

LA SANTÉ DES ENFANTS DE 0-6 ANS  
EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES :  
ETAT DES LIEUX A PARTIR  
DES DONNEES EXPLOITABLES

DECEMBRE 2017



**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR  
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Karine Fontaine-Gavino, chargée d'études

Martine Dreneau, Directrice adjointe

...

A la demande et avec le soutien financier de l'Agence Régionale Auvergne-Rhône-Alpes

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :

[www.ors-auvergne-rhone-alpes.org](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org)



# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>CONTEXTE</b> .....	<b>8</b>
1. Données démographiques .....	8
2. Indicateurs socio-économiques .....	12
<b>SANTE MATERNELLE – GROSSESSE</b> .....	<b>14</b>
1. Les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) .....	14
2. L'Âge des mères à la maternité .....	17
3. Déroulement de la grossesse .....	21
<b>SANTE PERINATALE</b> .....	<b>27</b>
1. Les naissances multiples.....	27
2. Age gestationnel et poids à la naissance .....	28
3. Les malformations congénitales.....	30
<b>SANTE DU JEUNE ENFANT</b> .....	<b>32</b>
1. Les hospitalisations de court séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).....	32
2. Les affections de longue durée (ALD) .....	34
3. Mortalité .....	35
<b>LA COUVERTURE VACCINALE A 2 ANS</b> .....	<b>38</b>
<b>L'ETAT DE SANTE DES ENFANTS SCOLARISES EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE</b> ....	<b>40</b>
1. Données nationales .....	40
2. Données régionales.....	42
<b>OFFRE ET RECOURS A LA PREVENTION ET AUX SOINS</b> .....	<b>44</b>
1. Les réseaux de périnatalité.....	44
2. Les médecins autour du jeune enfant.....	51
3. Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI).....	56
4. Le suivi de la santé des élèves .....	60



# Introduction

---

Suite au premier rapport *La santé des enfants de 0-6 ans en Rhône-Alpes*<sup>1</sup>, les équipes de la Direction de la santé publique - Pôle Prévention et Promotion de la santé et l'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes ont souhaité élargir l'étude à l'échelle Auvergne Rhône-Alpes.

Les objectifs du 1er rapport étaient de :

- recenser les différentes sources de données existantes sur la santé des enfants, leur mode de production et leur fréquence,
- clarifier les connaissances disponibles concernant l'état de santé des enfants âgés de 0 à 6 ans dans la région.

Les résultats de cette première étude ont mis en exergue :

- la présence de nombreuses sources de données mais avec des limites importantes d'exploitation.
- un état de santé du jeune enfant globalement satisfaisant mais des inégalités sociales de santé persistantes.
- la présence de nombreux professionnels socio-médicaux autour du jeune enfant mais avec un recours différencié en fonction de l'offre et des conditions socio-économiques des familles.

Ce second rapport a pour ambition de rassembler tous les indicateurs disponibles en Auvergne-Rhône-Alpes et dans les 12 départements. Il s'appuie sur l'ensemble des sources disponibles : état civil ou recensements de population, statistiques de causes médicales de décès, programme de médicalisation des systèmes d'information, registres de malformation congénitale, premiers certificats de santé de l'enfant, et enquêtes spécifiques. Il adopte une présentation thématique qui va de la grossesse, à l'accouchement et au début de la vie de l'enfant. Les indicateurs sont présentés au département et à la région, en données domiciliées (lieu d'habitation), sur les dernières années disponibles.

---

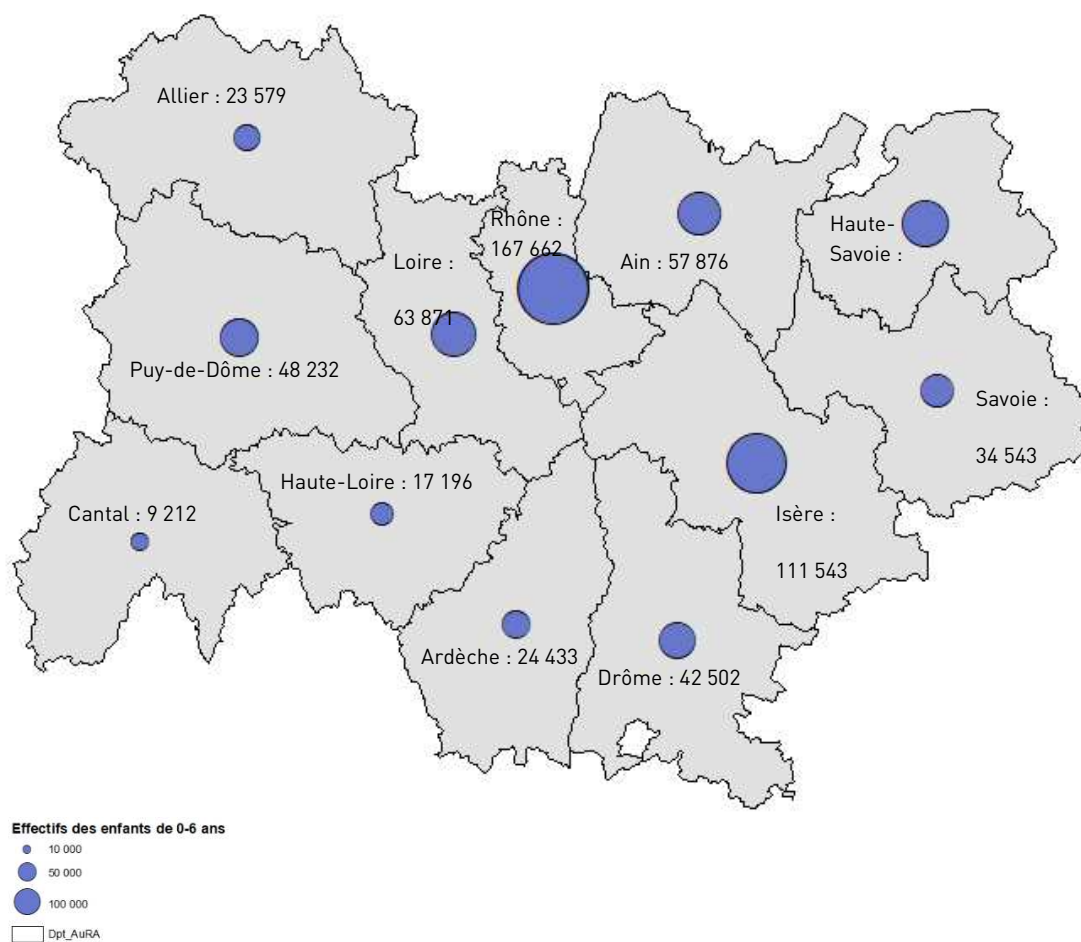
<sup>1</sup> *Fontaine-Gavino K. & Co La santé des enfants de 0-6 ans en Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, Avril 2016*  
[http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante\\_enfants\\_0\\_6\\_ans\\_RA.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante_enfants_0_6_ans_RA.pdf)

# Contexte

## 1. Données démographiques

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'Insee recense en 2014, **672 261 enfants âgés de 0 à 6 ans** dont 14 % sont âgés de moins de 1 an.

### Effectifs des 0-6 ans en Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Insee - RP 2014, exploitation ORS



En 2014, 8,6% des habitants de la région Auvergne-Rhône-Alpes sont âgés de 0-6 ans (versus, 8,4% en France métropolitaine).

Ce pourcentage fluctue de 6,3% dans le département du Cantal à 9,3% dans le département du Rhône.

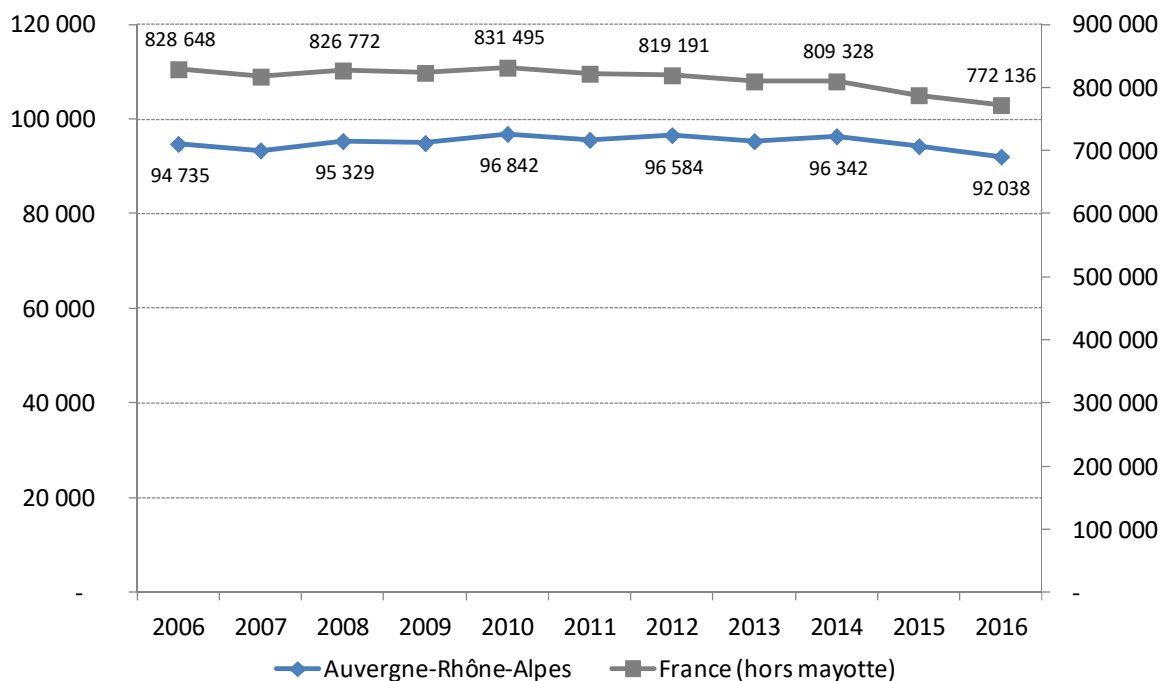
**Effectifs des 0-6 ans et part des 0-6 ans dans l'ensemble de la population par département, 2014**

Départements	< 1 an	1-6 ans	Effectifs 0-6 ans	Part des 0-6 ans
Ain	7 673	50 203	57 876	9,2%
Allier	3 103	20 476	23 579	6,9%
Ardèche	3 272	21 161	24 433	7,6%
Cantal	1 205	8 011	9 216	6,3%
Drôme	5 675	36 827	42 502	8,5%
Isère	14 984	96 559	111 543	9,0%
Loire	8 869	55 002	63 871	8,4%
Haute-Loire	2 205	14 991	17 196	7,6%
Puy-de-Dôme	6 589	41 642	48 232	7,5%
Rhône	24 357	143 305	167 662	9,3%
Savoie	4 703	29 841	34 543	8,1%
Haute-Savoie	9 838	61 768	71 607	9,1%
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	<b>92 474</b>	<b>579 787</b>	<b>672 261</b>	<b>8,6%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>740 264</b>	<b>4 660 572</b>	<b>5 400 835</b>	<b>8,4%</b>

Source : Insee - RP 2014, exploitation ORS

Même si la fécondité demeure élevée, les naissances ont amorcé une baisse notable en France, comme en Auvergne-Rhône-Alpes : 92 038 naissances domiciliées en 2016 versus 96 342 en 2014 (-4,5%).

### Evolution du nombre de naissances domiciliées depuis 2006 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France



Source : Insee - Etat civil, exploitation ORS

Cette baisse est observée dans tous les départements de la région et spécifiquement dans les départements de l'Ardèche et du Cantal.

### Les naissances domiciliées en 2014 et 2015 par département

Départements	2014	2015	2016	évolution des naissances 2014-2016
Ain	7 354	6 996	7 099	-3,5%
Allier	3 152	2 992	3 008	-4,6%
Ardèche	3 254	3 249	2 875	<b>-11,6%</b>
Cantal	1 213	1 128	1 068	<b>-12,0%</b>
Drôme	5 965	5 769	5 548	-7,0%
Isère	15 664	14 981	14 943	-4,6%
Loire	9 183	9 021	8 575	-6,6%
Haute-Loire	2 157	2 186	2 025	-6,1%
Puy-de-Dôme	6 908	6 618	6 532	-5,4%
Rhône	26 712	26 581	26 121	-2,2%
Savoie	4 798	4 671	4 536	-5,5%
Haute-Savoie	9 982	10 053	9 708	-2,7%

Source : Insee - Etat civil 2014, 2015, 2016, Exploitation ORS

Cette baisse est particulièrement marquée pour les femmes âgées de 25 à 29 ans, et n'est plus compensée, comme les années précédentes, par une augmentation de la fécondité aux âges plus élevés.

Elle résulte également, dans une moindre mesure, de la baisse du nombre de femmes en âge de procréer, celles nées durant le baby-boom sortant progressivement de cette tranche d'âge.

## 2. Indicateurs socio-économiques

La pauvreté des enfants dépend de la situation de leurs parents vis-à-vis du marché de l'emploi. C'est dans les ménages exposés au chômage ou à l'inactivité que la pauvreté des enfants est la plus fréquente. Au contraire, vivre avec deux parents actifs occupés préserve les enfants de la pauvreté.

Par ailleurs, d'après une étude de l'INSEE<sup>2</sup>, les enfants pauvres vivent plus fréquemment dans des familles monoparentales.

