

CONTEXTE NATIONAL

En France, la mortalité infantile a décru considérablement depuis les années 70, passant de 18,2 à 4,2 pour 1000 naissances vivantes en 2002. Comme dans de nombreux pays de l'OCDE, on observe maintenant une diminution plus lente de mortalité infantile. La France se situe ainsi dans la moyenne des pays européens (4,5 ‰ pour l'Europe des 15) derrière des pays comme l'Islande (2,2‰) et la Finlande (3‰) mais avant des pays comme le Royaume-Uni (5,2‰) ou la Grèce (5,1‰). Le taux de mortalité néonatale en France (décès avant 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants) est passé de 5,5 ‰ en 1981 à 2,7 ‰ en 2002. Les progrès techniques réalisés en obstétrique et néonatalogie ont conduit ces dernières décennies à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance.

La mortalité des enfants se concentre principalement sur la première année de vie, puisqu'on enregistre pendant cette période près de deux tiers des décès des enfants de moins de quinze ans. Pour l'essentiel, il s'agit des conséquences des affections congénitales et des affections d'origine périnatale. Entre 1 et 4 ans, les premières causes de décès sont les traumatismes et les tumeurs. Entre 5 et 15 ans, près de la moitié des décès sont liés aux accidents de la route.

L'évolution de la mortalité ne reflète que partiellement l'état de santé des enfants. L'évolution de la prévalence de certaines pathologies pose des problèmes de santé publique et compromet le développement des enfants. Parmi ces pathologies, la surcharge pondérale touche près de 17 % des enfants de 6 ans et l'asthme près de 12 %. Chez les adolescents, la consommation de cannabis est en très forte augmentation depuis 10 ans même si la consommation de tabac baisse entre 1999 et 2003. Les accidents de la route sont très fréquents chez les jeunes puisque, selon le baromètre 2000, 24,2 % des 12-17 ans et 20,8 % des 18-24 ans ont eu, au moins un accident ayant entraîné une consultation ou une hospitalisation dans l'année. Selon l'enquête Espad, 9,1 % des filles et 3,5 % des garçons de 14 à 17 ans ont fait une tentative de suicide. Avec 255 décès en 2000, les suicides représentent 10 % des décès de 10-19 ans.

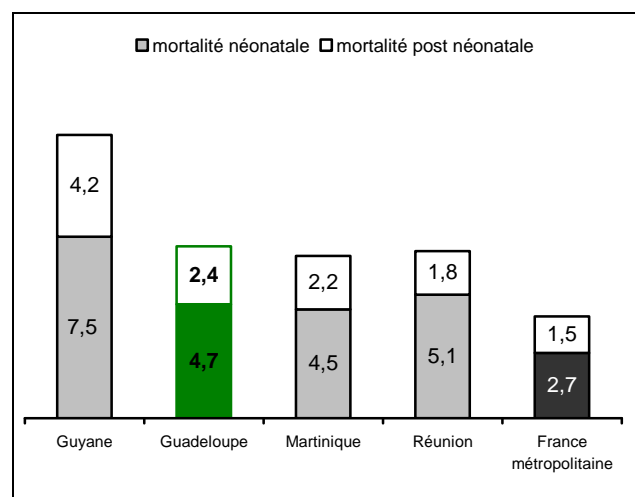
SITUATION EN GUADELOUPE : FAITS MARQUANTS

- Un taux de la mortalité infantile toujours en baisse mais supérieur au niveau national.
- 1 naissance prématurée sur 10 naissances vivantes
- Plus d'un décès infantile sur deux dû aux pathologies périnatales.
- Insuffisance respiratoire chronique et troubles mentaux principaux motifs d'admission en ALD de l'enfant.

