

ÉTAT DE SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS EN PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

EXPLOITATION DES PREMIERS CERTIFICATS DE SANTÉ
DES ENFANTS NÉS EN 2017

- Document réalisé pour le Département des Pyrénées-Atlantiques

CONTEXTE.....	3
I. LES NAISSANCES.....	4
A. EFFECTIFS ET EVOLUTION	4
B. TAUX DE RÉCEPTION DES PREMIERS CERTIFICATS DE SANTE EN 2017	5
II. LES MÈRES.....	6
A. L'ÂGE DES MÈRES	6
B. LE PROFIL SOCIO-PROFESSIONNEL DES MÈRES	7
C. LE SUIVI DE GROSSESSE	7
D. LES CONDITIONS DE GROSSESSES ET DÉROULEMENT.....	9
E. CAS PARTICULIERS : LES GROSSESSES À RISQUE ET LES SITUATIONS DE FRAGILITÉ	11
1. Les grossesses à risque.....	11
2. Les situations de fragilité des mères au moment de la grossesse.....	11
F. L'ACCOUCHEMENT	12
III. LES NOUVEAU-NÉS	14
A. L'ÉTAT DE SANTÉ À LA NAISSANCE	14
B. LES NOUVEAU-NÉS À RISQUE MÉDICAL À LA NAISSANCE	17
C. L'ALLAITEMENT DES NOUVEAU-NÉS À LA NAISSANCE.....	18
SYNTHÈSE - CONCLUSION	19

CONTEXTE

Cette étude sur la santé des nouveau-nés de Pyrénées-Atlantiques, soutenue par le Conseil Départemental des Pyrénées-Atlantiques, a été effectuée à partir des données issues des premiers certificats de santé (PCS) reçus dans le service de Protection Maternelle Infantile (PMI).

Ce premier certificat de santé, établi lors de l'examen préventif obligatoire qui doit être effectué dans les 8 jours suivant toute naissance, est rempli essentiellement par le personnel médical des maternités. Il constitue une source d'informations sur le déroulement de la grossesse et la santé des mères et des nouveau-nés. Il permet également de décrire les conditions d'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance. Enfin, quelques informations permettent une approche de la situation sociale de la mère.

Au-delà des obligations légales de recueil, de traitement et de diffusion d'informations fixées par le Ministère de la Solidarité et de la Santé, l'exploitation infra-départementale des PCS permet d'une part d'affiner les connaissances dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi de pointer les problèmes existants afin d'identifier les territoires dans lesquels les efforts des politiques publiques - et singulièrement ceux des services du Conseil Départemental - doivent se concentrer ; cette analyse constitue un véritable outil d'aide à la décision permettant de comparer les chiffres aux données nationales⁽¹⁾, lorsque cela est possible.

Depuis 2018, une nouvelle organisation territoriale a été mise en place dans le département ; elle repose sur sept services départementaux des solidarités et de l'insertion (SDSEI), calés sur les bassins de vie du territoire.

Le présent rapport concerne l'exploitation des principaux indicateurs issus des PCS des enfants domiciliés dans le département et nés au cours de l'année 2017 ; il est enrichi de représentations cartographiques des analyses infra-départementales par SDSEI.

En 2017, 5 965 enfants sont nés vivants de mères domiciliées dans les Pyrénées-Atlantiques, selon l'Insee. Parallèlement, les services de PMI ont reçu et saisi 5 809 certificats, permettant d'afficher un taux de réception assez élevé, voisin de 97 %.

(1) Selon les indicateurs :

A. Vilain. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) – Validité 2016. DREES, Série Sources et Méthodes, Déc. 2018, n° 68
Blondel B., Coulm B., Bonnet C. Enquête nationale périnatale en 2016 (ENP). Inserm. Octobre 2017

I. LES NAISSANCES

A. EFFECTIFS ET EVOLUTION

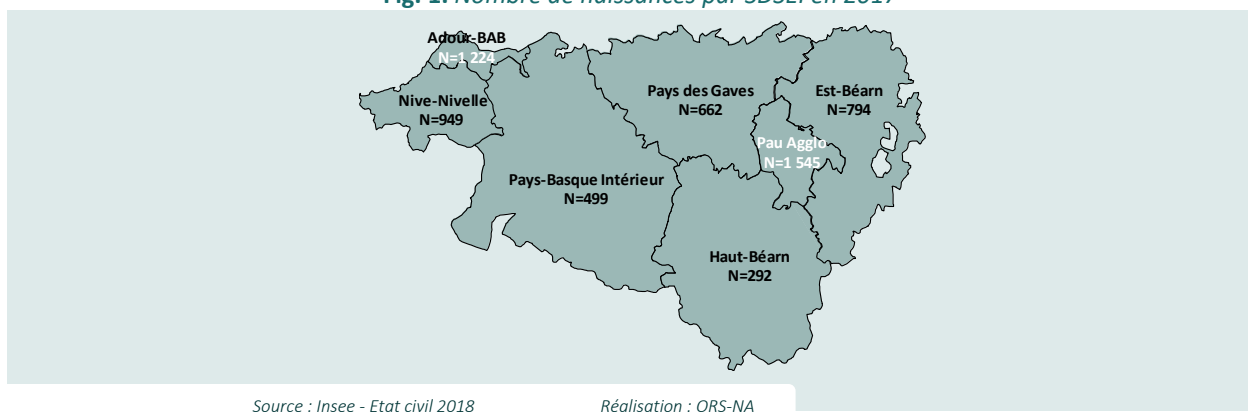
Selon l'Insee, les naissances sur le département sont en baisse constante depuis 2014, passant même en dessous de la barre des 6 000 naissances en 2017.

Graph. 1. Évolution des naissances dans les Pyrénées-Atlantiques entre 2011 et 2017



De part le profil démographique des territoires, le nombre de naissances est relativement important sur les territoires urbains (Pau Agglomération et Adour-BAB), alors qu'il est plus faible dans les zones rurales ou de montagne (Haut-Béarn et Pays Basque intérieur).

Fig. 1. Nombre de naissances par SDSEI en 2017



B. TAUX DE RÉCEPTION DES PREMIERS CERTIFICATS DE SANTE EN 2017

Avec plus de 5 800 premiers certificats de santé (PCS) reçus et saisis par les services de PMI, le taux de réception des PCS est de 97 % en 2017, soit un taux supérieur à celui relevé au niveau national en 2016 (81 %).

Quelques disparités sont relevées au niveau infra-départementales : des taux de réception un peu plus faibles dans les secteurs du Haut Béarn et de l'Est Béarn (92 % et 94 %) alors qu'ils atteignent 100 % dans les trois secteurs de la partie Ouest du département [Fig. 2].

