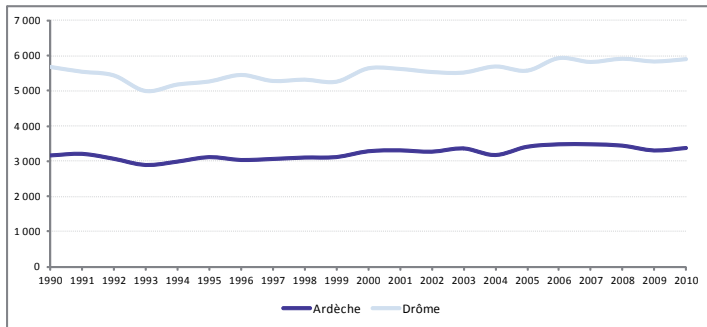




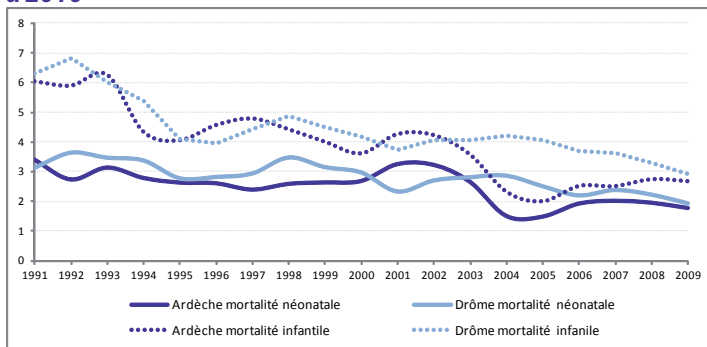
L'évolution de la santé périnatale se mesure à partir d'indicateurs de mortalité (mortalité néonatale, infantile et maternelle) et d'indicateurs liés à la naissance (comme la prématurité). Environ 3 400 enfants naissent chaque année en Ardèche et 5 900 dans la Drôme, dont 185 prématurés dans l'Ardèche et 393 dans la Drôme. Alors que les taux de mortalité infantile (avant 1 an) et de mortalité néonatale (avant 28 jours) se maintiennent dans les deux départements au niveau du taux régional, les taux de prématurés (6,5 en Ardèche et 6,8 dans la Drôme) sont supérieurs au taux observé dans la région Rhône-Alpes (6,1).

Évolution des naissances vivantes domiciliées de 1990 à 2010



Source : Insee (État civil)

Évolution du taux* de mortalité infantile et néonatale de 1990 à 2010



Source : Insee (État civil)

*Taux pour 1 000 naissances vivantes (taux lissés sur 3 ans)

Prématurés (effectif annuel et %) et petits poids de naissance (%) en 2009-2010

	Effectif annuel	Taux*	Part des poids inf à 2500g	Part des très petits poids (inf 800 g)
Ardèche	185	6,5	8,9%	0,6%
Drôme	393	6,8	7,9%	0,5%
Rhône-Alpes	5 009	6,1	7,7%	0,5%

Source : PMSI

*Taux pour 100 nouveaux-nés

S'appuyant largement sur les services de PMI (protection maternelle et infantile) créés en 1945, les plans successifs de périnatalité, du premier plan national (1971-1976) au plus récent (2005-2007)¹, ont tous mis l'accent sur la prévention de la prématurité et l'amélioration du suivi de la femme enceinte, l'objectif étant de réduire la mortalité infantile et maternelle, de prévenir les handicaps de l'enfant, d'assurer le meilleur accueil possible pour l'enfant. Si le dernier plan reprenait les objectifs fixés par la loi de santé publique de 2004 (réduction de la mortalité périnatale à 5,5 pour 1 000 naissances et de la mortalité maternelle à 5 pour 100 000), il soulignait la nécessité d'un accompagnement plus humain et plus proche de la femme enceinte, avec la mise en place d'un entretien au 4ème mois de grossesse et le développement des réseaux de périnatalité. Ce plan, partant d'un constat d'inégalités sociales de prévention et de santé périnatales, mettait également l'accent sur un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité.

En Rhône-Alpes, le Schéma régional de prévention² prévoit plusieurs actions dans le domaine de la périnatalité entre 2012 et 2017, avec pour priorités la prévention de la grande prématurité et le renforcement du dépistage précoce chez le jeune enfant. Trois actions seront priorisées au niveau du territoire de santé Sud³ : la diffusion d'information sur la grande prématurité auprès des professionnels de la périnatalité, la prise en charge des conduites addictives pendant la grossesse, ainsi qu'une meilleure couverture territoriale par les CAMPS (centres d'action médico-sociale précoce). Par ailleurs, dans l'ensemble des territoires de santé de la région, seront menées des actions d'une part pour la promotion de l'entretien prénatal du 4ème mois, et d'autre part pour le repérage précoce d'une surdité profonde ou sévère bilatérale chez le nouveau-né, au sein de chaque maternité.

¹ Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère de la Santé, nov. 2004

² Schéma régional de prévention 2012-2017. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes 2012

³ Programme territorial. Territoire de santé Sud. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes 2012



1. Indicateurs de prévention en périnatalité

Les données proviennent essentiellement de deux sources d'information :

- les CS8 - certificats de santé du 8ème jour

Ce certificat est élaboré par un médecin à l'issue du 1er examen préventif obligatoire de l'enfant, dans les 8 jours qui suivent la naissance. Le Conseil général est chargé, dans chaque département, de recueillir l'ensemble des CS8 des enfants nés dans le département, de saisir et d'analyser les données pour permettre un suivi épidémiologique de la santé des enfants. Les fichiers des CS8 sont également transmis à la DREES, qui publie¹ une analyse départementale après apurement et pondération. Le CS8 a été modifié en janvier 2006 et en novembre 2010, quelques items ont changé entre les différentes versions. Pour interpréter les données, il faut tenir compte de l'exhaustivité du recueil (taux de réception des CS8) et du remplissage effectif de chaque item (taux de réponse à chaque question).

