



Études et Résultats

N° 552 • janvier 2007

Disparités sociales et surveillance de grossesse

Cette étude complète les premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale 2003, en analysant plus finement la surveillance prénatale des mères selon leur catégorie socioprofessionnelle, leur situation au regard de l'emploi, leur nationalité, leur âge, etc. Elle permet ainsi de caractériser les femmes dont la grossesse a été moins bien suivie. Les femmes qui ont déclaré leur grossesse au-delà du délai réglementaire (4 %) ont plus souvent la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (21 % contre 4 % des Françaises). Le recours à un gynécologue ou un obstétricien libéral pour déclarer la grossesse concerne davantage les cadres (64 % des cadres ou des femmes sans profession dont le conjoint est cadre, contre 29 % des ouvrières non qualifiées ou femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier non qualifié). La part des femmes qui n'ont pas eu les sept visites prénatales réglementaires (6 % des femmes interrogées) atteint 23,8 % chez celles qui ne sont pas scolarisées et 4,4 % chez celles qui ont au moins un baccalauréat. Les femmes qui ont eu moins de trois échographies (2,4 %) sont surtout des femmes non scolarisées ou ressortissant d'un pays d'Afrique subsaharienne (12,3 % contre 2 % des Françaises). Concernant la mesure de la clarté nucale et le dépistage sanguin du risque de trisomie 21, les ouvrières ou femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier apparaissent également moins bien informées que les cadres ou femmes sans profession dont le conjoint est cadre. Enfin, 10 % des femmes de 38 ans ou plus n'ont bénéficié d'aucun dépistage ni diagnostic de la trisomie 21.

Suzanne SCHEIDEGGER, Annick VILAIN

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)



Ministère de l'Emploi,
de la Cohésion sociale
et du Logement

Ministère de la Santé
et des Solidarités

L'Enquête nationale périnatale (encadré 1) permet de suivre les principaux indicateurs relatifs à la morbidité et aux pratiques médicales concernant la grossesse et l'accouchement. Globalement, les progrès techniques réalisés en obstétrique et néonatalogie ainsi que l'amélioration de la surveillance prénatale (encadré 2) ont conduit, ces dernières décennies, à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Toutefois, dans le champ de la santé périnatale, la précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis médiocres voire inexistant de grossesse¹. Les premiers résultats² de l'Enquête nationale périnatale avaient déjà permis de relever des disparités significatives selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère. Cette étude, menée sur les accouchements en métropole, complète et approfondit l'analyse de la surveillance et des conditions de la grossesse, au regard des caractéristiques socio-économiques (catégorie socioprofessionnelle, situation professionnelle, nationalité et âge notamment) de la mère ou du couple (voir les précisions concernant le champ).

Les déclarations de grossesse hors délai renvoient à des situations de fragilité

En France, la déclaration de grossesse doit être faite avant 15 semaines d'aménorrhée (SA) pour permettre l'ouverture des droits sociaux. Si 4 % des femmes interrogées n'ont effectué cette démarche qu'au 2^e trimestre de la grossesse et 1 % au 3^e trimestre, la part des femmes qui n'ont pas du tout déclaré leur grossesse est extrêmement faible (moins de 0,5 %³, un niveau stable depuis 1995).

Les femmes qui ont déclaré leur grossesse hors du délai légal se caractérisent notamment par le fait de vivre seule, leur situation par rapport à l'emploi et leur nationalité. Ainsi, la part des femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse est quatre fois plus élevée chez celles qui vivent seules que chez celles qui

vivent en couple. 8,5 % des femmes au chômage et des inactives ont déclaré leur grossesse au 2^e ou 3^e trimestre, contre seulement 2,5 % des femmes ayant un emploi. De même, 4 % seulement des Françaises ont déclaré leur grossesse au 2^e ou 3^e trimestre en 2003 (3,4 % en 1995), alors que ce retard concerne 10 % des femmes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique du Nord (9,9 % en 1995) et 21 % d'un pays d'Afrique subsaharienne (13,9 % en 1995).

