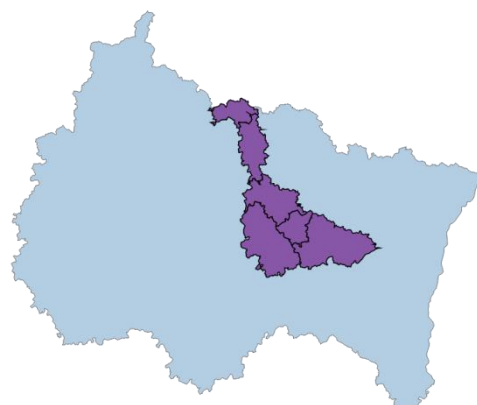


EXPLOITATION DES CERTIFICATS DE SANTE EN MEURTHE-ET-MOSELLE



Les certificats de santé réalisés à la naissance des enfants (CS8), à 9 mois (CS9) et 24 mois (CS24) fournissent des indicateurs intéressants pour renseigner sur l'état de santé des mères et des enfants

Ces trois certificats établis entre la naissance et le 24^{ème} mois des enfants, suite à un examen médical comporte des données médicales sur l'enfant ainsi que des données sociodémographiques sur les parents. Le 1^{er} certificat est en général établi à la maternité puis les deux suivants par le médecin (généraliste, pédiatre) qui suit l'enfant. Ils sont ensuite retournés aux services de protection maternelle et infantile (PMI) qui les exploitent afin de mettre en lumière des indicateurs pertinents d'état de santé, d'évolution, d'inégalités sociales et territoriales.

En Meurthe et Moselle en 2016 :

Près de **7 800** naissances vivantes (près de 7 600 CS reçus)

Indice de fécondité : **1,72** enfant par femme

Plus de **500** naissances prématurées

Plus de **550** nouveau-nés de moins de 2,5 kg

Environ **500** nouveau-nés de plus de 4 kg

145 enfants avec une anomalie congénitale détectée à la naissance

Un coefficient d'Apgar faible (<4) à 5 minutes pour plus de **20** enfants

Ce document, réalisé par l'ORS Grand Est en concertation avec les services de PMI de Lorraine et financé par l'ARS Grand Est, a pour objectif de présenter les principaux indicateurs de santé de la mère et de l'enfant et de mettre en évidence les particularités du département. Les données présentées ici sont donc adaptées au contexte local et ne sont pas toujours comparables à celles des autres départements, les effectifs d'enfants étant très variables.



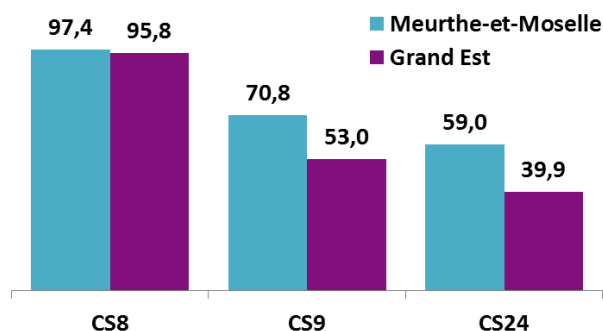
En Meurthe-et-Moselle, les taux de retour des différents CS sont parmi les plus élevés du Grand Est.

Le taux de retour est le rapport entre le nombre de certificats reçus par la PMI et le nombre de naissances la même année d'après l'Etat-Civil.

Pour chaque variable du certificat de santé, un taux de certificats exploitables est aussi calculé. Il permet de connaître la proportion de certificats remplis et ne comportant pas de valeurs aberrantes. Il est variable selon les items, selon les territoires et peut évoluer dans le temps.