Les CS9 (certificats de santé du 9ème mois) et le CS24 (certificats de santé du 24ème mois) comportent également quelques items intéressant la périnatalité, notamment l'item sur la durée de l'allaitement maternel.

- l'Enquête nationale périnatale 2010

Cette enquête², financée par la DREES et réalisée par l'INSERM (U953), a été menée pendant la semaine du 15 au 21 mars 2010 auprès d'un échantillon représentatif de toutes les naissances françaises. C'est la 4ème édition de cette Enquête, après celles de 1995, 1998 et 2003. L'objectif est de recueillir des informations sur l'état de santé des enfants, la situation socioéconomique des femmes, les soins périnataux et les facteurs de risque. L'enquête de 2010 a eu lieu dans toutes les maternités de métropole et de trois départements d'outre-mer, elle a concerné 14 903 naissances, dont 14 761 naissances vivantes³.

¹ COLLET (M.), VILAIN (A.). *Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8) – Validité 2010. Document de travail, Série Sources et méthodes, n° 31, août 2012*

² BLONDEL (B.), KERMARREC (M.). *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM U953, DGS, DREES, mai 2011*

³ BLONDEL (B.), KERMARREC (M.). *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Ministère de Travail, de l'Emploi et de la Santé, INSERM U 953, mai 2011*

Les données des CS8, principales sources d'information utilisées dans ce chapitre, doivent être analysées en tenant compte de la non-exhaustivité du recueil. Sur les trois dernières années disponibles, à l'inverse de l'évolution constatée en Rhône-Alpes et en France l'exhaustivité du recueil est globalement en baisse dans les départements ardéchois et drômois.

Taux de réception des CS8 (en % des naissances domiciliées)

	2008	2009	2010
Ardèche	91	86	88
Drôme	96	93	89
Rhône-Alpes	90	91	91
France	77	77	85

Source : DREES

1.1. Prévention prénatale

1.1.1. Déclaration tardive de grossesse

L'item « Date de la 1ère consultation de grossesse » a remplacé en 2006, dans le nouveau modèle de CS8, l'ancien item « Nombre de consultations prénatales ». Ce dernier indicateur continue toutefois à être renseigné par l'Enquête périnatale, qui donne en 2010 un nombre moyen de 9,9 consultations prénatales par femme ; pour rappel, les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes sont fixés au nombre de sept : un examen dans le 1er trimestre de grossesse puis un examen mensuel (décret du 14 février 1992). Plus la première consultation de grossesse est précoce, plus le suivi de la femme enceinte et la prévention

périnatale peuvent se mettre en place dans de bonnes conditions. Une déclaration tardive de la grossesse (au 2ème ou 3ème trimestre) témoigne le plus souvent de situations de précarité chez la femme enceinte. Les dernières Enquêtes périnatales montrent au niveau national une augmentation de ces déclarations tardives entre 2003 et 2010. Cette évolution serait liée à une dégradation de la situation sociale des femmes les plus vulnérables. L'Enquête périnatale de 2010 constate en effet un taux plus élevé de déclarations tardives de grossesse chez les femmes recevant des aides publiques (allocations chômage, RMI, API).

Dans l'Ardèche et la Drôme, selon les CS8, la part de déclarations tardives de grossesse (respectivement 2,4% et 2,0% en 2011) apparaît moins élevée qu'en France (3,2% en 2010). Les CS8 sous-estiment peut-être cet indicateur qui, selon l'Enquête périnatale, s'élèverait à 7,8% au niveau national en 2010.

Taux de déclaration tardive de grossesse (en %)

	2006	2008	2010	2011
Ardèche	2,0 (TR 51%)	2,6 (TR 95%)	2,1 (TR 95%)	2,4 (TR 95%)
Drôme	3,9 (TR 88%)	2,4 (TR 87%)	2,1 (TR 93%)	2,0 (TR 89%)
France (CS8)	5,3 (TR 30%)	3,4 (TR 78%)	3,2 (TR 81%)	

TR = taux de réponse

Sources : DREES et CG 07-26, CS8

Les déclarations tardives de grossesse se rencontrent plus fréquemment aux âges extrêmes de la mère à la

maternité, chez les moins de 20 ans et chez les 40 ans et plus. Cet indicateur présente également de fortes disparités selon le territoire, ceci étant probablement à mettre en lien avec des situations de précarité sociale ou économique.

1.1.2. L'entretien du 4ème mois de grossesse, mesure insuffisamment connue

Afin de « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents », le Plan Périnatalité 2005-2007 a préconisé la mise en place d'un entretien individuel précoce (ou du 4ème mois) assuré soit en maternité soit en libéral dans le cadre d'un réseau périnatal. Cet examen de prévention n'est pas obligatoire, il doit être systématiquement proposé par les professionnels sociaux et sanitaires de proximité à toutes les femmes enceintes, notamment « les plus vulnérables ou isolées, qui souvent consultent et déclarent tardivement ou pas du tout leur grossesse ». En 2010, selon l'Enquête périnatale, 21,4% des femmes interrogées déclarent avoir eu cet entretien (30,7% chez les primipares et 14,3% chez les multipares), plus de la moitié de ces entretiens s'étant déroulés tardivement, plus tard que le 4ème mois.

Au niveau départemental, il n'existe pas de source d'information exhaustive sur cet entretien prénatal précoce (EPP). Les réseaux de périnatalité (*voir présentation ci-dessous, paragraphe 2.2*) recueillent le nombre d'EPP réalisés soit par les professionnels qu'ils ont formés (cas du réseau AURORE), soit par les établissements faisant partie du réseau (cas du réseau ELENA). Autre source d'information possible : l'EPP réalisé par une sage-femme libérale fait l'objet d'un remboursement (acte SF15) par l'assurance-maladie, remboursement repérable dans les données du régime général.

