



ÉTAT DE SANTÉ DE LA PETITE ENFANCE EN CREUSE

Exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour
Analyse annuelle
(enfants nés en 2015)

Une étude du
Conseil Départemental de la Creuse
Pôle Jeunesse et Solidarités
Direction de l'Enfance, de la Famille et de la Jeunesse
Conduite en collaboration avec
le Service de Protection Maternelle et Infantile



RAPPORT N° 317-8A

Juillet 2016

ÉTAT DE SANTÉ DE LA PETITE ENFANCE EN CREUSE

Exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour
Analyse annuelle
(enfants nés en 2015)

CONVENTION TRIENNALE N° 5 / 2016-2020

Une analyse réalisée par

l'OBSERVATOIRE REGIONAL de la SANTE du LIMOUSIN
Béatrice ROCHE-BIGAS, Dr Jean-Pierre FERLEY

à partir des données colligées par

le SERVICE de PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
Dr Béatrice SAGOT

Une étude du

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CREUSE
Pôle Jeunesse et Solidarités
Direction de l'Enfance, de la Famille et de la Jeunesse

Pilotage

Direction de l'Enfance, de la Famille et de la Jeunesse
Dr Béatrice SAGOT, Coordinatrice du service de PMI

INTRODUCTION ET RAPPEL DE LA MÉTHODE

Depuis 2003, l'ORS du Limousin saisit et exploite, à la demande du Conseil Départemental de la Creuse (Direction de l'Enfance, de la Famille et de la Jeunesse), en collaboration avec le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les différents certificats de santé et bilans de santé de la petite enfance colligés par ce service : certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8), du 9^{ème} mois (CS9), du 24^{ème} mois (CS24) et bilans de 4 ans (B4).

Au-delà des **obligations légales de recueil**, de traitement et de diffusion d'informations fixées par le Ministère, cette exploitation permet non seulement d'affiner les connaissances dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, mais elle constitue également un véritable **outil d'aide à la décision** permettant de comparer les chiffres creusois aux données nationales, de **pointer les problèmes existants** et de **décliner territorialement** certains indicateurs colligés, de manière à identifier les territoires dans lesquels les efforts des politiques publiques –et singulièrement ceux des services du Conseil Départemental- doivent se concentrer. C'est tout l'intérêt des **analyses cartographiques** proposées lors des exploitations triennales.

Au cours de l'année 2016, une nouvelle convention a été signée dans les mêmes termes que la précédente sur l'analyse et l'exploitation des données, et pérennisant l'encodage et la saisie de chacun des certificats ; cette nouvelle convention concerne, selon le document et l'année d'exploitation, les enfants nés entre 2012 et 2017.

Dans le cadre de la remontée annuelle des données départementales au Ministère de la Santé (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques - DREES), l'ORS est également chargé d'assurer l'harmonisation des items demandés.

Rappel de la méthode

- Dans un premier temps, il s'est agi pour l'ORS de construire le masque de saisie sous Epi Info pour les 4 documents, après avoir retenu les items à exploiter et réfléchi à leur pertinence, de rendre conviviaux ces masques par un contrôle de qualité à la saisie diminuant également le risque d'erreurs lors de la saisie. En même temps, il s'est agi de prévoir une codification adaptée de chaque certificat afin de pouvoir fusionner l'ensemble de ces documents en fin de saisie et de permettre, notamment, un suivi longitudinal de chaque enfant.
- Pour l'analyse des items, la conception des programmes a été faite conjointement avec le service de PMI pour répondre aux objectifs de ce recueil.
- Tous les résultats concernant la mère (âge, environnement familial ou professionnel, suivi de grossesse, données obstétricales) ont été calculés sur le nombre de parturientes, après identification des certificats relatifs à des grossesses multiples et extraction des renseignements fournis plusieurs fois pour une même personne.
- L'Enquête Nationale Périnatale⁽¹⁾, menée en 2010, a procédé de la même façon pour les calculs concernant la mère : nous présenterons donc les résultats de cette étude à titre de comparaison, malgré son antériorité un peu ancienne ; la prochaine enquête a été mise en place en mars 2016 (*N° DGS/MC1/DGOS/R3/D/BESP/2015/144 du 24 avril 2015*) ; la publication de ces résultats est annoncée pour la fin 2017.
- Tous les chiffres concernant l'enfant ont été, quant à eux, établis sur l'ensemble des certificats de santé reçus et validés pour l'analyse, mais ne peuvent pas toujours donner lieu à des comparaisons avec les données issues de la synthèse des données départementales de la Drees⁽²⁾ en raison d'un mode de calcul différent selon l'item étudié : soit les "non réponses" sont considérées comme des "non" et intégrées dans le dénominateur, soit le calcul s'est fait uniquement sur les répondants.
- En revanche, les résultats du département de la Corrèze peuvent donner lieu à des comparaisons dans la mesure où l'encodage des items, la saisie ainsi que les calculs sont rigoureusement identiques.
- Pour rappel, dans le présent document, certains indicateurs n'ont pas leur pendant au niveau national car ils ont été créés spécifiquement par l'ORS, à partir de croisements ou de requêtes particulières ; c'est notamment le cas des antécédents de grossesses non menées à terme (différence entre gestité et parité), de la notion de grossesses à risque (cumul de plusieurs problèmes rencontrés au cours de la grossesse : pathologie, hospitalisation...), ou encore de la notion de risque médical à la naissance pour l'enfant (cumul de plusieurs variables défavorables : poids de naissance, âge gestationnel, coefficient d'Apgar, transfert).

Le présent rapport (premier de cette nouvelle convention) porte sur l'exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour et expose les résultats synthétiques concernant les enfants domiciliés en Creuse et nés au cours de l'année 2015 (13^{ème} année d'exploitation) en rappelant les chiffres observés lors de l'analyse triennale précédente (2012, 2013 et 2014), ainsi que les chiffres publiés récemment au cours de l'analyse triennale réalisée sur le même modèle pour le département de la Corrèze, et ceux publiés par la DREES⁽¹⁾, lorsque le mode de calcul est identique et permet des comparaisons. En cette année d'analyse 2015, dix ans de recueil sur le même mode permettent également de présenter des graphiques représentant les évolutions pour certains indicateurs ; ce rapport est donc plus conséquent que ceux réalisés précédemment lors des analyses annuelles.

Au total, **798 certificats** ont été reçus dans le service de PMI sur 915 avis de naissances ; les naissances domiciliées pour l'année 2015, recensées par l'INSEE, ne sont pas encore publiées à ce jour (taux de réception estimé à **87,2%**).

