

CONTEXTE NATIONAL (Sources : INSEE PREMIERE N°882 - Bilan démographique 2002. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, INSERM - Enquête Nationale Périnatale 2003)

En 2002, 796 000 bébés sont nés, soit 8 000 de moins que l'année précédente (- 1%). Cette baisse des naissances s'explique par celle du nombre de femmes en âge de procréer dans la population. Les femmes de 20 à 40 ans, qui mettent au monde 96 % des bébés, sont en effet de moins en moins nombreuses. Pour l'année 2002, l'indice conjoncturel de fécondité est de 1,9 enfant par femme contre 1,76 en 1998. Pour l'ensemble de l'Union européenne, il est de 1,47. Seule l'Irlande a un indice plus élevé (1,98) que celui de la France. Cinq pays ont une fécondité inférieure à 1,3 : l'Italie, l'Espagne, la Grèce, l'Autriche et l'Allemagne.

En France, les grossesses sont d'une façon générale de plus en plus tardives. L'âge moyen à la maternité est de 29,5 ans en 2002, soit un an de plus qu'en 1990. Cette évolution est la résultante d'une situation contrastée : une baisse de la fécondité chez les femmes avant 30 ans (particulièrement chez les 20-24 ans), une hausse chez les femmes après 30 ans. Les jeunes femmes devenant mères avant l'âge de 20 ans sont de plus en plus rares, à tel point que la fécondité des femmes de 40-45 ans est supérieure à celles des 15-19 ans.

D'après l'enquête nationale sur la périnatalité de 2003, la majorité des femmes (72%) bénéficie des sept examens prénatals obligatoires, mais elles sont 9% à avoir eu moins de 7 consultations. On constate que le pourcentage de femmes qui ont fait suivre leur grossesse entièrement par l'équipe responsable de l'accouchement a franchement diminué en cinq ans, passant de 44,0 % à 33,2 %.

Enfin, en 2002, environ 210 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Le recours à l'IVG est plutôt stable au-delà de 25 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes. La loi actualisant l'IVG et la contraception par rapport à la législation du 17 janvier 1975 porte le délai légal de l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse et aménage l'autorisation parentale pour les mineures.

Concernant le délai légal maximum de recours à l'IVG porté à 12 semaines de grossesse au lieu de 10, une question spécifique a été introduite en 2002 dans la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) pour évaluer le nombre d'IVG concernées. Sur 682 établissements ayant réalisé des IVG, 100 établissements ont indiqué n'avoir pratiqué aucune IVG au-delà de 10 semaines de grossesses et 185 ont déclaré en avoir pratiqué au cours des onzième et douzième semaines de grossesse en 2002 et 240 en 2003 ; celles-ci ont représenté 7 % des IVG qu'ils ont réalisées en 2002 et 8 % en 2003.

[DREES : Etudes et Résultats N°431 - 2005]

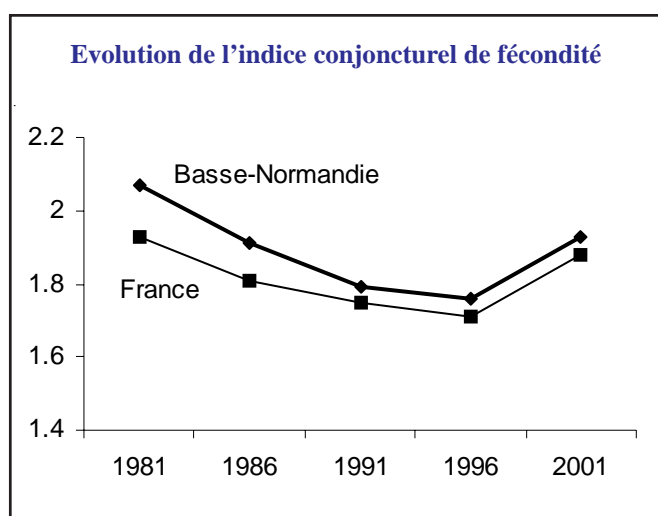
SITUATION EN BASSE-NORMANDIE : FAITS MARQUANTS

- Avec 1,93 enfants par femme, la fécondité en Basse-Normandie est supérieure à la moyenne française.
- Des grossesses de plus en plus tardives : 5,2% des mères ont plus de 37 ans.
- Un taux de césarienne inférieur à celui de la France : 17% contre 19%.
- L'un des taux d'IVG les plus bas de France.

• Une évolution de la fécondité régionale à l'image de celle de la France

Jusqu'en 1996, on note une diminution du nombre moyen d'enfants par femme dans la région comme en France, puis une augmentation régulière pour atteindre en 2001, 1,93 pour la Basse-Normandie et 1,88 pour la France métropolitaine.