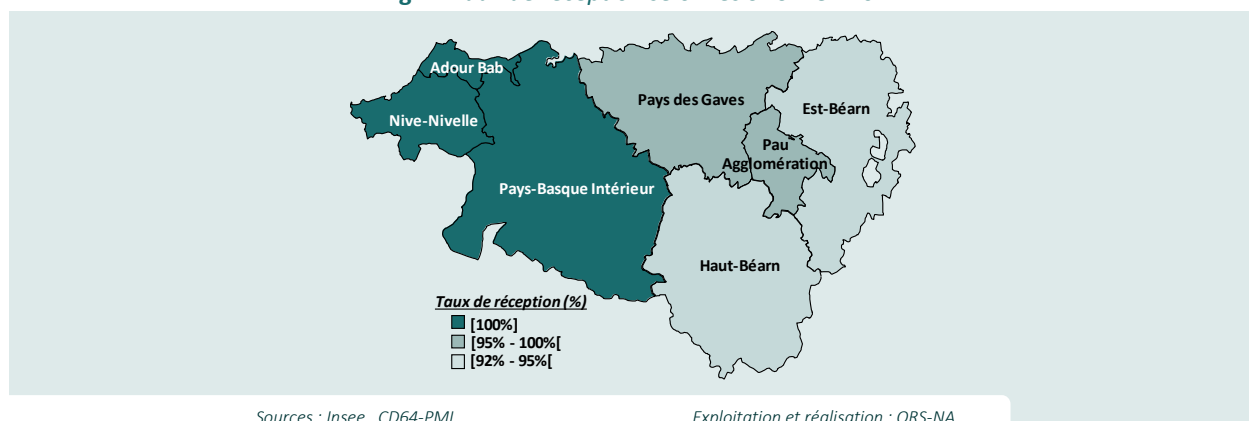
Tableau 1. Naissances et réception des Premiers Certificats de Santé (PCS)

	Pyr. Atlantiques (2017)	France (2016)
Naissances	5 965	781 632
Certificats de santé	5 809	635 598
Taux de réception	97,4 %	81 %

Sources : Insee, CD64-PMI, DREES

Réalisation : ORS-NA

Fig. 2. Taux de réception selon les SDSEI en 2017



Sources : Insee, CD64-PMI

Exploitation et réalisation : ORS-NA

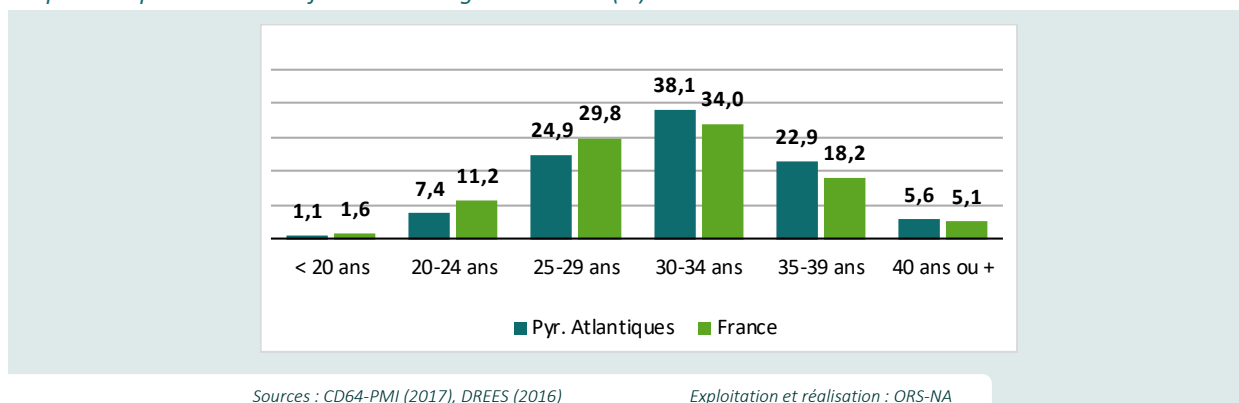
II. LES MÈRES

A. L'ÂGE DES MÈRES

Les nouveau-nés de Pyrénées-Atlantiques ont une mère en moyenne plus âgée qu'en France (31,5 ans versus 30,3 ans – *Enquête Nationale Périnatale 2016 -ENP-*) : près de 29 % des enfants ont une mère âgée de 35 ans ou plus au moment de leur naissance ; ils sont 23 % au niveau national [Graph. 2].

En 2017, 61 enfants sont nés d'une mère âgée de moins de 20 ans, dont 13 de moins de 18 ans. A l'opposé, 652 enfants sont nés d'une mère âgée de 38 ans ou plus.

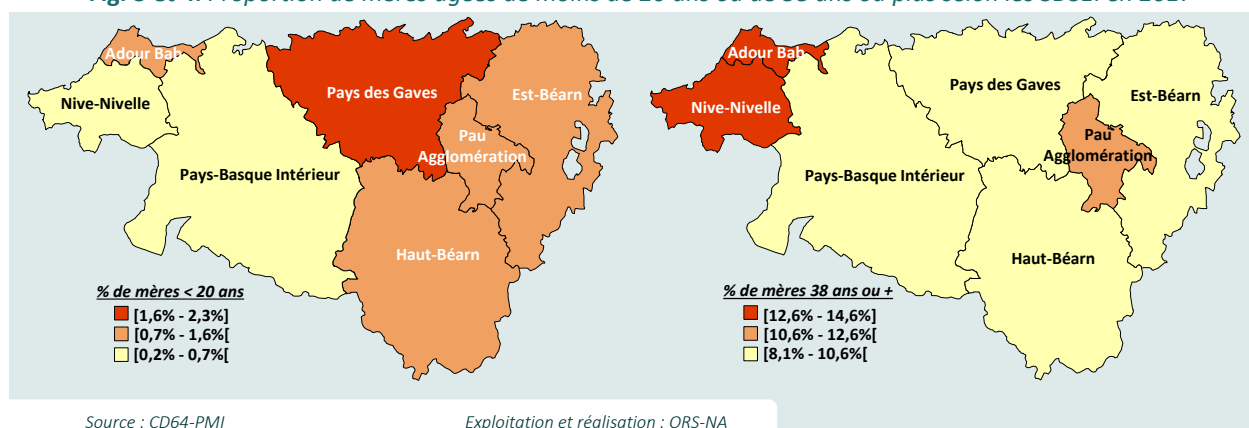
Graph. 2. Répartition des enfants selon l'âge de la mère (%)



Au niveau infra-départemental, on observe des hétérogénéités très importantes concernant l'âge des mères : les proportions de mères de moins de 20 ans sont plus élevées au Nord et à l'Est. On constate même deux fois plus de mères de cet âge dans le Pays de Gaves que dans le département et 10 fois plus également dans ce secteur que dans le secteur limitrophe (Pays Basque Intérieur) – [Fig. 3].

Quant aux deux secteurs de l'Ouest du département, ils affichent des proportions de 13 à 15 % de mères âgées de 38 ans ou plus [Fig. 4].

Fig. 3 et 4. Proportion de mères âgées de moins de 20 ans ou de 38 ans ou plus selon les SDSEI en 2017



En savoir plus... :

- ❖ Les nouveau-nés de mères primipares (ayant accouché pour la première fois) représentent près de 44 % des PCS et ont une mère âgée en moyenne de 30,0 ans.
- ❖ Les enfants de mères primigestes (mères étant enceintes pour la première fois) sont un peu moins de 38 % et ont une mère âgée également de 30,0 ans.