(1) Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale en 2010. Inserm U953. Mai 2011 - *La nouvelle enquête nationale s'est déroulée en Mars 2016 et sera publiée fin 2017*

(2) M. Collet, A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2013. DREES, Série Sources et Méthodes, Août 2015, n° 51

Les documents :

- Malgré une baisse de 5 points depuis l'analyse triennale précédente, un taux de réception des certificats de santé du 8^{ème} jour des enfants nés de mères domiciliées en Creuse en 2015 toujours statistiquement supérieur au taux national, : **87% vs 84%** mais inférieur au taux corrézien (96%).
- Une baisse assez importante des naissances depuis 2006 (1 038 en 2006 et 915 en 2015 ; - 12%), après un léger rebond en 2012 avec 998 naissances [Fig. 1].
- Des taux de réception très élevés entre 2006 et 2011 (plus de 95% en moyenne), mais en baisse importante depuis 2012 (87% vs 97%) – [Fig. 2].

	Creuse 2015	Creuse 2012-14	France ^(1&2)	Corrèze 2013-15
Naissances vivantes domiciliées	915⁽³⁾	2 774 ⁽⁴⁾	809 556 ⁽¹⁾	6 063
Nombre de certificats de santé validés	798	2 566	677 013 ⁽¹⁾	5 835
Taux de réception	87,2%	92,5%	83,6%⁽¹⁾	96,2%
Nombre de parturientes	785	2 504	14 681 ⁽²⁾	5 771

(1) M. Collet, A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2013. DREES, Série Sources et Méthodes, Août 2015, n° 51

(2) Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale en 2010. Inserm U953. Mai 2011 - Celle qui s'est déroulée en Mars 2016 sera publiée fin 2017

(3) Source : En l'absence de la publication des données démographiques de l'Insee pour l'année 2015, le service de PMI nous a fourni ses propres données sur le recueil des avis de naissance

(4) Source : Insee, naissances domiciliées 2012, 2013 et 2014 – Chiffre actualisé après la publication des naissances de l'année 2014 par l'Insee

Fig. 1. Evolution des naissances et du nombre de CS8 reçus dans le service de PMI entre 2006 et 2015

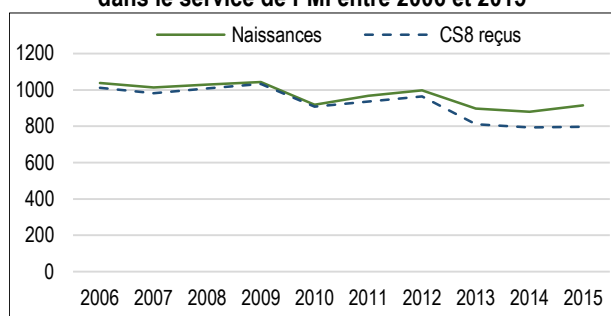
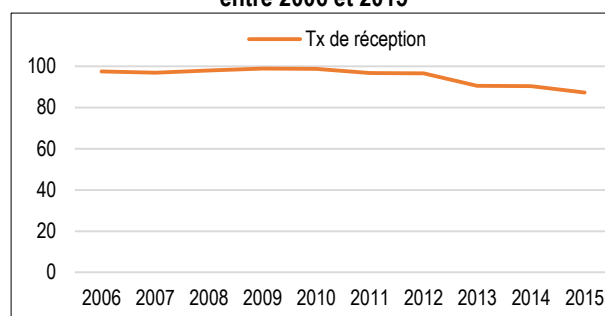


Fig. 2. Evolution des taux de réception entre 2006 et 2015



1° La mère

- Un âge moyen de la mère à la naissance de l'enfant (30,0 ans) en légère baisse par rapport à l'analyse triennale de 2012-2014, quelque peu supérieur à celui relevé au niveau national, mais inférieur à celui relevé en Corrèze. Un âge moyen en légère mais constante augmentation entre 2009 et 2014 [Fig. 4].
- Une mère âgée de 40 ans ou plus dans 4% des naissances, comme au niveau national. Une proportion en légère baisse depuis 2013, après une augmentation conséquente entre 2010 et 2011 (5,5% vs 3,2%) – [Fig. 5].
- Une primiparité⁽²⁾ pour 43% des parturientes, avec un âge moyen au moment de cette première naissance de 28 ans ; âge moyen légèrement inférieur à celui des primipares corréziennes (près de 29 ans).
- Une première grossesse dans 37% des cas : proportion statistiquement supérieure à celle relevée en France (33%).
- Des antécédents de grossesse(s) non menée(s) à terme relevés pour un peu plus d'une parturiente sur cinq, dont 2% à plusieurs reprises.

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total exploitable = 785) :

La mère	Creuse 2015	Creuse 2012-14	France ⁽¹⁾ 2010	p	Corrèze 2013-15
➤ Age de la mère (N=775; TR=98,7%)					
▲ Âge moyen	30,0 ans	30,3 ans	29,7 ans		30,6 ans
▲ Mères mineures	0,5%	0,7%	ND		0,5%
▲ < 20 ans	2,2%	2,5%	2,5%	NS	2,2%
▲ 40 ans ou plus	4,3%	5,2%	3,5%	NS	4,6%
➤ Primipares⁽²⁾ (N=772; TR=98,3%)	43,0%	44,2%	43,4%	NS	44,3%
▲ Âge moyen des primipares	28,1 ans	27,9 ans	ND		28,6 ans
➤ Primigestes⁽³⁾ (N=771; TR=98,2%)	37,1%	36,8%	32,9%	*	38,0%
▲ Âge moyen des primigestes	27,9 ans	27,6 ans	ND		28,5 ans
➤ Antécédents de grossesse(s) non menée(s) à terme⁽⁴⁾ (N=770; TR=98,1%)	22,5%	21,6%	ND		18,4%
▲ dont antécédents répétés (écart entre gestité et parité ≥ 3)	2,2%	2,8%	ND		2,0%

(1) Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale en 2010. Inserm U953. Mai 2011 - Celle qui s'est déroulée en Mars 2016 sera publiée fin 2017

(2) Primipares : femmes accouchant pour la première fois

(3) Primigestes : femmes enceintes pour la première fois

(4) Indicateur obtenu en calculant la différence entre la parité (nombre d'accouchements) et la gestité (nombre de grossesses) lorsque les deux items sont renseignés.