### Part des familles monoparentales avec jeunes enfants – Année 2014

Département	Part des enfants de < 3 ans	Part des enfants de 3-5 ans
Ain	6,7%*	11,5%
Allier	<b>12,4%</b>	<b>17,1%</b>
Ardèche	9,5%	<b>16,3%</b>
Cantal	8,3%	12,2%
Drôme	10,7%	15,6%
Isère	8,1%	13,2%
Loire	10,0%	13,3%
Haute-Loire	7,7%	11,2%
Puy-de-Dôme	9,1%	15,5%
Rhône	9,6%	14,6%
Savoie	7,2%	13,4%
Haute-Savoie	8,0%	13,0%
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	<b>8,9%</b>	<b>13,9%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>11,3%</b>	<b>15,8%</b>

\*Note de lecture : En 2014, dans le département de l'Ain, 6,7% des familles avec enfants de moins de 3 ans sont des familles monoparentales

Source : Insee - RP 2014, exploitation ORS

Deux départements dans la région ont une part supérieure à celle de la France : l'Allier et l'Ardèche. La Haute-Loire, la Savoie et la Haute-Savoie enregistrent les taux les plus bas.

<sup>2</sup> INSEE, Tableaux de l'Économie Française - Édition 2014

### Part d'enfants dont la famille n'a pas d'emploi\* – Année 2014

Département	Part d'enfants de < 3 ans	Part d'enfants de 3-5 ans
L'Ain	8,3%**	6,5%
L'Allier	<b>15,7%</b>	<b>13,4%</b>
L'Ardèche	12,5%	12,1%
Le Cantal	6,5%	6,5%
La Drôme	<b>14,7%</b>	<b>12,6%</b>
L'Isère	10,5%	9,3%
La Loire	<b>14,6%</b>	<b>13,7%</b>
La Haute-Loire	9,2%	8,3%
Le Puy de Dôme	10,8%	10,8%
Le Rhône	12,6%	11,8%
La Savoie	7,8%	7,3%
La Haute-Savoie	7,8%	6,8%
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	<b>11,2%</b>	<b>10,2%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>13,4%</b>	<b>12,1%</b>

\* soit famille monoparentale dont le parent n'a pas d'emploi, soit couple dont les 2 parents n'ont pas d'emploi

\*\*\*Note de lecture : En 2014, dans le département de l'Ain, 8,3% des familles avec enfants de moins de 3 ans sont des familles sans emploi

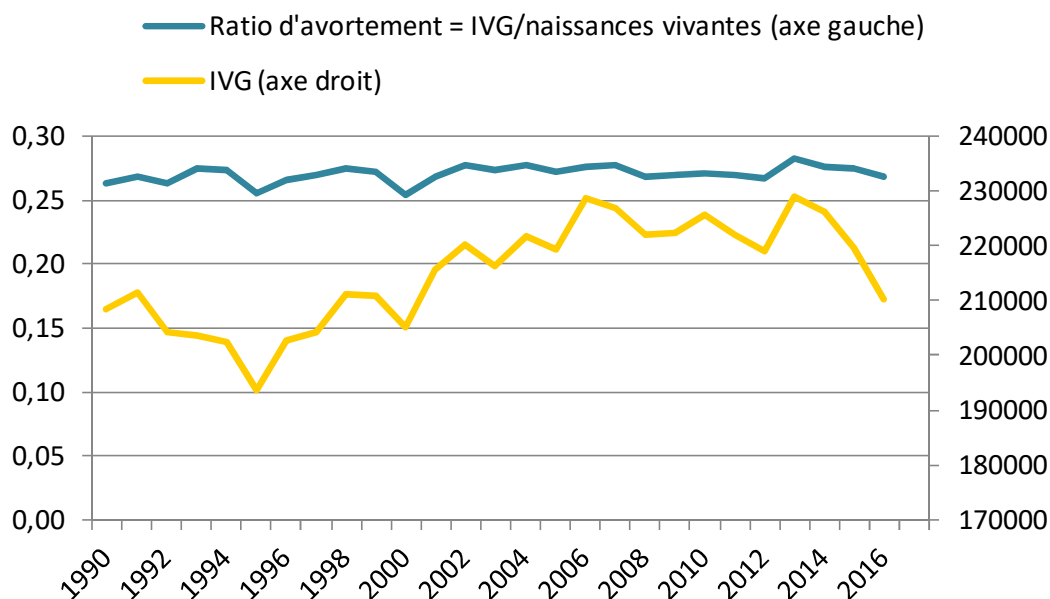
Source : Insee - RP 2014, exploitation ORS

Cet indicateur de précarité montre de très grandes inégalités socio-économiques entre les départements : l'Allier présente des taux deux fois plus élevés que dans les départements du Cantal, de la Savoie et de la Haute-Savoie. Et au sein même de chaque département, il existe des poches de précarité.

# Santé maternelle – grossesse

## 1. Les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2016 en France



Champ : France entière, IVG des femmes résidentes en France.

Sources : DREES (SAE, PMSI) ; CNAMTS (Erasme puis DCIR : nombre de forfaits médicaux remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; INSEE (estimations localisées de population au 1er janvier 2016), calculs DREES.

Le ratio d'avortement correspond au rapport entre le nombre d'IVG (au numérateur) et le nombre de naissances vivantes (au dénominateur).

Les évolutions du nombre des naissances et des IVG suivent une tendance proche depuis 1990, ainsi le ratio d'avortement reste stable au cours de la période.

En 2016, 21 782 IVG ont été réalisées chez les femmes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes, dont 82% en établissement hospitalier, 15% en cabinet libéral et 1,6% dans les centres de santé ou centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

**Les IVG réalisées en Auvergne-Rhône-Alpes en 2016 (femmes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes)**

IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé, centre de planification familiale	Forfaits remboursés en ville	Total des IVG réalisées	IVG 15-49 ans*	IVG 15 à 17 ans**
18 123	350	3 309	<b>21 782</b>	12,6‰	5,6‰

Sources : DREES (PMSI), INSEE (estimations localisées de population au 1er janvier 2016), CNAMTS (DCIR, données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date des soins, tous régimes).

\* IVG chez les 15-49 ans\* pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans

\*\*IVG chez les 15-17 ans pour 1 000 femmes mineures de 15 à 17 ans

En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux d'IVG s'élève à 12,6 pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans (versus 13,9‰ en France métropolitaine). Chez les mineures, ce taux s'élève à 5,6 pour mille jeunes filles de 15-17 ans (versus 6,7‰ en France métropolitaine).

Le taux de recours à l'IVG augmente d'abord avec l'âge de la femme pour atteindre un maximum à 20-24 ans et il décroît ensuite.

**Taux annuel moyen de séjours hospitaliers pour IVG par tranche d'âge – Auvergne-Rhône-Alpes, période 2013-2015 (‰)**

Départements	Taux* < 18 ans	Taux* 15-49 ans
Ain	3,1	10,2
Allier	3,8	10,2
Ardèche	3,4	11,5
Cantal	<b>4,0</b>	11,6
Drôme	<b>4,0</b>	11,9
Isère	3,2	9,9
Loire	3,6	10,5
Haute-Loire	2,9	9,7
Puy-de-Dôme	<b>4,0</b>	<b>11,9</b>
Rhône	3,8	<b>12,6</b>
Savoie	3,0	9,4
Haute-Savoie	3,2	11,1
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	3,5	11,2

\*Taux = nombre d'IVG rapporté à la population des 12-17 ans et des 15-49 ans  
Source : PMSI 2013-2015, exploitation ORS

Sur la période 2013-2015, le taux de séjours hospitaliers pour IVG s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 11,2 pour mille femmes âgées de 15-49 ans. Ce taux fluctue de 9,4‰ dans le département de la Savoie à 12,6‰ dans le département du Rhône. Chez les mineures, les taux les plus élevés sont enregistrés dans les départements du Cantal, de la Drôme et du Puy-de-Dôme où ils s'élèvent à 4‰.

D'après une étude de la Drees<sup>3</sup>, toutes les catégories sociales sont concernées par les IVG. Chez les moins de 25 ans, l'engagement scolaire est un élément déterminant du recours à l'IVG. Une maternité précoce apparaît comme un frein au déroulement d'une scolarité, et donc à une bonne insertion professionnelle ultérieure. De même, l'IVG peut être un moyen de reporter une maternité survenue trop tôt pour les femmes dans une situation professionnelle débutante.

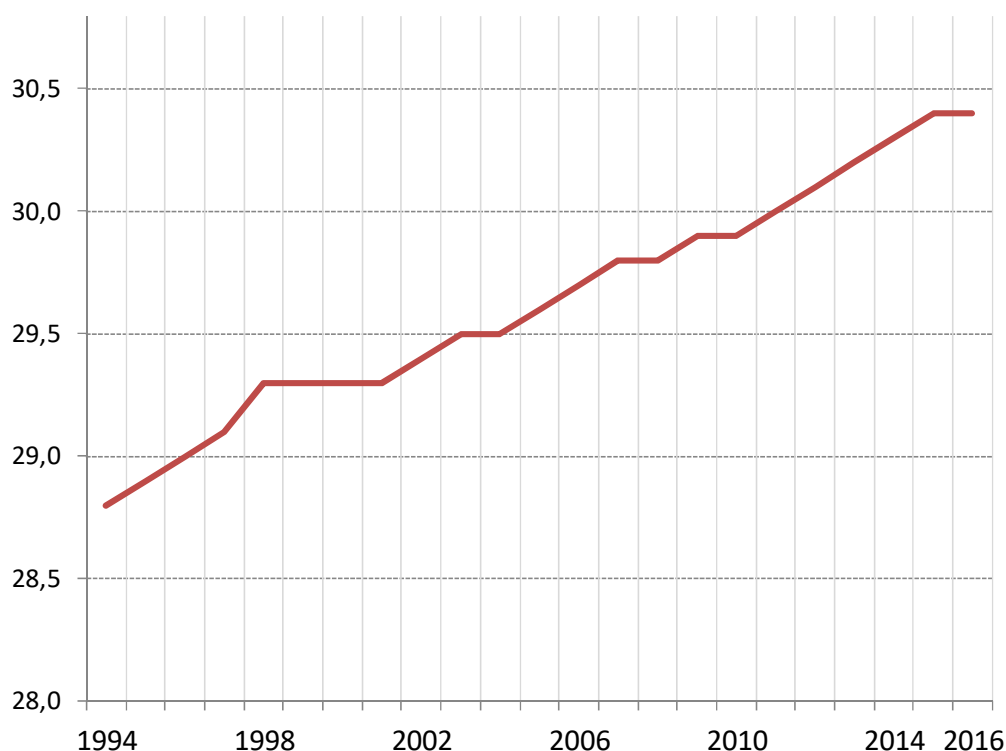
<sup>3</sup> Vilain A., Collet M., Moisy M., 2010, « Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge », in L'état de santé de la population en France : rapport 2009-2010, DREES.



## 2. L'Âge des mères à la maternité

L'âge des mères au moment de l'accouchement augmente, en France, de manière continue depuis le début des années 1980. Les données de l'INSEE montrent que l'âge moyen des mères (pour les naissances vivantes) est passé de 26,5 ans en 1977 à 28,8 en 1994, 29,9 ans en 2010 et 30,4 ans en 2016.

Âge moyen de la mère à l'accouchement en France de 1994 à 2016



Note : données 2014 à 2016 provisoires ; âge calculé pour une génération fictive de femmes qui auraient à chaque âge la fécondité observée pour les femmes du même âge l'année considérée. Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

**Enfants nés vivants selon le groupe d'âge de la mère - Auvergne-Rhône-Alpes par département. Année 2016**

	Ensemble	< 20 ans	20-24	25- 29	30- 34	35- 39	40 ans ou plus
Ain	7 099	50	694	2 273	2 516	1 252	314
Allier	3 008	74	440	979	922	470	123
Ardèche	2 875	29	293	886	1 003	518	146
Cantal	1 068	15	86	383	371	180	33
Drôme	5 548	60	611	1 744	1 918	997	218
Isère	14 943	127	1 362	4 532	5 369	2 853	700
Loire	8 575	110	1 010	2 802	2 940	1 377	336
Haute-Loire	2 025	21	212	682	677	355	78
Puy-de-Dôme	6 532	97	716	1 977	2 296	1 165	281
Rhône	26 121	204	2 143	7 272	9 665	5 415	1 422
Savoie	4 536	41	426	1 357	1 652	845	215
Haute-Savoie	9 708	64	744	2 799	3 690	1 985	426
<b>Auvergne- Rhône-Alpes</b>	<b>92 038</b>	<b>892</b>	<b>8 737</b>	<b>27 686</b>	<b>33 019</b>	<b>17 412</b>	<b>4 292</b>

Source : Insee - Etat civil, 2016, exploitation ORS

### Evolution de la part des enfants nés de mères de moins de 20 ans – Auvergne-Rhône-Alpes de 2014 à 2016

	2014	2015	2016
Ain	0,9%	1,0%	0,7%
Allier	2,4%	2,8%	2,5%
Ardèche	1,9%	1,5%	1,0%
Cantal	1,8%	1,7%	1,4%
Drôme	1,0%	1,0%	1,1%
Isère	1,1%	0,9%	0,8%
Loire	1,4%	1,1%	1,3%
Haute-Loire	1,2%	0,8%	1,0%
Puy-de-Dôme	1,6%	1,5%	1,5%
Rhône	0,9%	0,8%	0,8%
Savoie	1,1%	0,9%	0,9%
Haute-Savoie	0,8%	0,7%	0,7%
Auvergne-Rhône-Alpes	1,1%	1,0%	1,0%

Source : Insee – Etat civil, 2014, 2015, 2016, exploitation ORS

En 2016, 0,7% des enfants sont nés dans les départements de l'Ain et Haute-Savoie de mères de moins de 20 ans contre plus du double dans les départements du Cantal (1,4%) et du Puy-de-Dôme (1,5%).