Ces éléments doivent être intégrés dans l'exploitation des résultats. **Améliorer les taux de remplissage et de retour des CS permettrait d'obtenir des données plus robustes.**

Taux de retour des certificats de santé en 2016



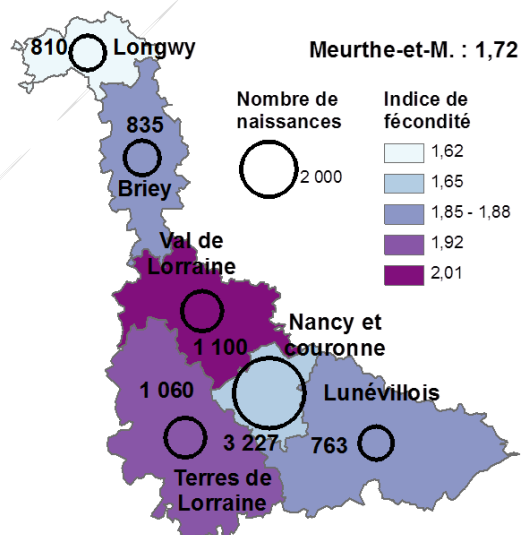
Des naissances en baisse ; des mères plus âgées

Près de 7 800 naissances vivantes ont été enregistrées en 2016 en Meurthe-et-Moselle

Le nombre de naissances a diminué de 8 % par rapport à 2011 du fait de la diminution du nombre de femmes en âge de procréer et de la baisse de l'indice conjoncturel de fécondité (de 1,81 à 1,72 enfant par femme). Ce dernier est inférieur au niveau régional (1,77 dans le Grand Est) et national (1,89).

Le territoire de Nancy, qui est le plus peuplé du département regroupe 41 % des naissances meurthe-et-mosellanes. Le Val de Lorraine enregistre l'indice conjoncturel de fécondité le plus élevé du département (2,01 enfants par femme). Les données du recensement montrent que le faible indice observé dans le territoire de Longwy (1,62) est probablement sous-estimé de 20 %, du fait de naissances ayant lieu en Belgique ou au Luxembourg qui ne seraient pas comptabilisées dans l'Etat-Civil.

Naissances et fécondité en Meurthe-et-Moselle en 2016 par secteur des maisons de la solidarité (MDS)

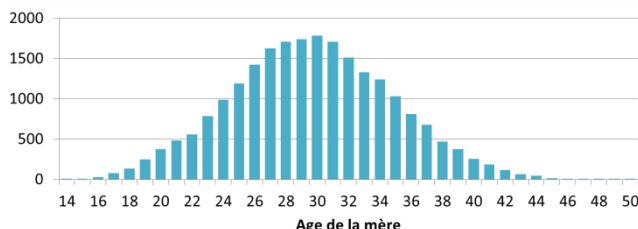


L'âge moyen à la maternité augmente

Entre 2010 et 2016, l'âge moyen des mères est passé de 29,5 ans à 30,2 ans en Meurthe-et-Moselle. L'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant a également augmenté, de 27,4 ans à 28,5 ans. Dans le Grand Est les chiffres sont proches (30,2 ans et 28,7 ans).

Les femmes âgées de moins de 20 ans représentent 2,2 % des mères en 2016 et 3,1 % ont 40 ans ou plus.

Naissances par âge de la mère en Meurthe-et-Moselle en 2016



Un suivi de grossesse moins bon chez les mères plus défavorisées, ayant des conséquences pour elles-mêmes et leurs enfants

Des déclarations tardives de grossesse plus de 2 fois plus nombreuses en proportion chez les mères inactives ou ouvrières

La déclaration de grossesse est considérée tardive dès lors que la date de 1^{ère} consultation s'effectue après le 1^{er} trimestre de grossesse.

En 2016, 158 déclarations tardives ont été constatées en Meurthe-et-Moselle (soit pour 2,3 % des mères du département versus 2,1 % des mères du Grand Est).

Sur la période 2010-2016, dans le département, parmi les mères inactives ou ouvrières, 4,4 % ont déclaré leur grossesse tardivement contre 1,0 % des mères cadres ou de profession intermédiaire.