L'augmentation de la fécondité chez les jeunes femmes qui était un phénomène marquant depuis 2000, s'interrompt. La fécondité des femmes de moins de 30 ans diminue alors que celle des femmes de 30 ou plus poursuit son augmentation.



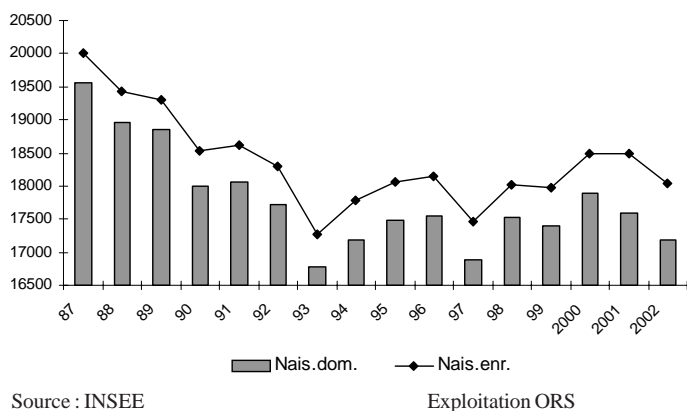
Source : INSEE

Exploitation ORS

Méthode : L'indice conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans. Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes de cet âge.

AUTOUR DE LA GROSSESSE

Evolution du nombre des naissances enregistrées et domiciliées en Basse-Normandie de 1987 à 2002

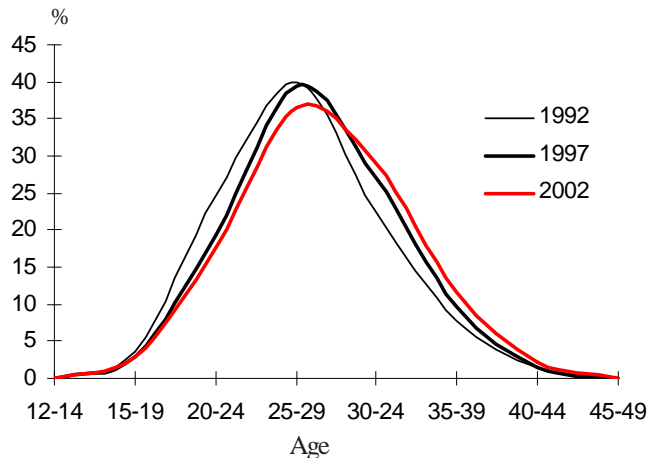


Source : INSEE

Exploitation ORS

Structure d'âge des mères en 2002 et répartition par classes d'âges en 1992, 1997 et 2002

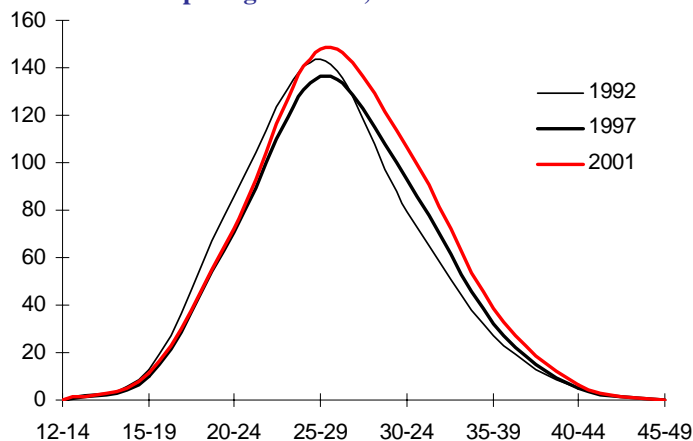
| | Effectifs Basse-Normandie | % Basse-Normandie | % France |
|-----------|---------------------------|-------------------|----------|
| < 18 ans | 104 | 0,6 | 0,6 |
| 18-37 ans | 16 191 | 94,2 | 93,1 |
| > 37 ans | 892 | 5,2 | 6,3 |



Source : INSEE

Exploitation ORS

Taux de fécondité (pour 1 000 femmes) par âge en 1992, 1997 et 2001



Sources : Conseils généraux, DRASS-DREES Exploitation ORS

● Attractivité des maternités de la région

Entre 1984 et 1993, la Basse-Normandie connaît une diminution du nombre des naissances. En 1993 la région enregistre le plus bas nombre de naissances (17 277 naissances enregistrées). Ce sous-effectif contraste avec l'augmentation de la natalité entre 1994 et 1996, mais les résultats restent cependant à un faible niveau. On constate à nouveau une chute du nombre des naissances en 1997 pour ensuite réarmer une remontée jusqu'en 2001.

