

ÉTAT DE SANTÉ DE LA PETITE ENFANCE EN CREUSE

Exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour
Analyse annuelle
(enfants nés en 2016)

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° 317-8b

Nov. 2017

ÉTAT DE SANTÉ DE LA PETITE ENFANCE EN CREUSE

Exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour
Analyse annuelle
(enfants nés en 2016)

CONVENTION TRIENNALE N° 5 / 2016-2020

Une analyse réalisée par

l'OBSERVATOIRE REGIONAL de la SANTE du LIMOUSIN
Béatrice ROCHE-BIGAS, Audrey ROUCHAUD

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*

Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine

Site de Limoges : 4, avenue de la Révolution - 87000 LIMOGES

Tél. : 05 55 32 03 01 - Courriel : b.roche@ors-na.org

Siège : 102 cours du Maréchal Juin - 33000 Bordeaux - Tél 05 56 56 99 60 - contact@ors-na.org

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, 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.

Le présent rapport (deuxième de cette nouvelle convention -V-) porte sur l'exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour et expose les résultats synthétiques concernant les enfants domiciliés en Creuse nés au cours de l'année 2016 (14^{ème} année d'exploitation).

Au total, **753 certificats** ont été transmis à l'ORS par le service de PMI sur 822 naissances vivantes domiciliées enregistrées par l'Insee en 2016, soit un taux de réception de **92%**.

Lecture des résultats et comparaisons

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. 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 ; selon les items, soit les "non réponses" sont considérées comme des "non" et sont intégrées dans le dénominateur, soit le calcul s'est fait uniquement sur les répondants.

Lorsque les indicateurs présentés dans ce rapport sont disponibles dans la dernière enquête nationale périnatale (ENP)⁽¹⁾ menée en 2016, ces résultats seront utilisés à titre de comparaison ; à défaut, ce sont les résultats publiés par la DREES⁽²⁾ qui seront l'objet de ces comparaisons.

Quant aux résultats du département de la Corrèze, ils peuvent donner lieu à des comparaisons de façon systématique dans la mesure où l'encodage des items, la saisie ainsi que les calculs sont rigoureusement identiques.

Enfin, dans le présent document, certains indicateurs n'ont pas leur pendant au niveau national, quelle que soit l'étude, 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 la mère (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 (cumul de plusieurs variables défavorables à la naissance : poids et âge gestationnels, coefficient d'Apgar, transfert...).

(1) Blondel B., Coulm B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

(2) A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2015. DREES, Série Sources et Méthodes, Sept. 2017, n° 61

Les documents :

- Un taux de réception des certificats de santé des enfants nés de mères domiciliées en Creuse en 2016 significativement supérieur au taux national : **92% vs 79%**, stable par rapport à l'analyse précédente (90%).
- Un nombre de naissances en baisse de 7% par rapport à 2015, la plus importante observée depuis celle constatée entre 2012 et 2013 (-10%). Depuis 2009, le nombre de naissances est inférieur à 1 000 chaque année, et depuis 4 ans en dessous de 900 par an.

	Creuse 2016	Creuse 2015	France ^(1;2) 2015-2016	Corrèze 2016
Naissances vivantes domiciliées⁽³⁾	822	885⁽³⁾	796 844 ⁽¹⁾	1 986
Nombre de certificats de santé validés	753	798	632 806 ⁽¹⁾	1 744
Taux de réception	91,6%	90,2%	79,4% ⁽¹⁾	87,8%
Nombre de parturientes	739	785	12 554 ⁽²⁾	1 715

(1) A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2015. DREES, Série Sources et Méthodes, Sept. 2017, n° 61

(2) Blondel B., Coulm B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

(3) Source : Insee, naissances domiciliées 2016

1° La mère et les antécédents

- Malgré un âge moyen des mères à la naissance proche de celui retrouvé au niveau national⁽¹⁾, des mères plus jeunes en Creuse : 49% ont moins de 30 ans vs 45% ; notamment pour les plus jeunes (18-19 ans), on note un écart significatif : 3,1% vs 1,6%. Des écarts observés également par rapport aux mères corréziennes : deux fois plus de mères de moins de 20 ans en Creuse (3,4% vs 1,7%) et moins de mères de 40 ans ou plus (3% vs 5%) – (Fig. 1).
- Des parturientes primipares (premier accouchement) dans 42% des cas, comme en France, avec un âge moyen au moment de cette première naissance de 28 ans.
- Des parturientes primigestes (première grossesse) dans 36% des cas : elles sont âgées d'un peu moins de 28 ans en moyenne. Un âge moyen des primigestes et des primipares creusoises identique à celui des mères corréziennes.
- Des antécédents de grossesse(s) non menée(s) à terme⁽³⁾ observées pour 22% des mères dont 3% à plusieurs reprises : proportions significativement supérieures à celles relevées en Corrèze (19% dont 2%).