Les premières consultations tardives sont aussi 4 fois plus fréquentes chez les mères âgées de

moins de 20 ans que chez les mères plus âgées.

Déclarer tardivement sa grossesse expose à un moins bon suivi. Sur la période 2010-2016, il a été mis en évidence en Meurthe-et-Moselle des taux plus élevés de pathologies durant la grossesse et de naissances prématurées pour les femmes ayant déclaré tardivement.

Au cours de la période 2014-2016, on observe une proportion de première consultation tardive plus élevée dans les territoires de Briey (4,4 %) et de Longwy (3,8 %) que dans l'ensemble du département (2,4%).

La préparation à la naissance et à la parentalité est réalisée chez près de la moitié des femmes

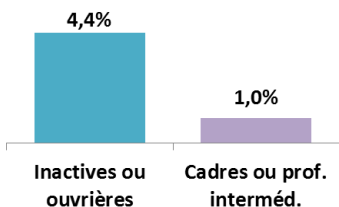
En 2016, 47,2 % des mères de Meurthe-et-Moselle ont suivi une

préparation à la naissance et à la parentalité. Cette proportion est beaucoup plus élevée (70,1 %) lorsque la mère a accouché pour la première fois (primipare).

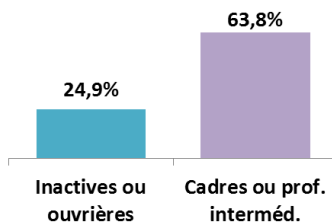
La probabilité de suivre ces cours est 2,5 fois plus faible chez les femmes les moins favorisées (inactives ou ouvrières) que chez les femmes les plus favorisées (cadres ou professions intermédiaires). Un écart presque aussi important (x2) est observé chez les primipares.

Le territoire de Longwy enregistre à nouveau le taux le plus défavorable. En effet, seuls 27,8 % des mères de ce territoire ont suivi les cours de préparation en 2016. Cette proportion est également relativement faible chez les primipares (46,4 %).

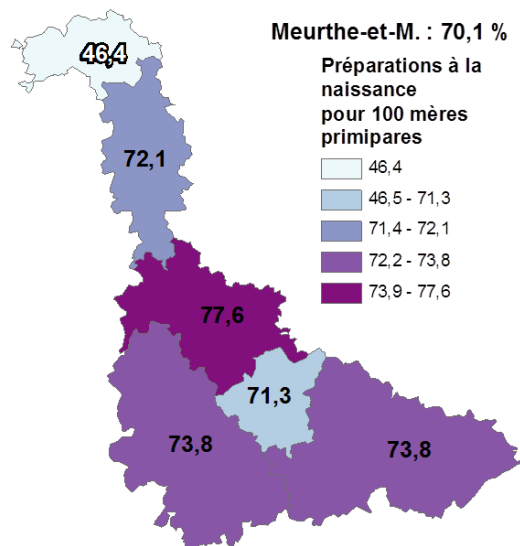
Mères ayant consulté tardivement en 2010-2016



Mères ayant suivi une préparation à la naissance et à la parentalité en 2010-2016

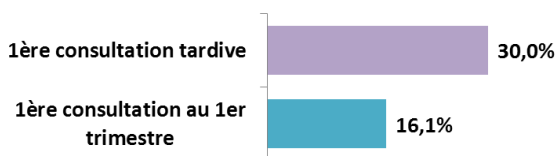


Taux de préparation à la naissance et à la parentalité en 2016

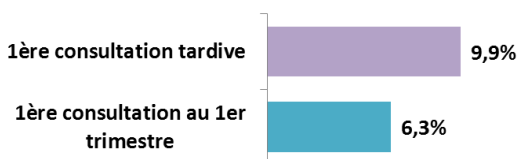


Les taux en blanc sont significativement différents du taux départemental ($p < 0,05$).