La comparaison entre les naissances domiciliées et enregistrées permet d'apprécier l'attractivité des maternités de la région. En Basse-Normandie, on observe une attraction des maternités car le nombre de naissances domiciliées est toujours inférieur au nombre de naissances enregistrées, avec un écart qui se creuse avec les années (différence de 860 naissances en 2002).

● Des grossesses de plus en plus tardives

Avec 104 mères de moins de 18 ans (0,6%), la Basse-Normandie est à l'image de la France.

En revanche, la proportion des mères de plus de 37 ans et plus est inférieure dans la région par rapport à la France (respectivement 5,2 et 6,3).

La distribution par âge montre un pic entre 25 et 29 ans quelle que soit l'année. Mais on note un décalage de plus en plus marqué vers les classes d'âges les plus élevées.

Ce vieillissement à la maternité s'explique par l'allongement des études, l'arrivée plus tard sur le marché du travail et la priorité donnée à une carrière professionnelle.

● Augmentation de l'amplitude des âges à la naissance

Entre 1997 et 2001, on constate une augmentation de l'amplitude des âges auxquels les femmes donnent naissance à des enfants.

La fécondité est devenue plus tardive chez les jeunes femmes (retard de la constitution de la descendance). En 2001, la fécondité plus tardive est plus élevée qu'en 1997 (le retard de la première naissance entraîne un décalage des naissances suivantes).

Méthode : Les naissances domiciliées sont établies à partir des bulletins d'état civil et comptabilisées au domicile de la mère. Y sont compris les faux mort-nés, c'est-à-dire les enfants nés vivants mais décédés avant leur déclaration à l'état civil (dans les trois jours francs qui suivent la naissance).

● Une diminution de la prise en charge des mères par les sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile

En Basse-Normandie comme en France, le nombre de femmes enceintes suivies par une sage-femme de PMI a diminué entre 1997 et 2001 : de 9,6% en Basse-Normandie et de 3,1% en France ; de telle sorte qu'en 2001, la prise en charge en PMI était moins fréquente qu'en France.

En 2001, le chiffre bas-normand masque une réelle disparité départementale :

- Calvados : 1 486 femmes enceintes par sage-femme de PMI
- Manche : 899 femmes enceintes par sage-femme de PMI
- Orn : 1 210 femmes enceintes par sage-femme de PMI

● Une augmentation de 20% des césariennes entre 1993 et 2002 en Basse-Normandie mais un taux de césarienne toujours moins élevé qu'en France

Le taux de césariennes a augmenté de 23,5% en France de 1993 à 2002 contre 20% en Basse-Normandie ; le taux bas-normand reste toujours inférieur à celui de la France.

● L'un des taux d'IVG le plus bas de France

En 2003, la Basse-Normandie enregistre l'un des taux d'IVG (17,2 pour 100 conceptions) les plus bas parmi les régions de France avec la Haute-Normandie, les Pays-de-la-Loire, la Champagne-Ardenne et la France-Comté.

Les taux d'IVG les plus élevés se retrouvent dans le Sud-Est de la France et dans les DOM (> 26,55).

Le taux moyen français est de 21,71 pour 100 conceptions.

En France comme en Basse-Normandie, le nombre d'IVG a augmenté entre 1996 et 2003, respectivement de 11% et 9%.

Prise en charge des mères par la PMI entre 1997 et 2001

| | 1997 | | 2001 | |
|--|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | Basse-Normandie | France | Basse-Normandie | France |
| Nombre de femmes enceintes par sage-femme de PMI | 1 306 | 1 261 | 1 180 | 1 222 |