ND : Non disponible

Comparaisons Creuse vs France :

* p < 0,05 - ** p < 0,01 - *** p < 0,001

NS : Non significatif – NC : Non comparable

Fig. 3. Répartition par tranches d'âge des parturientes -% -

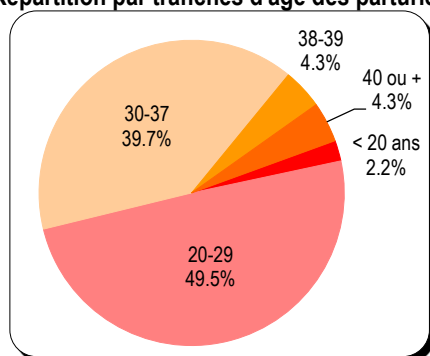


Fig. 4. Evolution de l'âge moyen des mères entre 2006 et 2015

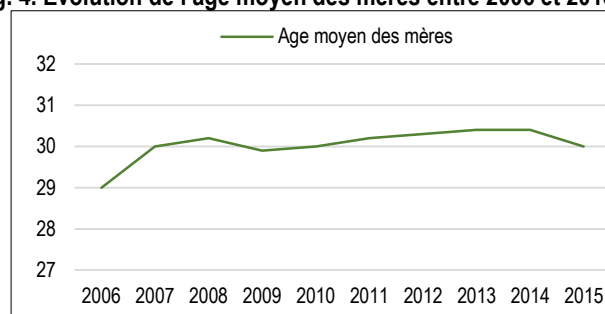
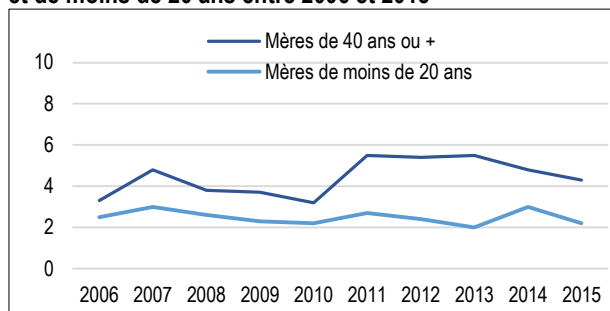


Fig. 5. Evolution de la proportion de mères de 40 ans ou plus et de moins de 20 ans entre 2006 et 2015



2°) Le foyer, l'environnement socio-professionnel et familial

- Un foyer sans aucun autre enfant au moment de la naissance dans 40% des cas.
- Des mères en activité professionnelle durant la grossesse pour 62% d'entre elles comme lors de l'analyse précédente, mais en proportion inférieure à celle de la Corrèze (72%) et à celle relevée au niveau national (70%).
- Une proportion de mères se déclarant au foyer ou en congé parental supérieure à celle constatée lors de l'enquête nationale périnatale (21% vs 13%), mais également à celle retrouvée en Corrèze (14%).
- Un taux de chômage des mères identique à celui relevé au niveau national (12%), mais plus élevé qu'en Corrèze (8%).
- Un constat identique concernant le taux de chômage ou d'inactivité des pères : 8% en Creuse et en France, 6% en Corrèze.
- Trois fois plus de pères se déclarant au foyer en Creuse qu'en Corrèze (3% vs 1%).

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total exploitable = 785) :

Le foyer, l'environnement socio-professionnel et familial	Creuse 2015	Creuse 2012-14	France ⁽¹⁾ 2010	p	Corrèze 2013-15
➤ Aucun enfant au foyer (N=702; TR=89,4%)	39,9%	42,4%	ND	--	41,8%
➤ Niveau d'études de la mère (N=594; TR=75,7%) : Bac ou plus	75,8%	72,3%	71,7%	*	77,3%
▲ Supérieur au bac	42,9%	40,1%	51,8%	***	49,9%
➤ Profession de la mère (N=454; TR=57,8%)					
▲ Cadres	14,8%	11,9%	16,5%	NS	12,5%
▲ Employées	65,9%	65,8%	46,7%	***	58,9%
▲ Professions intermédiaires	9,3%	9,5%	27,6%	***	16,3%
➤ Mère active durant la grossesse (N=641; TR=81,7%)	61,6%	61,8%	70,2%	***	71,8%
▲ Au foyer ou en congé parental	20,9%	17,9%	13,2%	***	14,2%
▲ Au chômage ou inactives	11,5%	12,4%	12,1%	NS	8,5%
➤ Profession du père (N=541; TR=68,9%)					
▲ Ouvriers	20,0%	20,9%	33,0%	***	20,6%
▲ Agriculteurs	10,0%	12,0%	1,9%	***	3,6%
▲ Cadres	9,4%	8,4%	20,0%	***	12,6%
➤ Pères actifs (N=588; TR=74,9%)	81,6%	82,9%	88,1%	***	90,3%
▲ Au chômage ou inactifs	7,7%	7,8%	8,5%	NS	6,0%
▲ Au foyer ou en congé parental	3,1%	2,9%	ND	--	0,9%

(1) Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale en 2010. Inserm U953. Mai 2011 – Celle qui s'est déroulée en Mars 2016 sera publiée fin 2017
ND : Non disponible

Comparaisons Creuse vs France :
* p < 0,05 - ** p < 0,01 - *** p < 0,001
NS : Non significatif – NC : Non comparable

Fig. 6. Répartition des parturientes selon la composition de la fratrie au moment de la grossesse -%-

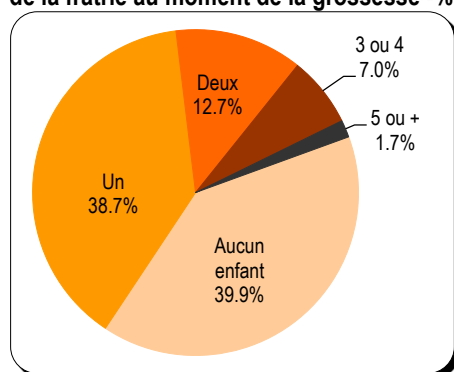
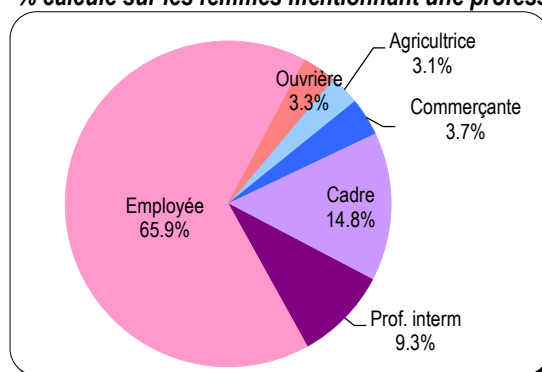


Fig. 7. Répartition des parturientes selon leur CSP -% calculé sur les femmes mentionnant une profession-