De 2014 à 2016, l'évolution de la part des mères de moins de 20 ans est relativement stable, à l'exception des départements de l'Ardèche et du Cantal qui enregistrent des baisses importantes.

### Evolution de la part des enfants nés de mères de plus de 40 ans – Auvergne-Rhône-Alpes de 2014 à 2016

	2014	2015	2016
Ain	4,4%	3,7%	4,4%
Allier	4,5%	4,4%	4,1%
Ardèche	5,2%	4,0%	5,1%
Cantal	3,3%	4,5%	3,1%
Drôme	4,4%	4,5%	3,9%
Isère	4,4%	4,6%	4,7%
Loire	4,1%	3,9%	3,9%
Haute-Loire	4,0%	3,8%	3,9%
Puy-de-Dôme	4,7%	4,5%	4,3%
Rhône	5,3%	5,3%	5,4%
Savoie	4,7%	4,9%	4,7%
Haute-Savoie	4,8%	4,7%	4,4%
Auvergne-Rhône-Alpes	4,7%	4,6%	4,7%

Source : Insee – Etat civil, 2014, 2015, 2016, exploitation ORS

En 2016, 5,4% des enfants sont nés dans le département du Rhône d'une mère de plus de 40 ans, contre 3,1% dans le département du Cantal.

On ne note pas d'évolution franche de la part d'enfants nés de mères de plus de 40 ans entre 2014 et 2016.

### 3. Déroulement de la grossesse

#### Indicateurs de déroulement de grossesse en Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine

	Auvergne-Rhône-Alpes	France métropolitaine
Bénéficiaires d'allocation chômage, RSA	20,6%	25,0%
IMC > 30	10,4%	11,8%
Consommation tabac au cours du 3 <sup>e</sup> trimestre	15,0%	16,6%
Réalisation entretien prénatal précoce	29,0%	29,4%
Préparation à la naissance chez les primipares	84,8%	77,9%
Allaitement exclusif ou mixte à la maternité	71,0%	66%
Accouchement dans maternité type III	23,6%	26,4%

Source : ENP 2016, exploitation ORS

Des enquêtes nationales périnatales (ENP) sont réalisées à intervalle régulier (1995, 1998, 2003, 2010, 2016). Elles permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs périnataux relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque, et de fournir des informations sur des questions particulières, pour aider à la décision et à l'évaluation des actions de santé.

D'après le rapport de la dernière ENP<sup>4</sup>, des caractéristiques importantes du contexte de la grossesse ont tendance à évoluer de manière défavorable :

- le report des naissances à des âges maternels plus élevés, observé depuis plusieurs décennies, se poursuit, alors que l'on sait que les risques pour la mère et l'enfant augmentent de manière sensible avec l'âge des femmes.
- l'augmentation du surpoids et de l'obésité est également préoccupante : en 2016 20 % des femmes sont en surpoids et près de 12 % sont obèses, contre respectivement 17 % et 10 % en 2010. En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux de femmes obèses s'élève à 10,4%.
- La consommation de tabac pendant la grossesse n'a pas baissé, et 17 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse. En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux s'élève à 15%.

<sup>4</sup> Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010, Drees, Inserm octobre 2017

[http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_enp\\_2016.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf)

- l'entretien prénatal précoce (EPP) est plus répandu en 2016 qu'en 2010, mais ne concerne encore que 29,4% des femmes en France métropolitaine et 29% en Auvergne-Rhône-Alpes.
- la fréquence de l'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, de 60 % à 52 % ; de plus, l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, a légèrement diminué, de 68 % en 2010 à 66 % en 2016. En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux est plus élevé et s'élève à 71%.

Les indicateurs qui suivent, sont issus de la base des Certificats de Santé au 8<sup>e</sup> jour (CS8). La base des CS8 contient un ensemble d'indicateurs qui permettent de décrire le suivi de grossesse de la mère et la santé du nouveau-né.

Les CS8 sont remplis à la maternité avant la sortie de la mère et de l'enfant et sont transmis aux services de PMI des départements d'origine de la mère de l'enfant qui saisissent les données.

Les données des CS8 sont transmises chaque année à la Direction de la recherche des études et évaluation et statistiques (DREES) de santé qui collecte l'ensemble des fichiers départementaux envoyés par les services de PMI. Elle est ensuite en charge de les fusionner et de réaliser des travaux d'apurement et de pondération afin de constituer les bases nationales annuelles relatives à ces données.

**Le taux de réponse de chacun de ces indicateurs est très variable et quelques résultats départementaux sur certaines variables sont à prendre avec précaution dans la mesure où des effectifs restreints ou des erreurs de codage peuvent mener à des incohérences ou à des estimations erronées.**

Cette base de données demeure une source unique d'informations sur l'état de santé du nouveau né à l'échelle nationale, régionale, départementale voir infra-départementale.

### Déclaration tardive de grossesse (en %)

	Taux de déclaration tardive	Taux de réponse de l'indicateur
Ain	5,2%	88%
Allier	15,2%	95%
Ardèche	2,3%	90%
Cantal	4,6%	21%
Drôme	1,3%	77%
Isère	1,3%	72%
Loire	1,9%	92%
Haute Loire	3,7%	97%
Puy de Dôme	n.d.	93%
Rhône	0,8%	100%
Savoie	2,1%	92%
Haute Savoie	22,3%	87%
France entière	5,2%	88%

Données  
non  
Exploitable\*

\* Données non exploitables : résultats incohérents liés à des effectifs restreints ou des erreurs de codage

n.d. : données manquantes ou insuffisantes

Source : DREES, Remontées des services de PMI - Certificat de santé au 8<sup>e</sup> jour - validité 2015

Le taux de déclaration tardive de grossesse (au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre) s'élève à 5,2% d'après la base de données des CS8 en France. Ce taux fluctue de manière importante au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes et ces données sont à interpréter avec prudence. D'après l'enquête nationale périnatale 2016, les déclarations tardives concernent 7,3 % des femmes (6,2 % ayant déclaré leur grossesse au deuxième trimestre et 1,1 % au troisième trimestre). Ces taux sont stables depuis plusieurs années.

Par ailleurs, d'après l'enquête nationale périnatale 2016, seules 0,6% des femmes en France n'ont pas déclaré leur grossesse et ce pourcentage est stable depuis 1998.

### Taux de réalisation de l'échographie morphologique (Naissances domiciliées)

	Taux de réalisation de l'échographie morphologique (%)	Taux de réponse de l'indicateur (%)
Ain	94,5	88%
Allier	80,0	97%
Ardèche	80,8	100%
Cantal	86,7	100%
Drôme	78,8	100%
Isère	98,1	76%
Loire	98,5	87%
Haute Loire	95,4	95%
Puy de Dôme	n.d.	98%
Rhône	98,3	73%
Savoie	98,6	95%
Haute Savoie	91,2	85%
France entière	95,3	90%

n.d. : données manquantes ou insuffisantes

Source : DREES, Remontées des services de PMI – Certificat de santé au 8e jour – validité 2015

#### Réalisation de l'échographie morphologique :

Le certificat de santé du 8e jour comporte un item en oui/non concernant la réalisation de l'échographie morphologique. Ce taux s'élève à 95% en France.

L'échographie du 2e trimestre ou échographie morphologique se pratique au cours du 5e mois de grossesse. Elle permet principalement de réaliser une étude morphologique complète et détaillée du fœtus et d'évaluer sa croissance.



### Taux de participation aux séances de préparation à l'accouchement (%)

	Taux de participation aux séances de préparation à l'accouchement	Taux de réponse de l'indicateur
Ain	59,5%	72%
Allier	42,8%	71%
Ardèche	49,6%	100%
Cantal	41,4%	100%
Drôme	40,0%	100%
Isère	69,6%	58%
Loire	52,4%	48%
Haute Loire	55,2%	73%
Puy de Dôme	58,7%	68%
Rhône	70,5%	53%
Savoie	70,4%	86%
Haute Savoie	60,2%	58%
France entière	49,3%	79%

Source : DREES, Remontées des services de PMI – Certificat de santé au 8e jour – validité 2015

#### Participation à une préparation à la naissance :

Le certificat de santé du 8e jour comporte un item en oui/non concernant la participation à une préparation à la naissance. Le taux est calculé pour 100 naissances vivantes (toutes parités confondues). Il s'élève à 49% en France.

D'après l'enquête nationale périnatale, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont très suivies par les primipares (77,9 % d'entre elles) – beaucoup moins par les multipares (33,8 %) – et cette participation augmente, quelle que soit la parité des femmes. Les trois quarts des femmes ayant suivi des séances de préparation à la naissance ont eu entre 4 et 8 séances.

D'après l'ENP 2016, en France, le taux d'allaitement maternel qu'il soit exclusif ou mixte s'élève à 66%, soit un taux identique que celui observé dans la base de données des CS8.

En Auvergne-Rhône-Alpes, ce taux s'élève à 71%. D'après la base de données des CS8 de 2015, ce taux oscille en 2015 entre 45% dans le département du Cantal à 79% en Haute-Savoie. Les taux sont assez stables depuis plusieurs années.

**Evolution du taux d'allaitement au sein à la sortie de la maternité par département (%)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de réponse 2015
Ain	71%	66%	nd	nd	73%	67%	93%
Allier	48%	46%	50%	49%	49%	48%	97%
Ardèche	68%	67%	68%	66%	65%	67%	97%
Cantal	47%	50%	48%	nd	43%	45%	100%
Drôme	70%	70%	69%	67%	69%	71%	95%
Isère	76%	73%	72%	nd	73%	72%	92%
Loire	68%	67%	67%	69%	69%	67%	91%
Haute-Loire	59%	nd	56%	57%	55%	57%	94%
Puy-de-Dôme	54%	nd	52%	56%	60%	58%	98%
Rhône	76%	75%	75%	78%	n.d.	66%	91%
Savoie	77%	77%	77%	76%	76%	76%	97%
Haute-Savoie	80%	79%	78%	79%	79%	79%	95%
France métropolitaine	67%	66%	66%	63%	65%	66%	92%

Les caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère, la situation vis-à-vis de l'emploi, son état de santé et son suivi pendant la grossesse, sont associées à la durée d'allaitement. Bien que l'allaitement soit une solution « économique » par rapport aux préparations infantiles, les mères avec de faibles revenus, ouvrières, employées ou agricultrices allaitent moins longtemps que les cadres ou commerçantes par exemple.

# Santé périnatale

## 1. Les naissances multiples

Ain	1,3
Allier	2,5
Ardèche	2,8
Cantal	1,7
Drôme	2,7
Isère	2,6
Loire	3,9
Haute Loire	3,3
Puy de Dôme	2,7
Rhône	2,6
Savoie	2,9
Haute Savoie	2,9
France entière	3,1

Source : DREES, Remontées des services de PMI – Certificat de santé au 8e jour – validité 2015

La part des enfants nés de naissances multiples s'élève d'après la base des CS8 à 3,1% en France ; Ce taux fluctue de 1,3% dans le département de l'Ain à 3,9% dans le département de la Loire.

D'après l'ENP 2016, le taux d'accouchements gémellaires a fortement augmenté en France depuis le début des années 1970, en raison d'une augmentation de l'âge maternel et du recours aux traitements de l'infertilité, notamment du développement de la fécondation in vitro à partir des années 1980.

Les naissances gémellaires représentent un groupe à haut risque qu'il convient d'étudier, en raison, notamment, du taux élevé de prématurité et des petits poids à la naissance. Les mères de jumeaux présentent également des risques plus élevés de complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Les jumeaux présentent un risque très élevé de prématurité et de petits poids à la naissance. D'après l'ENP 2016, parmi les naissances vivantes, le taux de prématurité est de 47,5 % au lieu de 6,0 % chez les singletons, soit une fréquence multipliée environ par sept. Les pourcentages de poids de naissance inférieurs à 2 500 g, toujours chez les naissances vivantes, sont respectivement de 53,9 % au lieu de 5,7 %, soit une fréquence multipliée environ par dix. Pour la prématurité, l'excès de risque est observé aussi bien pour la prématurité modérée que pour la grande prématurité. Ainsi, 9,9 % des jumeaux (nés vivants) naissent avant 32 SA contre 0,9 % des enfants uniques.

Ces différences conduisent à une fréquence des transferts néonataux plus importante chez les jumeaux. Au total, 49,0 % d'entre eux ont été transférés dans un autre service ou ont fait l'objet d'une hospitalisation particulière au sein de la maternité, contre 8,4 % des singletons.