L'EPP se met progressivement en place sur le terrain, grâce à une formation assurée par les réseaux de périnatalité. Le réseau Aurore a assuré depuis 2006 sept sessions de formation à l'EPP, qui ont permis de former 45 professionnels dans la Drôme et 23 dans l'Ardèche : sages-femmes hospitalières (plus de la moitié de l'ensemble des professionnels formés), sages-femmes libérales, sages-femmes de PMI, et quelques gynécologues-obstétriciens et médecins de PMI. Le réseau ELENA, plus récent, n'assure pas pour le moment de formations à l'EPP.

En termes d'entretiens réalisés, en 2010-2011 le réseau AURORE a dénombré 769 EPP réalisés par des professionnels ardéchois formés à l'EPP et 576 par des professionnels drômois. Ces EPP ont tous été réalisés par des sages-femmes, soit hospitalières, soit libérales, soit de services de PMI.

Nombre annuel d'EPP réalisés par catégorie de professionnel sur la période 2010-2011

	Ardèche		Drôme	
	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)
Sages femmes libérales	256	33	266	46
Sages femmes hospitalières	476	62	253	44
Sages femmes de PMI	38	5	57	10
Total	769	100	576	100

Source : réseau de périnatalité AURORE

Pour le nord de l'Ardèche, en 2011 le réseau ELENA a dénombré 93 EPP réalisés dans les établissements du réseau (Annonay et Saint-Agrève), mais ne comptabilise pas les EPP réalisés par les professionnels libéraux.

Concernant les EPP réalisés par des sages-femmes libérales, les données du régime général de l'assurance-maladie fournissent pour l'année 2010 des chiffres beaucoup plus élevés que ceux du réseau AURORE (différence de recueil). Le nombre d'EPP remboursés par le régime général en 2010 et réalisés par des sages-femmes libérales exerçant dans le périmètre du réseau en 2010 en Drôme et Ardèche, s'élèverait à 1514 (source ARS), contre 614 dénombrés par le réseau Aurore.

La Fédération française des réseaux de santé en périnatalité mène actuellement, en collaboration avec les réseaux volontaires, des actions afin d'améliorer l'accès des femmes enceintes à l'EPP. Dans ce cadre, une enquête par questionnaire « un jour donné » a été menée fin 2012 dans les maternités de ces réseaux, dont celles du réseau ELENA. Cette enquête apportera des éléments sur les problèmes psychosociaux rencontrés par la femme enceinte durant sa grossesse, sur l'information reçue par la femme enceinte (carnet de maternité, préparation à l'accouchement, EPP...), sur la prévalence de l'EPP et la satisfaction de la femme enceinte par rapport à l'EPP.

En matière d'information reçue par la femme enceinte, seulement 60% déclarent en 2010 (Enquête périnatale) avoir reçu un carnet de maternité, 32% ont été informées de l'existence d'un réseau de périnatalité, 58% ont reçu des conseils sur la rubéole et 11% des conseils sur la coqueluche. Dans l'Ardèche et la Drôme toutes les femmes ayant déclaré leur grossesse reçoivent un carnet de maternité adressé directement par le service de PMI.

1.1.3. Préparation à la naissance

Selon l'Enquête périnatale, une préparation à la naissance a été suivie en 2010 par 48 % des femmes enceintes. Selon les CS8, cette part est en 2010 respectivement de 60% en Ardèche, de 48% dans la Drôme et de 47% en France. Alors que le taux ardéchois figure parmi les plus élevés de la région Rhône-Alpes, le taux drômois est le plus bas de la région.



Part de femmes ayant suivi une préparation à la naissance (en %)

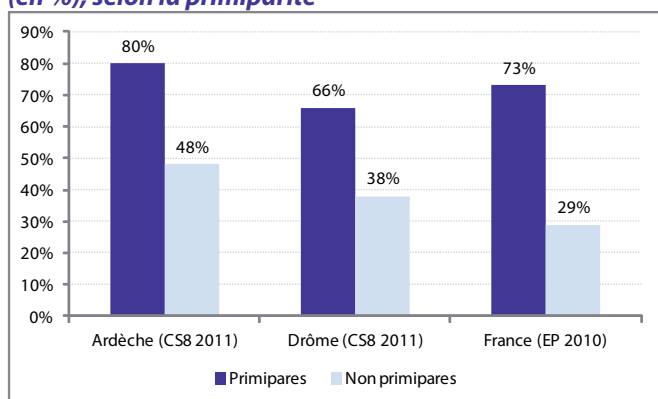
	2008	2009	2010	2011
Ardèche	61,0 (TR 82%)	60,0 (TR 78%)	60,0 (TR 83%)	62,0 (TR 84%)
Drôme	45,0 (TR 100%)	46,0 (TR 100%)	48,0 (TR 100%)	49,7 (TR 100%)
France (CS8)	46,0 (TR 75%)	47,0 (TR 75%)	47,0 (TR 76%)	

TR = taux de réponse

Sources : DREES et CG 07-26, CS8

La part de femmes ayant suivi une préparation à la naissance est toujours plus élevée chez les primipares que chez les multipares. Cette différence, bien que très marquée dans l'Ardèche et la Drôme, l'est moins dans ces départements qu'au niveau national.