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total exploitable =739) :

La mère et les antécédents	Creuse 2016	Creuse 2015	France ^(1;2) 2015-16	p	Corrèze 2016
➤ Age de la mère (N=708; TR=95,8%)					
▲ Âge moyen	30,1 ans	30,0 ans	30,3 ans ⁽¹⁾	NS	30,5 ans
▲ Mères mineures	0,3%	0,5%	0,4% ⁽¹⁾	NS	0,7%
▲ 18-19 ans	3,1%	1,8%	1,6% ⁽¹⁾	***	1,0%
▲ 40 ans ou plus	2,8%	4,3%	4,0% ⁽¹⁾	NS	4,6%
➤ Primipares (N=714; TR=96,6%)	42,3%	43,0%	42,0% ⁽¹⁾	NS	41,9%
▲ Âge moyen des primipares (n=288)	28,0 ans	28,1 ans	ND	--	28,3 ans
➤ Primigestes (N=713; TR=96,5%)	36,3%	37,1%	33,7% ⁽²⁾	NS	35,8%
▲ Âge moyen des primigestes (n=243)	27,7 ans	27,9 ans	ND	--	28,4 ans
➤ Antécédents de grossesse(s) non menée(s) à terme⁽³⁾ (N=712; TR=96,3%)	22,4%	22,5%	ND	--	18,7%
▲ dont antécédents répétés (écart entre gestité et parité ≥ 3)	3,2%	2,2%	ND	--	2,0%

(1) Blondel B., Coulm B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

(2) A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2015. DREES, Série Sources et Méthodes, Sept. 2017, n° 61

(3) Indicateur obtenu en calculant la différence entre la parité et la gestité, lorsque les deux items étaient renseignés - mineurs : une différence de 1 ou 2 antécédents - majeurs (ou répétés) : une différence supérieure ou égale à 3.

ND. Non disponible

Comparaisons Creuse vs France:

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

NS : Non significatif – NC : Non comparable

Fig. 1 – Répartition par tranches d'âge des parturientes -% -

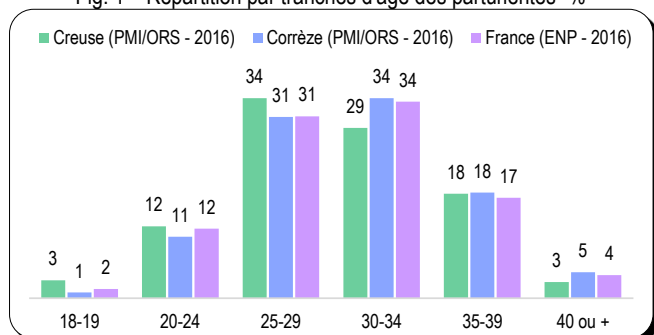
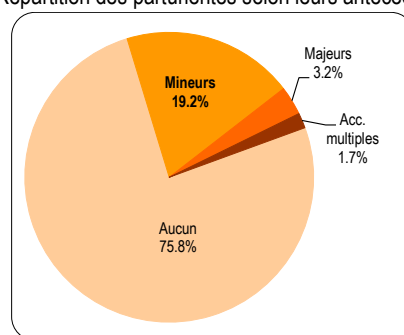


Fig. 2 - Répartition des parturientes selon leurs antécédents⁽³⁾ -% -



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

- 39% des enfants creusois nés en 2016 dans un foyer sans autre enfant – (Fig. 3).
- Une proportion de mères possédant au moins le bac statistiquement plus faible qu'en France (72% vs 77%). Un niveau d'études supérieures au baccalauréat observé dans des proportions également plus faibles qu'en Corrèze, qu'en France ou qu'en Nouvelle-Aquitaine⁽¹⁾ (42% vs respectivement 54%, 55% et 52%) – (Fig. 4).
- Un profil professionnel des mères creusoises (Fig. 5) différent de celui présenté par l'enquête nationale périnatale (ENP) : plus de mères se déclarent employées (64% vs 38% en France) et moins en professions intermédiaires qu'au niveau national (11% vs 40%).
- Des mères se déclarant moins fréquemment actives durant la grossesse en Creuse qu'en France (63% vs 68%). La répartition entre celles qui se déclarent au chômage ou au foyer est également différente : plus de mères au foyer dans le département (20% vs 12%) et moins au chômage (12% vs 17%).
- Un profil professionnel des pères (Fig. 6) également différent ($p < 0,001$) de celui observé dans l'enquête nationale : moins d'ouvriers et de cadres en Creuse, plus d'agriculteurs. En terme d'activité professionnelle, les pères creusois se déclarent moins fréquemment actifs qu'en France (83% vs 88%) mais deux fois plus souvent au foyer (4% vs 2%).