B. LE PROFIL SOCIO-PROFESSIONNEL DES MÈRES

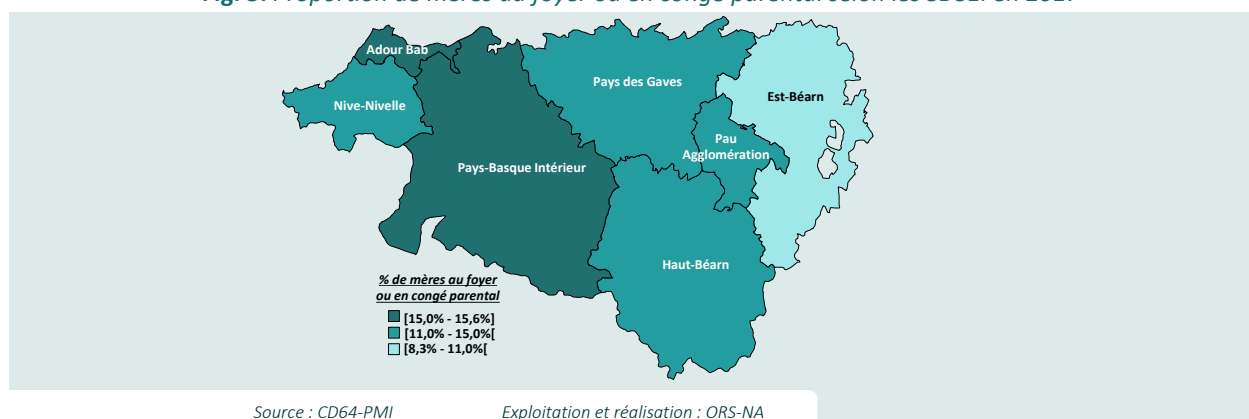
Parmi les certificats renseignés sur l'activité professionnelle des mères (80 %), un peu plus de 7 sur 10 indiquent l'exercice d'une activité professionnelle (65 % en France) et un sur dix un chômage. Les certificats mentionnant une mère au foyer ou en congé parental représentent 13 % alors qu'ils sont 18 % au niveau national.

On observe des disparités infra-départementales concernant ces mères au foyer ou en congé parental allant de 8 % à l'Est jusqu'à 15 % à l'Ouest [Fig. 4].

Le profil professionnel des mères se compose pour une majorité d'employées (62 %) et de cadres ou professions intellectuelles supérieures (19 %), comme en France mais en proportions différentes (respectivement 55 % et 25 %).

Le niveau d'études de la mère (item renseigné à hauteur de 70 %) est au moins égal au baccalauréat pour 86 % des nouveau-nés (80 % en France), dont 60 % avec un niveau supérieur au bac (54 % en France).

Fig. 5. Proportion de mères au foyer ou en congé parental selon les SDSEI en 2017



C. LE SUIVI DE GROSSESSE

Le suivi des grossesses comprend plusieurs consultations prénatales obligatoires (une avant la fin du 3^e mois de grossesse puis une par mois à partir du 4^e mois jusqu'à l'accouchement) et trois échographies, en général au cours des 3^e, 5^e puis 8^e mois. A l'occasion de la première consultation, le médecin ou la sage-femme remet à la future mère un document lui permettant de déclarer sa grossesse à l'assurance maladie et à l'organisme de prestations familiales.

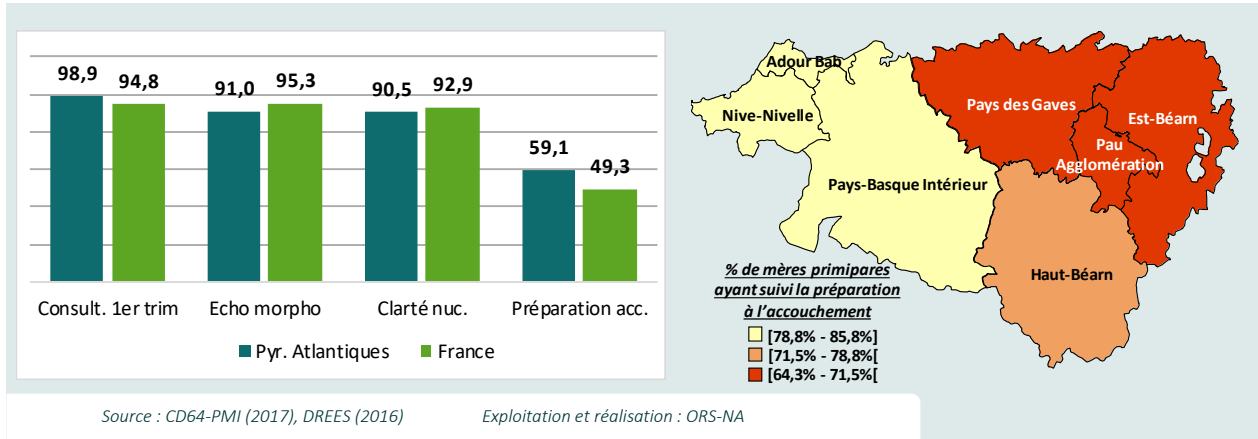
Dans le département, les nouveau-nés de 2017 ont bénéficié en moyenne de 3,5 échographies de suivi durant la grossesse : plus de 72 % ont eu les 3 échographies préconisées pour un bon suivi, proportion plus élevée qu'en France (64 %). Peu d'enfants sont mal suivis (moins de 3 échographies) : à peine 1 % dans le département alors qu'ils sont 3 % au niveau national.

La première visite a été effectuée au cours du premier trimestre dans 99 % des cas [Graph. 3] : proportion plus élevée qu'en France (95 %), et 6 naissances sur 10 ont été précédées de séances de préparation à l'accouchement alors qu'elles représentent à peine une sur deux en France [Graph. 3].

Les nouveau-nés de mères primipares bénéficient plus fréquemment de la préparation à l'accouchement (75 % vs 51 %), et surtout à l'Ouest du département où 8 mères primipares sur 10 en bénéficient [Fig. 6]. Les autres indicateurs de suivi de grossesse ne sont pas différents, que la mère soit primipare ou multipare.

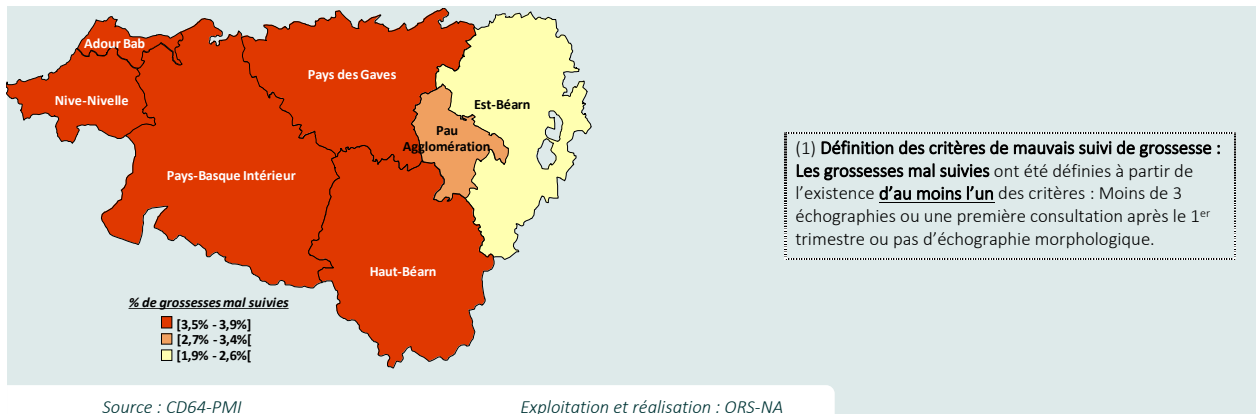
A contrario, une proportion un peu moindre de nouveau-nés qu'au niveau national ont pu bénéficier de l'échographie morphologique et/ou de la mesure de la clarté nucale, également signe d'un bon suivi (91 % pour chaque mesure dans le département contre respectivement 95 % et 93 % en France).

Graph. 3. Indicateurs de suivi de grossesse (%)



Un peu plus de 3 % des PCS comportent au moins un des critères définissant les grossesses mal suivies⁽¹⁾, avec des disparités importantes selon les secteurs : une proportion plus favorable dans l’Est Béarn et, dans une moindre mesure dans le secteur de Pau Agglomération, alors que dans le reste des SDSEI les proportions de grossesses mal suivies sont au-delà de 3,5%. – [Fig. 7]. Le secteur du Pays des Gaves cumule plusieurs de ces critères avec, non seulement plus d’1 % de consultations tardives, près de 2 % de grossesses n’ayant pas bénéficié des 3 échographies recommandées, mais aussi avec moins d’une mère sur deux (47 %) qui n’ont pas suivi de préparation à l’accouchement.