3°) Le suivi et le déroulement de la grossesse

- Des consultations tardives (au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse) deux fois moins fréquentes en Creuse qu'en France (4% vs 8%), mais plus fréquentes qu'en Corrèze (2%). Des consultations très tardives (au 3^{ème} trimestre) en proportions identiques (entre 1 et 2%).
- Une baisse relativement régulière de la proportion de consultations tardives constatée entre 2006 et 2011 (de 4% à 1%), mais des proportions de nouveau à la hausse à partir de 2012, même si elles restent bien inférieures à celle de la France (8%) – [Fig. 8].
- Un nombre moyen d'échographies par parturiente significativement inférieur à celui de la Corrèze (3,4 vs 3,7), et surtout à celui retrouvé au cours de l'enquête nationale périnatale (5,0) ; une proportion de femmes peu ou pas suivies (< 3 échographies) deux fois plus importante qu'en France et en Corrèze (4% vs 2%), et en augmentation depuis 2012, avec un pic en 2014 : près de 5% de mères peu ou pas suivies [Fig. 9].
- Une préparation à la naissance suivie par 46% des mères, comme au niveau national mais en augmentation par rapport à l'analyse triennale précédente (41%). Une proportion plus faible qu'en Corrèze et en Haute-Vienne (respectivement 46% et 50%) [Fig. 10].
- Une hospitalisation durant la grossesse mentionnée pour 14% des parturientes, avec une durée moyenne de séjour en baisse d'un peu plus d'une journée (3,1 vs 4,4 jours), et inférieure à celle relevée au niveau national (plus de 6 jours). Des hospitalisations ayant le plus souvent pour motif principal la menace d'accouchement prématuré (5%).
- Une grossesse à risque relevée dans 23% des cas : proportion supérieure à celle relevée en Corrèze (18%).
- **Des résultats concernant la consommation d'alcool et de tabac à lire et à interpréter avec beaucoup de prudence** : les certificats étant remplis par un médecin ou une puéricultrice d'après les dires de la mère, il semblerait que ce mode de passation entraîne une nette sous-déclaration ; pour exemple, seules 2 mères ont déclaré un nombre de verre(s) d'alcool consommé(s) durant la grossesse, lorsque celui-ci était supérieur à 0. Pourtant, les comparaisons sont quand même possibles avec les chiffres corréziens et nationaux car le mode de recueil des informations est identique, et par conséquent, la sous-déclaration également ; lors des analyses précédentes, les comparaisons s'effectuaient grâce à l'enquête périnatale ; or, le mode de passation était différent : la mère était seule pour remplir le questionnaire anonyme, et les proportions retrouvées de consommation étaient bien plus élevées.
- Compte tenu de ces précautions de lecture et de la prudence énoncée ci-dessus, une proportion de mères déclarant avoir fumé durant la grossesse identique à celle retrouvée en France, selon les chiffres de la DREES, mais inférieure à celle observée en Corrèze (13% vs 18%), avec une consommation quotidienne moyenne de 7 cigarettes.

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total = 785) :

Le suivi de la grossesse	Creuse 2015	Creuse 2012-14	France ⁽¹⁾ 2010	p	Corrèze 2013-15
➤ Date de la première consultation (N=736; TR=93,8%)					
▲ 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} trimestre	3,8%	3,4%	7,8%	***	2,2%
- dont 3 ^{ème} trimestre	1,9%	1,4%	1,2%	NS	0,8%
➤ Échographies (N=738; TR=94,0%)					
▲ Moyenne d'échographies	3,4	3,3	5,0		3,7
▲ < 3 échographies	4,2%	3,9%	1,9%	***	2,0%
- dont 0	0,7%	0,9%	0,2%	*	0,6%
➤ Réalisation de la clarté nucale (N=745; TR=94,9%)	97,7%	97,6%	95,0%	NS	97,6%
➤ Réalisation de l'échographie morphologique (N=761; TR=96,9%)	97,2%	98,0%	ND	--	98,3%
➤ Préparation à la naissance pendant la grossesse (N=551; TR=70,2%)	46,3%	40,8%	48,0%	NS	48,7%
➤ Consommation d'alcool déclarée pendant la grossesse (N=714; TR=90,9%)	0,3%	1,0%	0,5% ⁽²⁾	NS	0,8%
▲ Nombre moyen de verres par semaine	3,5 ver.	7,1 ver.	ND	--	5,6 ver.
➤ Consommation de tabac déclarée pendant la grossesse (N=698; TR=88,9%)	12,7%	12,1%	11,1% ⁽²⁾	NS	18,1%
▲ Nombre moyen de cigarettes par jour	7,4 cig.	8,4 cig.	ND	--	8,1 cig.
➤ Hospitalisation pendant la grossesse ⁽³⁾ (N=785; TR=100%)	13,8%	11,5%	18,8%	NC	10,4%
▲ Durée moyenne d'hospitalisation	3,1 j	4,4 j	6,4 j	**	4,5 j
➤ Motifs d'hospitalisation ⁽³⁾ (N=785; TR=100%)					
▲ Hypertension Artérielle ⁽³⁾	3,4%	3,3%	1,5%	NC	1,8%
▲ Menace d'accouchement prématuré ⁽³⁾	4,7%	4,3%	6,5%	NC	4,3%
▲ Retard de croissance intra-utérin ⁽³⁾	1,4%	1,2%	4,1%	NC	1,0%
➤ Grossesses à risque ⁽⁴⁾ (N=785; TR=100%)	23,2%	20,8%	ND	--	18,0%

(1) Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale en 2010. Inserm U953. Mai 2011 – Celle qui s'est déroulée en Mars 2016 sera publiée fin 2017

ND : Non disponible

(2) M. Collet, A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2013. DREES, Série Sources et Méthodes, Août 2015, n° 51

(3) Calcul effectué sur l'ensemble des parturientes, l'encodage ayant été effectué en considérant les "non-réponses" comme des "non" ; au niveau national le calcul s'est fait sur les répondants (données non comparables - NC)

(4) Définition des grossesses à risque (et/ou) : **grossesse multiple**, et/ou **pathologie pendant la grossesse** à savoir : prééclampsie, HTA traitée, diabète gestationnel, hémorragie du début de grossesse, soins maternels pour lésions ou anomalies fœtales connues ou présumées (dont croissance insuffisante du fœtus), et/ou **hospitalisation** pour HTA, RCIU, MAP, rupture prématurée des membranes, diabète gestationnel, placenta praevia

Comparaisons Creuse vs France :
* p < 0,05 - ** p < 0,01 - *** p < 0,001
NS : Non significatif - NC : Non comparable

Fig. 8. Evolution de la proportion de mères ayant consulté après le 1^{er} trimestre entre 2006 et 2015

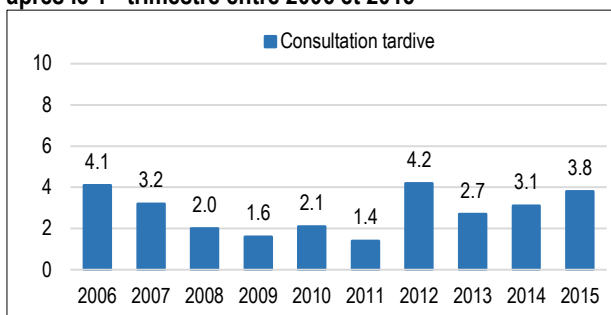


Fig. 9. Evolution de la proportion de mères ayant eu moins de 3 échographies durant la grossesse entre 2006 et 2015

