions (Figure 1-24). Seulement 4,9 % des actions dépassent le cadre d'un arrondissement et concentrent 5,5 % des financements. Les actions à l'échelle de la région sont moins représentées que l'année dernière puisque 8,2 % du nombre total d'actions 2002 est à l'échelle régionale, alors que 12,9 % l'étaient en 2001. La part des financements concernant les projets "régionaux" a également chuté en passant de 32,9 à 26 %.

Le PRS Santé des Enfants et des jeunes est financé à 42,1 % par l'État (Figure 1-25). Le Conseil régional arrive en seconde position en finançant 19,8 % de ce PRS. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation finance 16,6 % des actions en 2001 alors qu'elle n'en finançait que 12,2 % l'année dernière. Le Conseil général du Pas-de-Calais finance 9,6 % de ce PRS, contre 6,2 % pour le Conseil général du Nord. Il semble donc que le Conseil général du Pas-de-Calais soit très présent dans le financement des actions visant son département puisque les actions le concernant sont moins nombreuses que celles du département du Nord.

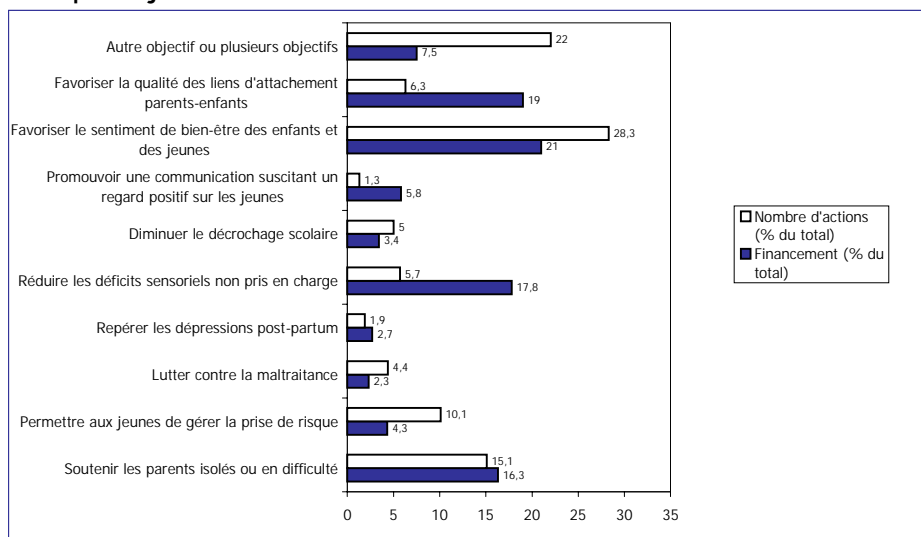
## Santé des enfants et des jeunes Génération santé

### 1-19 Attitude face à la douleur selon le sexe



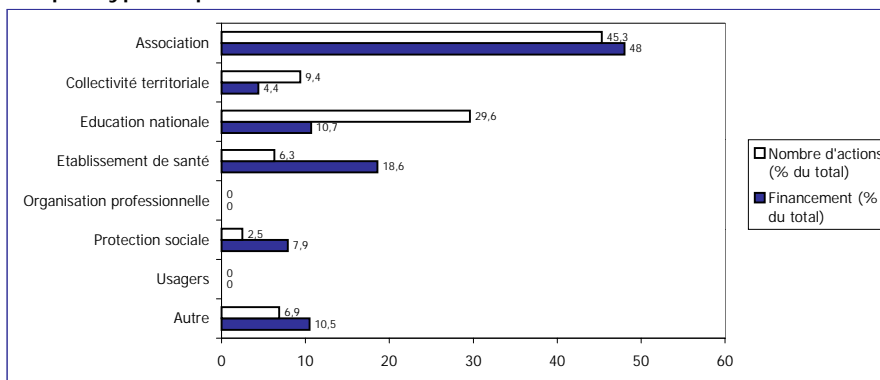
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