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total exploitable = 739) :

Le foyer, l'environnement socio-professionnel et familial	Creuse 2016	Creuse 2015	France ^(1,2) 2015-16	p	Corrèze 2016
➤ Aucun enfant au foyer (N=642; TR=86,9%)	39,4%	39,9%	38,7% ⁽²⁾	NS	38,1%
➤ Niveau d'études de la mère (N=585; TR=79,2%) : Bac ou plus	71,6%	75,8%	77,1% ⁽¹⁾	**	81,0%
▲ Supérieur au bac	41,5%	42,9%	55,4% ⁽¹⁾	***	53,5%
➤ Profession de la mère (N=447; TR=60,5%)					
▲ Cadres	12,3%	14,8%	13,3% ⁽¹⁾	NS	12,1%
▲ Employées	63,5%	65,9%	38,3% ⁽¹⁾	***	61,3%
▲ Professions intermédiaires	11,0%	9,3%	40,3% ⁽¹⁾	***	15,2%
➤ Mère active durant la grossesse (N=611; TR=82,7%)	63,0%	61,6%	68,1% ⁽¹⁾	**	68,8%
▲ Au foyer ou en congé parental	19,9%	20,9%	12,1% ⁽¹⁾	***	14,0%
▲ Au chômage ou inactives	11,8%	11,5%	16,8% ⁽¹⁾	**	9,3%
➤ Profession du père (N=513; TR=69,4%)					
▲ Ouvriers	20,5%	20,0%	32,9% ⁽¹⁾	***	18,9%
▲ Agriculteurs	9,9%	10,0%	1,7% ⁽¹⁾	***	4,6%
▲ Cadres	7,8%	9,4%	16,8% ⁽¹⁾	***	11,8%
➤ Pères actifs (N=571; TR=77,3%)	83,0%	81,6%	87,9% ⁽¹⁾	***	90,0%
▲ Au chômage ou inactifs	8,2%	7,7%	9,9% ⁽¹⁾	NS	5,6%
▲ Au foyer ou en congé parental	3,7%	3,1%	1,8% ⁽²⁾	***	1,0%

(1) Blondel B., Coulm B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

(2) A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2015. DREES, Série Sources et Méthodes, Sept. 2017, n° 61
ND. Non disponible

Comparaisons Corrèze vs France:

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

NS : Non significatif – NC : Non comparable

Fig. 3 – Composition de la fratrie au moment de la grossesse -% -

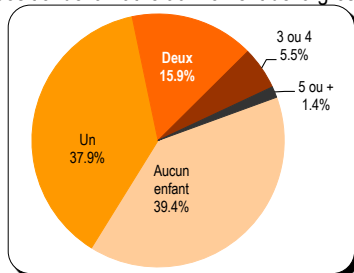


Fig. 4 - Proportion de mères ayant un niveau d'études supérieur au bac -% -

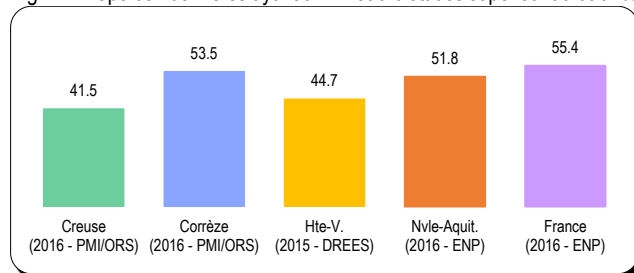


Fig. 5 – Répartition des parturientes selon leur CSP -% -

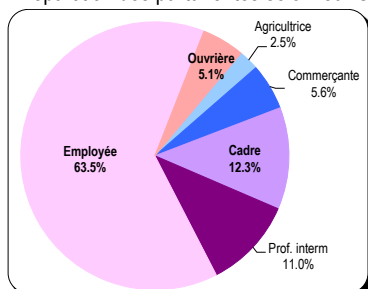
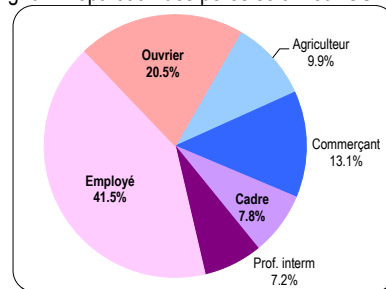