## 2. Age gestationnel et poids à la naissance

Nombre et taux annuels d'enfants prématurés - Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015

Départements	grands prématurés (< 33 SA*)	prématurés (< 37 SA*)	Nombre d'enfants nés < 37SA*
Ain	1,5%	7,6%	547
Allier	1,2%	6,6%	206
Ardèche	1,2%	6,6%	213
Cantal	1,2%	6,3%	76
Drôme	1,4%	7,2%	429
Isère	1,4%	7,0%	1 084
Loire	1,4%	7,2%	653
Haute Loire	1,6%	7,0%	154
Puy de Dôme	1,3%	6,6%	447
Rhône	1,5%	7,5%	1 980
Savoie	1,3%	6,2%	294
Haute Savoie	1,3%	6,8%	683
Auvergne-Rhône-Alpes	1,4%	7,1%	6 764

\*SA : semaine d'aménorrhée

Sources : PMSI, 2013-2015 – Insee, état civil 2013-2015, exploitation ORS

Le taux annuel de nouveau-nés prématurés (nés avant 37 semaine d'aménorrhée) en Auvergne-Rhône-Alpes s'élève à 7,1% sur la période 2013-2015, d'après la base de données du PMSI. Ce taux oscille entre 6,2% dans le département de la Savoie à 7,6% dans le département de l'Ain.

D'après l'ENP 2016, la prématurité globale a très légèrement augmenté entre 2010 et 2016 pour les naissances vivantes (de 6,5 à 7,5 % en 2016) en France métropolitaine.

L'ENP montre également que le groupe des enfants nés prématurément et celui des enfants de faible poids ne se recoupent pas totalement : ainsi, 69,3 % des enfants nés à 36 SA et 34,6 % de ceux nés à 34 – 35 SA pèsent 2 500 g ou plus.

Le taux annuel de nouveau-nés de petit-poids de naissance (<2 500g) s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes d'après les données du PMSI à 7,3% sur la période 2013-2015. Ce taux oscille entre 6,8% dans le département de la Savoie à 7,8% dans les départements de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme.

#### Nouveau-nés < 2 500 g - Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015

Départements	Taux annuel moyen d'enfants de petit poids de naissance
Ain	7,4%
Allier	7,6%
Ardèche	6,8%
Cantal	7,6%
Drôme	7,7%
Isère	7,3%
Loire	7,6%
Haute Loire	7,8%
Puy de Dôme	7,8%
Rhône	7,2%
Savoie	6,8%
Haute Savoie	7,2%
Auvergne-Rhône-Alpes	7,3%

Sources : PMSI, 2013-2015 – Insee, état civil 2013-2015, exploitation ORS

### 3. Les malformations congénitales

Les malformations congénitales sont responsables dans les pays développés de 20 à 25% de la mortalité périnatale totale, représentant ainsi en France la première cause de mortalité périnatale. La fréquence des malformations congénitales parmi l'ensemble des grossesses n'est pas connue, de nombreuses conceptions donnant lieu à des avortements spontanés précoces. Les malformations congénitales chez les enfants mort-nés et les enfants vivants ne constituent donc qu'une partie de l'ensemble des malformations congénitales. Aujourd'hui la part des nouveau-nés porteurs de malformations congénitales représente 3 à 4% des naissances vivantes.

L'origine des malformations est généralement multifactorielle : 20% à 25% des anomalies congénitales seraient dues à une hérédité multifactorielle, 15% à 25% à des mutations génétiques (chromosomes ou gènes uniques), 8% à 12% à des facteurs environnementaux (agents tératogènes). Environ 50% des malformations restent inexpliquées.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le registre des malformations en Rhône-Alpes (REMERA) pour les départements de l'Ain, l'Isère, la Loire, le Rhône, et le Centre d'études des malformations congénitales en Auvergne (CEMC-Auvergne) pour les départements de l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme permettent de mesurer et surveiller la fréquence des malformations congénitales.

En 2015 la part des nouveau-nés porteurs de malformations congénitales fluctue de 1,1% dans le département de l'Allier à 5,2% dans le département de la Loire.

#### Nombre et part des nouveau-nés porteurs de malformations en 2015

	Nouveau-nés porteurs de malformations	Part des nouveau-nés domiciliés porteurs de malformation(s) sur l'ensemble des naissances domiciliées
Ain	101	2,5%
Isère	651	4,7%
Loire	517	5,2%
Rhône	1020	3,4%
Allier	74	1,1%
Cantal	34	3,0%
Haute-Loire	33	1,5%
Puy de Dôme	320	4,8%

Source : Rapports d'activité 2016 - Registre des malformations en Rhône-Alpes (REMERA), Centre d'études des malformations congénitales en Auvergne (CEMC-Auvergne)

**Dans les départements de l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme**, le taux d'incidence des enfants porteurs de malformations en 2015 est de 3,3% toutes naissances confondues - mort fœtale in utero (MFIU) et Interruption médicale de grossesse (IMG) incluses - et de 2,6% parmi les naissances vivantes. Le taux d'incidence est assez stable depuis les cinq dernières années et fluctue très peu d'une année à l'autre (entre 3,5 et 4).

Sur l'ensemble des enfants nés en Auvergne et porteurs de malformations congénitales ou anomalies chromosomiques, 77% des enfants sont nés vivant, 1% sont décédés in utero (MFIU) et 22% ont fait l'objet d'une IMG.

**En Rhône-Alpes**, d'après une étude menée en 2012<sup>5</sup>, sur la période 1981-2009, dans les départements suivis par le registre Remera, la prévalence totale (naissances vivantes et mort-nés, mort foetales in utero -MFIU- et IMG) des malformations a augmenté de près de 2,5% chaque année, passant de 150 à 260 pour 10 000 naissance. Cette augmentation peut être expliquée par l'amélioration des dépistages prénatals qui détectent mieux les malformations. Ces progrès engendrent de fait une augmentation des interruptions de grossesse au fil des années (252 IMG en 1999 contre 502 en 2009). La prévalence des naissances vivantes et MFIU connaît ainsi une augmentation plus modérée (0,5% par an passant de 150 à 175 cas pour 10 000 naissances entre 1981 et 2009).

### Les principales malformations

- Sur l'ensemble du territoire, la trisomie 21 (T21) ou syndrome de Down reste la malformation qui connaît la fréquence la plus élevée. Une IMG est pratiquée dans plus de la moitié des cas. Les études évoquées précédemment ont montrées également que la prévalence totale de cette malformation a significativement augmenté sur les 25 dernières années. Cette augmentation s'explique principalement par l'augmentation de l'âge à la maternité dans la population générale.
- D'après les différents registres, on retrouve ensuite une occurrence de 17 à 20% pour les hypospadias (l'hypospadias se manifeste chez le fœtus masculin par l'ouverture de l'urètre dans la face inférieure du pénis au lieu de son extrémité). Ce type de malformations est en augmentation ces dernières années. Des hypothèses en lien avec des expositions aux perturbateurs endocriniens et aux pesticides avec de potentiels effets transgénérationnels sont fortement évoquées<sup>6</sup>
- Viennent ensuite, comme malformations les plus fréquentes, les fentes faciales (palatines et labio-palatines) qui représentent entre 10 et 12% des malformations.

---

5 Les malformations congénitales en Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, août 2012

<http://www.ors-rhone-alpes.org/environnement/pdf/dossier8.pdf>

6 Hypospadias: interactions between environment and genetics. Kalfa N. 4. et al.. Mol Cell Endocrinol. 2011 Mar 30;335(2):89-95.

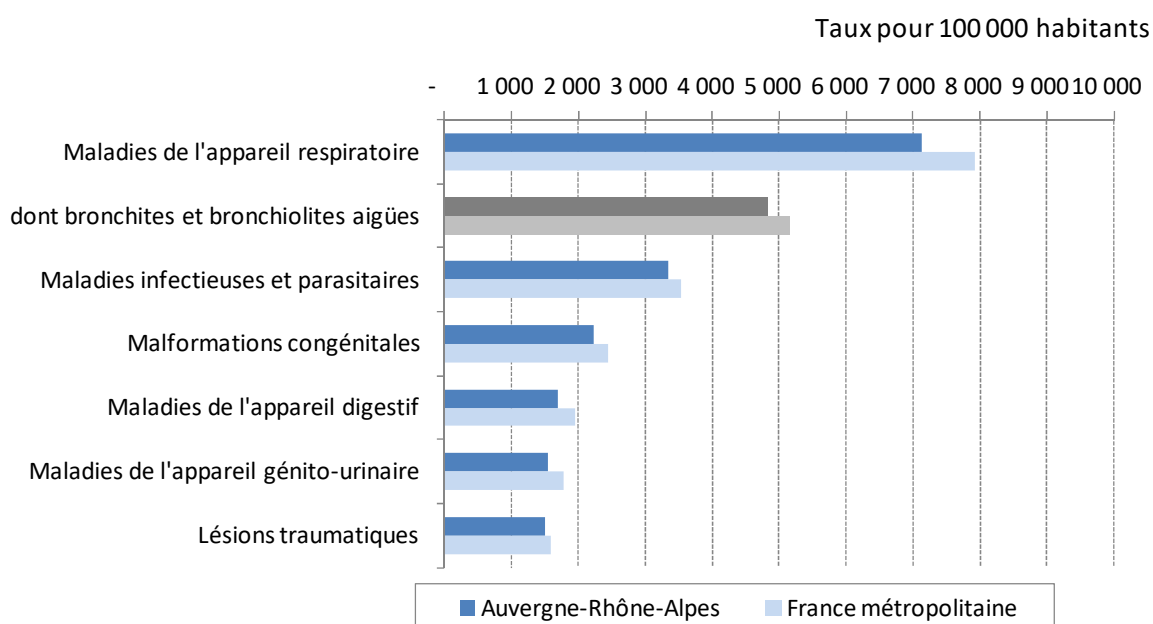
# Santé du jeune enfant

## 1. Les hospitalisations de court séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)

En Auvergne-Rhône-Alpes, sur la période 2013-2015, on recense par an :

- 39 137 enfants de 1-4 ans hospitalisés (10,2% des enfants de 1-4 ans)
- 27 548 enfants de 5-9 ans hospitalisés (5,7% des enfants de 5-9 ans)

Taux de séjours hospitaliers chez les moins de 1 an par motif, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



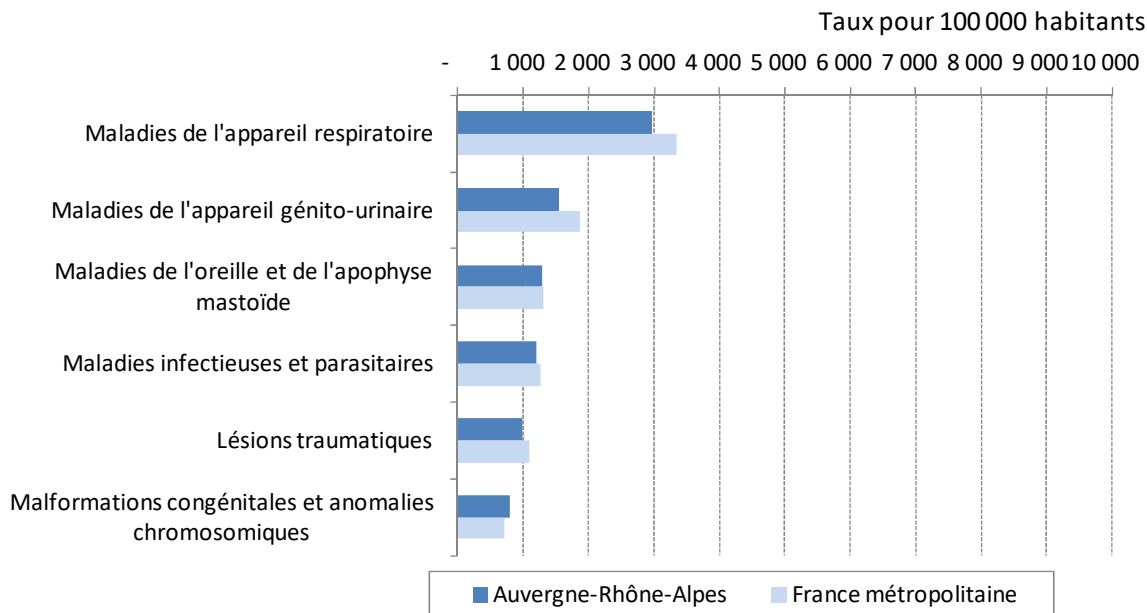
Source : PMSI, 2013-2015 – exploitation ORS

Les moins de 1 an enregistrent les taux d'hospitalisation les plus élevés (notamment pour maladies respiratoires, maladies infectieuses et malformations congénitales). Les taux diminuent fortement par la suite.



Chez les 1-4 ans, les maladies de l'appareil respiratoire demeurent les principaux motifs du recours à l'hospitalisation suivis des maladies de l'appareil génito-urinaire et des maladies de l'oreille.