● Une mortalité post-néonatale encore élevée

En Guadeloupe, pour la période 2001-2003, la mortalité infantile est plus élevée (7,1 décès pour 1000 naissances vivantes) qu'en France métropolitaine. Dans l'ensemble des régions de France métropolitaine, les taux de mortalité infantile s'alignent autour d'une moyenne annuelle de 4 à 5 décès pour 1000 naissances vivantes. Dans les départements français d'Amérique et à la Réunion, ces taux de mortalité infantiles varient de 6,9 décès pour 1000 naissances vivantes à la Réunion à 11,9/1000 en Guyane. Ces taux sont surtout dus à une mortalité néonatale importante de 7,5/1000 à la Guyane à environ 5/1000 pour les trois autres départements. Au niveau national, le taux de mortalité néonatale est de 3 pour mille naissances.

Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes sur la période 2001-2003
(Taux pour 1 000 naissances vivantes)



Source : INSEE

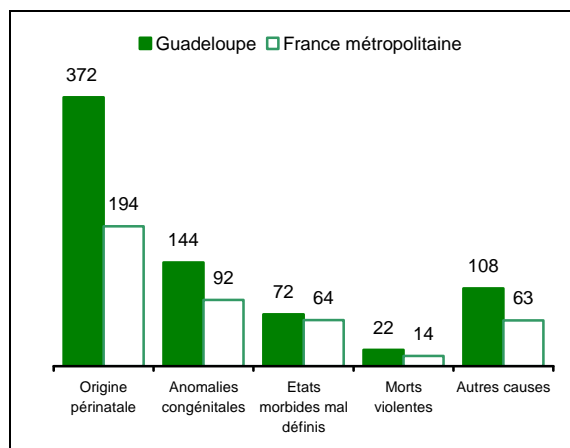
Exploitation ORSaG

Le **taux de mortalité infantile** est le rapport du nombre de décès d'enfants de moins d'1 an au nombre de naissances vivantes.

La **mortalité infantile** se décompose en **mortalité néonatale** (mortalité des enfants de moins de 28 jours) et **mortalité post-néonatale** (mortalité des enfants de 1 mois à 1 an).

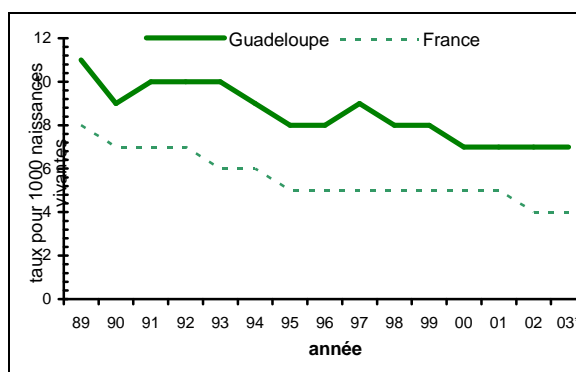
LA SANTE DE L'ENFANT

Taux de mortalité des enfants de moins d'un an par grandes causes entre 2000 et 2002 (pour 100 000 naissances vivantes)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation ORSaG

Evolution de la mortalité infantile de 1989 à 2003 en France métropolitaine et en Guadeloupe (pour 1 000 naissances vivantes)



Sources : INSEE Etat-civil

* 2003 = moyenne des taux de 3 années (2002, 2003 et 2004) avec une estimation du taux pour l'année 2004

Naissances prématurées et nouveau-nés pesant moins de 2 500 g en Guadeloupe en 2004 et 2005 (pour 100 certificats du 8^{ème} jour exploités)

année	Guadeloupe		France**
	2004	2005	2003
Prématurés (< 37 SA)*	10,0	9,8	6,3
dont < 35 SA	4,2	3,7	2,4
dont < 33 SA	2,1	1,7	-
Petits poids (<2500g)	10,4	9,7	7,2
entre 2000 et 2499 g	7,0	6,9	5,0
entre 1000 et 1999 g	2,9	2,4	-

*SA : semaine d'aménorrhée

Sources : Conseil général (PMI), INSERM (**Enquête périnatale)

● Les pathologies périnatales à l'origine de plus de 50 % des décès infantiles

Sur la période 2000-2002, le nombre annuel moyen de décès d'enfants de moins d'un an est de 56.

Avant l'âge d'un an, les taux de mortalité par grandes causes de décès ne diffèrent plus significativement des moyennes françaises.