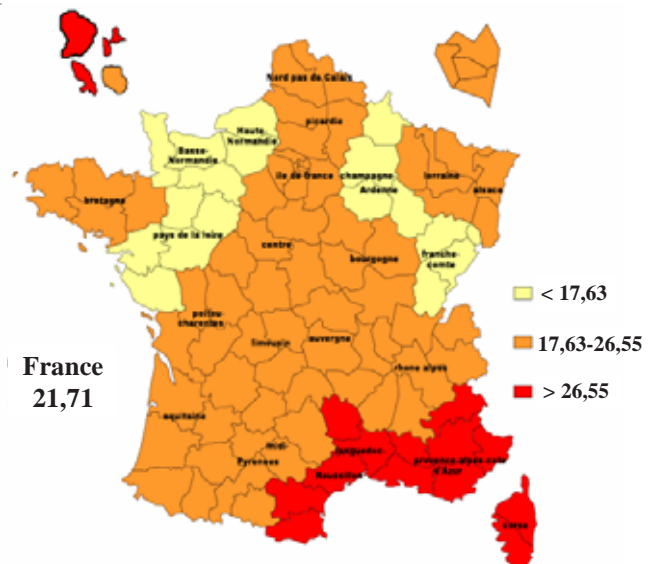
Sources : DREES, INSEE

Taux de césariennes (public et privé) en 1993, 1999 et 2002

| | 1993 | 1999 | 2002 |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|
| Nb d'accouchements en Basse-Normandie | 17 152 | 17 747 | 17 165 |
| Nb de césariennes en Basse-Normandie | 2 384 | 2 824 | 2 869 |
| % de césariennes en Basse-Normandie | 13,9 | 15,9 | 16,7 |
| % de césariennes en France | 15,3 | 17 | 18,9 |

Sources : DRASS-DREES

Taux d'IVG pour 100 conceptions en 2003 (IVG / conceptions*)



Sources : INSEE-DREES

* Conceptions = naissances et IVG

Effectifs d'IVG enregistrées en 1996, 2000 et 2003

| | Basse-Normandie | France Métropolitaine |
|------|-----------------|-----------------------|
| 1996 | 3 248 | 189 740 |
| 2000 | 3 324 | 193 882 |
| 2003 | 3 541 | 210 734 |

Sources : DRASS - SAE

Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant (en vigueur à compter du 1er janvier 2006)

Dix ans après les **derniers modèles qui dataient de 1995**, afin de tenir compte des avancées scientifiques, des attentes des professionnels de santé et des familles, le Ministère de la Santé et des Solidarités publie les **nouveaux modèles du carnet et certificats de santé en vigueur à compter du 1er janvier 2006**.

Outils du suivi de la santé de l'enfant et de l'adolescent,

- >> le **carnet de santé** doit être le **support du dialogue régulier** noué entre les professionnels de santé et les familles, au service de la **prévention** et de **l'éducation à la santé** des enfants et des adolescents ;
- >> les **3 certificats de santé** sont un support de **suivi individuel et épidémiologique** des enfants. Ils doivent **obligatoirement être adressés** par le médecin qui les remplit au **service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI)**.

Ces nouveaux modèles dont l'élaboration a mobilisé de nombreux professionnels de santé, des représentants des conseils généraux et des familles, s'attachent à répondre à ces objectifs. Ainsi, la nouvelle présentation du carnet de santé permet une utilisation plus facile et plus conviviale, avec notamment :

- >> des rubriques différenciées par **couleur** selon les **thématiques** ;
- >> des espaces, signalés par des **pictogrammes**, destinés :



aux professionnels de santé,



aux parents,



à l'enfant ou l'adolescent.

- >> des **repères du développement** de l'enfant en fonction de l'âge, indiqués au fil des pages ;
- >> des **pages spécifiques** concernant certaines thématiques (allergies, affections au long cours, examens bucco-dentaires) ;
- >> des messages de **prévention**, certains accompagnés d'illustrations, sur :
 - le repérage des signes précoces des **troubles sensoriels** (vue et audition), des **troubles du langage**, des **troubles de la relation...**
 - **la nutrition** : promotion de l'allaitement maternel, conseils pour la préparation des biberons, repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (alimentation, activité physique), suivis de la courbe d'indice de masse corporelle (IMC),
 - **les conduites à tenir devant un enfant malade** (fièvre, vomissements, diarrhée, gêne respiratoire),
 - **la bonne utilisation des médicaments** : antipyrétiques, antibiotiques,
 - la prévention de la **mort subite du nourrisson** et du **syndrome du bébé secoué**,
 - la prévention des **accidents de la vie courante**,
 - la prévention des **conduites à risque**, par des messages ciblés adressés aux adolescents (alcool, tabac, drogues, comportements sexuels à risque, sécurité routière, traumatismes sonores...)
- >> des pages consacrées aux **vaccinations** permettent une meilleure lisibilité du calendrier vaccinal ; deux pages nominatives ayant valeur de certificat de vaccination peuvent être photocopiées.

Par ailleurs, **la surveillance médicale** a été enrichie de nouveaux examens individualisés :

- >> à 2 mois
- >> entre 2 ans 1/2 et 4 ans
- >> à 8 ans

Les **examens médicaux détaillés**, notamment ophtalmologiques et ORL, ont été conçus pour pouvoir être facilement réalisés en cabinet de ville.

Ainsi, le carnet de santé a plusieurs fonctions : **lien** entre les différents professionnels de santé, « **mémoire** » des événements de santé pour l'enfant et sa famille, puis l'adulte ; c'est aussi un **outil d'éducation à la santé**.