



Quelles évolutions autour des naissances en France ?

Avec près de 2 enfants par femme, la France a le taux de fécondité le plus haut d'Europe. Cela s'accompagne d'importants changements sociétaux : naissances hors mariage, progression du travail féminin, âge moyen des mères plus élevé (29,8 ans) rendant nécessaire une évolution de la prise en charge périnatale.

Santé et prise en charge médicale au moment de la naissance

Béatrice Blondel
Jennifer Zeitlin

Inserm, UMR S149,
IFR 69, Unité
de recherches
épidémiologiques sur
la santé périnatale et
la santé des femmes,
Villejuif, UPMC -
univ. Paris 06

La période périnatale se caractérise par une évolution rapide des modalités de prise en charge médicale des femmes enceintes et des jeunes enfants, du fait de l'évolution des connaissances et des modifications de l'organisation des soins. Par ailleurs, les caractéristiques des jeunes parents changent, résultat de nouveaux comportements dans le couple, la famille et la vie professionnelle. Cela a pour conséquence des modifications dans la fréquence des situations à risque pour la santé de l'enfant et de la mère. Il est donc indispensable de suivre l'évolution de la santé périnatale en parallèle avec les pratiques médicales et les facteurs de risque.

Les sources de données nationales sur les naissances

L'état civil fournit des données exhaustives sur les naissances et les décès, utiles pour mesurer la natalité et la mortalité, et étudier les caractéristiques socio-démographiques des parents et les causes médicales de décès. En revanche, nous ne disposons pas, comme d'autres pays, d'un registre médical national qui permette de connaître l'état de santé des enfants à la

naissance, les modalités d'accouchement et les facteurs de risque périnataux. Une base de données nationale fondée sur les certificats de santé du 8^e jour est en cours de construction, mais elle ne couvre pas toutes les naissances pour l'instant. L'Audipog (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie) réunit des données hospitalières sur une fraction des maternités françaises et n'a pas pour vocation de fournir des résultats représentatifs au niveau national.

Pour pallier ce manque de données, des enquêtes nationales périnatales sont réalisées régulièrement à la demande du ministère de la Santé, en général tous les trois à cinq ans, pour suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé périnatale, répondre à des questions particulières et permettre ainsi l'évaluation d'actions de santé et l'orientation de pratiques médicales.

Les enquêtes portent sur un échantillon national des naissances comprenant toutes les naissances survenues pendant une semaine dans les maternités françaises. Cet échantillon comprend environ 13 000 naissances en métropole. Les données proviennent des dossiers médicaux des maternités et d'un interro-

gatoire des femmes pendant leur séjour en maternité. La coordination du recueil des données est assurée au niveau départemental par les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et au niveau national par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'unité 149 de l'Inserm. Les trois dernières enquêtes ont été réalisées en 1995, 1998 et 2003. Les principaux résultats présentés ici sont issus de ces enquêtes [17, 18].

Les caractéristiques des parents

On assiste actuellement à un report des naissances vers des âges plus élevés, l'âge moyen des femmes à la naissance de leur enfant étant passé de 26,5 ans en 1977 à 29,5 ans en 2003 [11]. Cela a pour effet d'augmenter la proportion de naissances à des âges où les risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement, et de morbidité pour la mère et l'enfant sont plus élevés. Ainsi, le pourcentage de femmes ayant un enfant à 35 ans ou plus est passé récemment de 12,5 % en 1995 à 15,9 % en 2003 (tableau 1).

La situation familiale au moment d'une naissance se caractérise par une forte proportion de naissances hors mariage (45,2 % des naissances en 2003 selon les statistiques d'état civil). Plus que la situation matrimoniale, c'est la vie en couple qui peut avoir une influence sur le déroulement de la grossesse et la santé à la naissance ; or on constate que la proportion de femmes seules, qui avait légèrement augmenté au cours des années quatre-vingt, est maintenant relativement stable.