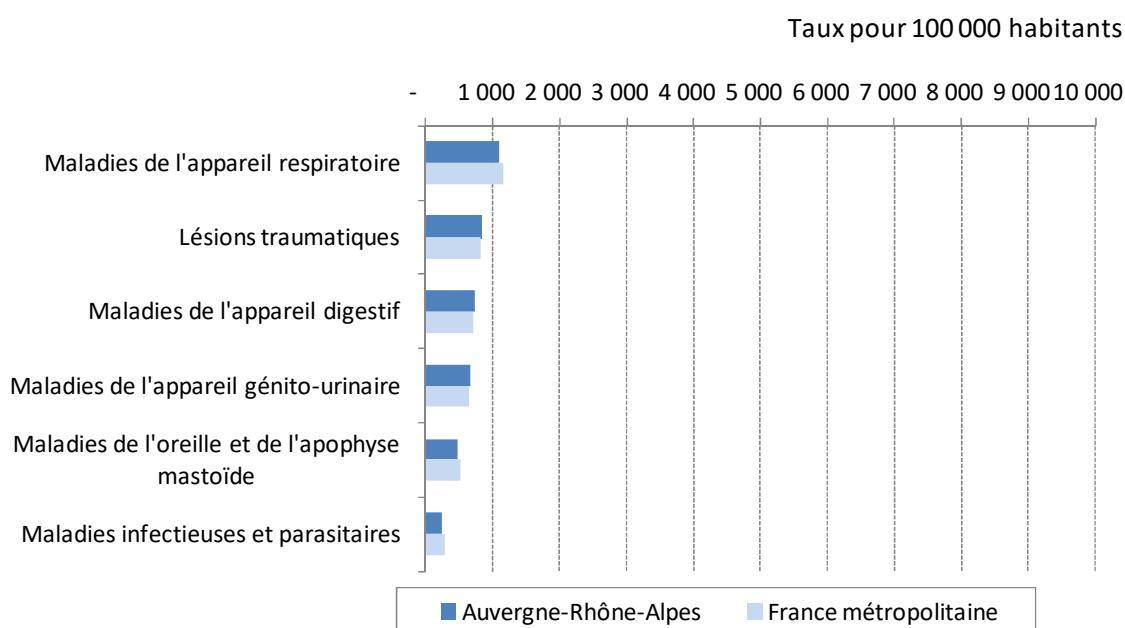
### Taux de séjours hospitaliers chez les 1-4 ans par motif, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



Source : PMSI, 2013-2015 – exploitation ORS

Enfin chez les plus grands (5-9 ans), les taux de patients hospitalisés diminuent fortement. Les principaux motifs demeurent les maladies de l'appareil respiratoire suivis de près par les lésions traumatiques (fracture, chute...).

### Taux de séjours hospitaliers chez les 5-9 ans par motif, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



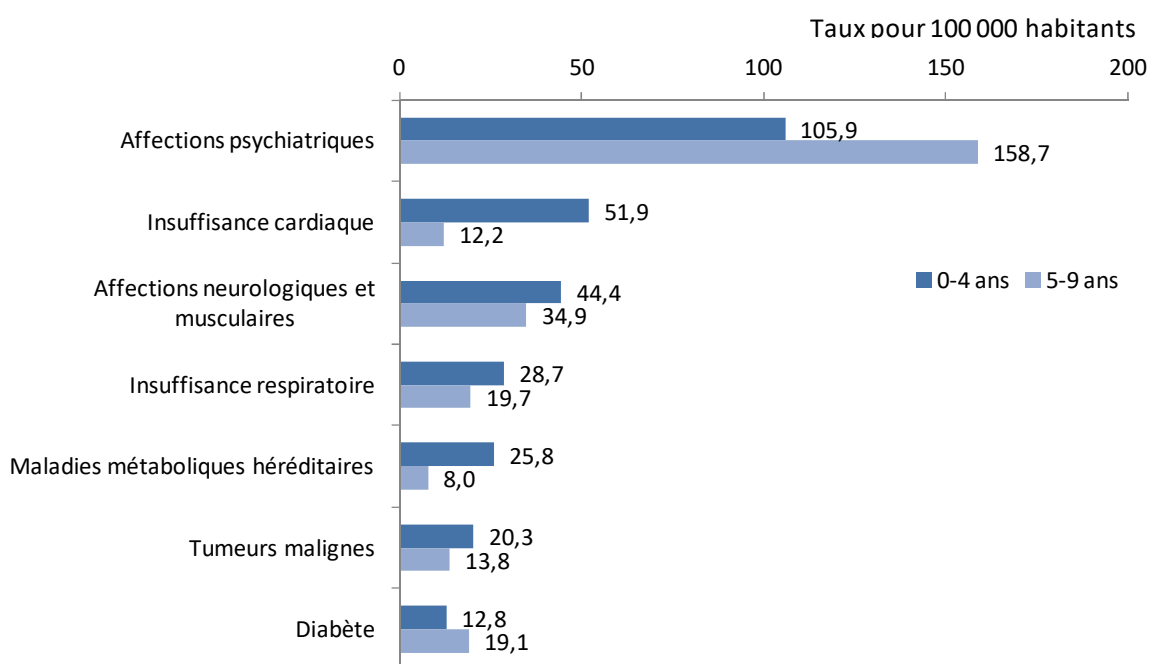
Source : PMSI, 2013-2015 – exploitation ORS

## 2. Les affections de longue durée (ALD)

En Auvergne-Rhône-Alpes, en moyenne par an, sur la période 2011-2014, on recense :

- 1 713 nouvelles admissions en ALD chez les 0-4 ans
- 1 520 nouvelles admissions en ALD chez les 5-9 ans

Taux annuel moyen de nouvelles admissions en ALD chez les 0-4 ans et 5-9 ans par motif, Auvergne-Rhône-Alpes, 2011-2014



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, 2011-2014, exploitation ORS

Les motifs d'admission en ALD le plus important aussi bien chez les enfants de moins de 5 ans que chez ceux de 5-9 ans concerne les affections psychiatriques. Parmi ces affections psychiatriques, les causes les plus fréquentes recensées sont les troubles envahissants du développement (autisme, syndrome d'Asperger...) et le retard mental.

### 3. Mortalité

Le taux de mortalité infantile s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 3,3‰. Ce taux est identique au taux national et stagne depuis plusieurs années.

#### Mortalité infantile en Auvergne-Rhône-Alpes

	Nés vivants	Décédés de moins de 7 jours	Décédés de moins de 28 jours	Taux de mortalité néonatale	Décédés de moins d'un an	Taux de mortalité infantile
Auvergne Rhône-Alpes	96 343	159	223	2,3‰	318	3,3‰
France métro.	781 167	1 263	1 798	2,3‰	2 598	3,3‰

Source : Insee, 2014, estimations de population et statistiques de l'état civil

#### Définitions

##### Taux de mortalité périnatale :

Nombre de décès d'enfants nés sans vie et d'enfants de moins de 7 jours pour 1 000 naissances y compris mort-nés. Le taux se décompose en mortinatalité (enfants nés sans vie après 22 SA ou lorsque l'enfant mort-né pèse au moins 500 grammes) et mortalité néonatale précoce (décès d'enfants de moins de 7 jours).

##### Taux de mortalité infantile :

Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes. Le taux se décompose en mortalité néonatale (décès d'enfants âgés de moins de 28 jours) et mortalité post néonatale (décès d'enfants âgés de 28 jours à 1 an).

En Auvergne-Rhône-Alpes, en moyenne par an, sur la période 2011-2013, on recense :

- 398 décès par an chez les 0-9 ans
- dont 301 décès par an chez les moins de 1 an

**Effectifs et taux de mortalité chez les enfants de moins de 10 ans, par an, sur la période 2011-2013**

	nombre annuel moyen	taux annuel moyen
moins de 1 an	301	3,20‰
de 1-4 ans	57	0,15‰
de 5-9 ans	40	0,08‰
Total 0-9 ans	398	0,42‰

Source : CépiDC 2011-2013– exploitation ORS

Les principales causes de décès (période 2011-2013) :

- chez les moins de 1 an :
  - 49% sont dus à des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
  - 22% sont dus à des malformations congénitales et anomalies chromosomiques
  - 7% sont des morts subites du nourrisson
- chez les 1-4 ans :
  - 23% sont liés à des causes externes (accidents de la vie courante, de la circulation)
  - 17% sont dus à des tumeurs
  - 11% sont dus à des malformations congénitales
- chez les 5-9 ans :
  - 33% sont liés à des tumeurs
  - 24% sont liés à des causes externes
  - 8% sont dus à des maladies du système nerveux

**Associations entre l'indice de désavantage social (Fdep) et la mortinatalité (2002-2005), la mortalité néonatale (2001-2008) et la prématurité (2003 et 2010), France**

	<b>Mortinatalité (taux pour 1000)</b>	<b>Mortinatalité néonatale (taux pour 1000)</b>	<b>Prématurité (taux pour 100)</b>
<b>Taux global</b>	8,7	2,4	5,2
<b>Indice de désavantage social (Fdep)*</b>			
<b>Q1 (favorisé)</b>	8,3	2,2	4,7
<b>Q2</b>	8,4	2,3	5,3
<b>Q3</b>	8,4	2,4	5,4
<b>Q4</b>	8,9	2,4	5,1
<b>Q5 (défavorisé)</b>	9,6	2,7	5,6

\*L'indice de désavantage social est divisé en 5 quantiles : Q1 étant le plus favorisé et Q5 le moins favorisé.

Source: Zeitlin J, Pilkington H, Drewniak N, Charreire H, Amat-Roze JM, Le Vaillant M, et al. Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(6-7):110-5. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015\\_6-7\\_3.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_3.html)

Le tableau présente les taux de mortinatalité, mortalité néonatale et prématurité selon l'indice de désavantage social. Les composantes utilisées pour cet indice sont : le taux de chômage, le revenu médian par unité de consommation, le pourcentage de bacheliers et le pourcentage d'ouvriers.

Ces trois indicateurs sont fortement corrélés à l'indice de désavantage social et leurs taux augmentent avec l'augmentation de la défavorisation.

## La couverture vaccinale à 2 ans

Le certificat de santé du 24<sup>e</sup> mois (CS24), qui est rempli à l'examen médical du 24<sup>e</sup> mois par le médecin réalisant la consultation, vise à détecter des environnements pathologiques autour de l'enfant et sert d'outil épidémiologique pour évaluer notamment la couverture vaccinale (CV).

Les données présentées sont à interpréter avec précaution car les taux de retour des certificats de santé du 24<sup>e</sup> mois des départements sont très irréguliers comme l'atteste le tableau ci-dessous. Par ailleurs, les taux de réponse des CS24 retournés relatifs aux indicateurs de la CV fluctuent entre 91% et 100%

### Taux de couverture\* des CS24 par département, validité 2015

Ain	17,1%
Allier	49,4%
Ardèche	23,7%
Cantal	51,2%
Drôme	0,0
Isère	0,0
Loire	34,2%
Haute-Loire	57,1%
Puy-de-Dôme	56,5%
Rhône	5,3%
Savoie	19,0%
Haute-Savoie	23,3%

\* le taux de couverture des CS24 se calcule en rapportant le nombre de certificats reçus sur le nombre d'enfants nés en 2013

Sources : Drees, Enquête PMI, Certificat de santé du 24<sup>e</sup> mois – Validité 2015 ; traitement Dress. Exploitation ORS

### Les recommandations nationales générales

#### **Coqueluche**

La vaccination des nourrissons comporte deux injections à deux mois d'intervalle, à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois, suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois. Un rappel coquelucheux est recommandé à l'âge de 6 ans avec une dose de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite (DTCaPolio1).

#### **Diphtérie, tétanos, poliomyélite**

La vaccination des nourrissons comporte deux injections à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois, suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois. Les rappels ultérieurs sont recommandés à l'âge de 6 ans, avec un vaccin combiné contenant la valence coqueluche acellulaire (Ca) et les valences tétanique et diphtérique à concentration normale, (DTCaPolio1), puis, entre 11 et 13 ans, avec un vaccin combiné contenant des doses réduites d'anatoxine diphtérique et d'antigènes coquelucheux (dTcaPolio1).

La primovaccination (deux injections suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois) est obligatoire chez l'enfant.

Les rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la poliomyélite.

#### **Infections Invasives à Haemophilus influenzae de type b**

La vaccination du nourrisson comporte deux injections à 2 mois d'intervalle à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois, suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois.

Cette vaccination est recommandée pour tous les enfants, en combinaison avec les vaccins diphtérique, tétanique, poliomyélique, coquelucheux acellulaire et hépatite B. Un rattrapage vaccinal peut être effectué jusqu'à l'âge de 5 ans.

#### **Hépatite B**

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée chez tous les nourrissons.

Pour les nourrissons, l'utilisation d'un vaccin combiné hexavalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (vaccin acellulaire), la poliomyélite (vaccin inactivé), les infections à Haemophilus influenzae de type b et l'hépatite B permet d'immuniser contre ces maladies en une seule injection aux âges de 2, 4 et 11 mois, selon le nouveau schéma vaccinal introduit en 2013.

#### **Infections à pneumocoque (Ipi)**

La vaccination par le vaccin pneumococcique conjugué 13-valent<sup>29</sup> est recommandée pour l'ensemble des enfants âgés de moins de 2 ans selon un schéma vaccinal à deux injections à 2 mois d'intervalle à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois.

#### **Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)**

L'augmentation de la couverture vaccinale à deux doses des enfants avant l'âge de 2 ans (qui doit atteindre au moins 95 % pour la première dose et 80 % pour la seconde), l'administration plus précoce de la seconde dose et le rattrapage des sujets réceptifs (adolescents et jeunes adultes nés depuis 1980) devraient permettre à terme l'interruption de la transmission de la rougeole et de la rubéole.

En Auvergne-Rhône-Alpes, d'après la base de données des CS24, la CV du jeune enfant est moins bonne que la couverture nationale, en particulier dans les départements de l'Ardèche et de la Savoie. Seul le département de l'Allier présente des taux plus élevés que les taux nationaux.

La couverture vaccinale du ROR à deux doses des enfants avant l'âge de 2 ans (qui doit atteindre au moins 95 % pour la première dose et 80 % pour la seconde) est également meilleure dans les départements de l'Ain, l'Allier et le Rhône qu'en France entière.