### 1-20 Répartition par objectifs du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

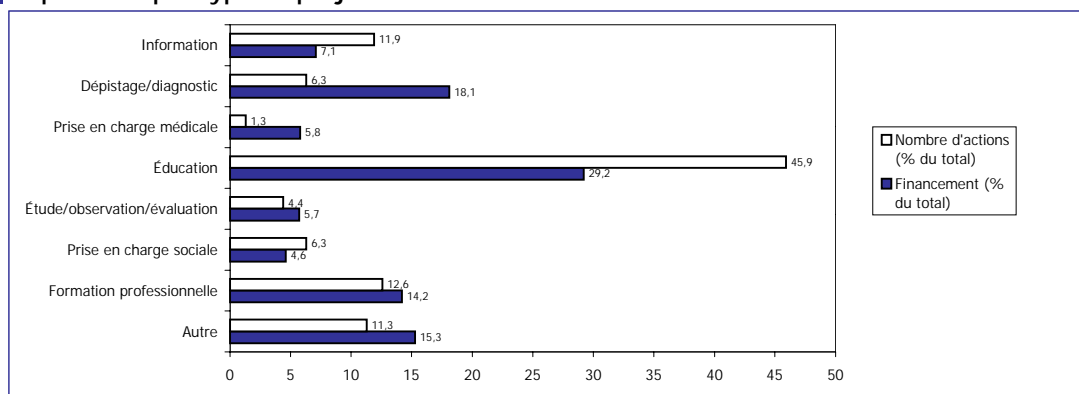
### 1-21 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

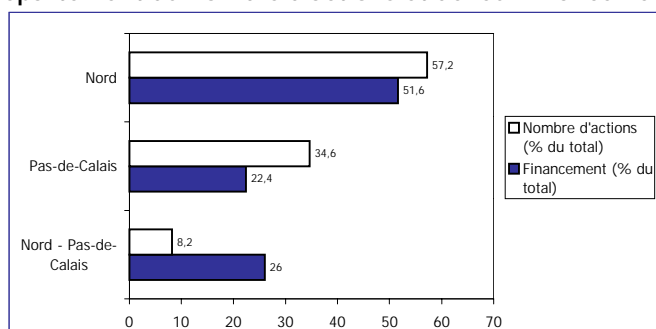
## Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

### 1-22 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement



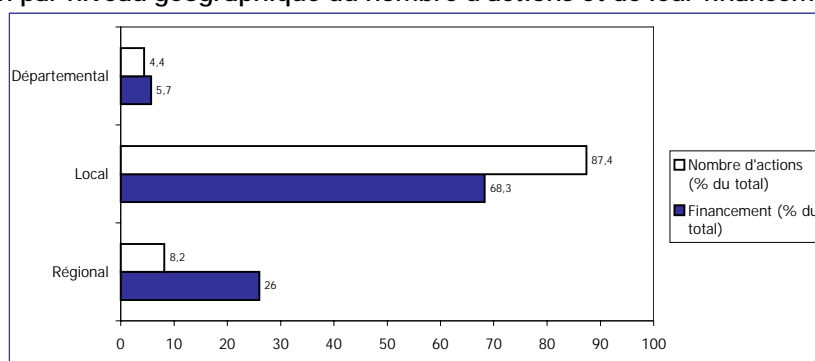
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

### 1-23 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

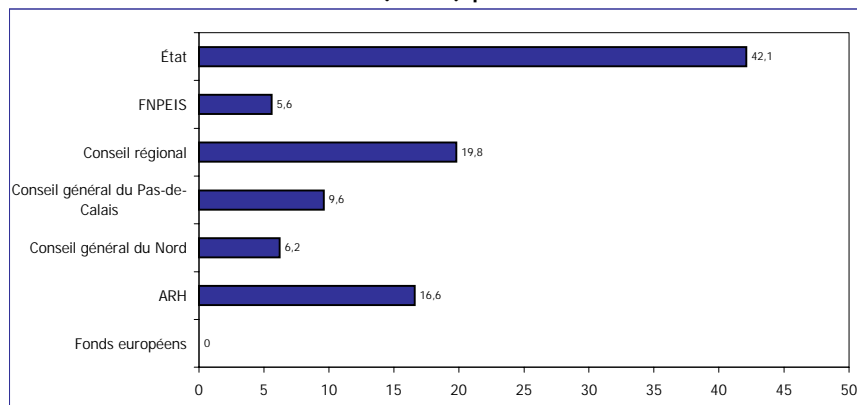
### 1-24 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Santé des enfants et des jeunes Génération santé

### 1-25 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

---

# Le point sur...

## La situation périnatale dans le Nord – Pas-de-Calais

Avec 58 235 naissances en 2000 et un taux de natalité de 13,6 pour 1 000<sup>1</sup>, la région Nord – Pas-de-Calais demeure une région à forte natalité, malgré des disparités entre les secteurs. La prise en charge de la grossesse et des nouveau-nés représente donc un enjeu important. De nombreux progrès dans le domaine de l'obstétrique et de la néonatalogie ont permis, ces dernières décennies, une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Essentiellement basés sur les statistiques<sup>2</sup> de 1993<sup>3</sup> et 2000-2001 des services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais, les résultats présentés ci-après mettent en évidence les évolutions dans le domaine de la périnatalité<sup>4</sup>.