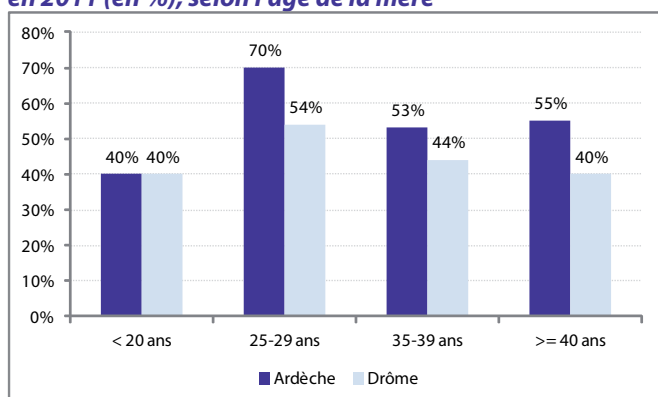
Part de femmes ayant suivi une préparation à la naissance (en %), selon la primiparité



Sources : DREES Enquête périnatale et CG 07-26, CS8

L'analyse selon l'âge de la mère montre, comme pour les déclarations tardives de grossesse, un moindre suivi d'une préparation à la naissance chez les femmes enceintes les plus jeunes. En Ardèche en 2011, cette part, de 40% chez les femmes de moins de 20 ans, culmine à 70% chez celles de 25 à 29 ans, puis baisse à nouveau après 35 ans : 53% chez les 35-39 ans et 55% chez les 40 ans et plus. Cette situation se retrouve dans la Drôme, mais de façon moins marquée. Alors que la baisse du taux après 35 ans est certainement liée à la moindre primiparité de ces femmes, le faible taux chez les femmes de moins de 20 ans est d'autant plus préoccupant qu'il s'agit souvent de primipares.

Part de femmes ayant suivi une préparation à la naissance en 2011 (en %), selon l'âge de la mère



Sources : CG 07-26, CS8

1.1.4. Dépistage pendant la grossesse

Le dépistage pendant la grossesse vise soit à repérer des anomalies chez le fœtus, soit à dépister une pathologie chez la mère et à prévenir les conséquences de cette pathologie chez l'enfant. Plusieurs types de dépistage sont mis en œuvre pendant la grossesse, certains sont obligatoires, d'autres recommandés.

Plusieurs échographies sont recommandées pour un bon suivi de la grossesse. Si celle du début de grossesse a essentiellement pour but de dater la grossesse, les suivantes sont fondamentales :

- à la fin du 1er trimestre pour dépister une grossesse multiple, d'éventuelles anomalies, et mesurer l'épaisseur de la clarté nucale (en lien avec un risque de trisomie 21)
- au 5ème mois notamment pour réaliser une étude morphologique, qui permet de dépister d'éventuelles malformations
- à la fin du 8ème mois pour vérifier les dimensions et la position du fœtus.

Un nombre d'échographies inférieur à trois montre un suivi insuffisant de la grossesse. Environ 2% des femmes enceintes ont eu moins de trois échographies en Ardèche et dans la Drôme en 2010, et 0,4% des femmes en Ardèche (0,6% dans la Drôme) n'ont eu aucune échographie durant leur grossesse.

La mesure de la clarté nucale, comme l'échographie morphologique, sont très largement pratiquées en Ardèche (respectivement 97,8% et 98,5%), elles le sont un peu moins dans la Drôme (88,8% et 90,5%). L'absence de mesure de la clarté nucale à des fins de dépistage de la trisomie 21 est souvent liée à une déclaration tardive de grossesse.

Suivi échographique durant la grossesse en 2010 (en %)

	Ardèche	Drôme	France (CS8)
Nb d'échographies	(TR 90%)	(TR 90%)	(TR 85%)
- 0	0,4	0,6	0,4
- 1 ou 2	2,0	1,9	3,0
Mesure de la clarté nucale	97,9 (TR 92%)	88,8 (TR 100%)	95,2 (TR 79%)
Echographie morphologique	98,5 (TR 92%)	90,5 (TR 100%)	97,3 (TR 81%)

TR = taux de réponse

Sources : DREES, CS8

Certaines malformations congénitales, comme l'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN), peuvent faire l'objet d'une prévention avant et en début de grossesse. L'AFTN, dont font partie l'anencéphalie et la spina bifida, touche environ 1 naissance sur 1 000. Elle peut être en grande partie prévenue par une supplémentation individuelle systématique d'acide folique (vitamine B), recommandée dans la période autour de la conception (8 semaines avant et un mois après la conception). Les chiffres ne sont pas connus pour l'Ardèche et la Drôme, mais selon l'Enquête périnatale (2010) 40,3% des femmes ont pris de la vitamine B au cours de leur grossesse, et seulement 24%

déclarent en avoir pris avant la grossesse ou au cours du 1er mois (en conformité avec les recommandations).

Concernant les pathologies infectieuses, le dépistage est orienté sur le statut immunitaire de la mère vis-à-vis de la rubéole et de la toxoplasmose, du VIH et du virus de l'hépatite B. Le dépistage du VIH doit être obligatoirement proposé lors de la première consultation prénatale. Dans l'Enquête périnatale de 2010, 73% des femmes déclarent avoir eu ce dépistage durant la grossesse, et 8,5% des femmes déclarent qu'il ne leur a pas été proposé.

La recherche de l'antigène Hbs, obligatoire chez toutes les femmes enceintes au début du 6ème mois de grossesse, permet de prévenir le risque de transmission per et postnatale du virus de l'hépatite B. Selon les données des CS8 de 2010, cette recherche est réalisée chez 87% des femmes enceintes ardéchoises et chez 89% des femmes enceintes drômoises. Les enfants de mères séropositives (0,3% des femmes en Ardèche et 0,6% dans la Drôme, contre 0,7% au niveau national) feront l'objet d'une vaccination précoce contre l'hépatite B et/ou d'une injection d'immunoglobulines.