Pathologies de grossesse en 2010-2016



Naissances prématurées en 2010-2016



Une stagnation du taux d'enfants allaités

L'allaitement maternel, des bénéfices reconnus

Les bénéfices de l'allaitement maternel sur la santé, le développement et la croissance de l'enfant sont reconnus¹ (ex : réduction de l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, effet protecteur contre le surpoids et l'obésité, favorise le développement des capacités motrices et langagière, le développement cognitif).

Les recommandations actuelles visent un allaitement exclusif pendant 6 mois.

Plusieurs facteurs influencent la décision d'allaiter ou non dont la catégorie socioprofessionnelle de la mère ainsi que les pratiques et politique de santé (mise au sein précoce, à la demande, professionnels formés, congés maternité rémunéré prolongé).

Une initiation de l'allaitement pour plus de 2/3 des mères

En 2016, plus des deux tiers des mères allaitent leur enfant à la naissance en Meurthe-et-Moselle

(70,2 %), ce qui est supérieur au taux régional (66,6 %) et est le deuxième taux du Grand Est derrière le Haut-Rhin. Le taux meurthe-et-mosellan est stable depuis 2010 alors qu'il avait largement progressé dans les années 1990. Les femmes ouvrières ou inactives sont moins nombreuses en proportion à choisir d'allaiter à la naissance (66,3 % contre 79,7 % des mères cadres ou de profession intermédiaire).

Le taux d'allaitement est plus élevé lorsque l'enfant est né à la maternité régionale (73,3 % en 2016) et surtout à l'hôpital de Mont-Saint-Martin (82,4 %) où il a beaucoup augmenté par rapport à 2014 (72,0 %).

Les mères résidant dans le territoire de Longwy sont en proportion les plus nombreuses à initier un allaitement en 2016 (79,6 %) bien que les taux d'inactives et d'ouvrières soient les plus élevés du département. Le taux d'allaitement à la maternité de Mont-Saint-Martin est en effet très élevé (82 %) bien qu'il s'agisse d'une maternité de niveau 1. Dans le territoire de Briey

cette proportion est beaucoup plus faible (60,5 %).

Mais moins d'une mère sur cinq allait son enfant plus de 6 mois

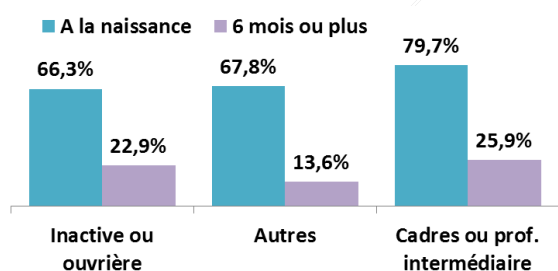
Au bout de 6 mois, moins d'une Meurthe-et-Mosellane sur cinq (17,9 %) continue d'allaiter, ce qui n'est plus supérieur au taux régional (18,8 %).

Les proportions de mères allaitant 6 mois ou plus sont les plus élevées parmi les inactives (24,2 %) et les cadres ou les professions intermédiaires (25,9 %).

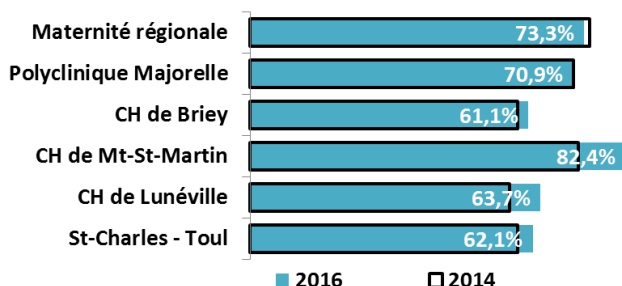
Le territoire de Briey enregistre aussi le taux le plus faible d'allaitement de plus de 6 mois (10,9 %).

Depuis 2011, le taux d'allaitement de 6 mois ou plus, qui oscille autour de 17 %, reste relativement stable. Entre 2010 et 2011, en revanche, on avait observé une chute de ce taux de 23,2 % à 17,6 % dans le département. Les territoires de Nancy et de Briey avaient été les plus touchés (-7 points) alors que dans le territoire de Longwy, la baisse n'avait été que de 1 point.