### BREF PROFIL SOCIOLOGIQUE DES FEMMES AYANT DONNÉ NAISSANCE

Globalement, la comparaison entre 1993 et 2000 met en évidence un certain recul de l'âge de la mère à la naissance. En effet, la part des femmes de 18 à 25 ans ayant accouché passe de 33,3 % en 1993 à 29,5 % des naissances de l'année 2000, alors que la part des femmes de 26 à 37 ans varie de 53,1 % en 1993 à 60,44 % en 2000. Les naissances issues de femmes de 38 ans et plus ont également légèrement augmenté (de 3,8 % à 4,2 %). Par contre, les grossesses de jeunes femmes mineures restent stables et représentent, comme en 1993, 1,1 % des naissances de la région. La proportion de femmes vivant seules (nous dirons femmes car la proportion d'hommes est minime, même si elle tend à augmenter) au moment de la naissance a légèrement augmenté (2,76 % des naissances en 1993, 2,82 % en 2001). Mais cette

---

<sup>1</sup> En 2000, le taux de natalité de la France était de 13,2 pour 1 000.

<sup>2</sup> Ces informations sont elles-mêmes issues du premier certificat réalisé par un médecin ou un pédiatre dans les 8 premiers jours après la naissance.

<sup>3</sup> Tillard B, Vittrant C, Fourmentraux JP, Schmitt MO. *Le premier certificat de santé de l'enfant 1993*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, 1995 ; 35 p.

<sup>4</sup> La périnatalité correspond à la période suivante : de la 28<sup>ème</sup> semaine de gestation au 6<sup>ème</sup> jour après la naissance.

légère progression pour la région cache une disparité entre les deux départements : la proportion de mères isolées a augmenté dans le Nord mais a baissé dans le Pas-de-Calais, d'autre part, les mères isolées sont largement plus représentées dans le Nord (3,69 % en 2001) que dans le Pas-de-Calais (1,23 % en 2001).

Les emplois occupés par les femmes sont majoritairement de type employés (22,3 % en 2001) et professions intermédiaires (16,5 % en 2001). La part de cette dernière catégorie socioprofessionnelle tend d'ailleurs à augmenter entre 1993 et 2001, notamment grâce au département du Nord ; les cadres et professions intellectuelles supérieures sont également en hausse, avec une progression de près d'un point entre nos deux années de référence. Par contre, les femmes sans activité professionnelle au moment de la naissance sont largement représentées (45,3 %), et cette proportion a même augmenté (de 3 points) entre 1993 et 2001.

### VERS UNE INTENSIFICATION DU SUIVI PRÉNATAL ?

Sept consultations prénatales pour une grossesse "normale" sont requises et constituent le nombre légal de visites à réaliser. L'enquête nationale de Blondel<sup>5</sup> montre d'ailleurs que les grossesses peu ou pas suivies ont un risque relatif de mortalité périnatale multiplié par 2, et des risques de prématurité et de poids inférieur à 2 500 g multiplié par 3 par rapport aux grossesses bien suivies. Une nette amélioration du suivi des femmes est constatée au travers des consultations prénatales dans la région. Les naissances ayant fait l'objet de moins de 3 consultations prénatales représentent désormais une faible part des naissances (0,76 % en 2001 contre 1,99 % en 1993). Le pourcentage de naissances ayant bénéficié de moins de 7 consultations est également en baisse puisqu'il représente 10,75 % des enfants nés en 2001, contre 22,99 % des naissances de 1993. A noter que le Pas-de-Calais réalise un meilleur suivi de ses parturientes

---

<sup>5</sup> cité in [www.arh5962.fr](http://www.arh5962.fr) dans la rubrique La politique sanitaire /Planification/SROS/Le SROS Périnatalité.

puisque seulement 7,9 % de celles ci ont réalisé moins de 7 consultations prénatales contre 12,28 % dans le Nord (Carte 12). Même si ces pourcentages sont tous en baisse, le suivi de la grossesse montre encore des carences (les taux encore importants de pathologies évitables en partie comme les prématurés, les enfants de petits poids en témoignent).