1.1.5. Comportement de santé pendant la grossesse

Certains comportements pendant la grossesse, notamment le tabagisme et l'alcoolisme, sont néfastes au développement du fœtus. L'exposition prénatale à l'alcool peut entraîner un ensemble de malformations (jusqu'au syndrome d'alcoolisation foetale) et des troubles du développement chez l'enfant à naître. Depuis 2006, le nouveau CS8 comporte des items sur la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse, mais ce n'est qu'à partir de 2008 que le taux de réponse à ces items autorise une analyse pour certains départements (le taux de réponse est de 87% en Ardèche et de 75% dans la Drôme en 2010).

Consommation de tabac

La part de femmes enceintes ayant continué à fumer durant leur grossesse s'élève à 14% chez les Ardéchoises en 2010 et à 16% chez les Drômoises. Cette part apparaît stable sur les trois dernières années. La plupart des fumeuses enceintes fumaient moins de 10 cigarettes par jour. L'Enquête périnatale de 2010 apporte des précisions sur le tabagisme avant et pendant la grossesse : 30% des femmes enceintes fumaient avant leur grossesse et 17% fumaient encore au 3ème trimestre de grossesse. Concernant l'arrêt du tabagisme, 6% des femmes ont arrêté de fumer en prévision de la grossesse, et parmi celles ayant arrêté pendant la grossesse 81% l'on fait au 1er trimestre, 9% au 2ème trimestre et 2 % au 3ème trimestre.

Consommation d'alcool

Les données des CS8 sur la consommation d'alcool sont peu exploitables en raison d'une sous-déclaration

manifeste. Seulement 0,5% des Ardéchoises et 0,7% des Drômoises déclarent avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. En comparaison, 23% des Françaises ont déclaré, dans l'Enquête périnatale de 2010, avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant leur grossesse et 2,5% en avoir consommé trois verres ou plus en une occasion. Cette Enquête montre que la consommation d'alcool pendant la grossesse est plus fréquente parmi les femmes en situation sociale favorisée, les plus âgées et celles de parité élevée. Ces caractéristiques sociales sont très différentes de celles liées à la consommation de tabac pendant la grossesse, que l'on trouve plus souvent chez les femmes jeunes et de milieux socio-défavorisés.

1.2. Prévention chez le nourrisson

1.2.1. Dépistage néonatal

Le dépistage de certaines pathologies chez le nouveau-né favorise une prise en charge précoce de ces pathologies. Tous les nouveau-nés de France bénéficient du test de Guthrie (prélèvement de gouttes de sang au niveau du talon), qui permet le dépistage de la phénylcétonurie (depuis 1972), de l'hypothyroïdie congénitale (1978), de l'hyperplasie congénitale des surrénales (1995) et de la mucoviscidose (2002). Le dépistage de la drépanocytose n'est réalisé, depuis 2000, que chez les nouveau-nés dont les parents appartiennent à un groupe à risque pour cette maladie (origine géographique : DOM, Afrique subsaharienne, Maghreb...), soit 32% des nouveau-nés en Rhône-Alpes.

Les taux de prévalence de ces pathologies sont de :

- 1/24 000 enfants dépistés en France métropolitaine pour la phénylcétonurie
- 1/5 100 pour l'hypothyroïdie congénitale
- 1/685 pour la drépanocytose (dépistage ciblé), mais avec des disparités régionales importantes (1/1 456 en Rhône-Alpes)
- 1/3 500 pour l'hyperplasie congénitale des surrénales
- 1/4 600 pour la mucoviscidose.

A noter que la réduction de la mortalité par drépanocytose, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cette pathologie, figurent parmi les objectifs de la loi de santé publique de 2004 (objectif 88).

Deux autres dépistages, ceux-ci non biologiques, sont pratiqués à la naissance. Ils portent d'une part sur la dysplasie congénitale de la hanche (manoeuvre d'Orlandi) et d'autre part sur la surdité. Un programme expérimental de dépistage néonatal de la surdité est actuellement en cours dans plusieurs régions en France. Ce dépistage doit permettre un diagnostic et une prise en charge précoces de l'enfant, l'efficacité des protocoles thérapeutiques dépendant étroitement



de la précocité de la prise en charge. Le Schéma régional de prévention 2012-2017 Rhône-Alpes prévoit l'amélioration, au sein de chaque maternité, du repérage de l'existence d'une surdité profonde ou sévère bilatérale chez le nouveau-né.

1.2.2. Vaccination précoce

Vaccination hépatite B

Suite à la recherche de l'antigène Hbs, obligatoire chez toutes les femmes enceintes et réalisée chez environ 9 femmes enceintes sur 10 en Drôme et Ardèche, les nouveau-nés de mère séropositive peuvent être vaccinés contre l'hépatite B et/ou recevoir une injection d'immunoglobulines. Les données du CS8 sont peu fiables sur ces deux items (vaccination et immunoglobulines) car ces items sont peu renseignés (taux de remplissage de 40 à 50%). Selon l'InVS, qui réalise une estimation de la part d'enfants vaccinés contre l'hépatite B avant l'âge de 8 jours à partir des données du CS8, environ 0,7% des nouveau-nés auraient été vaccinés en 2010 en Ardèche, contre 0,9% dans la Drôme et 0,8% en France.

Vaccination BCG

Selon le schéma vaccinal en vigueur (cf calendrier des vaccinations en annexe), la vaccination BCG n'est recommandée (une dose dès la naissance) que pour les enfants à risque élevé de tuberculose, c'est-à-dire ceux dont les parents sont originaires de pays à forte endémie tuberculeuse, ceux résidant en Ile-de-France, en Guyane et à Mayotte, ceux vivant dans des conditions socio-économiques défavorables (notamment dans un habitat précaire). Comme pour la vaccination contre l'hépatite B, l'InVS procède à une estimation de la part des enfants vaccinés par le BCG avant l'âge de 8 jours à partir des données des CS8. Selon cette estimation, la part des enfants vaccinés par le BCG serait en augmentation ces trois dernières années dans l'Ardèche et la Drôme. En Ardèche, cette part serait passée de 0,6% en 2008 à 1,7% en 2009 et à 2,6% en 2010. Dans la Drôme, elle serait passée de 0,5% en 2008 à 5,1% en 2009 et à 16,1% en 2010, cette progression étant liée à la mise en place d'un protocole et d'actions de sensibilisation en direction du personnel au centre hospitalier de Valence.