Fig. 6 – Répartition des pères selon leur CSP -% -



3°) Le suivi et le déroulement de la grossesse

- Deux fois moins de mères ayant consulté tardivement pour leur grossesse (après le 1^{er} trimestre) qu'en France : respectivement 2,5% versus 5,2% (Source : DREES). A noter : 7% des mères ont déclaré leur grossesse après le 1^{er} trimestre (Source : Enquête Nationale Périnatale).
- Un nombre moyen d'échographies par parturiente plus faible en Creuse : 3,4 vs 5,5 au niveau national, confirmé par une proportion de femmes peu ou pas suivies (< 3 échographies) beaucoup plus élevée dans le département (4,5% vs 1%).
- En revanche, un meilleur suivi par rapport aux données nationales concernant l'échographie morphologique réalisée au cours du 6^{ème} mois (recommandée entre la 22^e et la 24^e SA) ainsi que la clarté nucale, réalisée entre la 10^e et la 14^e ; pas d'évolution observée par rapport à l'analyse précédente.
- Moins d'une parturiente sur deux ayant suivi une préparation à la naissance (46%) : proportion plus faible qu'au niveau national et dans les autres départements de l'ancienne région Limousin (Fig. 7). Des primipares qui ont suivi cette préparation à la naissance en proportion plus importante (68%), mais également moins fréquemment qu'ailleurs – (Fig. 8)
- Une proportion de mères hospitalisées pendant la grossesse statistiquement plus élevée dans le département (14% vs 8%). Le motif le plus fréquemment mentionné : la menace d'accouchement prématuré comme en France, mais moins fréquemment (4% vs 5%).
- Une grossesse sur cinq considérée comme à risque, proportion stable par rapport à l'analyse précédente.
- Des résultats concernant la consommation d'alcool et/ou de tabac pendant la grossesse à interpréter avec beaucoup de prudence, compte tenu du mode de recueil de ces informations qui s'effectue aux dires des mères auprès d'un professionnel de santé (médecin ou sage-femme) pouvant biaiser les réponses. Compte tenu de ces réserves, des mères creusoises qui semblent déclarer consommer de l'alcool pendant la grossesse en mêmes proportions qu'au niveau national (moins d'1%), alors qu'elles semblent, au contraire, déclarer plus fréquemment fumer au cours de leur grossesse (22% vs 14%). Constat identique observé en Corrèze.

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total=739) :

Le suivi de la grossesse et le déroulement de la grossesse	Creuse 2016	Creuse 2015	France ^(1,2) 2015-16	p	Corrèze 2016
➤ Date de la première consultation (N=668; TR=90,4%)					
▲ 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} trimestre	2,5%	3,8%	5,2% ⁽²⁾	***	1,7%
- dont 3 ^{ème} trimestre	1,3%	1,9%	1,9% ⁽²⁾	NS	0,5%
➤ Échographies (N=696; TR=94,2%)					
▲ Moyenne d'échographies	3,4	3,4	5,5 ⁽¹⁾	***	3,9
▲ < 3 échographies	4,5%	4,2%	1,0% ⁽¹⁾	***	2,6%
- dont 0	0,4%	0,7%	0,1% ⁽¹⁾	NS	0,4%
➤ Réalisation de la clarté nucale (N=693; TR=93,8%)	97,7%	97,7%	93,4% ⁽¹⁾	***	97,7%
➤ Réalisation de l'échographie morphologique (N=706; TR=95,5%)	97,9%	97,2%	95,3% ⁽²⁾	***	98,1%
➤ Préparation à la naissance pendant la grossesse (N=501; TR=67,8%)	46,3%	46,3%	52,6% ⁽¹⁾	**	49,9%
➤ Consommation d'alcool déclarée pendant la grossesse (N=444; TR=60,1%)	0,7%	0,3%	0,5% ⁽²⁾	NS	0,3%
▲ Nombre moyen de verres par semaine	2,3 ver.	3,5 ver.	ND	--	2,7 ver.
➤ Consommation de tabac déclarée pendant la grossesse (N=410; TR=55,5%)	21,9%	12,7%	14,1% ⁽²⁾	***	17,1%
▲ Nombre moyen de cigarettes par jour	8,0 cig.	7,4 cig.	ND	--	8,2 cig.
➤ Hospitalisation pendant la grossesse (N=739; TR=100%)	13,7%	13,8%	8,3% ⁽²⁾	***	8,9%
▲ Durée moyenne d'hospitalisation ⁽³⁾	4,4 j	3,1 j	5,9 j ⁽¹⁾	NC	4,0 j
➤ Motifs d'hospitalisation ⁽³⁾ (N=739; TR=100%)					
▲ Hypertension Artérielle ⁽³⁾	3,0%	3,4%	2,2% ⁽¹⁾	NC	1,6%
▲ Menace d'accouchement prématuré ⁽³⁾	5,7%	4,7%	5,4% ⁽¹⁾	NC	4,0%
▲ Retard de croissance intra-utérin	2,2%	1,4%	0,9% ⁽²⁾	***	0,6%
➤ Grossesses à risque ⁽⁴⁾ (N=785; TR=100%)	20,0%	23,2%	ND	--	16,0%