Les affections de la période périnatale demeurent la première cause de décès infantile.

Les anomalies congénitales et les états morbides mal définis constituent les autres principales causes de décès infantile.

La mort subite du nourrisson représente 2 des 5 décès par états morbides mal définis.

● Baisse progressive de la mortalité infantile

En termes de mortalité infantile, l'écart considérable séparant la Guadeloupe de la France métropolitaine n'a pas cessé de diminuer depuis le début des années 1970. En 1969, dans notre région, ce taux avoisinait 45 décès pour 1000 naissances vivantes contre environ 20 pour 1000 au niveau national. Bien que toujours supérieur au taux national, le taux de mortalité infantile de la Guadeloupe a été divisé par 6 en près de 40 ans.

● Taux de prématurité et d'hypotrophie supérieurs à la moyenne nationale

La prématurité correspond à un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée. En 2004 et 2005, le taux de prématurité était de 10 % en Guadeloupe.

Les enfants de poids de naissance inférieur à 2500 g, représentent plus de 10 % des naissances vivantes.

Ces indicateurs demeurent plus élevés que les moyennes nationales.

● Entre 1 et 15 ans : les décès sont surtout d'origine accidentelle

En Guadeloupe, les accidents représentent la principale cause de décès des enfants : 3 décès sur 5 chez les enfants âgés de 1 à 4 ans et 2 décès sur 5 chez les 5-14 ans (les grands enfants). Dans le détail, il s'agit uniquement de décès liés à des accidents de la vie courante chez les plus petits. Chez les plus grands, ce sont les accidents de la circulation.

Les tumeurs, les maladies du système nerveux et celles de l'appareil respiratoire sont les autres causes de décès des enfants de âgés de 5 à 14 ans.

Principales causes de décès pour les enfants de 1 à 4 ans et 5 à 14 ans pour la période 2000-2002 (moyenne annuelle)

	1 A 4 ANS		5 A 14 ANS	
	Guadeloupe	France*	Guadeloupe	France*
Traumatismes et empoisonnements	7	248	7	399
Tumeurs	0	106	2	222
Mal. du système nerveux	1	61	2	82
Etats morbides mal définis	<1	69	1	56
Anomalies congénitales	1	59	<1	52
Autres causes	3	167	4	179
dont mal. de l'app. respiratoire	<1	22	2	20
Total	12	710	16	990

« <1 » correspond à au moins 1 cas sur les 3 années considérées.

Sources : INSERM CépiDC

Exploitation ORSaG

● Insuffisance respiratoire chronique grave : 1er motif d'admission en ALD

Dans l'ensemble chez les enfants, les admissions en affections de longue durée (ALD) ont augmenté de 75 % entre 1993-1995 et 2000-2002 (296 à 538 admissions). L'insuffisance respiratoire chronique est toujours le principal motif d'admission en ALD. Toutefois, la proportion de cette affection est deux fois plus importante chez le grand enfant (52 % contre 27 % chez les moins de 5 ans).

Hormis cette affection et les troubles mentaux, les autres principales affections prises en charge diffèrent en fonction de la tranche d'âge.

A l'instar de leurs aînés, chez les garçons âgés de 1 et 4 ans, le deuxième motif d'admission sont les troubles mentaux. Chez les filles, les hémoglobinopathies sont la deuxième affection motivant une admission.

Chez le grand enfant, quel que soit le sexe, l'insuffisance respiratoire et les troubles mentaux sont prédominants. Arrivent ensuite chez les filles, la scoliose (6 %) et le diabète (4 %). Chez les garçons, il s'agit des tumeurs (2 %) et du diabète (2 %).

ALD : Il s'agit du nombre moyen d'individus ayant été reconnus pour la 1^{ère} fois par l'assurance maladie, au cours de la période 2000-2002, comme atteints d'une affection de longue durée (ALD), comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrite sur une liste établie par décret après avis du haut comité médical. La liste comporte 30 affections ou groupes d'affections. Ces personnes bénéficient d'une suppression du ticket modérateur (TM) pour les soins ayant un rapport avec cette affection.