1.2.3. Allaitement maternel

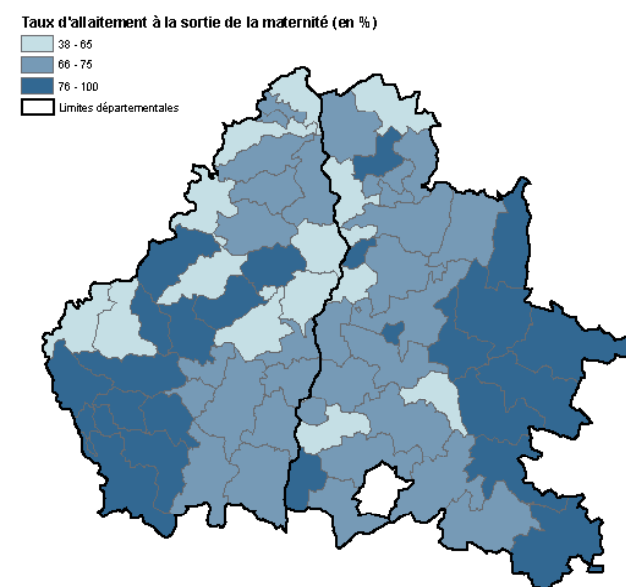
Les travaux sur l'allaitement maternel ont montré les bénéfices pour la santé que peuvent en attendre à la fois les nouveau-nés (prévention des allergies et de certains types d'infections) et les mères (effet protecteur sur le risque de cancer du sein). La promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs du PNNS 2011-2015, Programme national nutrition santé, comme de ceux du Schéma régional de prévention Rhône-Alpes (spécifiquement pour les enfants prématurés).

Selon les CS8, les taux ardéchois et drômois d'allaitement maternel en maternité sont proches en 2010 de ceux observés au niveau national, respectivement : 67,7%, 69,9% et 67,9%, et proches également du taux relevé par l'Enquête nationale périnatale 2010 : 68,7%.

La part de nouveau-nés allaités au sein est fortement corrélée à l'âge de la mère. En 2011, en Ardèche comme dans la Drôme, cette part progresse régulièrement avec l'avancée en âge de la mère : de 60% chez les nouveau-nés de mères de moins de 20 ans en Ardèche (62% dans la Drôme), à 69% chez ceux de mères de 40 ans et plus (70% dans la Drôme).

Il existe également des disparités territoriales importantes au niveau de cet indicateur, avec un allaitement maternel plus développé notamment à l'est de la Drôme et à l'ouest de l'Ardèche.

Taux d'allaitement maternel à la maternité en 2011 (en %) (par canton)



Sources : CG 07-26, CS8

La durée de l'allaitement maternel fait partie des questions posées à la fois dans le CS9 et dans le CS24. Compte-tenu du taux de retour des certificats et du taux de réponse à cette question (autour de 50%), les données des CS sont jugées peu représentatives. Il est toutefois possible de rapprocher ces données des résultats d'une enquête menée en 2004/2006 dans la région Rhône-Alpes sur la durée de l'allaitement maternel et les facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement¹.

Ces deux sources d'information, à 5 ans d'intervalle, confirment un taux d'allaitement de 50% environ à la maternité (donc plus faible que celui déclaré dans les CS8) et une baisse d'environ 10% du taux d'allaitement maternel entre la sortie de maternité et le 1er mois (ou les 6 premières semaines pour le CS24), puis une chute importante après 3 mois. La durée d'allaitement serait, selon l'enquête régionale, de 20 semaines en moyenne

¹ COMMUNAL (M.J.). Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004/2006. DRASS Rhône-Alpes, 2008.

en Ardèche, contre 18 semaines dans la Drôme et dans la région.

Taux d'allaitement (en % des naissances) selon la durée

	À la naissance	1 mois** (ou 6 semaines)*	3 mois	6 mois	9 mois
Ardèche (2010)*	52	44	31	17	9
Ardèche (2004/2006)**	55	49	29	16	2
Drôme (2010)*	48	41	28	15	9
Drôme (2004/2006)**	54	44	31	11	8

Sources : *DREES, CS24 – 2010, ** enquête régionale 2004/2006

L'enquête régionale montre une relation positive entre les durées d'allaitement et plusieurs facteurs : avoir fait un projet d'allaitement avant la naissance, avoir suivi une préparation à la naissance, avoir déjà une expérience d'allaitement réussi. Les mères ayant une activité professionnelle étaient plus nombreuses à souhaiter des durées d'allaitement courtes.

L'étude Epifane, actuellement menée au niveau national par l'InVS auprès d'un échantillon aléatoire d'environ 3 000 nourrissons qui seront suivis pendant un an, va contribuer à mieux connaître les pratiques et la durée de l'allaitement maternel, l'utilisation des formules lactées et les modalités de diversification alimentaire durant la première année de vie. Les premiers résultats de cette étude², portant sur les données recueillies à la maternité et à 1 mois, montrent une baisse du taux d'allaitement maternel entre la maternité (69%) et 1 mois (54%), mais surtout une baisse particulièrement rapide de l'allaitement exclusif au sein qui passe de 60% (maternité) à 35% (à 1 mois). Dès la première semaine, plus de la moitié des enfants étaient allaités de façon mixte. Cette étude analyse par ailleurs les facteurs sociodémographiques liés à l'allaitement maternel, ce qui devrait permettre de cibler dans les actions de prévention les groupes à risque, notamment les jeunes mères et celles à faible niveau d'éducation.