#### Couverture vaccinale à 24 mois

	DTPolio ≥ 3 doses	Coqueluche ≥ 3 doses	H.influenzae ≥ 3 doses	Hépatite B ≥ 3 doses	Pneumocoque ≥ 3 doses	ROR 1	ROR 2
Ain	ND	94,9	94,3	ND	ND	93,4	86,7
Allier	97,9	97,8	97,5	90,8	92,4	90,0	81,2
Ardèche	93,5	92,6	90,5	74,2	87,4	85,5	71,2
Cantal	95,5	94,9	94,4	80,9	88,5	88,5	77,1
Drôme	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Isère	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Loire	96,4	95,9	95,1	82,2	91,2	92,4	82,5
Haute-Loire	96,9	96,3	94,0	71,9	83,5	ND	73,7
Puy-de-Dôme	96,4	95,8	95,4	80,0	83,4	87,7	80,5
Rhône	95,7	95,1	93,8	84,3	90,4	90,6	83,0
Savoie	93,3	92,1	91,0	80,7	ND	ND	ND
Haute-Savoie	ND	ND	ND	ND	ND	88,0	78,3
France entière	96,7	96,3	95,7	88,1	91,4	90,5	78,8

ND : données non disponibles ou non exploitables

Sources : Drees, Enquête PMI, Certificat de santé du 24e mois – Validité 2015 ; traitement Dress. Exploitation ORS

# L'état de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle

## 1. Données nationales

Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont pilotées par la DREES et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999. Objet d'une refonte en 2010, les enquêtes ont une périodicité biennale depuis cette date et demeurent une source unique d'informations sur l'état de santé des jeunes enfants et des adolescents à l'échelle nationale. Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé et d'avoir un regard sur les inégalités sociales de santé. En classe de grande section de maternelle les enquêtes ont eu lieu sur les périodes 1999-2000 ; 2005-2006 ; 2012-2013.

Evolution des indicateurs de santé des enfants de 5 et 6 ans scolarisés en grande section de maternelle – France, 2012-2013

	Proportion d'élèves (%)		
	1999-2000	2005-2006	2012-2013
Enfants en situation de surcharge pondérale	14,3	12,4	11,9
Enfants souffrant d'obésité	3,9	3,2	3,5
Enfants ayant au moins deux dents cariées	15,0	11,5	10,5
Enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées	9,5	7,0	6,2
Enfants ayant déjà eu une crise d'asthme au cours de leur vie	n.d.	9,8	11,0
Enfants ayant eu des sifflements dans la poitrine au cours des douze derniers mois	n.d.	10,7	11,8

Champ : France métropolitaine + DOM hors Mayotte.

Source : DREES-DGESCO, Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section maternelle 2012-2013

1. Données recueillies parmi les enfants dont le carnet de santé a été présenté lors de l'examen.

D'après l'analyse de la Drees<sup>7</sup>, en 2013, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité se maintiennent à un niveau comparable à celui de 2006 (respectivement 12 % et 3 %). Depuis 1999-2000, année de la première enquête, la proportion d'enfants présentant une surcharge pondérale a reculé significativement, tandis que celle d'enfants obèses est relativement stable, entre 3% et 4 %.

<sup>7</sup> « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », Études et Résultats, n°920, Drees, Juin 2015.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>



Les disparités sociales observées en termes de surcharge pondérale et d'obésité en 2006 ne se sont pas résorbées. Ainsi, 7 % des enfants de cadres présentent un excès pondéral, en 2013, contre 16 % des enfants d'ouvriers et 14 % des enfants d'employés.

Une partie de ces inégalités peut être reliée aux différences de modes de vie. La sédentarité des enfants, leurs habitudes alimentaires, contribuent aux problèmes de poids ou à l'apparition de caries. Or, en grande section de maternelle, 59 % des enfants d'ouvriers passent au moins une heure par jour devant un écran les jours de classe contre 25 % des enfants de cadres. 31 % des enfants d'ouvriers consomment tous les jours des boissons sucrées contre 8 % des enfants de cadres.

**Indicateurs de santé selon le groupe socioprofessionnel (1), en grande section maternelle - France, 2012-2013**

	Proportion d'élèves (%)			
	Surcharge pondérale	Dents cariées (2)	Consommation d'écran (3)	Consommation de boissons sucrées (4)
Cadres, professions intellectuelles supérieures	7,2	4,1	25,4	8,0
Professions intermédiaires	10,2	5,8	37,7	13,0
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	13,8	11,9	44,9	20,1
Employés	14,3	13,1	51,8	23,1
Ouvriers	15,6	22,1	59,0	31,4
<b>Ensemble (5)</b>	<b>11,9</b>	<b>10,5</b>	<b>42,9</b>	<b>18,2</b>

Champ : France métropolitaine + DOM hors Mayotte.

Source : DREES-DGESCO, Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section maternelle 2012-2013

1. Le groupe socioprofessionnel des parents est défini comme le groupe social le plus élevé parmi les deux parents / 2. Au moins deux dents cariées. / 3. Au moins une heure par jour devant un écran les jours de classe. / 4. Consommation quotidienne de boissons sucrées.

L'évolution de la prévalence de la surcharge pondérale illustre bien le maintien des inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants. On l'a déjà vu, en 2013, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité se maintiennent en France à un niveau comparable à celui de 2006 (respectivement 12 % et 3 %).

Mais cette évolution diffère en fonction des CSP. Chez les enfants de cadres la surcharge pondérale tend à diminuer (8,7% versus 7,9% entre 2006 et 2013) et l'obésité à stagner (1,3% en 2006 et 2013). Chez les enfants d'agriculteurs, artisans, commerçants, la surcharge pondérale augmente très légèrement (13,6% en 2006 et 13,8% en 2013) et l'obésité augmente de manière plus prononcée (3,5% en 2006 et 4,8% en 2013). Chez les employés et les ouvriers, la surcharge tend à stagner voire à augmenter légèrement et l'obésité à augmenter aussi de manière prononcée : de 3,5% en 2006 à 4,8% en 2013 chez les employés et de 5,4% en 2006 à 5,8% en 2013 chez les ouvriers.

### Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents

	Surcharge pondérale (en %)		Obésité (en %)	
	2006	2013	2006	2013
Cadres, professions intellectuelles supérieures	8,7	7,2	1,3	1,3
Professions intermédiaires	10,4	10,2	1,9	2,4
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	13,6	13,8	3,5	4,8
Employés	13,6	14,3	3,5	4,8
Ouvriers	15,6	15,6	5,4	5,8
<b>Ensemble</b>	12,4	11,9	3,2	3,5

Champ : France métropolitaine + DOM hors Mayotte.

Source : DREES-DGESCO, Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section maternelle 2005-2006 et 2012-2013

## 2. Données régionales

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'académie de Clermont-Ferrand a transmis les données de l'enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2015-2016).

D'après les données de la DGESCO, dans l'Académie de Clermont-Ferrand, 3% des enfants scolarisés dans une école hors éducation prioritaire (EP) sont en surpoids/obésité, contre 10% des élèves inscrits dans une école participant au programme « écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite » (Éclair) et écoles en réseaux d'éducation prioritaires +. Le constat est identique pour les problèmes dentaires et les psychopathologies.

### Pathologies identifiées lors du Bilan de Santé de la sixième année – Académie de Clermont-Ferrand

	Troubles de la vision	Troubles de l'audition	Appareil bucco-dentaire	Surpoids-obésité	Psychopathologie
Ecoles ECLAIR/REP+*	20%	6%	23%	10%	5%
Ecoles en RRS**	14%	7%	8%	6%	1%
Ecoles hors EP***	12%	5%	6%	3%	2%
Total	13%	5%	7%	4%	2%

\*écoles participant au programme « écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite » (Éclair) et écoles en réseaux d'éducation prioritaires +

\*\*écoles en réseau réussite scolaire

\*\*\*écoles hors éducation prioritaire

Source : DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2015-2016) - Académie de Clermont-Ferrand

Inversement, les parts des enfants orientés vers un réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED), un orthophoniste ou un CMP/CMPP sont plus élevées chez les enfants scolarisés dans une école en réseau réussite scolaire (RRS) que chez les enfants scolarisés dans une école hors EP.

**Part des enfants orientés par le médecin suite aux bilans de santé – Académie de Clermont-Ferrand**

	RASED	Orthophonie/orthoptie	CMP/CMPP
Ecoles ECLAIR/REP+*	1,9%	7,2%	4,9%
Ecoles en RRS*	8,9%	8,9%	7,1%
Ecoles hors EP*	2,3%	4,7%	2,2%
<b>Total</b>	<b>2,5%</b>	<b>4,9%</b>	<b>2,5%</b>

\*écoles participant au programme « écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite » (Éclair) et écoles en réseaux d'éducation prioritaires +

\*\*écoles en réseau réussite scolaire

\*\*\*écoles hors éducation prioritaire

Source : DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2015-2016) - Académie de Clermont-Ferrand.

Pour rappel<sup>8</sup>, en Rhône-Alpes, le taux d'enfant en surpoids et obésité s'élève à 4% dans l'Académie de Lyon et 2,6% dans l'Académie de Grenoble. Les différences entre écoles en EP et hors EP restent importantes et passent du simple au double dans les deux Académies. Les académies étant en grève de la statistique, nous n'avons pu actualiser ces données.

<sup>8</sup> La santé des enfants de 0-6 ans en Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, Avril 2016  
[http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante\\_enfants\\_0\\_6\\_ans\\_RA.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante_enfants_0_6_ans_RA.pdf)

# Offre et recours à la prévention et aux soins

## 1. Les réseaux de périnatalité

En France en 2016, d'après l'enquête périnatale, la quasi-totalité des maternités (99 %) déclarent appartenir à un réseau de santé en périnatalité formalisé, incluant le service départemental de Protection maternelle et infantile (PMI) et des professionnels libéraux (mentionnés par 90 % des maternités), mais moins souvent des représentants des usagers (48 %). Ces résultats sont très proches de ceux observés en 2010.

Les réseaux mettent à disposition des maternités de nombreux outils : des formations et des protocoles de prise en charge (respectivement pour 86 % et 83 % des maternités, des outils pour faciliter les collaborations interprofessionnelles et la coordination des soins entre les maternités et avec les soins de ville. Un répertoire des professionnels de santé est notamment utilisé dans deux maternités enquêtées sur trois. Toutefois, seules 22 % des maternités indiquent utiliser un dossier médical commun aux maternités du réseau.

La régionalisation des soins en périnatalité, avec une offre graduée, inclut l'organisation des transferts entre les maternités pour permettre à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés l'accès à un plateau technique adapté à leur niveau de risque. C'est l'une des missions des réseaux.

Le champ d'intervention des réseaux en périnatalité couvre ainsi le suivi de toute grossesse normale ou pathologique en amont et en aval de la naissance, ainsi que le suivi des nouveau-nés durant la période périnatale et au cours d'un suivi plus prolongé pour les nouveau-nés vulnérables.

Ces missions visent à améliorer la qualité des prises en charge et la sécurité en :

- proposant une prise en charge globale de la mère et du nouveau-né,
- assurant une meilleure orientation de la mère,
- favorisant la coordination et la continuité des soins dispensés entre les maternités, les lieux d'hospitalisation des nouveau-nés, les praticiens libéraux (médecins, sages-femmes), la PMI et les acteurs médico-sociaux
- promouvant la délivrance de soins de proximité.

**En Auvergne-Rhône-Alpes, cinq réseaux de périnatalité** couvrent la région :

- **le réseau de santé périnatale d’Auvergne (RSPA)** qui couvre les 4 départements de l’Auvergne.
- **le réseau périnatal Aurore** qui couvre le Rhône ainsi que la Drôme, une partie des départements de l’Ardèche, de l’Isère et de l’Ain.
- **le réseau périnatal Alpes Isère (RPAI)** qui couvre une partie de l’Isère (Grenoble, Voiron... )
- **le réseau périnatal ELENA** qui s’étend sur tout le département de la Loire et le Nord de l’Ardèche.
- **le réseau périnatal des Deux Savoie (RP2S)** qui couvre les départements de la Savoie, Haute-Savoie et de l’Ain limitrophe (Belley – Pays de Gex – Bellegarde).