Fig. 7. Proportion de grossesses mal suivies⁽¹⁾ selon les SDSEI en 2017



La recherche de l’antigène HBs de l’hépatite B est obligatoire chez toutes les femmes enceintes lors de l’examen du 6^e mois. Les nouveau-nés de mères porteuses de cet antigène doivent bénéficier à la naissance d’une séroconversion qui évite la transmission du virus. Les certificats de santé indiquent la recherche de cet antigène pour 91 % des enfants ; cette recherche s’est avérée positive pour 0,1 % d’entre eux ; selon la Drees au niveau national, on observe respectivement 93 % pour la recherche de l’antigène et 0,5 % concernant un résultat positif.

D. LES CONDITIONS DE GROSSESSES ET DÉROULEMENT

Grossesse non menée à terme : Indicateur obtenu en calculant la différence entre la gestité et la parité, lorsque les deux items sont renseignés (94 %). Antécédents qualifiés de « mineurs » lorsque l'écart est égal à 1 ou 2, et qualifiés de « majeurs » lorsque l'écart est supérieur ou égal à 3.

En termes d'antécédents de la grossesse actuelle, on observe que celles qui n'ont pas été menées à terme (*par exemple fausses couches ou interruptions de grossesse*) ne sont pas rares : 18,2 % des naissances ont été précédées par au moins une grossesse non menée à terme, dont 1,7 % par au moins 3, (antécédents pouvant être qualifiés de « majeurs »).

Parmi les nouveau-nés de mères multipares, 16 % des certificats font état d'antécédents de césarienne (11 % en France), près de 4 % d'antécédents de prématurité et/ou de petit poids (5 % en France), 1,2% d'enfants morts-nés (1,5 %) et 0,3% d'enfants nés vivants puis décédés (0,5 %).

Après recodage, 8 % des PCS portent l'indication d'une **pathologie au cours de la grossesse** : deux fois moins qu'au niveau national. Le diabète est la pathologie la plus fréquemment mentionnée, comme en France mais en proportion trois fois moins importante dans le département.

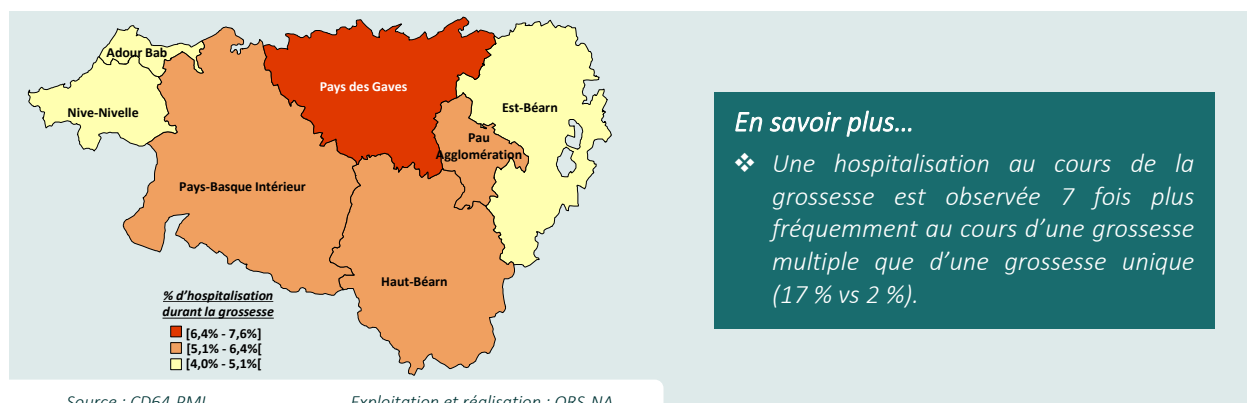
Tableau 2. Pathologies au cours de la grossesse

	Pyr. Atlantiques (2017)	France (2016)
Pathologies au cours de la grossesse	8,4 %	17,6 %
<i>Dont : Diabète</i>	3,0 %	8,9 %
<i>HTA traitée</i>	0,8 %	1,6 %
<i>Prééclampsie</i>	0,6 %	1,3 %

Sources : CD64-PMI, DREES Exploitation et réalisation : ORS-NA

L'hospitalisation de la mère au cours de la grossesse est survenue pour 5,4 % des nouveau-nés, principalement pour « menace d'accouchement prématuré » (3 %). Sur les 313 certificats relatant une hospitalisation, 217 ont renseigné la durée indiquant en moyenne 9,3 jours d'hospitalisation. On observe encore des différences selon les secteurs allant de 4 % d'hospitalisation dans le secteur de Nive-Nivelle à près de 8 % dans celui de Pays de Gaves.

Fig. 8. Proportion d'hospitalisation durant la grossesse selon les SDSEI en 2017

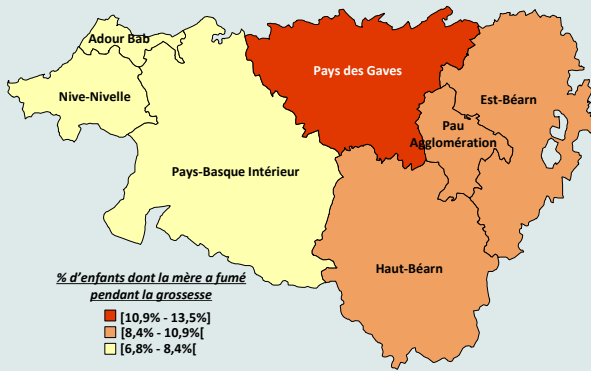


Le premier certificat de santé interroge sur la consommation d’alcool et de tabac durant la grossesse : il est demandé de renseigner le nombre de verres d’alcool consommés par semaine ainsi que le nombre de cigarettes fumées. Ces deux items sont renseignés à hauteur de 82 %, mais ils sont à interpréter avec prudence. Pour l’alcool, seuls 11 certificats portent l’indication d’un nombre de verres consommés (0,4 %), pour une moyenne de 7,6 verres.

Une consommation de tabac pendant la grossesse est mentionnée sur 416 PCS des 4 786 renseignés, soit 9 %. Au niveau national, ce sont 13 % des PCS qui indiquent une consommation de tabac de la mère [Graph. 4].

En moyenne, la consommation de tabac représente près de 8 cigarettes par jour dans le département. Au niveau infra-départemental, on observe des disparités quant à la consommation déclarée de tabac qui varie de 7 % dans le secteur Adour Bas à environ 13 % dans le Pays des Gaves [Fig. 9], mais aucune différence sur la quantité consommée en moyenne dans les secteurs (entre 7 et 8 cigarettes par jour).

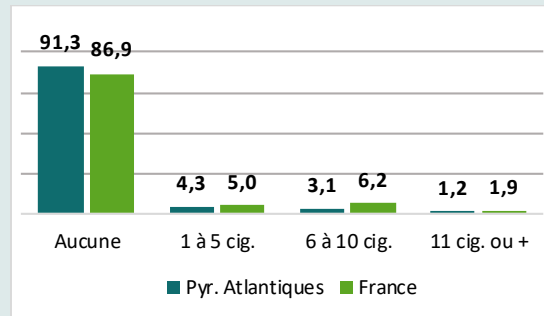
Fig. 9. Proportion d’enfants dont la mère a déclaré avoir fumé durant la grossesse selon les SDSEI en 2017



Source : CD64-PMI (2017), DREES (2016)

Exploitation et réalisation : ORS-NA

Graph. 4 Répartition des enfants selon la consommation de tabac de la mère (%)



E. CAS PARTICULIERS : LES GROSSESSES À RISQUE ET LES SITUATIONS DE FRAGILITÉ

1. Les grossesses à risque

Les grossesses à risque ont été définies à partir de l'existence **d'au moins l'un** des critères suivants : l'existence d'une pathologie survenue pendant la grossesse et/ou une hospitalisation durant la grossesse et/ou un nombre de fœtus > 1.