(1) Blondel B., Coulim B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

(2) A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2015. DREES, Série Sources et Méthodes, Sept. 2017, n° 61

(3) Au niveau national l'information est obtenue suite à un entretien auprès des femmes (donnée non comparable).

(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 (CIM10 : O20), soins maternels pour lésions ou anomalies fœtales connues ou présumées (CIM10 : O34 à O43), dont croissance insuffisante du fœtus (CIM10 : O365), et/ou **hospitalisation** pour HTA, RCIU, MAP, rupture prématurée des membranes (CIM10 : O42), diabète gestationnel (CIM10 : O24), placenta praevia (CIM10 : O44)

ND. Non disponible

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

Fig. 7 – Proportion de parturientes ayant suivi la préparation à la naissance -%-

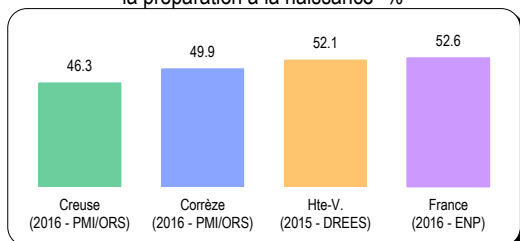
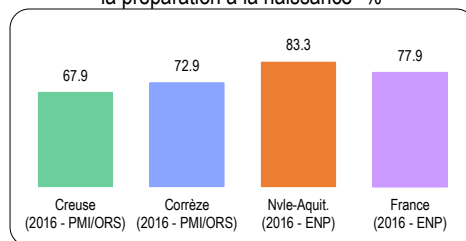


Fig. 8 – Proportion de primipares ayant suivi la préparation à la naissance -%-



4°) Le lieu d'accouchement

- Des mères creusoises qui accouchent dans seulement un peu plus des deux tiers des cas dans leur département de domicile (67%) : proportion en augmentation de 4 points depuis 2015 (63% - p=0,05), mais significativement plus faible qu'en Corrèze (90%) où l'offre de soins est plus conséquente (4 maternités).
- Une proportion plus élevée de mères qui accouchent en secteur public qu'au niveau national (94% vs 69%), en lien avec l'absence de structures privées dans le département.
- Un nombre plus important de parturientes ayant accouché à domicile en 2016 (n=11), alors que cet effectif se situait entre 2 et 5 chaque année depuis 2011 : une tendance à la hausse à confirmer lors de la prochaine analyse.

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total=739) :

Le Lieu d'accouchement	Creuse 2016	Creuse 2015	France 2016	p	Corrèze 2016
➤ Accouchement dans le département de domicile (N=734; TR=99,3%)	67,4%	62,7%	ND	--	93,2%
➤ Accouchement en secteur public (N=733; TR=99,2%)	93,5%	92,4%	69,2%(1)	***	70,8%
➤ Accouchement à domicile (N=734; TR=99,2%)	1,5%	0,6	ND	--	0,2%

(1) Blondel B., Coulm B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

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

5°) L'accouchement

- Un début du travail qui se déroule différemment en Creuse qu'en France : un travail spontané plus fréquent dans le département (78% vs 69%). Par conséquent, des taux d'accouchement déclenché et par césarienne avant travail plus faibles qu'au niveau national.
- Des pratiques analgésiques relativement similaires à celles observées dans l'enquête nationale Périnatale, excepté pour l'analgésie péridurale appliquée plus fréquemment qu'en France (76% vs 72%) (Fig. 10).
- Moins d'accouchements par voie basse avec extraction opératoire dans le département qu'au niveau national (9% vs 12%) et un taux de césarienne identique (Fig. 11).