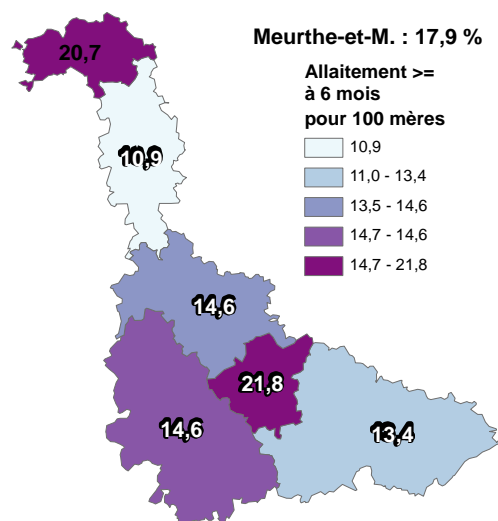
Taux d'allaitement en 2010-2016



Allaitement à la naissance dans les principales maternités en 2014 et 2016



Taux d'allaitement de 6 mois ou plus en 2016



Les taux en blanc sont significativement différents du taux départemental ($p < 0,05$).

¹ Inpes, L'allaitement maternel, Fiche action n°14, mai 2010, [En ligne], disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3n.pdf> [consulté le 20 novembre 2017]

Vaccination obligatoire et recommandée

La vaccination des enfants a pour objectif, d'une part de protéger l'enfant lui-même contre les maladies et, d'autre part, de protéger les enfants ne pouvant pas être vaccinés en constituant une barrière à la transmission des maladies.

La vaccination est plus fréquente lorsque l'enfant est gardé ou suivi par un pédiatre

L'exploitation des certificats de santé de 2010 à 2016 dans le département montre que les taux de vaccination sont plus élevés chez les enfants vus par un pédiatre et chez les enfants gardés, surtout en collectivité. Les enfants de mères employées ou artisan-commerçante sont les mieux vaccinés et les enfants de mères inactives ou ouvrières sont les moins bien vaccinés.

Des taux de couverture vaccinale globalement satisfaisants pour cinq vaccins, mais de plus en plus d'enfants sont insuffisamment ou pas vaccinés

Les taux de vaccinations à 3 doses à 24 mois dépassent l'objectif de 95 % fixé par la loi de santé publique de 2004 pour la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTPolio, 96,5 %), la coqueluche (96,2 %) et *haemophilus*

influenzae (96,0 %). Ces taux sont équivalents aux taux observés dans l'ensemble de la région.

Bien que ces résultats soient encore satisfaisants, on constate que de plus en plus d'enfants ne reçoivent pas les 3 doses de vaccins recommandés (*haemophilus influenzae* et coqueluche) ou obligatoires (DTPolio)². Pour ce dernier vaccin, leur proportion a été multipliée par 6 entre 2012 et 2016 (de 0,5 % à 3,5 %).

Des taux en progression en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B et les pneumocoques

Les taux de vaccination à 3 doses à 24 mois sont plus faibles en ce qui concerne l'hépatite B et les infections à pneumocoque. Toutefois, ils sont en augmentation : de 86,3 % en 2012 à 93,3 % en 2016 pour l'hépatite B et de 91,3 % à 93,7 % pour les infections à pneumocoque. Il semble, en effet, que la simplification du calendrier vaccinal ait contribué à faire converger les taux de couverture pour les vaccins à 3 doses. L'augmentation du taux de vaccination contre l'hépatite B a également pu être favorisée par la diffusion du vaccin hexavalent.

La proportion d'enfants n'ayant pas reçu 3 doses de vaccin contre l'hépatite B est plus faible dans le département (6,7 %) que dans l'ensemble de la région (8,0 %).