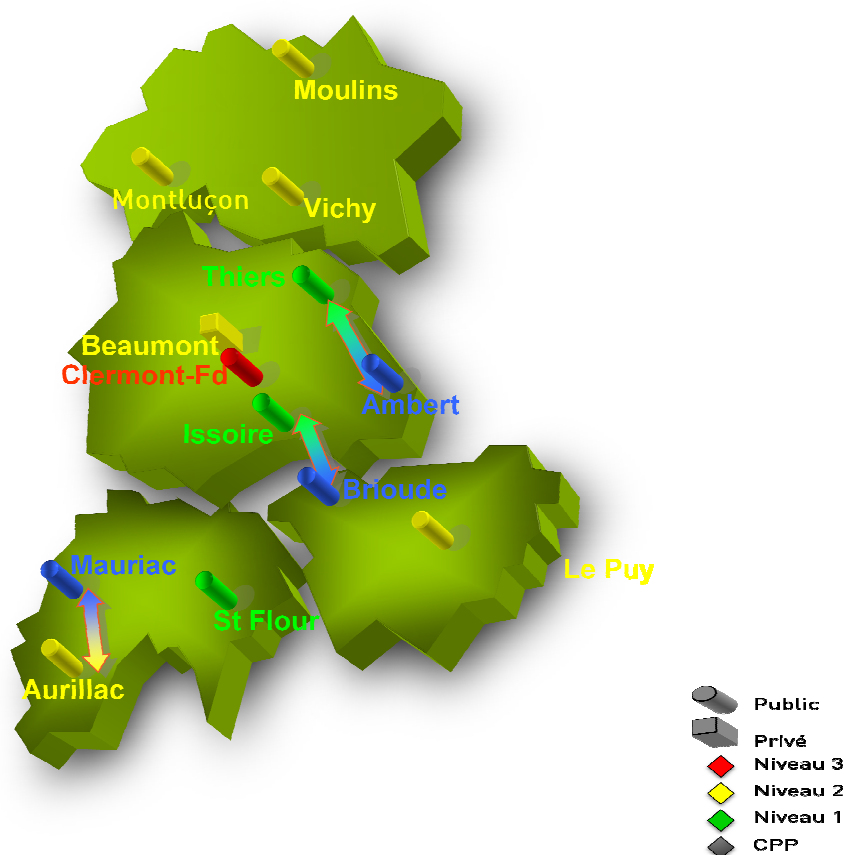
### **Les types de maternité**

- **Les maternités de type 1** assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et des nouveau-nés sans problème.
- **Les maternités de type 2A et 2B** assurent la prise en charge des nouveau-nés nécessitant un service de pédiatrie néonatale, avec soins intensifs pour les types 2B.
- **Les maternités de type 3** disposent d’une réanimation néonatale, pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds. Elles sont adaptées aux grossesses à haut risque.
- **Les centres périnataux de proximité** n’assurent pas les accouchements, mais proposent des suivis en consultations pré et post natales.

## 1.1. Le réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA)

Le réseau RSPA couvre les 4 départements de l'Auvergne. Sont impliqués au sein du RSPA, le CHU de Clermont-Ferrand, la clinique de la Chataigneraie de Beaumont ainsi que 11 centres hospitaliers répartis sur le territoire auvergnat (Montluçon, Moulin, Vichy, Aurillac, Mauriac, Saint Flour, Puy en Velay, Brioude, Issoire, Ambert, Thiers).

Le réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA), et ses centres périnatals de proximité (CPP) en 2017



Source : Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne (RSPA)

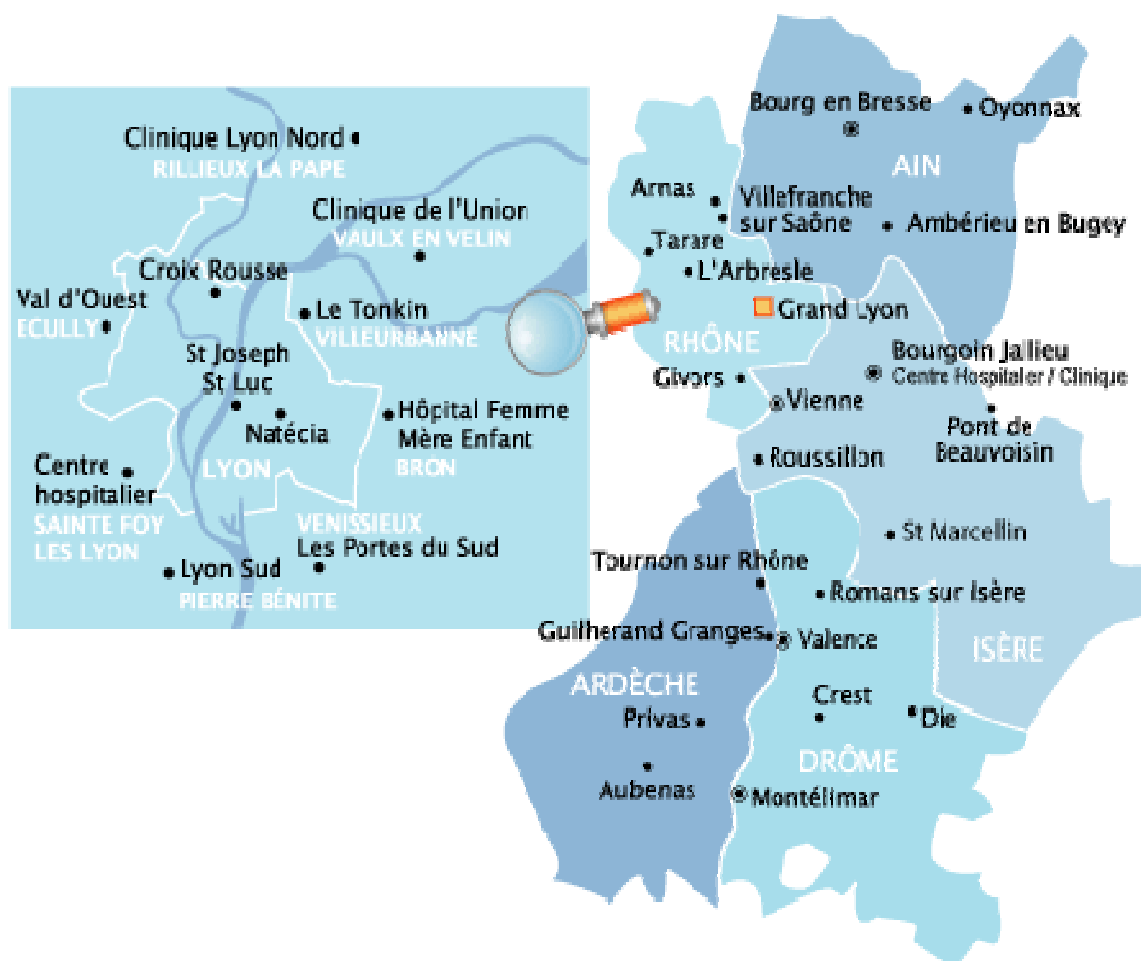
**En 2016, 12 343 naissances ont lieu dans les maternités d'Auvergne. En 2015, les naissances s'élevaient à 12 739 et en 2014 à 13 179.**

## 1.2. Le réseau périnatal Aurore

Le réseau Aurore couvre le Rhône ainsi que la Drôme, une partie des départements de l'Ardèche, de l'Isère et de l'Ain.

Le réseau AURORE compte aujourd'hui 27 maternités : 2 type 3, 5 type 2B, 7 type 2A, 13 type 1 et 8 Centres périnataux.

### Le réseau périnatal Aurore



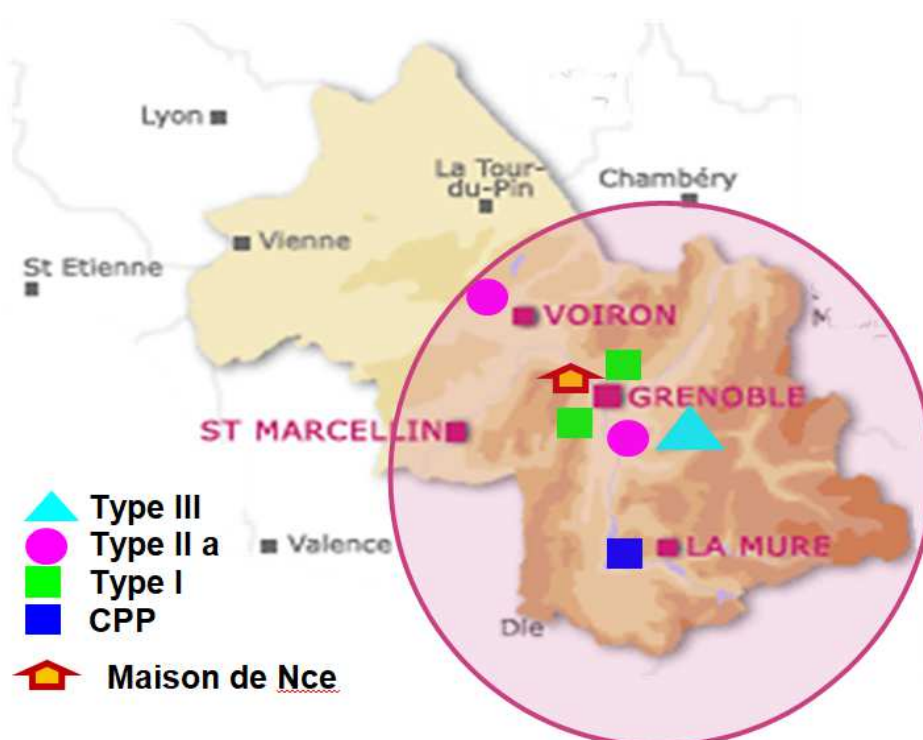
Source : Réseau périnatal Aurore

**En 2016, 44 392 naissances ont eu lieu dans les maternités du réseau Aurore.**

### 1.3. le réseau périnatal Alpes Isère (RPAI)

Le réseau RPAI couvre une partie de l'Isère Grenoble, Voiron... Les établissements du réseau sont : la Clinique Belledonne, le CH de Voiron, la Clinique des Cèdres, le Centre périnatal de la Mure, le CHU de Grenoble et le Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble.

#### Le Réseau Périnatal Alpes-Isère



Source : Réseau périnatal Alpes Isère

9 332 naissances ont eu lieu en 2016 dans les maternités du réseau Alpes-Isère soit moins 1% par rapport aux naissances recensées en 2015 (9 376).



#### 1.4. Le réseau périnatal ELENA

Le réseau ELENA s'étend sur tout le département de la Loire et le Nord de l'Ardèche. Il réunit 7 maternités (CH de Firminy, CH du Forez à Montbrison, CH du Pays du Gier à Saint-Chamond, CH d'Ardèche Nord à Annonay, CH de Roanne, Hôpital privé de la Loire à Saint Etienne, CHU Hôpital Nord de St Etienne), et 2 centres périnataux (CPP Feurs et CPP Saint-Agrève).

##### Le Réseau Périnatal Elena



Source : Réseau périnatal Elena

En 2016, il y a eu 10 240 naissances sur l'ensemble du territoire, soit -5,8% de naissances par rapport à 2015.

## 1.5. Le réseau périnatal des Deux Savoie (RP2S)

Le réseau des deux Savoie couvre les départements de la Savoie, Haute-Savoie et de l'Ain limitrophe (Belley – Pays de Gex – Bellegarde).

### Périmètre du RP2S



### Légende

- 3 départements : 73, 74, partie 01
- 12 maternités, 3 CPP
  - Type 3 : 1
  - Type 2B : 1
  - Type 2A : 4
  - Type 1 : 6 (dont 2 privées)
- 6 sites de néonatalogie - 76 lits  
10 réa, 12 SI, 54 NN
- Partenaires
  - 3 PMI
  - Libéraux
  - 111 échographistes T21
  - Associations : SOS Préma, Jumeaux et +, Nos tout Petits de Savoie, Parents et Diagnostic Prénatal

Source : Réseau périnatal des deux Savoie

**16 194 naissances ont eu lieu en 2016 dans les maternités du réseau RP2S contre 16 645 naissances en 2015.**

## 2. Les médecins autour du jeune enfant

Les principaux médecins autour du jeune-enfant de 2012 à 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes

	2012		2016	
	effectif	Densité*	effectif	Densité *
Médecins généralistes	12 073	12,6‰	12 341	12,6‰
Médecins santé publique et médecine sociale**	206	0,2‰	215	0,2‰
Pédiatres	825	0,9‰	901	0,9‰

\*Densité chez les 0-9 ans

\*\* Le RPPS comptabilise comme médecins de santé publique et médecine sociale tous les médecins de santé publique qui exercent notamment dans les DIM, les collectivités territoriales, au sein d'établissements scolaires et universitaires ou dans des centres de PMI.

Source : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 2012-2016

Les données présentées sont issues du RPPS transmis par la DREES au 01/01/2016.

En Auvergne-Rhône-Alpes, même si les effectifs des médecins généralistes, des médecins de santé publique et médecine sociale et les pédiatres augmentent dans la plupart des départements entre 2012 et 2016, les densités de ces médecins stagnent sur cette période dans tous les départements de la région.