La préparation psychoprophylactique à l'accouchement (consistant en 6 à 8 séances de préparation à la naissance) touche de plus en plus de naissances tout en restant insuffisante. Ainsi, 18,0 % des naissances en 2001 ont été précédées d'une préparation alors que seulement 9,5 % des naissances l'avaient été en 1993. Les disparités entre les deux départements de la région sont fortes : la préparation à l'accouchement dans le Nord a touché 22,0 % des naissances en 2001 (10,3 % en 1993) contre seulement 10,7 % dans le Pas-de-Calais (7,67 % en 1993). Le Pas-de-Calais est donc largement en deçà du Nord et progresse lentement dans ce domaine.

#### Suivi de la grossesse (en % des naissances)

	1993	2001
<b>Visites prénatales</b>		
Moins de 3	2,0	0,8
Moins de 7	23,0	10,8
<b>Préparation psychoprophylactique à l'accouchement</b>		
	9,5	18,0
<b>Hospitalisation durant la grossesse</b>		
Moins de 8 jours	14,4	14,2
8 jours et plus	10,2	11,5
	4,3	3,0

Source : Services de Protection Maternelle et Infantile du Nord et du Pas-de-Calais.

Les hospitalisations durant la grossesse restent stables entre 1993 et 2001, même si le Nord connaît une légère hausse (15,1 % des naissances en 1993 ont fait l'objet d'une hospitalisation durant la grossesse contre 16,1 % en 2001), et le Pas-de-Calais une baisse (13,0 % des naissances en 1993 et 10,7 % en 2001). La plupart des hospitalisations sont brèves, avec une durée d'une semaine ou moins. Les hospitalisations de plus de 7 jours sont d'ailleurs en régression entre 1993 et 2001.

#### ÉVOLUTION DES PRATIQUES DANS LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

La comparaison des chiffres des années 1993 et 2001 concernant la césarienne montre une tendance à l'accroissement de cette pratique. Ainsi, 14,1 % des nouveau-nés en 1993 contre 17,7 % en 2001 sont nés par césarienne. L'évolution est similaire dans les deux départements mais le Nord a

une proportion de césariennes plus élevée que le Pas-de-Calais.

Une naissance sur 5 fait l'objet d'un déclenchement et 60,1 % des accouchements se font sous péridurale (62,6 % dans le Nord et 55,5 % dans le Pas-de-Calais). N'ayant pas de chiffres de source identique pour l'année 1993, il n'est pas possible de mesurer l'évolution de ces pratiques. Il semble cependant qu'elles soient à la hausse au niveau national ; ceci traduisant une augmentation de la volonté de maîtrise du travail et de l'accouchement.

#### ÉTAT DE SANTÉ À LA NAISSANCE ET ALLAITEMENT

##### Prématurité et faible poids

Le taux de prématurité (naissances avant 37 semaines) n'a pas diminué entre 1993 et 2001. Au contraire, les naissances à moins de 37 semaines ont augmenté en passant de 5,0 % en 1993 à 6,5 % des naissances en 2001. Les naissances de nouveau-nés de moins de 33 semaines ont également progressé, mais dans une moindre mesure (0,9 % en 1993 et 1,2 % en 2001). Le nombre d'enfants de faible poids (moins de 2 500 grammes) a également augmenté depuis 1993. Les enfants de moins de 2,5 kg représentaient 6,3 % des naissances en 1993, en 2001, ils en représentent 7,1 %. C'est surtout dans le Nord que l'augmentation du nombre d'enfants de faible poids est marquée, avec une hausse de près de 1 point entre 1993 et 2001 (6,3 puis 7,1 %). Les enfants de très petit poids à la naissance (moins de 1,5 kg) sont aussi plus nombreux mais dans une moindre mesure puisqu'ils représentent moins d'1 % des naissances en 2001 (contre 0,6 % en 1993).

##### Prématurés et faibles poids (en % des naissances)

	1993	2001
<b>Prématurés de moins de 33 semaines</b>	0,9	1,2
<b>Prématurés de moins de 37 semaines</b>	5,0	6,5
<b>Poids inférieur à 1 500 g</b>	0,6	0,8
<b>Poids inférieur à 2 500 g</b>	6,3	7,1

Source : Services de Protection Maternelle et Infantile du Nord et du Pas-de-Calais.