2. Offre de prévention en périnatalité

La prévention réalisée en périnatalité, durant la grossesse et durant les premiers mois de l'enfant, fait appel à des intervenants très divers : des professionnels de santé, des psychologues, des conseillères conjugales, des éducateurs et acteurs de prévention... Ces personnes interviennent soit comme professionnels libéraux, soit comme salariés ou bénévoles d'organismes divers : maternités publiques et privées, conseils généraux (services de PMI, protection maternelle et infantile), municipalités, caisses d'assurance-maladie, mutuelles, associations...

2.1. Professionnels de santé (libéraux et salariés)

Selon l'Enquête périnatale de 2010, pour 67% des femmes l'ensemble de la surveillance a été assuré

² SALANAVE (B.) et al. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012

essentiellement par un gynécologue-obstétricien, pour 12% par une sage-femme, pour 5% par un médecin généraliste et pour 17% par plusieurs professionnels. Si la déclaration de grossesse est réalisée dans 70% des cas par un médecin libéral (généraliste ou gynécologue-obstétricien), ce qui confère à celui-ci un rôle important dans la mise en œuvre des dépistages du 1er trimestre, la surveillance médicale se déplace ensuite progressivement vers les professionnels des maternités et de la PMI.

En 2010, 21 gynéco-obstétriciens exercent en libéral (en totalité ou en partie) en Ardèche, et 25 dans la Drôme, ce qui place les deux départements, en termes de densité médicale, à des niveaux inférieurs à celui de la région : 23,8 gynéco-obstétriciens pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans dans la Drôme, contre 32,7 en Ardèche et 38,5 en Rhône-Alpes.

Effectifs et densité des gynéco-obstétriciens en 2010, selon le mode d'exercice

	Libéraux**		Salariés exclusifs***
	Effectif	Densité*	Effectif
Ardèche	21	32,7	4
Drôme	25	23,8	18
Rhône-Alpes	554	38,5	206

*Densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

**Source : ARS (Assurance maladie)

***Source : ADELI (Statiss)

Avec des densités de sages-femmes équivalentes en Ardèche et en Drôme (respectivement 149 et 152 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans), ces deux départements se situent en 2012 à un niveau légèrement inférieur à celui de Rhône-Alpes (156), mais largement supérieur à celui de la France (130). Les sages-femmes exercent très majoritairement en maternité. Un peu plus d'un quart des sages-femmes pratiquent un exercice libéral en Ardèche et dans la Drôme, départements où ce mode d'exercice apparaît plus développé que dans l'ensemble de la région Rhône-Alpes (22%) et qu'en France (20%).

Effectifs et densité des sages-femmes en 2012, selon le mode d'exercice

	Libérales ou mixtes		Salariées hospitalières	Autres salariées	Total des sages-femmes	
	Effectif	% du total	Effectif	Effectif	Effectif	Densité*
Ardèche	24	25	66	5	95	149
Drôme	44	28	110	6	160	152
Rhône-Alpes	510	22	1 591	135	2 256	156
France métro.	3 751	20	13 484	1 374	18 609	130

*Densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

Source : RPPS, 1er janvier 2012

2.2. Maternités et réseaux de périnatalité

Les maternités sont le lieu privilégié des actions de prévention en périnatalité, qu'il s'agisse d'actions pendant la grossesse ou après l'accouchement. L'Enquête périnatale de 2010 montre que l'entretien prénatal du 4ème mois est réalisé dans la moitié des cas par une sage-femme de maternité, et que nombre de conseils de prévention sont prodigués

lors des séances de préparation à l'accouchement ou lors des consultations prénatales à la maternité. Le rôle des professionnels des maternités est également déterminant dans la mise en œuvre des dépistages chez le nouveau-né et dans l'initiation de l'allaitement au sein.

Le département de l'Ardèche compte quatre maternités (deux de niveau 1, deux de niveau 2) et deux centres périnataux de proximité. La plupart de ces établissements font partie du réseau de périnatalité Aurore, à l'exception de ceux du nord de l'Ardèche (maternité du centre hospitalier d'Annonay et centre périnatal de Saint-Agrève) qui participent au réseau ELENA. Le département de la Drôme compte trois maternités (toutes de niveau 2) et deux centres périnataux de proximité. Ces établissements font tous partie du réseau de périnatalité Aurore.

Deux réseaux spécialisés dans le suivi des enfants prématurés (réseau ECL'AUR sur la zone géographique du réseau AURORE, et réseau SEVE sur celle du réseau ELENA) ont pour objectif d'assurer chez ces prématurés le dépistage des déficiences majeures ou modérées (ou même mineures), afin de les orienter pour une prise en charge précoce (notamment vers les CAMSP).

Le réseau de périnatalité Aurore couvre environ la moitié du territoire rhônalpin, dont la totalité de la Drôme et une grande partie de l'Ardèche. Ce réseau regroupe des maternités, des services de néonatalogie, des professionnels hospitaliers et libéraux, des services de PMI, des associations et des structures médico-sociales. La partie nord de l'Ardèche est couverte par le réseau ELENA (Loire et Nord-Ardèche).

Pour 3 259 accouchements enregistrés en Ardèche en 2011, les maternités du département disposent de 51,1 ETP (équivalents temps plein) de sages-femmes et de 10 ETP de gynéco-obstétriciens. Les maternités de la Drôme, pour 5 253 accouchements enregistrés en 2011, disposent de 39,4 ETP de sages-femmes et de 25,5 ETP de gynéco-obstétriciens. Il est important de noter que les maternités de chaque côté du Rhône accueillent des femmes venant des deux départements, c'est notamment le cas de la maternité de Guilherand-Granges en Ardèche, fréquentée majoritairement par des femmes drômoises.