Les items suivants sont calculés sur le nombre de parturientes (N total=739),
sauf pour le mode d'accouchement et la présentation de l'enfant calculés sur le nombre de certificats (N total=753) :

L'accouchement	Creuse 2016	Creuse 2015	France ^(1,2) 2015-16	p	Corrèze 2016
➤ Début du travail (N=691; TR=93,5%)					
▲ Spontané	78,0%	77,7%	68,6%(1)	***	68,7%
▲ Déclenché	16,8%	17,1%	22,0%(1)	**	21,4%
▲ Césarienne avant travail	5,2%	5,2%	9,4%(1)	***	9,9%
➤ Rupture membran. > 12h avant l'accouchement (N=618; TR=83,6%)	18,4%	15,6%	14,0%(2)	**	15,8%
➤ Type d'analgésie ou anesthésie (N=693; TR=93,8%)					
▲ Aucune	12,7%	13,2%	14,8%(1)	NS	13,2%
▲ Analgésie péridurale	75,9%	76,6%	72,1%(1)	*	69,5%
▲ Anesthésie générale	1,2%	0,7%	1,2%(1)	NS	1,1%
▲ Rachi-anesthésie (ou autre anesthésie)	10,2%	9,5%	11,9%(1)	NS	16,2%
➤ Mode d'accouchement (N=690; TR=91,6%)					
▲ Voie basse non opératoire (non instrumentalisée)	72,6%	73,2%	67,4%(1)	**	63,2%
▲ Voie basse avec extraction opératoire (instrumentalisée)	8,7%	10,9%	12,2%(1)	**	13,7%
▲ Césarienne (urgente ou programmée)	18,7%	15,9%	20,4%(1)	NS	23,1%
- Dont programmée	4,8%	4,8%	7,5%(2)	***	7,7%
➤ Présentation de l'enfant en siège (N=727; TR=96,5%)	4,1%	3,5%	4,6%(1)	NS	4,0%

(1) Blondel B., Coulm B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

(2) A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2015. DREES, Série Sources et Méthodes, Sept. 2017, n° 61
ND. Non disponible

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

Fig. 9- Répartition des parturientes selon le début du travail -%-

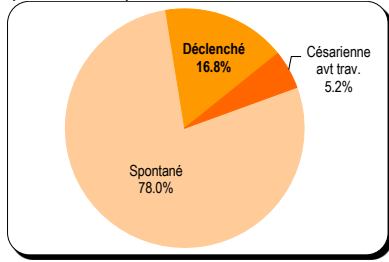


Fig. 10 – Répartition des parturientes selon le type d'analgésie -%-

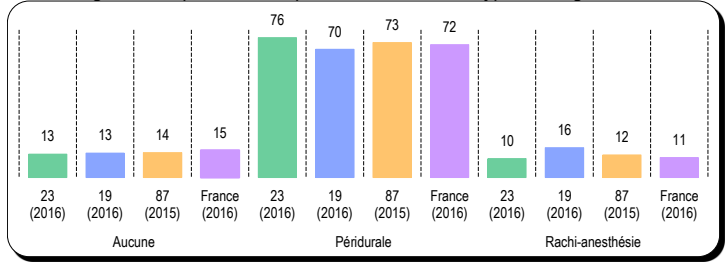
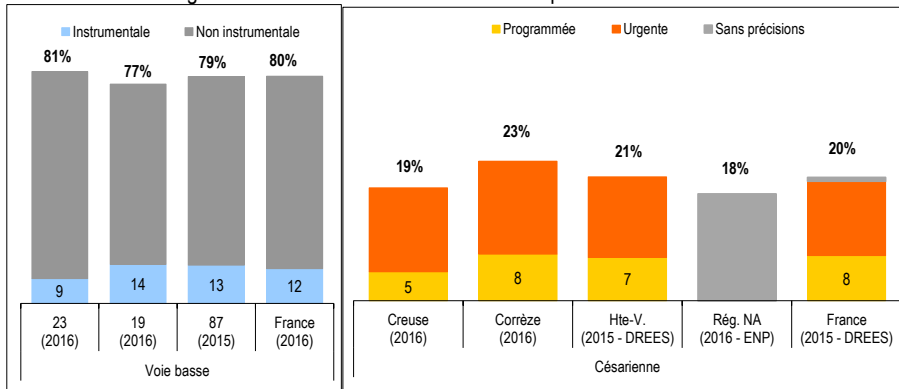