13 % des PCS comportent au moins l'un des critères définissant une grossesse à risque, identifiée plus fréquemment dans le Nord et l'Est du département [Fig. 10].

Parmi ces grossesses, près d'un tiers des enfants sont nés avec un faible poids (30 % < 2 500 grammes), un quart prématurément (26 % < 37 SA), 17% ont été transférés à la naissance et pour 13 % d'entre eux des gestes techniques spécialisés ont été prodigués.

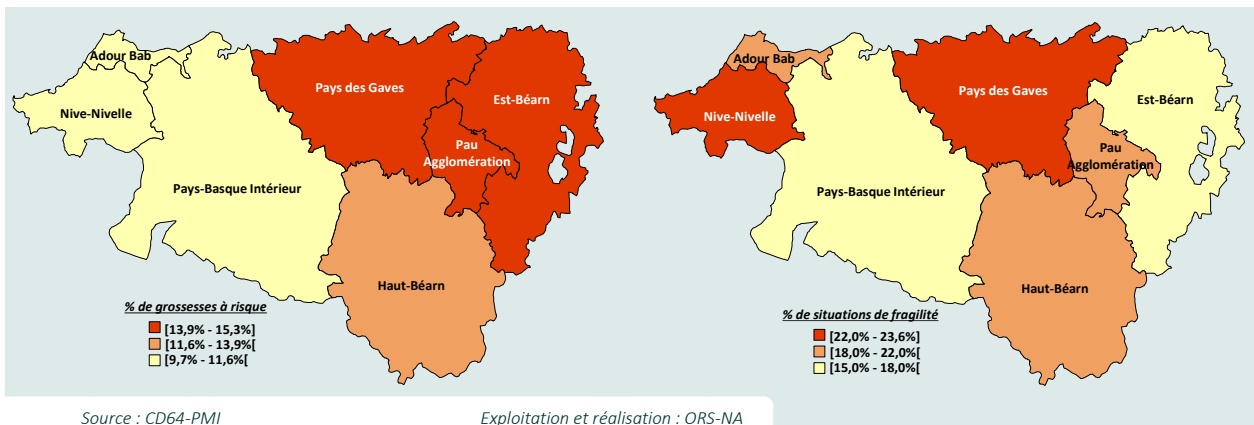
2. Les situations de fragilité des mères au moment de la grossesse

Les situations de fragilité des mères ont été définies à partir de l'existence **d'au moins l'un** des critères suivants : Mères de moins de 18 ans (mineures) ou de plus de 37 ans, mères ayant réalisé moins de 3 échographies ou ayant eu leur première consultation au cours des 2^e ou 3^e trimestre de la grossesse, mères ayant fumé au moins une cigarette par jour au cours de la grossesse, mères ayant bu au moins un verre d'alcool par semaine au cours de la grossesse, mères ayant présenté un résultat positif de recherche de l'antigène HBs.

Sur les 71 % de PCS renseignés sur au moins un des critères retenus, une situation de fragilité est identifiée pour un peu plus de 20 % des nouveau-nés, avec des proportions plus élevées dans les secteurs de Nive-Nivelle et Pays des Gaves (23 % et 24 %) – [Fig. 11].

On observe plus fréquemment de situations de fragilité pour les enfants de mères avec un niveau d'études inférieur au bac (30 % vs 18 % pour les autres), et pour ceux dont la mère n'est pas active (28 % vs 16 % lorsqu'elles sont actives). Ces situations de fragilité se retrouvent également plus fréquemment pour les enfants dont la mère est multipare (24 % vs 16 % parmi les primipares).

Fig. 10 et 11. Proportion de grossesses à risque et de situations de fragilité des mères selon les SDSEI en 2017



En savoir plus...

- ❖ Lorsque les mères sont en situation de fragilité, on observe plus fréquemment de nouveau-nés prématurés (7 % vs 5 %), d'enfants de petit poids (10 % vs 5 %), plus de transferts à la naissance (6 % vs 3 %) et de gestes techniques (5 % vs 4 %).

F. L'ACCOUCHEMENT

A peine une centaine d'enfants sont nés en dehors de leur département de domicile, soit moins de 2 %. Les deux principaux établissements hospitaliers du département se répartissent l'essentiel des naissances domiciliées : le Centre Hospitalier de Bayonne pour 1 599 naissances et celui de Pau (1 565). Ensuite, ce sont deux établissements privés qui pratiquent le plus d'accouchements : la polyclinique de Navarre à Pau (1 254) et la clinique Belharra de Bayonne (733).

Parmi les 5 809 PCS, on observe que 185 enfants sont issus d'une naissance multiple (jumeaux, triplés ou quadruplés). La part de ces enfants nés de naissances multiples s'élève à 3 % comme au niveau national.

L'analgésie la plus fréquemment pratiquée est la péridurale, mais de façon plus fréquente dans le département qu'au niveau national : elle concerne les 3/4 des naissances vs 71 % en France. En revanche, les accouchements sans analgésie sont moins fréquents dans le département.

Tableau 4. Répartition des naissances selon le mode d'analgésie (%)

	Pyr. Atlantiques 2017	France 2016
Aucune analgésie	11,1 %	16,9 %
Analgésie péridurale	75,2 %	71,2 %
Anesthésie rachidienne	11,6 %	10,5 %
Analgésie générale	1,6 %	1,1 %
Autre analgésie	0,6 %	0,4 %

Sources : CD64-PMI, DREES

Réalisation : ORS-NA

En savoir plus...

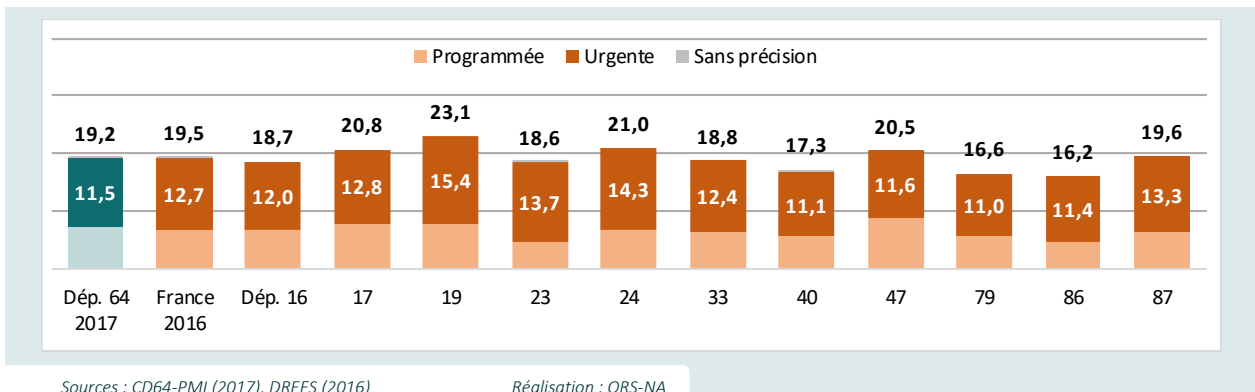
❖ Les accouchements sans analgésie sont significativement plus fréquents pour les naissances de mères multipares que pour celles de primipares (16 % vs 5 %).