Les modifications de pratiques qui tendent à faire naître de plus en plus précocement les enfants menacés *in utero* sont la principale raison de ces hausses de prématurés et d'enfants de faible poids. À cela s'ajoute l'augmentation du nombre d'enfants issus de grossesses multiples (en lien avec l'accroissement des traitements de la stérilité), enfants chez lesquels prématurité et faible poids sont courants (au niveau national, en 1998, les jumeaux nés

vivants sont prématurés dans 48 % des cas et sont de faible poids dans 56 % des cas<sup>1</sup>).

### Score Apgar et allaitement

L'état de santé à la naissance est mesuré par le score d'Apgar qui consiste à évaluer à la naissance cinq éléments cotés de 1 à 2 : fréquence cardiaque, effets respiratoires, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée. Ce score, établi à la cinquième minute de vie, fournit des informations quant à l'adaptation à la vie extra-utérine. 0,4 % des enfants nés en 2001 ont un score d'Apgar inférieur à 7 ; ce qui peut être considéré comme un critère de souffrance néonatale. Le pourcentage de nouveaux-nés ayant fait l'objet d'un transfert post-natal (vers un autre service ou un autre établissement) s'élève à 4,6 % des naissances en 2001 (Carte 13). Ce pourcentage a légèrement diminué puisqu'il se situait à 5,8 % en 1993 ; soit une baisse de 1 point en 8 ans. La baisse des transferts post-natals a davantage diminué dans le Pas-de-Calais, en atteignant une baisse de 1,8 points entre 1993 et 2001.

L'allaitement concerne en 2001 42,8 % des nouveau-nés de la région. Cette pratique s'élargit de plus en plus puisqu'en 1993 seulement 34,6 % des enfants étaient allaités à la naissance. Le département du Nord se différencie du Pas-de-Calais avec une proportion beaucoup plus importante d'enfants allaités (48,1 % contre 33,0 % en 2001). L'évolution de la pratique de l'allaitement dans le Pas-de-Calais s'est cependant améliorée puisqu'elle augmente de près de 8 points entre 1993 et 2001 (pour la même période, le Nord a connu une évolution de 9 points). Il faut cependant nuancer ces chiffres, puisqu'ils proviennent du premier certificat de naissance de l'enfant (le plus souvent réalisé par le pédiatre durant le séjour en maternité), et qu'il est très probable que la proportion d'enfants allaités baisse dès le retour à domicile.

### QUELQUES DONNÉES CONCERNANT LA MORTALITÉ

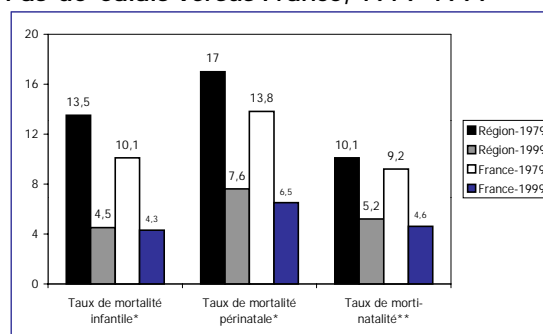
La mortalité maternelle dans la région Nord – Pas-de-Calais est depuis plusieurs années supérieure à celle de la France. Depuis 1993, il persiste 6 à 8 décès maternels par an, soit 14,4 décès pour 100 000 naissances alors que la moyenne française est de 11,5 pour 100 000 naissances. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la moyenne française était elle-même le double de celle de certains pays scandinaves en 1997<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Badeyan G, Wcislo M. La situation périnatale en France en 1998. *Études et Résultats* n°73, juillet 2000.

<sup>2</sup> cité in [www.arh5962.fr](http://www.arh5962.fr) dans la rubrique La politique sanitaire /Planification/SROS/Le SROS Périnatalité.

Concernant la mortalité fœto-infantile, la baisse des taux est importante, que ce soit pour la mortalité infantile (décès des enfants de moins de 1 an pour 1 000 enfants nés vivants), la mortalité périnatale (décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants sans vie pour 1 000 naissances totales) ou encore la mortinatalité (mortalité intra-utérine des fœtus d'une durée de gestation supérieure à 180 jours).

### Évolution de la mortalité fœto-infantile, Nord-Pas-de-Calais versus France, 1979-1999



\* Taux pour 1 000 enfants nés vivants

\*\* Taux pour 1 000 naissances totales (nés vivants + enfants sans vie)

Source : INSEE- État Civil.

La mortalité infantile a largement décliné entre 1979 et 1999, tant au niveau de la France que de la région. Le Nord – Pas-de-Calais reste cependant au-dessus du niveau national même si la différence avec celui-ci s'est largement amoindrie. En 1999, 4,5 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 nés-vivants ont donc été constatés, contre 4,3 pour l'ensemble de la France.