Fig. 11 – Mode d'accouchement selon le département -%-



6°) L'enfant

- Un taux de prématurité (< 37 SA) statistiquement inférieur à celui relevé dans l'enquête Périnatale (5% vs 8%). En revanche, une proportion d'enfants de petit poids (< 2500 g) identique à celle observée au niveau national, excepté pour les enfants de très petit poids (< 1500 g) où la proportion creusoise est statistiquement plus faible qu'en France. A noter : aucune différence observée avec les résultats de Corrèze ou de Nouvelle-Aquitaine concernant ces indicateurs (Fig. 12).
- Une proportion de naissances ayant nécessité des gestes de réanimation ou techniques identique à celle relevée au niveau national, et moins d'enfants transférés dans le département (7% vs 10%).
- Des pathologies de la première semaine de vie signalées plus fréquemment dans le département qu'en France (13% vs 5%), avec une prise en charge de ces pathologies différente notamment avec une antibiothérapie signalée plus fréquemment (4% vs 1%).
- En revanche, des anomalies congénitales annotées dans les mêmes proportions qu'en France (3%).
- Près de 4% de naissances multiples observées dans le département, comme en France et en Corrèze.
- Un taux d'allaitement au sein à la maternité statistiquement plus faible en Creuse qu'ailleurs, et notamment qu'en France (54% vs 67%) – (Fig. 13).
- Un test de l'audition pratiqué à la naissance, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (*en faveur de la mise en place progressive du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale – Janv. 2007*), pour près de 98% des enfants nés en 2016, proportion stable par rapport à l'analyse précédente : 2% sont à surveiller.

Les items suivants sont calculés sur le nombre de certificats (nombre d'enfants) – (N total=753) :

L'enfant	Creuse 2016	Creuse 2015	France ^(1,2) 2015-16	p	Corrèze 2016
➤ Age gestationnel de l'enfant (N=718; TR=95,4%)					
▲ < 37 semaines d'aménorrhée	5,4%	5,9%	7,5% ⁽¹⁾	*	5,3%
- dont ≤ 34 semaines d'aménorrhée	1,7%	1,7%	3,1% ⁽¹⁾	*	1,8%
➤ Poids de naissance (N=746; TR=99,1%)					
▲ Moyenne	3 204 g	3 212 g	3 247 g ⁽¹⁾	*	3 231 g
▲ < 2 500 grammes	8,6%	6,7%	7,5% ⁽¹⁾	NS	7,0%
- dont < 1 500 grammes	0,3%	1,0%	1,1% ⁽¹⁾	*	0,3%
➤ Coefficient d'Appgar à une minute (N=738; TR=98,0%)					
▲ < 8	4,2%	5,9%	ND	--	8,6%
- dont < 4	1,6%	1,7%	ND	--	1,8%
➤ Nécessité de gestes de réanimation ou techniques (N=579; TR=76,9%)	4,1%	6,4%	4,6% ⁽²⁾	NS	5,8%
➤ Enfants transférés (N=507; TR=67,3%) ⁽³⁾	6,9%	6,9%	9,9% ⁽¹⁾	*	6,7%
➤ Enfants avec une pathologie à la première semaine (N=753; TR=100%) ⁽⁴⁾	13,3%	14,2%	4,8% ⁽²⁾	***	3,4%
♦ Antibiothérapie	4,2%	5,0%	1,6% ⁽²⁾	***	1,4%
♦ Oxygénothérapie	2,7%	4,0%	2,0% ⁽²⁾	NS	2,0%
➤ Enfants atteints d'anomalie congénitale (N=753; TR=100%) ⁽⁴⁾	3,1%	2,4%	2,9% ⁽²⁾	NS	1,3%
♦ Malformation cardiaque(suspectée ou certaine)	0,8%	0,6%	ND	--	0,1%
♦ Malformation rénale(suspectée ou certaine)	0,4%	0,6%	ND	--	0,2%
♦ Trisomie 21 (suspectée ou certaine)	0,1%	0,1%	0,2% ⁽²⁾	NS	0%
♦ Fente labio-palatine	0,3%	0%	0,1% ⁽²⁾	*	0%
➤ Enfants issus de naissances multiples (N=709; TR=94,2%)	4,1%	3,5%	3,5% ⁽¹⁾	NS	3,5%
➤ Enfants allaités (N=722; TR=95,9%)	54,3%	53,0%	66,7% ⁽¹⁾	***	62,0%
➤ Tests de l'audition pratiquée (N=635; TR=84,3%)	97,8%	98,5%	ND	--	98,6%
♦ Résultat à surveiller	1,9%	3,0%	ND	--	3,2%