Principaux motifs d'admission en affections longue durée en 2000-2002 en Guadeloupe (moyenne annuelle)

LES MOINS DE 5 ANS

MOTIF d'ADMISSION	GARÇONS		FILLES	
	Nombre	%	Nombre	%
Insuffisance respiratoire chronique	20	27 %	13	26 %
Troubles mentaux	12	17 %	5	10 %
Affections neurologiques	9	12 %	6	12 %
Hémoglobinopathies	9	12 %	9	18 %
Déficit immunitaire	5	7 %	6	12 %
Insuffisance cardiaque	4	6 %	5	10 %
Autres causes	15	20 %	5	10 %
Total	74	100 %	49	100 %

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORSaG

LES 5-14 ANS

MOTIF d'ADMISSION	GARÇONS	
	Nombre	%
Insuffisance respiratoire chronique	117	55 %
Troubles mentaux	59	28 %
Diabète de type 1 et de type 2	5	2 %
Tumeurs malignes	5	2 %
Autres causes	27	13 %
Total	213	100 %

MOTIF d'ADMISSION	FILLES	
	Nombre	%
Insuffisance respiratoire chronique	100	50 %
Troubles mentaux	53	26 %
Scoliose	13	6 %
Diabète de type 1 et de type 2	8	4 %
Autres causes	28	14 %
Total	202	100 %

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORSaG

LA SURCHARGE PONDERALE DANS UNE POPULATION D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

Enquête
ODESSA (Conseil Général),
Service de promotion de la Santé en faveur des élèves (Académie de la Guadeloupe-Rectorat)

Pendant l'année scolaire 2001-2002, l'observatoire départemental social et sanitaire (ODESSA) et le service de promotion de la santé en faveur des élèves ont mené conjointement une étude épidémiologique transversale en milieu scolaire. L'objectif principal était d'étudier la prévalence de l'obésité chez des enfants en classe de cours moyen deuxième année (CM2) et des adolescents de classe de troisième sur l'ensemble de l'académie de la Guadeloupe. Un sondage en grappes a été effectué.

Trois cent quarante quatre élèves scolarisés en CM2 et trois cents collégiens de troisième ont participé à l'enquête. Au primaire, un quart des enfants étaient en surpoids dont 9 % d'obèses. Au collège, les proportions étaient de 19% de collégiens dont 4 % d'obèses.

Des différences entre les élèves en surcharge pondérale et les autres élèves ont été surtout observées chez les collégiens.

Une tension artérielle élevée a été mesurée chez 18 % des collégiens en surcharge pondérale une tension élevée. Cette proportion était inférieure à 1% chez les autres collégiens.

Deux collégiens en surcharge pondérale sur 5 ont déclaré avoir un parent obèse contre 1 collégien de corpulence normale sur 5.

Répartition des données statur pondérales selon le sexe et le niveau scolaire (%)

	Enfants normaux	Enfants en surcharge pondérale	dont enfants obèses
Classes de CM2			
Garçons	77	23	9
IC* à 95 %	[70 – 83]	[17 – 30]	[5 – 13]
Filles	74	26	5
IC à 95 %	[67 – 80]	[20 – 33]	[2 – 8]
Ensemble	75	25	7
IC à 95 %	[71 – 80]	[20 – 29]	[4 – 9]
Classes de 3ème			
Garçons	83	17	5
IC* à 95 %	[76 – 89]	[11 – 24]	[1 – 8]
Filles	80	21	3
IC à 95 %	[73 – 86]	[14 – 24]	[0 – 5]
Ensemble	81	19	4
IC à 95 %	[77 – 85]	[15 – 23]	[2- 6]

* IC : intervalle de confiance

Pour définir le surpoids et l'obésité, les valeurs de référence de l'international Obesity Task Force ont été utilisées.

Pour en savoir plus : Contacter l'ORSaG

Nous remercions l'ORS Centre de nous avoir autorisé à utiliser leur mise à jour du contexte national en 2005.

Rédaction du tableau de bord : CORNELLY Vanessa