Personnels intervenant dans les maternités d'Ardèche et de Drôme en 2011

	Sages-femmes		Gynéco-obstétriciens	
	Effectif	ETP*	Effectif	ETP*
Ardèche	64	51,1	13	10,0
Drôme	46	39,4	32	25,5

*ETP : équivalent temps plein

Source : SAE 2011 (SAE 2009 pour données du CH d'Annonay-Ardèche)

2.3. Services de PMI

Les services de PMI (protection maternelle et infantile), du fait de leurs missions, sont au cœur de toute politique de prévention dans le domaine de la périnatalité. Dépendant du Conseil général, le service de PMI est accessible à tous, il propose de façon gratuite des consultations médico-sociales dans des locaux de proximité ainsi que des visites à domicile. Son équipe pluridisciplinaire (médecins, sages-femmes, infirmières et puéricultrices, conseillères conjugales, psychologues) lui permet de mener des actions de prévention durant la grossesse, après l'accouchement et durant les six premières années de l'enfant. Le repérage des facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques, favorise des interventions ciblées et des orientations vers les professionnels compétents.

Personnel de PMI en 2011, en ETP* réel

	Médecins	Sages-femmes	Infirmières, puéricultrices et aux de puériculture	Psychologues
Ardèche	3,9	4,0	25,5	0,5
Drôme	16,0	8,6	40,4	8,8

*ETP : équivalent temps plein

Source : Conseils généraux 07-26

Du fait parfois de difficultés de recrutement et de personnels à temps partiel qui occupent des postes budgétisés à temps plein, les ETP réels sont souvent différents des ETP budgétisés, avec un écart important au niveau des postes d'infirmières et de puéricultrices (71 ETP budgétisés dans la Drôme contre 40,4 ETP réels).

Durant leur grossesse, les femmes peuvent bénéficier de consultations prénatales, de visites à domicile et d'accompagnement psychologique par le service de PMI. Le carnet de maternité est par ailleurs diffusé à toutes les femmes par les Conseils Généraux.

En Ardèche, les sages-femmes de PMI ont réalisé 45 entretiens du 4ème mois (EPP) en 2011, elles ont également accompagné 88 femmes à la suite d'un EPP, EPP effectué soit en PMI soit par d'autres professionnels. Par ailleurs 85 femmes ont participé en Ardèche à des actions collectives de prévention organisées par la PMI (dont des séances de préparation à l'accouchement).

Dans la Drôme, les sages-femmes de PMI déclarent 671 entretiens précoces en 2011 et 321 femmes accompagnées. Ce sont par ailleurs 783 femmes enceintes qui ont bénéficié en 2011 d'une action individuelle ou collective de la part de la PMI drômoise.

Juste après l'accouchement, le personnel de PMI effectue des visites en maternité : 2 308 femmes ont été ainsi rencontrées dans les maternités drômoises en 2011, et 1 475 dans les maternités ardéchoises.

De retour au domicile, les mères et les enfants peuvent

faire l'objet de visites à domicile par le personnel de PMI, notamment les enfants signalés par la maternité comme nécessitant une attention particulière. 758 nourrissons ardéchois de moins d'un mois ont été ainsi vus à domicile en 2011 par le personnel de PMI. La PMI drômoise comptabilise de son côté 5 436 enfants ayant bénéficié en 2011 d'un acte de puériculture (en consultation ou à domicile).

Des entretiens en accompagnement parentalité sont également proposés par les psychologues de PMI : 101 entretiens de ce type ont été réalisés en Ardèche en 2011.

2.4. Autres acteurs en périnatalité

Parmi les nombreux acteurs intervenant dans le domaine de la périnatalité, on peut citer :

➤ les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie), qui diffusent un guide d'information à toutes leurs assurées enceintes, financent des ateliers collectifs et si nécessaire des aide-ménagères à domicile pendant la grossesse, conjointement à l'action des CAF et des Conseils généraux dans ce domaine. L'Assurance Maladie propose également un service (en cours de généralisation sur la France entière) d'accompagnement personnalisé lors du retour à domicile après l'accouchement : dans le cas d'un accouchement sans complication, deux visites à domicile (prises en charge à 100%) sont réalisées par une sage-femme libérale dans les douze jours qui suivent la naissance.

➤ les CPEF (centres de planification de l'éducation familiale) : information sur la contraception et la grossesse.

➤ les CAF (Caisses d'Allocations Familiales) : conjointement les Réseaux Parentalité - REAPP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) dans l'Ardèche et la Drôme, réseaux financés par les Directions départementales de la cohésion sociale, les CAF, les Conseils généraux et la MSA. Dans la Drôme, un forum «Parentalité» sera co-organisé en septembre 2013 avec l'UDAF (Union départementale des Associations Familiales).

➤ les collectivités locales : la Ville de Valence adresse aux parents des guides de prévention aux différents âges de l'enfant (à la naissance, à 2 mois, à 3 mois, à un an), à l'occasion des rappels sur les vaccinations à réaliser aux différents âges (le service vaccinations de la Ville organise des séances de vaccinations et gère un fichier de suivi des vaccinations de la population valentinoise).

➤ les associations : soutien à l'allaitement maternel, accompagnement à l'accueil du nouveau-né, actions de soutien à la parentalité. Par exemple : Collectif Allaitement Drôme Ardèche (CADRAR), Réseau Galaure Allaitement (26), Réseau Naissance

Allaitement (07), Relais Naissance Petite enfance (26), Solidarilait Drôme Ardèche Allaiter 26-07.