Dans le département, pour plus de 7 accouchements sur 10, le travail se fait spontanément, dans 19 % des cas il est déclenché et une césarienne est programmée avant travail dans près de 10 % des accouchements. Au niveau national, on constate quelques différences : le travail est déclenché dans 21 % des cas et une césarienne est programmée dans 9 % des cas .

Les accouchements se déroulent majoritairement par voie basse sans extraction opératoire (64 %) ; le recours à la césarienne a concerné 19 % des naissances, comme en France [Graph. 5]. En revanche, le recours à une césarienne de façon urgente est plus fréquent au niveau national que dans le département (13 % vs 11 %). Les raisons du recours à la césarienne ne sont notifiées que dans deux tiers des cas en Pyrénées-Atlantiques ; 36 % le sont en raison d'un problème lié au fœtus.

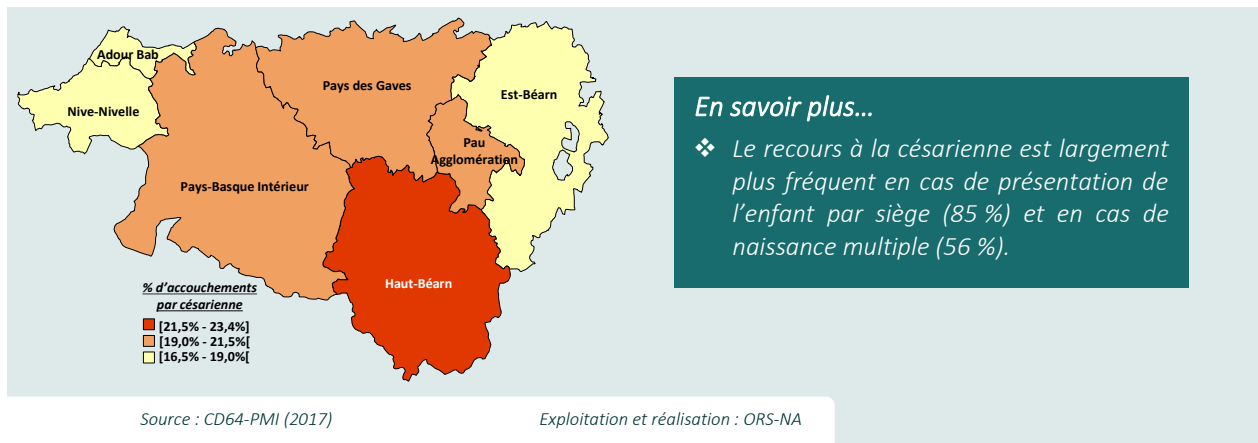
On observe une hétérogénéité de recours à la césarienne dans les départements de Nouvelle-Aquitaine, allant de 16 % des naissances dans la Vienne à 23 % en Corrèze pour l'année 2016 [Graph. 5].

Graph. 5. Taux de césarienne selon les départements de Nouvelle-Aquitaine (%)



Au niveau infra-départemental, on observe un taux de césarienne sur le secteur Nive-Nivelle au plus bas (16,5 %) alors que celui du secteur Haut-Béarn est au plus élevé (23,4 %) [Fig. 12].

Fig. 12. Taux de césarienne selon les SDEI en 2017



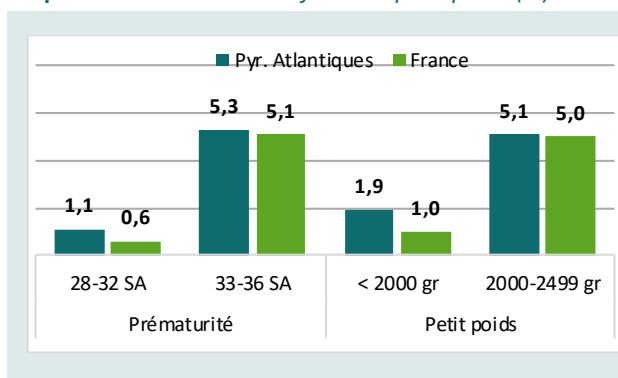
III. LES NOUVEAU-NÉS

A. L'ÉTAT DE SANTÉ À LA NAISSANCE

Sur les 5 323 PCS pour lesquels l'âge gestationnel est renseigné (92 %), 339 enfants sont nés avant 37 semaines d'aménorrhée, et sont donc considérés comme prématurés (6,4 %) ; en France, ils représentent 5,7 % des naissances. L'écart observé par rapport à la proportion nationale concerne surtout les grands prématurés (terme inférieur à 33 semaines d'aménorrhée), avec une proportion significativement plus élevée dans le département : 1,1 % vs 0,6 % en France [Graph. 6].

Au niveau infra-départemental, la prématurité concerne 7 à 8 % des nouveau-nés dans les deux secteurs les plus touchés : Pays des Gaves et Pays Basque Intérieur [Fig. 13]. A l'opposé, la prématurité concerne moins de 5 % des nouveau-nés du secteur de Nive-Nivelle.

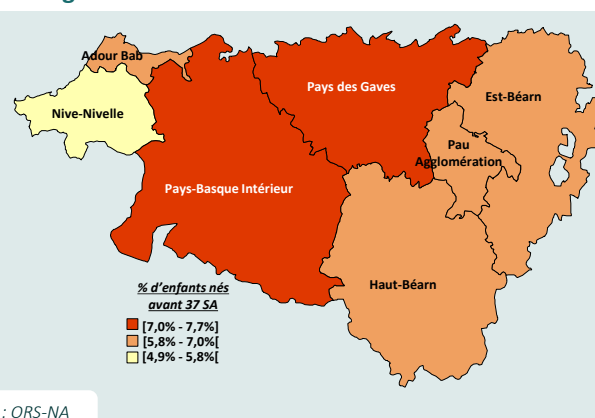
Graph. 6. Prématurité et enfants de petit poids (%)



Sources : CD64-PMI (2017), DREES (2016)

Exploitation et réalisation : ORS-NA

Fig. 13. Prématurité selon les SDSEI en 2017



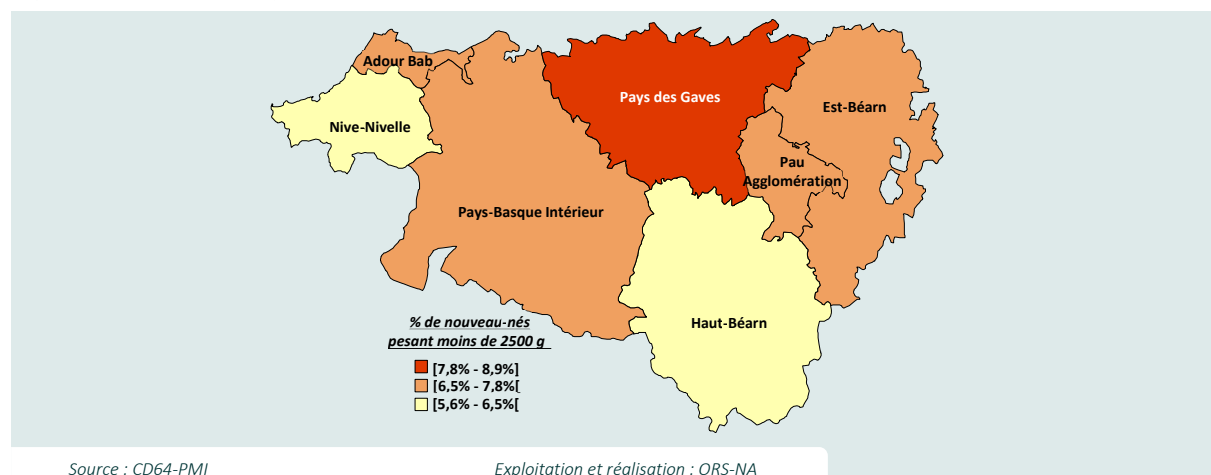
En savoir plus...