Les autres grandes évolutions concernent le niveau d'études et l'emploi, et reflètent la progression générale de l'éducation et de l'activité professionnelle des femmes en France. La proportion de femmes ayant suivi des études au-delà du baccalauréat est passée de 32,6 à 42,6 % en huit ans. Parallèlement on assiste à une augmentation de la proportion de femmes qui ont exercé une activité professionnelle pendant la grossesse de 60,2 à 66 % sur la même période. Cette évolution sociale a des effets positifs importants sur la prise en charge médicale de la grossesse et la santé à la naissance, probablement par l'intermédiaire d'une meilleure sensibilisation à la prévention, d'un accès plus facile au système de santé et de conditions de vie plus favorables. Actuellement, exercer une activité professionnelle pendant la grossesse ne représente plus un facteur de risque de prématurité ni de petit poids à la naissance, en dehors de certaines professions caractérisées par des conditions de travail très difficiles [87]. Cela pourrait s'expliquer par la nature des professions exercées par les femmes et par les nombreuses prescriptions d'arrêts de travail pendant la grossesse ; ainsi, en 2003, moins d'un quart des femmes travaillaient après 32 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire quelques semaines avant le congé maternité.

En dépit de cette évolution favorable, il faut noter qu'au moment d'une naissance de nombreux ménages connaissent une situation financière difficile : dans

18,7 % d'entre eux en 2003, la femme, ou un des membres du couple, avait reçu l'allocation pour parent isolé, le revenu minimum d'insertion ou des indemnités chômage.

La prise en charge médicale

Le nombre moyen de consultations prénatales n'a pas changé au cours de la période étudiée et correspond aux recommandations usuelles d'une consultation par mois (tableau 2). Le gynécologue-obstétricien représente la principale personne consultée pour la déclaration de grossesse (74,5 % en 2003) et pour la suite de la surveillance prénatale. Après la déclaration de grossesse, seulement 15,4 % des femmes ont consulté un généraliste et 26,9 % une sage-femme en maternité. Il est possible que la part de ces deux groupes professionnels dans la surveillance augmente dans l'avenir en raison du manque de gynécologues-obstétriciens et du développement du travail en réseau entre ville et hôpital.

La surveillance prénatale comprend un grand nombre d'examens de dépistage et la France a une politique particulièrement active vis-à-vis du dépistage des anomalies congénitales. Au moment de l'enquête périnatale de 2003, le dépistage de la trisomie 21 comprenait essen-

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 96.

tableau 1

Évolution des caractéristiques des femmes qui accouchent (1995-2003, en pourcentage)

	1995	2003	p
Âge maternel supérieur ou égal à 35 ans	12,5	15,9	<0,001
Vie en couple	93,0	92,7	NS
Niveau études supérieur au baccalauréat	32,6	42,6	<0,001
Activité professionnelle pendant la grossesse	60,2	66,0	<0,001

p : test du khi-deux

Source : Enquêtes nationales périnatales

tableau 2

Évolution de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant (1995-2003)

	1995	2003	p
Nombre moyen de consultations	8,9 + 2,8	8,9 + 2,8	NS
Hospitalisation prénatale (en %)	19,9	18,6	<0,01
Accouchement dans une maternité où plus de 2000 accouchements sont effectués par an (en %)	15,9	35,7	<0,001
Anesthésie loco-régionale (en %)	53,8	74,9	<0,001
Accouchement par césarienne (en %)	15,9	20,2	<0,001
Allaitement au sein unique ou partiel (en %)	51,9	62,6	<0,001

Source : Enquêtes nationales périnatales



Naitre en France

tiellement un dépistage par mesure échographique de la nuque au premier trimestre et des dosages sériques au deuxième trimestre ; ces dosages doivent être systématiquement proposés aux femmes depuis 1997. En 2003, 79,7 % des femmes déclaraient avoir accepté d'avoir ces dosages. Les examens de dépistage et de diagnostic de la trisomie 21 se sont largement diffusés au cours des vingt dernières années en France et ont conduit à une diminution très importante de la prévalence de la trisomie 21 parmi les naissances vivantes. Une estimation de cette baisse a été réalisée à partir des données du registre des malformations congénitales de Paris, en éliminant l'influence de l'âge maternel, qui est un facteur de risque important de trisomie 21. Selon cette source, la prévalence de la trisomie 21 à la naissance a diminué en moyenne de 13 % chaque année, entre 1981 et 2000 [57].