(1) Blondel B., Coulm B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

(2) A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2015. DREES, Série Sources et Méthodes, Sept. 2017, n° 61

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

ND. Non disponible

Comparaisons Creuse vs France:

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

NS : Non significatif – NC : Non comparable

Fig. 12 – Proportion d'enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée et proportion d'enfants pesant < 2500 grammes

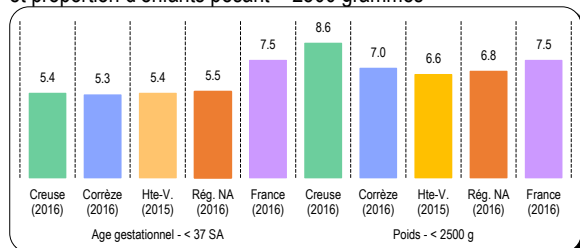
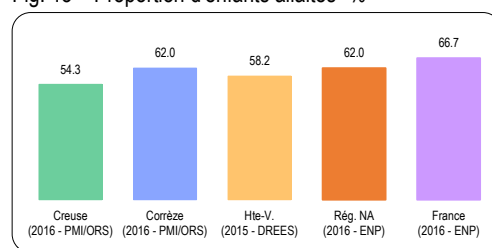


Fig. 13 – Proportion d'enfants allaités -%-



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 :

- ✍ l'âge gestationnel 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 : âge gestationnel compris entre 33 SA et 36 SA
 - poids de naissance : compris entre 1 500 grammes et 2 499 grammes
 - score d'Apgar : compris entre 4 et 7
 - transfert secondaire (ou de précocité non renseignée) à la naissance
- Risque important :
 - prématurité : âge gestationnel <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

- Selon les indicateurs définissant le risque médical à la naissance des nouveau-nés, 15% d'entre eux considérés comme tels en Creuse, dont 4% comme à risque médical important (Fig. 14) : proportions stables par rapport à l'analyse précédente et aucune différence observée avec les résultats corréziens.
- Plus de demandes de surveillance et/ou de consultations spécialisées mentionnées sur les certificats en Creuse : 4% à 7% vs 2% en Corrèze – $p < 0,001$, sûrement en lien avec la fréquence de notification plus élevée des anomalies détectées dans le département.
- Plus de demandes de contact avec la PMI exprimées par les médecins creusois qu'en Corrèze.

Les items suivants sont calculés sur le nombre de certificats (nombre d'enfants) – (N total=753) :

Les enfants à risque médical	Creuse 2016	Creuse 2015	Corrèze 2016	p
➤ Enfants à risque médical à la naissance (N=731; TR=97,1%)	14,6%	14,9%	17,1%	NS
↳ Dont risque médical important	4,2%	5,8%	5,8%	NS
➤ Surveillance particulière demandée (N=753; TR=100%)(1)	6,9%	6,1%	2,4%	***
➤ Consultation spécialisée demandée (N=753; TR=100%)(1)	4,1%	1,5%	1,7%	***
➤ Souhait de contact avec la PMI (N=704; TR=93,5%)	1,0%	0,4%	0,1%	**

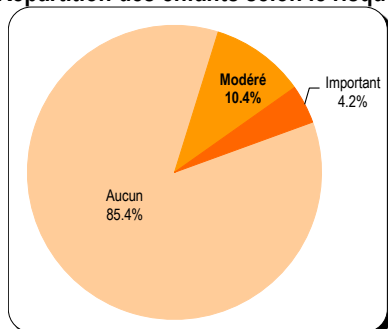
(1) Calculé sur l'ensemble des enfants, en considérant que les CS "non remplis" sont des "non"

Comparaisons Creuse vs Corrèze :

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

NS : Non significatif – NC : Non comparable

Fig.14 - Répartition des enfants selon le risque médical à la naissance -%-



La présente analyse constitue la deuxième 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 quatorzième 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) :

- Rapports publiés
- Rapport actuel
- Rapport à venir