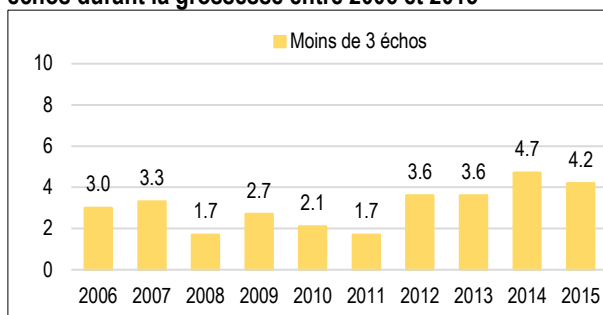
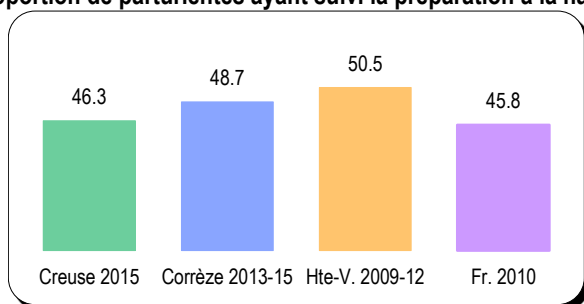


Fig. 10. Proportion de parturientes ayant suivi la préparation à la naissance -%-



4°) Le lieu d'accouchement

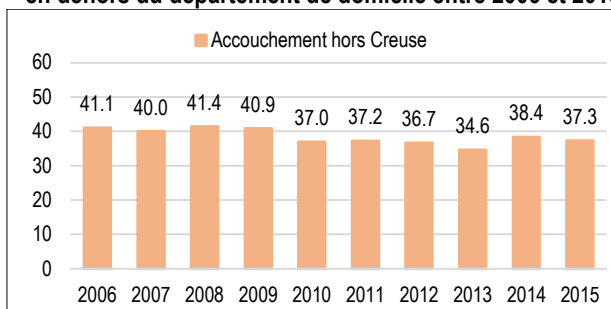
- Une proportion de mères qui accouchent dans leur département de domicile nettement inférieure à celle retrouvée en Corrèze (63% vs 95%), du fait d'une offre limitée dans le département : une seule maternité. Par conséquent, un taux de fuite important tout au long des dix dernières années, bien qu'un peu plus faible depuis 2010 [Fig. 11].
- Des mères creusoises accouchant plus souvent dans le secteur public qu'en Corrèze (92% vs 70%), du fait de l'absence d'offre privée à proximité. Un constat vérifié même lorsqu'elles accouchent en dehors du département (80% de celles-ci accouchent dans le secteur public).

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total = 785) :

Le Lieu d'accouchement	Creuse 2015	Creuse 2012-14	Corrèze 2013-15	p
➤ Accouchement dans le département de domicile (N=775; TR=98,7%)	62,7%	63,5%	95,1%	***
➤ Accouchement en secteur public (N=761; TR = 96,9%)	92,4%	93,7%	70,4%	***

Comparaisons Creuse vs Corrèze :
 * p < 0,05 - ** p < 0,01 - *** p < 0,001
 NS : Non significatif - NC : Non comparable

Fig. 11. Evolution de la proportion de mères creusoises accouchant en dehors du département de domicile entre 2006 et 2015



5°) L'accouchement

- Un début du travail marqué par quelques évolutions : plus de travail spontané et moins de césariennes avant travail par rapport à l'analyse précédente. Moins d'accouchements déclenchés qu'en France (17% vs 23%). Au cours des dix dernières années, une proportion d'accouchements déclenchés relativement stable dans le département : entre 15 et 18% - [Fig. 13].
- Des modes d'accouchement parfois différents de ceux constatés au niveau national (Source DREES) : plus d'accouchements par voie basse non instrumentalisée et moins de césariennes, qu'elles soient réalisées dans l'urgence ou programmées. Une proportion de césariennes en baisse entre 2006 et 2015, de 24% à 16% - [Fig. 17].
- Un recours à l'analgésie quasiment identique à celui retrouvé au niveau national, avec un recours à l'anesthésie locale (péridurale et rachis) dans les mêmes proportions (86% vs 83%) ; un recours à la rachi-anesthésie (et non à la simple analgésie rachidienne) moins fréquent en Creuse qu'au niveau national en conséquence d'un taux plus faible de césariennes dans le département.
- Un accouchement sans aucune analgésie en plus faible proportion en 2015 qu'en 2006 (13% vs 21%) - [Fig. 15].

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total = 785),
sauf pour le mode d'accouchement et la présentation de l'enfant calculés sur le nombre de certificats (N total = 798) :

L'accouchement	Creuse 2015	Creuse 2012-14	France ⁽¹⁾ 2010	p	Corrèze 2013-15
➤ Début du travail (N=750; TR=95,5%)					
▲ Spontané	77,7%	72,9%	66,5%	***	67,1%
▲ Déclenché	17,1%	17,7%	22,7%	***	20,8%
▲ Césarienne avant travail	5,2%	9,4%	10,9%	***	12,0%
➤ Rupture membran. > 12h avant l'accouchement (N=654; TR=83,3%)	15,6%	15,7%	10,5%	***	16,6%
➤ Type d'analgésie ou anesthésie (N=749; TR=95,4%)					
▲ Aucune	13,2%	15,6%	15,7%	NS	13,7%
▲ Analgésie péridurale	76,6%	70,1%	70,0%	***	67,6%
▲ Anesthésie générale	0,7%	1,5%	1,2%	NS	1,2%
▲ Rachi-anesthésie (ou autre anesthésie)	9,5%	12,6%	13,0%	**	17,4%
➤ Mode d'accouchement (N=753; TR=94,4%)			France ⁽²⁾		
▲ Voie basse non opératoire (non instrumentalisée)	73,2%	71,0%	67,0%	***	62,1%
▲ Voie basse avec extraction opératoire (instrumentalisée)	10,9%	8,3%	12,2%	NS	14,7%
▲ Césarienne (urgente ou programmée)	15,9%	20,7%	19,7%	**	23,2%
- Dont programmée	4,8%	8,3%	8,2%	***	9,4%
➤ Présentation de l'enfant en siège (N=779; TR=97,6%)	3,5%	4,8%	4,1%	NS	4,2%

(1) Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale en 2010. Inserm U953. Mai 2011 – Celle qui s'est déroulée en Mars 2016 sera publiée fin 2017