- ❖ Le terme gestationnel est significativement plus précoce pour les grossesses multiples (36,1 SA), lorsque la grossesse a été considérée à risque (37,6 SA), que le niveau d'études de la mère est faible (primaire – 38,1 SA) et lorsque la mère est en situation de fragilité (39,1 SA).
- ❖ La prématurité concerne 5 % des naissances uniques, alors qu'elle représente 43 % des naissances multiples.

Sur les 5 222 PCS renseignés sur le poids de naissance (90 %), 7 % des nouveau-nés pèsent moins de 2 500 grammes, soit 391 enfants (vs 6 % en France) – [Graph. 6]. Conséquence directe d'une fréquence élevée de la grande prématurité dans le département, les enfants de très petit poids de naissance (< 2 000 grammes) sont également plus représentés dans le département qu'au niveau national : 2 % vs 1 %.

Là encore, l'analyse territoriale fait apparaître des hétérogénéités avec notamment une proportion élevée d'enfants pesant moins de 2 500 grammes dans le secteur du Pays des Gaves (9 %).

Fig. 14. Enfants de petit poids selon les SDSEI en 2017



En savoir plus...

- ❖ Le poids moyen d'un nouveau-né dans le département est de 3 270 grammes.
- ❖ Ce poids moyen est significativement plus faible pour les enfants de mères mineures (3 017 g), fumeuses (3 091 g) et primipares (3 211 g) ou celles avec un niveau scolaire inférieur au bac (3 240 g). Il est également plus faible en cas de grossesse multiple (2 442 g) et bien sûr en cas de prématurité (2 350 g).
- ❖ A noter également que les enfants nés d'une grossesse à risque ou d'une mère en situation de fragilité naissent également en pesant significativement moins que la moyenne des autres enfants (respectivement 2 903 g et 3 208 g).

Le score d’Apgar permet de mesurer l’état de santé et la vitalité des nouveau-nés à partir de cinq critères (fréquence cardiaque, tonus, respiration, réactivité, coloration). Un score de 10 indique un état de santé optimal ; il est mesuré à 1 minute et à 5 minutes de vie.

5 % des enfants obtiennent un score inférieur à 8 à une minute (soit 272 nouveau-nés) dont la moitié un score inférieur à 6 qui nécessite des soins urgents. La situation ne s’est pas forcément améliorée au bout de 5 minutes pour ces enfants : 21 % affichent encore un score inférieur à 8.

L’état de santé d’un peu plus de 4 % des enfants a nécessité des gestes techniques spécialisés et un transfert dans les mêmes proportions ; pour les deux tiers, ce transfert a eu lieu immédiatement à la naissance.

Comparativement aux données nationales, les nouveau-nés du département affichent de meilleurs indicateurs : moins d’enfants avec un coefficient d’Apgar inférieur à 6 donc moins d’enfants ayant nécessité des gestes techniques et d’enfants transférés. Les pathologies de la première semaine ainsi que les anomalies congénitales semblent également moins notifiées qu’au niveau national.

Tableau 5. État de santé des nouveau-nés (%)

	Pyr. Atl. (2017)	France (2016)
Apgar à 1 minute < 6	2,5 %	3,8 %
Enfants transférés	4,4 %	6,0 %
Gestes techniques réalisés	4,3 %	5,4 %
Pathologies de la première semaine*	3,0 %	4,8 %
Anomalies congénitales	0,7 %	2,0 %

En savoir plus...

- ❖ 28 % des prématurés et 22 % des enfants de petit poids ont nécessité des gestes techniques spécialisés.
- ❖ 44 % des prématurés et 35 % des enfants de petit poids ont été transférés à la naissance.

Sources : CD64-PMI, DREES

Réalisation : ORS-NA

* Au moins une des pathologies suivantes : Oxygénothérapie, antibiothérapie, Intubation, pathologie neurologique et/ou urgence chirurgicale

B. LES NOUVEAU-NÉS À RISQUE MÉDICAL À LA NAISSANCE

Les situations de risque médical pour les nouveau-nés ont été définies à partir de l'existence d'au moins un facteur de risque selon le niveau de ce risque, modéré ou important.

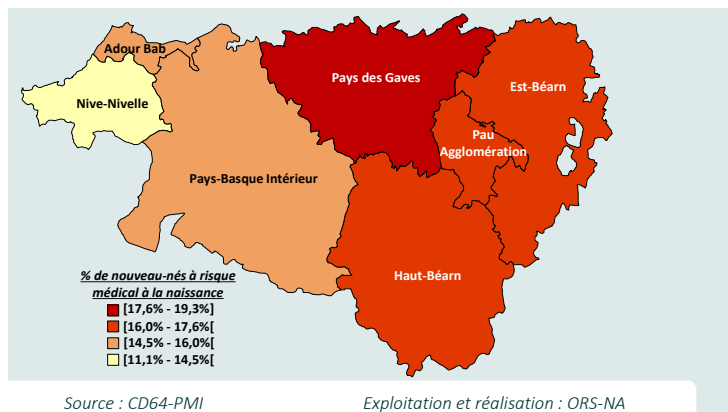
Les facteurs composant ces risques sont les suivants :

Risque modéré : Prématurité avec un terme gestationnel compris entre 33 SA et 36 SA ; un poids de naissance compris entre 1 500 et 2 499 g ; un coefficient d'Apgar à 1 min. compris entre 4 et 7 et l'existence d'un transfert qu'il soit secondaire ou inconnu.

Risque important : Prématurité avec un terme gestationnel inférieur à 33 SA ; un très petit poids de naissance strictement inférieur à 1 500 g ; un coefficient d'Apgar à 1 min. strictement inférieur à 4 et un transfert immédiat à la naissance.

Les nouveau-nés concernés par ces risques médicaux à la naissance représentent un peu plus de 15 % des 5 234 PCS pour lesquels les items sont renseignés (soit 813 nouveau-nés), dont 4 % avec au moins un risque important.

Fig. 15. Enfants à risque médical à la naissance selon les SDSEI en 2017



L'analyse infra-départementale fait apparaître un découpage assez net entre la partie Ouest du département et la partie Est : les facteurs de risque retenus témoignent d'un état de santé plus fragile à la naissance dans les 4 secteurs à l'est et notamment dans le Pays des Graves avec près d'un enfant sur cinq présentant un risque médical à la naissance [Fig. 15].