**Evolution du nombre de médecins de 2012 à 2016 dans les départements de l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire et le Puy de Dôme**

	Allier		Cantal		Haute-Loire		Puy-de-Dôme	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Médecins généralistes	511	489	245	246	308	313	1026	1025
Médecins santé publique et médecine sociale	3	3	6	4	1	4	27	22
Pédiatres	15	17	7	8	8	8	80	81

Source : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 2012-2016

**Evolution de la densité\* de médecins pour 1 000 habitants de 0-9 ans de 2012 à 2016 dans les départements de l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire et le Puy de Dôme**

	Allier		Cantal		Haute-Loire		Puy-de-Dôme		Auvergne-Rhône-Alpes	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Médecins généralistes	14,5	14,3	17,4	18,3	11,7	12,6	14,8	14,6	12,6	12,6
Médecins santé publique et médecine sociale	0,1	0,1	0,4	0,3	0,0	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2
Pédiatres	0,4	0,5	0,5	0,6	0,3	0,3	1,2	1,2	0,9	0,9

\*Densité chez les 0-9 ans

Sources : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 2012-2016, Insee, estimations 2012-2016, exploitation ORS

**Evolution du nombre de médecins de 2012 à 2016 dans les départements de l'Ain, l'Ardèche, la Drôme et l'Isère**

	Ain		Ardèche		Drome		Isère	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Médecins généralistes	680	678	418	413	732	765	1967	1994
Médecins santé publique et médecine sociale	5	6	4	8	14	13	30	37
Pédiatres	32	30	22	22	53	51	131	150

Source : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 2012-2016

**Evolution de la densité\* de médecins pour 1 000 habitants de 0-9 ans de 2012 à 2016 dans les départements de l'Ain, l'Ardèche, la Drôme et l'Isère**

	Ain		Ardèche		Drome		Isère		Auvergne-Rhône-Alpes	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Médecins généralistes	8,2	8,0	11,5	11,5	12,6	12,6	12,2	12,3	12,6	12,6
Médecins santé publique et médecine sociale	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Pédiatres	0,4	0,4	0,6	0,6	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9

\*Densité chez les 0-9 ans

Sources : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 2012-2016, Insee, estimations 2012-2016, exploitation ORS

**Evolution du nombre de médecins de 2012 à 2016 dans les départements de la Loire, le Rhône, la Savoie et la Haute-Savoie**

	Loire		Rhône		Savoie		Haute-Savoie	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Médecins généralistes	1228	1230	3081	3188	750	800	1127	1192
Médecins santé publique et médecine sociale	15	16	80	81	7	8	14	13
Pédiatres	76	84	298	329	43	50	60	71

Source : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 2012-2016

**Evolution de la densité\* de médecins pour 1 000 habitants de 0-9 ans de 2012 à 2016 dans les départements de l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire et le Puy de Dôme**

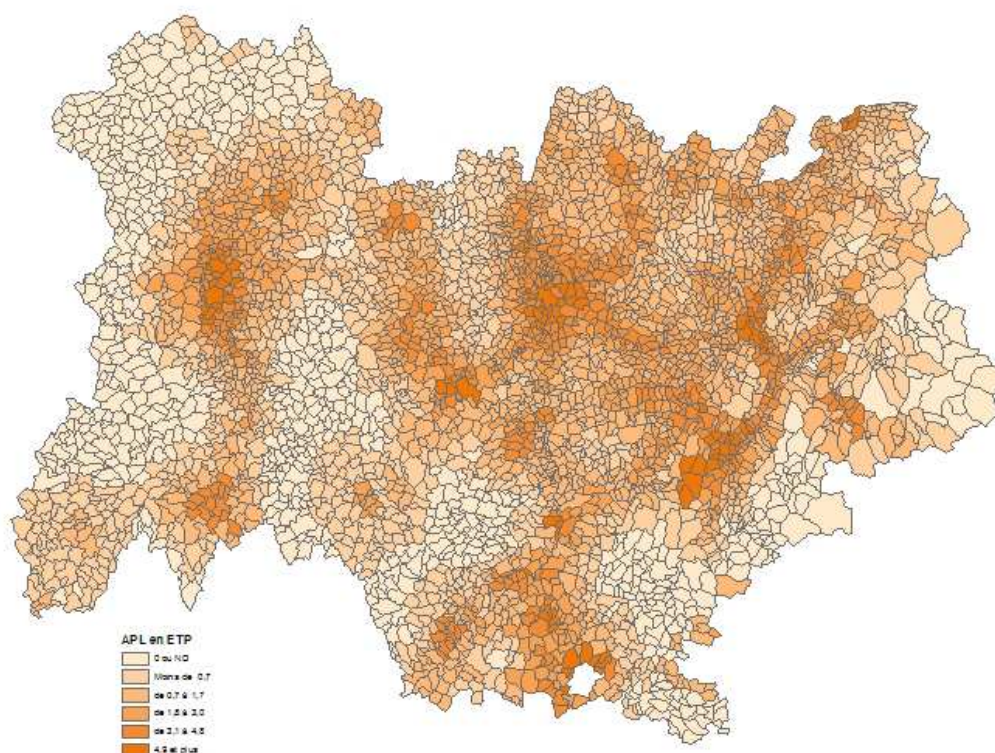
	Loire		Rhône		Savoie		Haute-Savoie		Auvergne-Rhône-Alpes	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Médecins généralistes	13,3	13,2	13,3	13,1	14,9	16,0	11,5	11,3	12,6	12,6
Médecins santé publique et médecine sociale	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
Pédiatres	0,8	0,9	1,3	1,4	0,9	1,0	0,6	0,7	0,9	0,9

\*Densité chez les 0-9 ans

Sources : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 2012-2016, Insee, estimations 2012-2016, exploitation ORS

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est un indicateur composite qui vient enrichir la densité très souvent utilisée pour analyser l'offre des médecins. L'APL aux pédiatres libéraux tient compte en plus des effectifs, des cabinets de pédiatres (cabinets secondaires inclus), de l'activité en équivalent temps plein (ETP), du temps et de la distance entre le domicile et le cabinet du pédiatre.

### Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux pédiatres libéraux



Source: Drees, 2013 – exploitation ORS

De nombreuses communes, essentiellement en zones rurales et de montagne, sont éloignées de l'offre disponible en pédiatres libéraux. Ces zones blanches sont essentiellement concentrées au nord, à l'est et l'ouest de l'ex-Auvergne et dans le sud de la Drôme.

## 3. Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI)

### 3.1. Les professionnels de la PMI

Pour rappel, le service départemental doit disposer

1. D'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département ;
2. D'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmiers ou infirmières ayant acquis une expérience appropriée.

Certains départements de la région n'ont pas fait remonter les informations auprès de la Drees ou ne sont pas exploitables. Pour les autres départements, les équivalents temps plein (ETP) sont à mettre en lien avec le nombre d'enfants de moins de 6 ans et le nombre de naissances.

Répartition des ETP de la PMI et des centres de planification par catégorie de personnel, en 2015

Département	Personnel médical	Psychologues	Personnel paramédical
Ain	ND	ND	ND
Allier	11,2	0,0	17,3
Ardèche	ND	ND	ND
Cantal	6,8	0,0	14,2
Drôme	ND	ND	ND
Isère	36,5	2,4	95,9
Loire	28,2	0,0	67,6
Haute-Loire	6,5	1,0	17,8
Puy-de-Dôme	19,6	0,9	48,0
Rhône	ND	ND	ND
Métropole de Lyon	78,7	16,8	181,7
Savoie	15,9	0,5	37,7
Haute-Savoie	28	ND	68

Source : Drees, enquête Aide sociale 2015.

Notes : ETP : équivalent temps plein. ND : non disponible. PMI : protection maternelle et infantile. Le total correspond au total déclaré par les départements et non à la somme des colonnes.



### 3.2. Actions en faveur des (futures) mères et des enfants de moins de 6 ans

Les services départementaux de PMI organisent :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés.

**La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.**

Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, menées notamment à l'école maternelle, le service doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine pour les enfants de moins de six ans une demi-journée de consultation pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

#### Actions prénatales et postnatales en faveur des (futures) mères

	séances	femmes ayant bénéficié d'au moins un examen clinique	femmes concernées par les VAD	femmes ayant bénéficié d'un entretien du 4e mois
Ain	0	0	ND	592
Allier	331	60	581	ND
Ardèche	550	186	291	306
Cantal	0	0	145	59
Drôme	688	679	632	740
Isère	242	345	2 364	ND
Loire	0	0	1 071	0
Haute Loire	0	248	437	104
Puy de Dôme	ND	ND	987	ND
69D Rhône	2 520	906	561	365
69M Lyon Métropole	ND	2 722	654	1 502
Savoie	242	457	599	413
Haute Savoie	ND	ND	ND	ND

Source : Drees, enquête Aide sociale (volet PMI)

NR : champ non-renseigné, ND : donnée existante mais non disponible

### Actions en faveur des enfants au cours de l'année 2015

	Au moins un examen clinique	Au moins un acte de puéricultrice/infirmière	Au moins une VAD
Ain	NR	0	ND
Allier	7 013	5 682	2 792
Ardèche	1 430	1 545	1 882
Cantal	773	1 376	620
Drôme	5 255	8 134	2 801
Isère	8 295	4 884	4 332
Loire	6 977	8 161	4 932
Haute Loire	991	0	70
Puy de Dôme	13 794	15 894	987
69D Rhône	1 615	8 027	1 288
69M Lyon Métropole	18 963	36 351	3 854
Savoie	4 009	5 025	3 533
Haute Savoie	3 722	4 878	9 467

Source : Drees, enquête Aide sociale (volet PMI)

Outre ces missions, les services de PMI réalisent les bilans de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, en école maternelle. Ces bilans sont effectués par la puéricultrice de PMI et/ou le médecin de PMI et ont pour objectif le dépistage précoce des troubles sensoriels, comportementaux et des handicaps.

### Nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé\* par les professionnels de la PMI

	nombre total d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ain	4427	5045	6 640	7 121	7 424	7 134	6 789
Allier	2732	2937	2 413	2 741	2 879	3 024	2 963
Ardèche	3082	2788	3 276	3 638	3 295	3 562	3 513
Cantal	1054	1387	1 004	1 562	1 274	1 199	1 197
Drôme	4419	3348	5 221	5 801	3 089	5 146	5 653
Isère	13458	13020	NR	14 156	15 036	14 625	15 158
Loire	7276	7321	7 390	7 672	7 438	8 546	9 556
Haute Loire	1799	1117	653	253	137	276	217
Puy de Dôme	8205	4963	5 969	6 090	NR	5 815	5 457
Rhône	21872	22304	22 133	22 426	22 901	15 438	-
69D Rhône	-	-	-	-	-	-	3 319
69M Lyon Métropole	-	-	-	-	-	-	16 641
Savoie	4280	3663	3 793	2 460	2 133	2 242	2 865
Haute Savoie	1862	4867	4 035	3 132	NR	4 756	4 528

Source : Drees, enquête Aide sociale (volet PMI)

Note : Attention, à partir de 2015 le département 69 "Rhône" est scindé en deux territoires : 69D "Rhône" et 69M "Lyon métropole"

Les estimations du taux de couverture des bilans de santé à 3-4 ans permettent de repérer les départements en carence de professionnels de la PMI. En effet, les bilans de santé sont un miroir de l'activité des services de PMI et lorsqu'il manque des médecins et/ou infirmiers, le taux de couverture des bilans de santé diminue.

Par ailleurs, dans certains départements, les enfants sont tous vus en bilan de santé par une infirmière et revus par une infirmière et/ou médecin si besoin (les taux peuvent alors dépasser les 100%). Dans d'autres départements, les bilans sont réalisés uniquement par des infirmières. Sur d'autres départements encore, seuls les enfants présentant des troubles sont vus par des médecins et/ou infirmiers... Ainsi il existe une pluralité de pratiques et les comparaisons entre les départements doivent être menées avec prudence.

Les évolutions du nombre de bilan de santé observées par département sont assez stables depuis les 3-4 dernières soulignant des situations critiques dans les départements de la Haute-Loire et de la Haute-Savoie.

#### Estimation du taux de couverture\* des bilans de santé\*\* réalisés par département en 2015

	Effectif	Taux de couverture
Ain	6 789	94%
Allier	2 963	90%
Ardèche	3 513	103%
Cantal	1 197	97%
Drôme	5 653	96%
Isère	15 158	95%
Loire	9 556	101%
Haute Loire	217	10%
Puy de Dôme	5 457	79%
Rhône (D Rhône+ Lyon Métropole)	19 960	76%
Savoie	2 865	60%
Haute Savoie	4 528	46%

Données à  
interpréter  
avec  
prudence !

\* estimation réalisée en rapportant le nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé sur les naissances correspondantes (enfants nés en 2012)

\*\* bilans effectués en milieu scolaire ou non, quel que soit le professionnel.

Source : DREES, enquête PMI 2009 à 2013, exploitation ORS

## 4. Le suivi de la santé des élèves

Le suivi de la santé des élèves fait partie des missions de l'École. Il est assuré tout au long de la scolarité, au travers de visites médicales et de dépistage notamment.

Une première visite médicale obligatoire intervient dans **la sixième année de l'enfant, en grande section de maternelle ou au cours préparatoire (CP)**. Cet examen comprend le repérage précoce des signes qui peuvent entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage : problèmes visuels, auditifs, troubles du langage. Il prévient et détecte également les cas d'enfants maltraités.

Une visite de dépistage infirmier a lieu ensuite lors de la douzième année de l'enfant. Lorsque des problèmes de santé ont été repérés, les médecins et les infirmiers de l'Éducation nationale travaillent en lien avec les parents, les infirmiers et l'équipe éducative afin qu'une prise en charge et un suivi adaptés à l'enfant soient réalisés.

**Sur l'académie de Lyon**, d'après les dernières données disponibles environ **87%** des enfants sont vus en bilan de la 6<sup>e</sup> année en 2014. **Sur l'académie de Grenoble** en 2015-2016 : **79%** des élèves de l'académie ont bénéficié d'un bilan médical ou d'un dépistage infirmier en grande section versus 88% en 2014-2015. Les élèves de REP ont eu une couverture pour le bilan de 6 ans qui s'est amélioré : 96% versus 77% hors éducation prioritaire. Par contre pour les élèves hors éducation prioritaire il y a une baisse significative du nombre d'élève dépisté ou ayant bénéficié d'un suivi infirmier (-11%).

**Sur l'académie de Clermont-Ferrand** : **90%** des enfants ont été vu en bilan de santé en 2016-2017.

Ces bilans de santé alimentent les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire qui sont pilotées par la DREES et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999, alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième (cf. § « Etat de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle » page 40)