Le recul de la mortalité périnatale est également conséquent mais les écarts de notre région avec l'ensemble de la France restent plus importants. Il reste 7,6 décès d'enfants de moins de 7 jours ou sans-vie pour 1 000 naissances totales dans la région Nord – Pas-de-Calais contre 6,5 en France. Il semble que depuis quelques années ces taux aient tendance à stagner. De plus, le Nord connaît un taux de mortalité périnatale supérieur à celui du Pas-de-Calais (8 décès pour 1 000 naissances contre 6,8).

La mortinatalité (c'est-à-dire les enfants sans vie à la naissance), suit la même tendance que les indicateurs précédents : taux régional supérieur à la France en 1979 et 1999 ainsi qu'une situation moins favorable pour le Nord (taux de 5,6 enfants sans vie pour 1 000 naissances contre 4,4 dans le Pas-de-Calais). La comparaison de ce taux et de la mortalité périnatale met en évidence la baisse des décès d'enfants de 0 à 6 jours. En effet, sur 1 000 naissances il y a eu 5,2 enfants sans vie et 2,4 nés-vivants et décédés dans les 6 jours. Une grande partie de la baisse de la mortalité périnatale est donc due à la diminution des morts-nés.

Globalement, la région Nord – Pas-de-Calais se situe donc au-dessus de la France en ce qui concerne la mortalité fœto-infantile. Il semble que le niveau

---

régional rejoigne le niveau national lorsque les taux concernent une durée de vie plus grande du nourrisson : le taux de mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants) est de 2,8 en région et de 2,7 en France et le taux de mortalité infantile est de 4,5 en région et 4,3 en France. Il semble donc que des efforts soient à réaliser dans notre région dans le domaine de la périnatalité.

## LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ PÉRINATALE

Depuis 1994, une politique de Santé Publique concernant la périnatalité a été mise en place au niveau national, afin de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Aujourd'hui, dans le Nord – Pas-de-Calais, cette politique repose sur le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) défini pour la période 2000-2005. Le SROS participe à l'objectif principal, commun à l'ensemble du dispositif, tel qu'il a été défini par le plan gouvernemental d'avril 1994 : réduire de 8 à 4 par an les décès maternels et de 30 à 50 % la mortalité et la morbidité périnatale, sur cinq ans.

Les objectifs opérationnels du SROS, pour les 5 ans à venir sont les suivants :

- globaliser les surveillances de la grossesse, de la naissance et de ses suites par l'insertion du réseau sanitaire au sein du dispositif général ;
- garantir l'accessibilité au sein de la zone de référence à une structure de qualité offrant toutes les conditions de sécurité et adaptée à l'état de la mère et/ou du nouveau-né ;
- prendre en charge la dimension psychologique de la périnatalité.

Concrètement, la mise en œuvre des politiques régionale et nationale en matière de périnatalité a permis, d'une part, l'apport de moyens techniques et humains, et, d'autre part, des opérations de modernisation et de restructuration de l'activité obstétrique ainsi que la mise en place d'une évaluation permanente de la périnatalité (le COTER, COmité TEchnique Régional périnatalité). Elle permet également la mise en place des réseaux périnatalité qui vont permettre une orientation de la femme enceinte vers la maternité la plus à même de prendre en charge les risques décelés pour elle et son enfant. L'objectif est donc de mettre en place dans chaque bassin de vie (Métropole, Artois, Littoral, Hainaut), un réseau périnatalité où coopèrent les centres de périnatalité, les sages-femmes de PMI, les sages-femmes libérales et certains médecins libéraux. Ces réseaux permettront alors de mieux suivre les grossesses et dépister les grossesses pathologiques (pour lesquelles il sera possible de bénéficier des plateaux techniques performants), de favoriser les accouchements de proximité, de réduire au maximum les transferts des prématurés et de favoriser les transferts *in utero*.

La situation sanitaire en matière de périnatalité dans la région Nord – Pas-de-Calais s'améliore mais reste tout de même en dessous du niveau de la France métropolitaine. La mise en place d'une nouvelle politique régionale de santé périnatale devrait pallier les insuffisances du Nord – Pas-de-Calais, et devrait permettre à notre jeune région de rejoindre la moyenne nationale (qui elle-même risque de s'améliorer du fait de l'envergure hexagonale de la politique de Santé Publique).