Le nombre de maternités a beaucoup diminué au cours des trente dernières années, passant de 1747 en 1972 à 1223 en 1981, 816 en 1995 et 618 en 2003. Les fermetures définitives ou les regroupements sont dus principalement à des raisons financières et des contraintes de sécurité portant sur le personnel et les équipements. Du fait de cette évolution, on assiste progressivement à une augmentation des naissances dans des maternités publiques de grande taille ; entre 1995 et 2003, les naissances dans des maternités qui assuraient annuellement 2000 accouchements ou plus sont passées de 15,9 % à 35,7 %. De plus, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, les soins périnataux ont été régionalisés : les maternités sont maintenant classées par niveau de spécialisation de I à III et travaillent en réseau, les services périnataux de niveau III ayant pour mission d'accueillir les femmes et les enfants les plus à risque. En 2003, 36,3 % de l'ensemble des femmes ont accouché en niveau I, 44,4 % en niveau II et 19,3 % en niveau III.

Le mode de prise en charge de la douleur a beaucoup

évolué depuis le remboursement de la péridurale par les caisses d'assurance en 1997 : en 2003, les trois quarts des femmes avaient eu une péridurale ou une rachianesthésie pendant le travail.

Le taux de césariennes augmente de manière régulière. Cette évolution entre 1995 et 2003 correspond surtout à une augmentation des césariennes avant travail, qui sont passées de 8,5 à 12,5 % ; elle semble avoir été très générale et elle a concerné différentes situations à risque, telles que les accouchements avant terme, les jumeaux ou les enfants se présentant par le siège.

Le mode de début de travail et le mode d'accouchement sont des caractéristiques de la prise en charge médicale faciles à comparer entre pays, car cette donnée est souvent recueillie et les définitions employées posent peu de problèmes de comparabilité entre pays (tableau 3). Le taux de césariennes en France en 1998 atteignait un niveau moyen (17,5 %) par rapport aux taux des autres pays de l'Union européenne, qui étaient compris entre 11,7 % aux Pays-Bas et 30,8 % en Italie. Il n'est pas possible de définir un taux optimal de césariennes, mais il existe un débat constant au niveau national et international pour éviter un excès de césariennes. Les variations entre pays traduisent des attitudes plus ou moins actives vis-à-vis des complications fœtales et maternelles et de l'importance donnée aux risques liés à la césarienne elle-même par rapport aux bénéfices attendus de cette décision. Elles reflètent également des différences dans les modes d'organisation des soins entre pays et du nombre plus ou moins grand de femmes qui demandent elles-mêmes une césarienne.

En France comme dans la plupart des autres pays, de nombreuses mesures publiques et des initiatives de groupes de soignants ou d'usagers se sont développées en faveur de l'allaitement maternel. Cela s'est traduit par une augmentation du taux d'allaitement au sein pendant le séjour en maternité ; en 2003, 62,6 % des enfants étaient allaités au sein de manière exclusive

tableau 3

Mode d'accouchement dans quelques pays de l'Union européenne en 2000 (en pourcentage)

	Spontané	Instrumental	Césarienne		Total
			Avant travail	Pendant travail	
Allemagne	71,2	6,7	11,1	9,8	20,9
Belgique (Flandre)	70,7	12,3	7,0	10,0	17,0
Danemark	76,0	8,0	8,3	7,7	16,0
Finlande	77,6	6,1	8,8	7,3	16,0
France*	69,6	12,4	7,9	9,6	17,5
Italie*	62,8	6,0	-	-	30,8
Pays-Bas	77,0	11,0	7,0	4,6	11,7
Suède	81,0	7,7	8,1	6,8	15,4
Royaume-Uni (Angleterre)	66,6	11,1	12,7	8,8	21,5
Écosse	65,2	12,0	7,7	14,0	21,9

* En 1998.

Source : [97].

ou partielle [20]. Toutefois le taux français demeure bien inférieur aux taux observés dans d'autres pays européens ; par exemple, en Suède en 2000 plus de 90 % des enfants étaient allaités exclusivement au sein au moment du séjour en maternité [97].

État de santé à la naissance

En 2003, le taux de mortinatalité (enfants mort-nés) était de 8,9 pour 1 000 et le taux de mortalité néonatale (pendant les quatre premières semaines suivant la naissance) était de 2,7 pour 1 000 (tableau 4). La mortalité néonatale a diminué de manière assez régulière au cours des années quatre-vingt-dix [11]. En revanche, il est difficile de décrire l'évolution de la mortinatalité, car le seuil d'enregistrement des décès est passé de 28 semaines à 22 semaines ou 500 grammes en 2002, ce qui a eu pour effet de presque doubler les taux en une année. En dehors de cette question de seuil d'enregistrement, le niveau de la mortalité est le résultat de la qualité des soins, mais dépend aussi des politiques suivies vis-à-vis des enfants ayant un très mauvais pronostic, tels que certains enfants très prématurés, ou des enfants porteurs de malformations sévères. L'ensemble de ces considérations rend difficiles les comparaisons temporelles ou géographiques des taux de mortalité.