(2) M. Collet, A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2013. DREES, Série Sources et Méthodes, Août 2015, n° 51

ND : Non disponible

Comparaisons Creuse vs France :
* p < 0,05 - ** p < 0,01 - *** p < 0,001
NS : Non significatif – NC : Non comparable

Fig. 12. Répartition des parturientes selon le mode de début du travail -% -

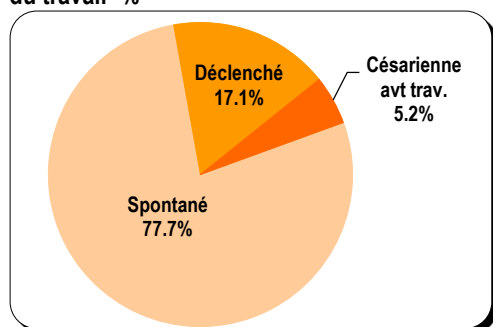


Fig. 13. Evolution de la proportion d'accouchements déclenchés entre 2006 et 2015

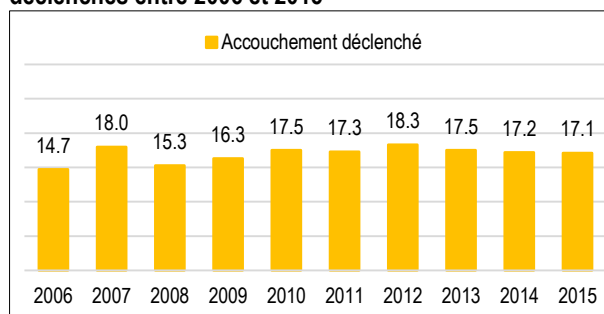


Fig. 14. Répartition des parturientes selon le type d'analgésie -% -

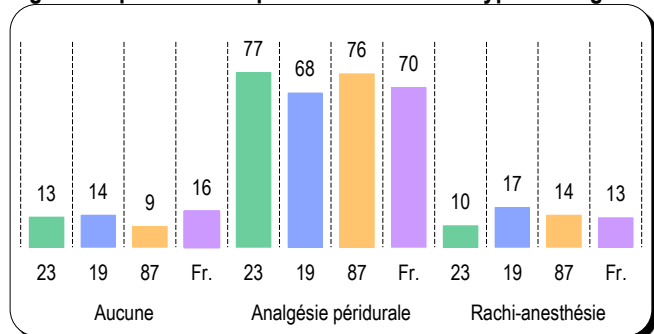


Fig. 15. Evolution de la proportion de mères accouchant sans aucune analgésie entre 2006 et 2015

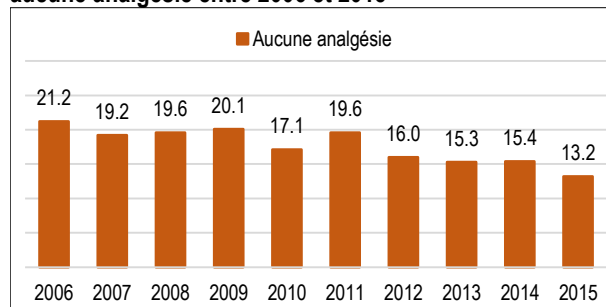
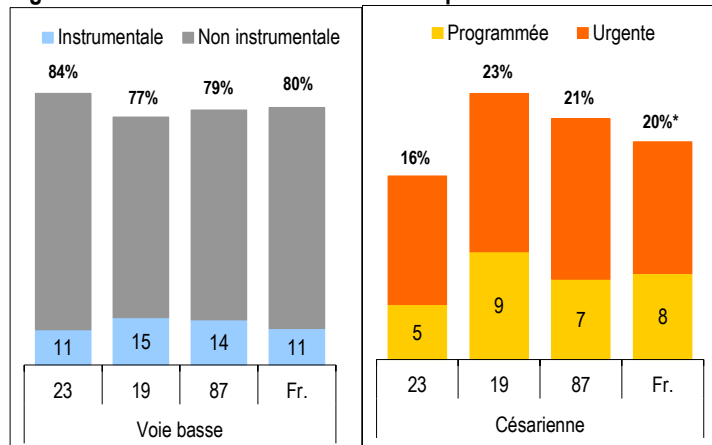
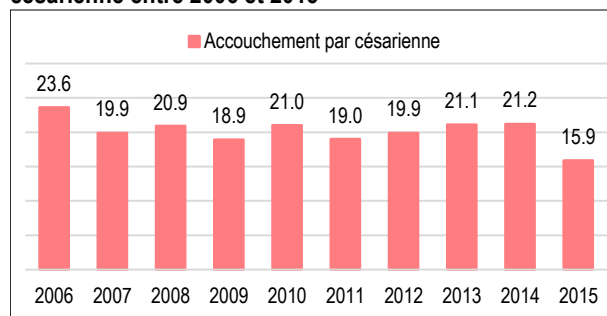


Fig. 16. Mode d'accouchement selon le département -%-



(*) 1% des césariennes non précisées (programmées ou urgentes)

Fig. 17. Evolution de la proportion d'accouchements par césarienne entre 2006 et 2015



6°) L'enfant

- Une proportion d'enfants nés prématurément identique à celle relevée en France (6%) et sans évolution par rapport à l'analyse triennale précédente. Depuis 2007, une proportion en baisse constante de ces enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée [Fig. 19].
- Une proportion d'enfants de petit poids de naissance (< 2500 g) également identique à celle retrouvée au niveau national, et également en baisse depuis 2007 [Fig. 20].
- Des pathologies de la première semaine de vie notifiées pour 14% des enfants en Creuse, proportion bien plus importante qu'en Corrèzienne (4%) ; un écart laissant penser à une hétérogénéité de notification par les professionnels de santé.
- Une anomalie congénitale mentionnée pour 2% des enfants creusois ; une malformation cardiaque pour 5 nouveau-nés (0,6%) ; une malformation rénale également pour 5 nouveau-nés.
- Une naissance multiple enregistrée pour 3% des certificats renseignés, tout comme en France.
- Un allaitement au sein pour 53% des nouveau-nés creusois ; proportion inférieure à celle relevée en France (64%), et en Corrèze (60%). Après une augmentation relativement constante entre 2006 et 2013, pour atteindre même 59% en 2013, une proportion de nouveau à la baisse depuis deux ans (54% en 2014 puis 53% en 2015).
- Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Janvier 2007 en faveur de la mise en place progressive du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale, un test de l'audition pratiqué à la naissance pour près de 98% des enfants ; un résultat donnant lieu à surveillance dans 3% des cas.