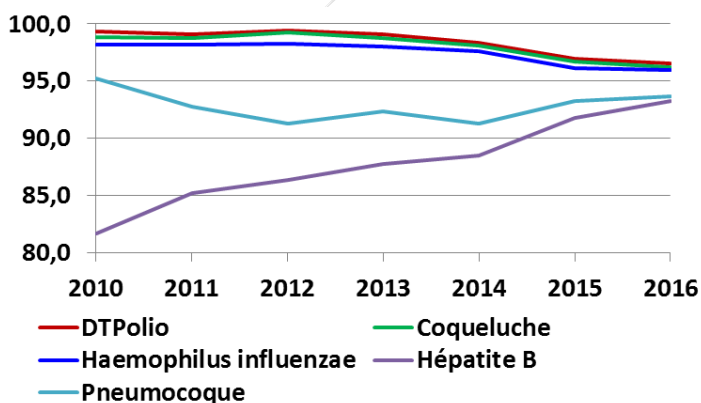
Des taux de vaccination ROR encore insuffisants dans le Bassin de Briey et le Val de Lorraine

En 2016, 83,4 % des Meurthe-et-Mosellans âgés de 24 mois ont reçu 2 doses de vaccins contre le ROR, ce qui est supérieur à l'objectif de santé publique de 2004, fixé à 80 %.

Le taux d'enfants insuffisamment ou pas vaccinés est plus faible que dans l'ensemble de la région (16,6 % contre 18,7 %). Toutefois, encore près du quart des enfants sont concernés dans le Bassin de Briey (24,0 %) et dans le Val de Lorraine (23,0 %).

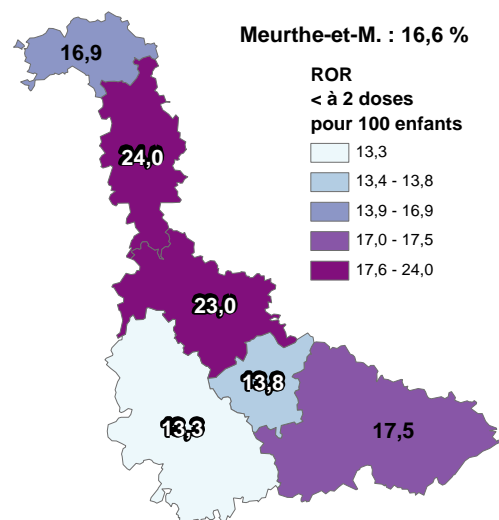
Alors que le taux de vaccination contre le ROR a augmenté de 2010 à 2015 (de 56,7 % à 84,1 %), il a diminué en 2016. Cette diminution, qui n'est pas observée dans les autres départements lorrains, concerne surtout le Val de Lorraine (de 85,3 % à 77,0 %) et dans une moindre mesure le Lunévillois (-3 points) et le secteur de Longwy (-1 point).

Evolution des taux de vaccination en Meurthe-et-Moselle (%)



²A compter de janvier 2018, 11 vaccins seront obligatoires.

Taux d'enfants âgés de 24 mois n'ayant pas reçu 2 doses de vaccin contre le ROR en 2016



Les taux en blanc sont significativement différents du taux départemental ($p < 0,05$)

Une tendance récente à la hausse de la prématurité en Meurthe-et-Moselle ?

La prématurité (naissance avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée) entraîne des séquelles sur les nouveaux nés qui sont d'autant plus importantes que le nombre de semaines d'aménorrhée est faible. En 2010-2016, les enfants prématurés près de 20 fois plus souvent un poids inférieur à 2,5 kg. Le taux de prématurité lorrain est multiplié par deux lorsque l'enfant est atteint d'une anomalie congénitale.

Le tabagisme et la précarité augmentent le risque de prématurité

Le risque de prématurité est :

- quatre fois plus fréquent lorsqu'il y a une pathologie de grossesse
- deux fois plus élevé lorsque la mère fumait plus de 10 cigarettes par jour par rapport à une non fumeuse
- augmenté d'un tiers chez les mères inactives ou ouvrières par

rapport aux mères cadres ou de profession intermédiaire

- plus élevé chez les mères âgées de moins de 20 ans ou de plus de 39 ans
- multiplié par 10 chez les jumeaux.