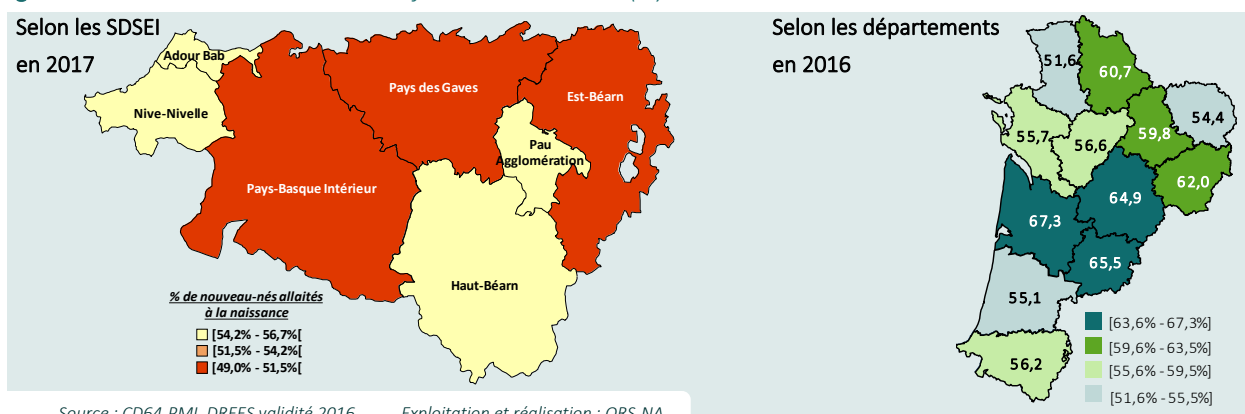
On observe significativement plus d'enfants nés en situation de risque médical à la naissance parmi les mères primipares (18 % vs 13 % pour les multipares) et parmi celles qui ont eu une grossesse mal suivie (19,5 % vs 14 % pour celles bien suivies). On observe ainsi qu'un suivi échographique insuffisant (33 % d'enfants à risque médical à la naissance pour celles qui n'ont pas eu les 3 échos préconisées vs 14 % pour les autres) et un défaut de préparation à l'accouchement (20 % vs 13 %) peuvent amener à des risques pour le nouveau-né.

On constate également que la part d'enfants à risque médical à la naissance est plus élevée lors des grossesses identifiées à risque (46 % vs 11 %), lorsque les mères sont en situation de fragilité (19 % vs 13 %) ou lorsque les mères déclarent fumer quotidiennement (23 % vs 14,5 %).

C. L'ALLAITEMENT DES NOUVEAU-NÉS À LA NAISSANCE

Un peu plus d'un nouveau-né sur deux est allaité à la naissance dans le département (54 %) contre près de 7 sur 10 au niveau national. On observe une hétérogénéité des taux d'allaitement à la naissance dans la région Nouvelle-Aquitaine en 2016 allant de 52 % dans les Deux-Sèvres à 67 % en Gironde [Fig. 17]. Au niveau infra-départemental, en 2017, trois secteurs affichent des taux d'allaitement inférieurs à celui observé dans le département, et notamment dans le Pays des Gaves (49 %) – [Fig. 16].

Fig. 16 et 17. Taux d'allaitement des enfants à la naissance (%)



En savoir plus...

- ❖ L'allaitement des enfants à la naissance est statistiquement plus fréquent chez les mères âgées de 40 ans ou plus (62 %), chez celles qui ont un niveau d'études supérieur au bac (61 %), chez celles qui déclarent être cadres (67 %) ou artisans (64 %).
- ❖ L'allaitement est également plus fréquent chez les primipares et chez celles qui ont suivi la préparation à l'accouchement (57 % dans les deux cas).

SYNTHÈSE - CONCLUSION

●● Un âge maternel moyen plus élevé sur le département mais avec des disparités

Une baisse des naissances au sein du Département qui se poursuit.

Des mères en moyenne plus âgées dans le département qu’au niveau national, plus souvent actives et avec un niveau scolaire supérieur.

De fortes disparités en termes d’âge maternel au niveau infra-départemental : une proportion de mères de moins de 20 ans plus élevée dans le Pays des Gaves et une proportion de celles de 38 ans ou plus largement supérieure sur la frange occidentale du département.

●● Globalement un suivi de grossesse réalisé mais certains secteurs et types de suivi à surveiller

Un bon suivi échographique, des consultations au 1^{er} trimestre et une préparation à l’accouchement plus fréquentes dans le département, mais des échographies morphologiques et des mesures de la clarté nucale moins souvent réalisées qu’au niveau national.

L’indicateur synthétique d’un bon suivi de grossesse montre qu’une attention particulière doit être apportée sur le secteur du Pays des Gaves, avec des situations de fragilité de la mère et des grossesses à risque en proportions également élevées sur ce territoire.

Un taux d’allaitement à la naissance inférieur au taux national, avec là encore, d’importantes hétérogénéités observées dans certains secteurs.

●● Des pratiques lors de l’accouchement relativement similaires à celles observées au niveau national

Des pratiques analgésiques peu différentes de celles relevées en France et des accouchements se déroulant également de façon identique ; seul un taux de césarienne plus élevé est observé dans le secteur du Haut Béarn.

●● Un constat mitigé concernant l’état de santé à la naissance

Des proportions moins élevées dans le département d’enfants nés avec un score Apgar à 1 minute inférieur à 6, transférés à la naissance ou ayant subi des gestes techniques. Ainsi que des indicateurs de prématurité ou de petit poids à la naissance comparables à ceux relevés au niveau national.

Cependant, des indicateurs de grande prématurité (terme < 33 SA) et de très petit poids à la naissance (< 2000 g) plus élevés qu’au niveau national.

Des disparités infra-départementales marquées également par un découpage assez net entre l’Ouest et l’Est du département : une proportion d’enfants à risque médical à la naissance plus élevée à l’Est et un secteur particulièrement défavorisé : le Pays des Gaves.

●● Émergences de difficultés sanitaires et sociales au regard des analyses infra-territoriales

Une partie Est du département affichant des indicateurs assez défavorables relatifs au suivi de grossesse, aux grossesses à risque et aux enfants à risque médical à la naissance.

Un secteur plus au Nord, particulièrement touché avec de nombreux indicateurs sanitaires et sociaux défavorables : le Pays des Gaves.

Une partie Ouest du département relativement plus épargnée, mais avec un secteur à surveiller : le Pays Basque Intérieur.

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Le premier certificat de santé (PCS), rempli essentiellement par le personnel médical des maternités, est source d'informations sur la situation sociale de la mère, la grossesse, la santé des mères et des nouveau-nés. Il permet de connaître le suivi de la grossesse et les principaux problèmes de santé survenus au cours de cette période et de décrire l'accouchement ainsi que l'état de santé de l'enfant à la naissance.

L'exploitation de ces PCS permet d'affiner les connaissances dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant et peut constituer également un outil d'aide à la décision, notamment pour les services du Conseil Départemental, selon l'émergence ou non de problèmes dans certains territoires au regard des comparaisons disponibles au niveau national.

Ce rapport analyse les données des PCS des enfants nés en 2017 de mères domiciliées en Pyrénées-Atlantiques. Une analyse infra-départementale est également proposée au niveau des territoires des services départementaux des solidarités et de l'insertion (SDSEI).

POUR NOUS CITER :

ORS Nouvelle-Aquitaine. État de santé des nouveau-nés en Pyrénées-Atlantiques. Exploitation des premiers certificats de santé des enfants nés en 2017. Nov. 2019, rapport n°073. 20 p.

Téléchargeable sur le site de l'ORS NA (www.ors-na.org)


+ D'INFORMATIONS


Personnes à contacter : Céline Garnier – c.garnier@ors-na.org
Béatrice Roche-Bigas – b.roche@ors-na.org

Cette étude est réalisée avec le soutien financier du Département des Pyrénées-Atlantiques



• SIÈGE

 102 Bd Maréchal Juin
33000 BORDEAUX

 05.56.56.99.60

• ANTENNE DE LIMOGES

4 Avenue de la Révolution
87000 LIMOGES

05.55.32.03.01

• ANTENNE DE POITIERS

203 Route de Gençay
86280 SAINT BENOÎT

05.49.38.33.12



contact@ors-na.org



www.ors-na.org