Les items suivants sont calculés sur le nombre de certificats (nombre d'enfants) – (N total = 798) :

L'enfant	Creuse 2015	Creuse 2012-14	France ⁽¹⁾ 2013	p	Corrèze 2013-15
➤ Age gestationnel de l'enfant (N=769; TR=96,4%)					
▲ < 37 semaines d'aménorrhée	5,9%	6,2%	6,3%	NS	5,2%
- dont < 33 semaines d'aménorrhée	0,9%	0,6%	1,4%	NS	0,6%
➤ Poids de naissance (N=790; TR=99,0%)					
▲ Moyenne	3 212 g	3 231 g	3 254 g ⁽²⁾		3 246 g
▲ < 2 500 grammes	6,7%	7,2%	6,1%	NS	6,3%
- dont < 1 500 grammes	1,0%	0,4%	1,4% ⁽²⁾	NS	0,4%
➤ Coefficient d'Appgar à une minute (N=778; TR=97,5%)					
▲ < 8	5,9%	5,1%	7,1% ⁽²⁾	NS	7,7%
- dont < 4	1,7%	1,2%	ND	--	1,8%
➤ Nécessité de gestes de réanimation ou techniques (N=763; TR=95,6%)	6,4%	4,1%	4,2%	**	4,3%
➤ Enfants transférés (N=762; TR=95,5%) ⁽³⁾	6,9%	9,1%	6,6% ⁽²⁾	NC	5,7%
➤ Enfants avec une pathologie à la première semaine (N=798; TR=100%) ⁽⁴⁾	14,2%	11,9%	ND	--	4,0%
♦ Antibiothérapie	5,0%	4,3%	1,8%	***	1,3%
♦ Oxygénothérapie	4,0%	2,5%	2,1%	***	2,5%
➤ Enfants atteints d'anomalie congénitale (N=798; TR=100%) ⁽⁴⁾	2,4%	3,5%	0,6%	***	1,7%
♦ Malformation cardiaque (suspectée ou certaine)	0,6%	1,2%	ND	--	0,4%
♦ Malformation rénale (suspectée ou certaine)	0,6%	0,5%	ND	--	0,2%
♦ Trisomie 21 (suspectée ou certaine)	0,1%	< 0,1%	< 0,1%	NS	< 0,1%
♦ Fente labio-palatine	0%	0,2%	< 0,1%	NS	< 0,1%
➤ Enfants issus de naissances multiples (N=775; TR=97,1%)	3,5%	3,1%	2,8%	NS	2,2%
➤ Enfants allaités (N=759; TR=95,1%)	53,0%	56,4%	64,1%	***	59,7%
➤ Tests de l'audition pratiquée (N=664; TR=83,2%)	98,5%	96,1%	ND	--	95,2%
♦ Résultat à surveiller	3,0%	3,7%	ND	--	3,8%

(1) M. Collet, A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2013. DREES, Série Sources et Méthodes, Août 2015, n° 51

(2) Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale en 2010. Inserm U953. Mai 2011 – Celle qui s'est déroulée en Mars 2016 sera publiée en 2017

(3) Le taux a été calculé sur les items renseignés : chiffres non comparables avec la France

(4) Calcul effectué sur l'ensemble des enfants, l'encodage ayant été effectué en considérant que les "non-réponses" comme des "non"

Comparaisons Creuse vs France :

* p < 0,05 - ** p < 0,01 - *** p < 0,001

NS : Non significatif - NC : Non comparable

Fig. 18. Proportion d'enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée (prématurés) et pesant < 2500 grammes (petit poids)

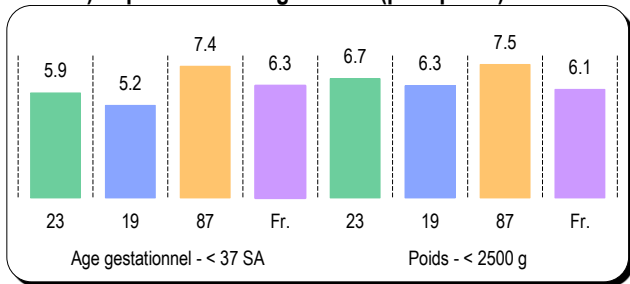


Fig. 19. Evolution de la proportion d'enfants prématurés entre 2006 et 2015

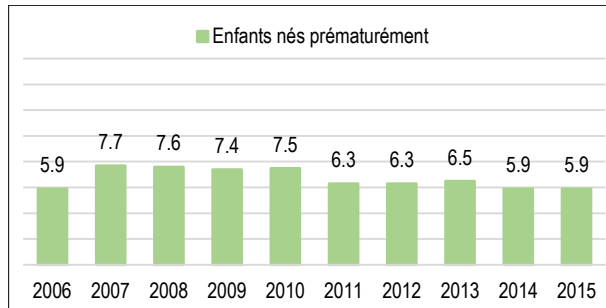


Fig. 20. Evolution de la proportion d'enfants de « petit poids » de naissance

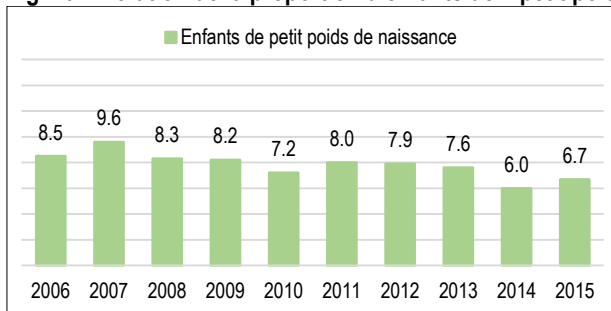


Fig. 21. Proportion d'enfants allaités -%-

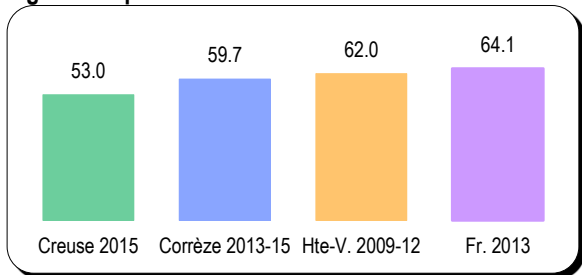
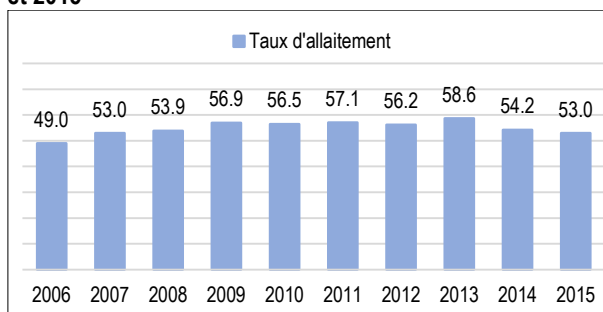


Fig. 22. Evolution de la proportion d'enfants allaités entre 2006 et 2015



7°) Les enfants à risque médical

Le "risque médical à la naissance" a été défini par l'O.R.S. à partir de 4 facteurs :

- ✗ le terme de l'enfant à la naissance en semaines d'aménorrhée (SA),
- ✗ le poids de naissance,
- ✗ le coefficient d'Apgar à une minute
- ✗ l'existence ou non d'un transfert en période néonatale.