Parmi les naissances vivantes, 6,3 % des enfants naissent prématurément, c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhée, et 7,2 % ont moins de 2 500 grammes. Un âge gestationnel faible et un petit poids compte tenu de l'âge gestationnel sont des caractéristiques très liées à la mortalité et à la santé dans les années suivant la naissance [7, 56, 62]. Ainsi, 67 % des décès néonataux surviennent en France après une naissance prématurée [15]. Par ailleurs, dans la cohorte Epipage, portant sur tous les enfants grands prématurés nés en 1997 dans neuf régions françaises, 8 % des enfants de moins de 33 semaines présentaient une paralysie cérébrale à deux ans et cette atteinte passait de 20 % chez les enfants nés entre 24 et 26 semaines à 4 % chez les enfants nés à 32 semaines [8].

Il semble que la prématurité ait tendance à augmenter récemment ; toutefois, cette évolution est difficile à mesurer car il faudrait disposer de données sur toutes les naissances, ou sur un échantillon de naissances plus grand que celui des enquêtes nationales périnatales.

La gémellité représente un facteur de risque important de mortalité et morbidité. En France, le taux de naissances gémellaires augmente de manière régulière depuis le milieu des années soixante-dix, passant de 8,8 pour 1 000 femmes ayant accouché en 1972 à 15,8 ‰ en 2004 [11]. Cette évolution est due à une augmentation de l'âge des mères et au recours plus fréquent à des traitements de l'infertilité [16]. Les jumeaux présentent un risque de prématurité de 8 à 10 fois supérieur à celui des enfants uniques, et donc des risques plus élevés de mortalité et de handicap d'origine périnatale.

tableau 4

État de santé des enfants à la naissance : situation en France en 2003

Mortinatalité pour 1 000 naissances ^a	8,9
Mortalité néonatale (0 à 27 jours) pour 1 000 naissances vivantes ^a	2,7
Prématurité (inférieur à 37 semaines) (en pourcentage des naissances vivantes) ^b	6,3
Poids inférieur à 2 500 g (en pourcentage des naissances vivantes) ^b	7,2
Accouchement gémellaire pour 1 000 femmes ^a	15,5

Sources : a. Insee, statistiques d'état civil ; b. Enquête nationale périnatale.

La régionalisation des soins s'est progressivement mise en place, notamment depuis la parution du décret définissant les niveaux de spécialisation des services¹ (1998). En Ile-de-France, la proportion d'enfants nés vivants de moins de 32 semaines, dont la naissance a eu lieu en maternité de niveau III, est passée de 66 % en 1997 à 76 % en 2003 [99]. Faire naître des enfants à haut risque dans une maternité avec une unité de soins intensifs sur place devrait diminuer les risques de mortalité et de morbidité [93].

Conclusion

L'évolution des principaux indicateurs périnataux donne une image nuancée de la situation française : amélioration de la situation sociale avec toutefois une augmentation de l'âge maternel et un nombre important de femmes en situation précaire ; prise en charge médicale tenant compte au mieux des progrès scientifiques et des connaissances, tout en maintenant un nombre de consultations prénatales ou un taux de césariennes modérés, mais aussi certaines faiblesses dans la prévention, comme le montre le taux d'allaitement. Sur le plan de la santé, la France semble se situer dans une position moyenne par rapport aux autres pays européens pour la mortalité foeto-infantile, sachant que les taux sont beaucoup plus faibles dans les pays du nord de l'Europe. Les comparaisons internationales relatives à l'impact de la période périnatale sur la santé à plus long terme sont plus difficiles en raison du manque de données et des variations dans les définitions employées dans les différents pays.

Les principaux enjeux dans l'avenir vont porter sur plusieurs points : l'organisation des soins, compte tenu de la démographie médicale et du nombre restreint de maternités, l'utilisation optimale des techniques médicales pour répondre aux besoins sans dériver vers la sur-médicalisation, et l'évaluation des soins pour continuer à réduire la mortalité et les handicaps à long terme. *J*

1. Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le Code de la santé publique. *Journal officiel*, Paris, 1998.