Un taux proche du niveau régional

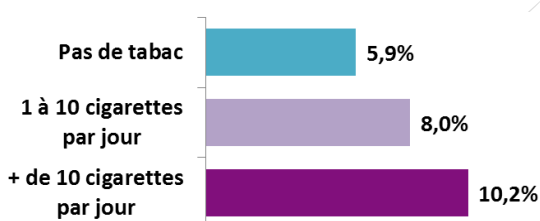
En 2016, le taux de prématurité en Meurthe-et-Moselle (7,3 %) est équivalent au taux observé dans le Grand Est. En 2012-2016, on n'observe pas de différences entre les secteurs des maisons de la solidarité mais le taux est plus faible dans la communauté de communes (CC) de Terre Lorraine du Longuyonnais (4,5 % contre 6,8 % dans le département) et plus élevé dans la CC de Briey, du Jarnisy et de l'Orne (8,5 %).

Après avoir été longtemps relativement stable, le taux de prématurité en Meurthe-et-Moselle a augmenté de 6,4 % en 2013-2014 à 7,3 % en 2015-2016. Un

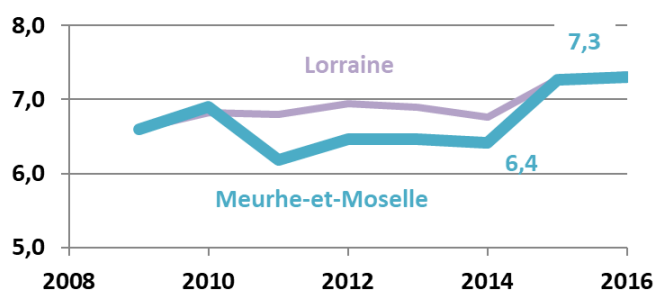
phénomène similaire est observé dans les Vosges et, dans une moindre mesure, en Moselle. Les statistiques des prochaines années devront être suivies avec attention pour savoir si ces taux restent élevés en Lorraine. Le taux de grande prématurité (avant la 33^{ème} semaine) a également augmenté dans le département, de 1,0 % en 2010 à 1,7 % en 2016.

Ces éléments peuvent poser question comme souligné dans l'enquête périnatale de 2016, d'autant plus que d'autres pays réussissent à avoir des taux faibles et stables ou en baisse alors qu'en France une hausse du taux de prématurité est observée entre 1995 et 2016 parmi les naissances vivantes uniques (de 4,5 à 6,0 %). Notons que parmi les prématurés, les naissances sont provoquées pour une partie (mais l'information régionale n'est pas accessible à partir des certificats de santé).

Prématurité en fonction de la consommation de tabac au cours de la grossesse en 2010-2016



Evolution du taux de naissances prématurées en Meurthe-et-Moselle



Des femmes inactives ou ouvrières et leurs enfants : un public plus fragile

Les différents indicateurs de suivis de grossesse et d'état de santé de l'enfant indiquent que les mères inactives ou ouvrières et leurs enfants se trouvent souvent dans une situation défavorable par rapport aux autres catégories. En effet, elles suivent moins souvent une préparation à la naissance et à la parentalité.

Les déclarations de grossesses tardives sont plus fréquentes ainsi que les pathologies de grossesse. Leurs enfants naissent plus souvent prématurés ou avec une anomalie congénitale. Ils sont un peu moins bien vaccinés et plus souvent en surpoids ou obèses à 24 mois.

Ces constats confirment toute l'attention qu'il convient de donner à ces publics les plus fragiles pour que dès la grossesse, l'accès à un suivi de qualité et des conseils de prévention adaptés à leur situation leurs soient garantis sans les cibler en tant que catégorie à part.