Pour chacun de ces 4 facteurs, 2 niveaux de risque ont été retenus :

- Risque modéré :
 - prématurité : terme 33 SA ≤ Terme < 37 SA
 - poids de naissance : compris entre 1 500 grammes 2 499 grammes
 - score d'Apgar : compris entre 4 et 7
 - transfert secondaire (ou de précocité non renseignée) à la naissance
- Risque important :
 - prématurité : terme strictement < 33 SA
 - poids de naissance : < 1 500 grammes
 - score d'Apgar : < 4
 - transfert immédiat à la naissance

Trois groupes d'enfants ont été constitués :

- R0 : aucun risque médical à la naissance
- R1 : risque médical modéré : présence d'un risque de niveau modéré sur l'un au moins des 4 facteurs
- R2 : risque important : présence d'un risque de niveau important sur l'un au moins des 4 facteurs

- 15% des enfants pour lesquels nous disposons des indicateurs de poids, d'âge gestationnel, de score d'Apgar à 1 minute et de transfert classés comme à risque médical à la naissance, important ou modéré, dont 6% à risque important ; proportions identiques à celles observées en Corrèze, et en baisse relativement constante depuis 2006, en lien avec la baisse constatée d'enfants nés prématurément et/ou nés avec un petit poids à la naissance [Fig. 24].
- Une surveillance médicale particulière demandée pour près de 7% de l'ensemble des enfants, une consultation spécialisée pour moins de 2% des nouveau-nés.
- Peu de médecins demandant à être contactés par le service de PMI, comme en Corrèze (< 1%).

Les items suivants sont calculés sur le nombre de certificats (nombre d'enfants) – (N total = 798) :

Les enfants à risque médical	Creuse 2015	Creuse 2012-14	Corrèze 2013-15	p
➤ Enfants à risque médical à la naissance (N=787; TR=98,6%)	14,9%	16,2%	15,7%	NS
▲ Dont risque médical important	5,8%	6,3%	5,2%	NS
➤ Surveillance particulière demandée (N=798; TR=100%)(1)	6,1%	6,9%	2,9%	***
➤ Consultation spécialisée demandée (N=798; TR=100%)(1)	1,5%	3,0%	1,9%	NS
➤ Souhaite être contacté par la PMI (N=747; TR=93,6%)	0,4%	1,1%	0,5%	NS

(1) Calculé sur l'ensemble des enfants, en considérant que les CS "non remplis" sont des "non"

Comparaisons Creuse vs Corrèze :
 * p < 0,05 - ** p < 0,01 - *** p < 0,001
 NS : Non significatif – NC : Non comparable

Fig. 23. Répartition des enfants selon le risque médical à la naissance -% -

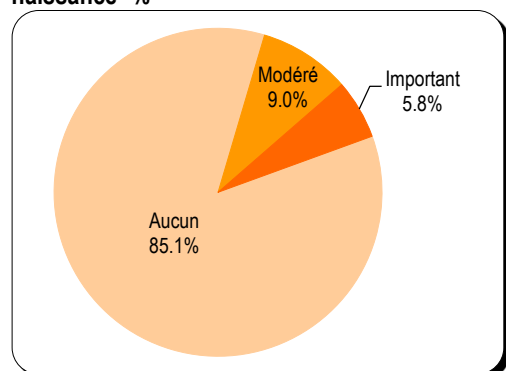
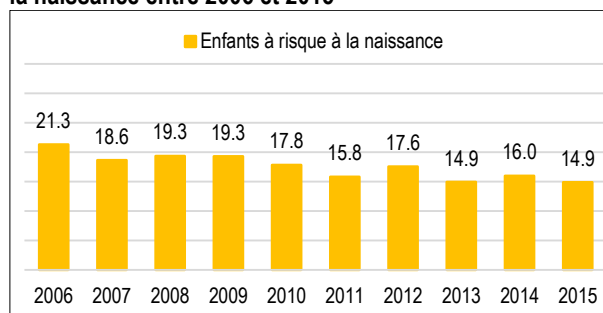


Fig. 24. Evolution de la proportion d'enfants à risque médical à la naissance entre 2006 et 2015



La présente analyse constitue la première exploitation annuelle des CS8 confiée à l'ORS par le Conseil Départemental de la Creuse dans le cadre de la nouvelle convention (n°5) 2016-2020, et la treizième depuis le début de la collaboration engagée en 2003. On rappelle qu'au terme de trois années d'analyses, une exploitation plus détaillée est proposée, avec notamment une déclinaison territoriale de certains indicateurs.

ANNEXE

Calendrier de remise des résultats par année de naissance et année d'exploitation

Année prévisionnelle de remise des documents	CS 8	CS 9	CS 24	B 4 ans	Suivi longitudinal
2013	CS8-2012-ANNUEL Mai 2013				
2014	CS8-2013-ANNUEL Avril 2014	CS9-2012 ANNUEL Mars 2014	CS24-2011 ANNUEL Juin 2014	B4-2009 ANNUEL Nov. 2014	
2015	CS8-2012-2014-TRIENN Mai 2015	CS9-2013 ANNUEL Mars 2015	CS24-2012 ANNUEL Juin 2015	B4-2010 ANNUEL Nov. 2015	
2016	CS8-2015-ANNUEL Mai 2016	CS9-2012-2014-TRIENN Avril 2016	CS24-2011-2013-TRIENN Juillet 2016	B4-2009-2011-TRIENN (scol. 2015-16) Déc. 2016	
2017	CS8-2016-ANNUEL Mai 2017	CS9-2015 ANNUEL Mars 2017	CS24-2014 ANNUEL Juin 2017	B4-2012 ANNUEL Nov. 2017	SUIVI 2009-2013 Juin 2017
2018	CS8-2015-2017-TRIENN Mai 2018	CS9-2016 ANNUEL Mars 2018	CS24-2015 ANNUEL Juin 2018	B4-2013 ANNUEL Nov. 2018	
2019		CS9-2015-2017-TRIENN Avril 2019	CS24-2014-2016-TRIENN Juillet 2019	B4-2012-2014-TRIENN (scol. 2018-19) Déc. 2019	
2020					SUIVI 2013-2016 Juin 2020

Convention n° 4 (2013-2017) :

- Rapports publiés
- Rapports à venir

Convention n° 5 (2016-2020) :

- Rapport actuel
- Rapport à venir