Le questionnaire de l'enquête permettait de préciser le type de professionnel ayant effectué la déclaration de grossesse. Ce professionnel est le plus souvent celui qui a réalisé la première consultation. Il s'agit d'un gynécologue ou obstétricien exerçant en ville dans 46 % des cas et en maternité dans 28 % des cas (tableau 1). Le quart restant des grossesses est déclaré par un médecin généraliste (23 % des grossesses), un médecin de PMI (1 %) ou une sage-femme (2 %). Selon la profession exercée par la femme ou son conjoint, le choix du médecin effectuant la déclaration varie. Les cadres ou femmes sans profession dont le conjoint est cadre recourent beaucoup plus souvent à un gynécologue ou un obstétricien libéral (64 %) que les femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession (21 %) et que les ouvrières non qualifiées ou femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier non qualifié (29 %).

Le recours à un médecin généraliste pour déclarer la grossesse concerne surtout les femmes sans profession et dont le conjoint éventuel est sans profession (38 %) et les ouvrières non qualifiées ou « femmes d'ouvriers non qualifiés » (37 %), les femmes vivant seules (30 % contre 23 % de celles qui vivent en couple) et les femmes ou couples recevant des aides publiques⁴ (31 % contre 22 % pour les autres couples). Les médecins des services de protection maternelle et infantile (PMI) sont quant à eux davantage sollicités par des femmes ayant la nationalité d'un pays africain (11 % de femmes d'Afrique subsaharienne, contre 1 % des Françaises).

Enfin, le choix du professionnel déclarant la grossesse varie selon

1. Voir les travaux du groupe d'experts, réunis par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre aux questions posées par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) concernant les déficiences et handicaps d'origine périnatale (4 juin 2004).

2. Vilain A., de Peretti C., Herbert J.-B., 2005, *Enquête nationale périnatale 2003. Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources*, DREES (<http://www.sante.gouv.fr/drees/rapport/perinat2003t2.htm>).

3. Il s'agit pour 62 % de femmes de nationalité étrangère.

4. Allocations chômage, revenu minimum d'insertion (RMI), allocation de parent isolé (API), etc.

Précisions du champ

Dans cette étude, la profession retenue est celle de la femme ou celle du conjoint lorsque la femme est « sans profession ».

La catégorie « sans profession » correspond donc aux situations où la femme et son conjoint sont tous deux sans profession. La catégorie « femmes de cadres » correspond aux femmes sans profession dont le conjoint est cadre.

La catégorie « femmes d'ouvriers non qualifiés » correspond aux femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier non qualifié.

ENCADRÉ 1

Méthodologie

Les enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des plans Périnatalité, définis par le ministère chargé de la Santé en 1994 et en 2004. Elles ont lieu à intervalle régulier, tous les trois à cinq ans (1995, 1998 et 2003). Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnatals et les facteurs de risque liés à une mauvaise situation sanitaire environnant la naissance, à partir d'un échantillon représentatif des naissances.

Comme en 1995 et 1998, l'enquête 2003 portait sur tous les enfants français nés vivants ou mort-nés une semaine donnée dans les maternités publiques et privées, à condition que la naissance soit arrivée après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou que l'enfant (ou le fœtus) pèse au moins 500 grammes à la naissance. En cas de naissance multiple, chaque enfant répondant à cette définition a été pris en compte. Au total, l'échantillon comprenait 15 378 enfants, dont 14 737 enfants nés en métropole et 641 dans les départements d'outre-mer (DOM). Compte tenu des naissances multiples, l'échantillon concerne 15 108 femmes, dont 14 482 en métropole et 626 dans les DOM.

Pour chaque femme, les informations relatives à l'accouchement et à l'état de santé de l'enfant à la naissance ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Ces mères ont par ailleurs été interrogées avant leur sortie de la maternité. Si l'enfant était mort-né ou s'il s'agissait d'une interruption médicale de grossesse, seules étaient recueillies les informations contenues dans le dossier.

Les questions portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des parents, les modalités et délai de survenue de la grossesse, la surveillance prénatale et les dépistages réalisés, l'accessibilité de la maternité, l'accouchement, l'état de santé des enfants et les transferts. En 2003, une fiche supplémentaire a été remplie par chacun des 616 établissements enquêtés.

L'enquête a été réalisée avec la participation de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), de chaque département, par l'intermédiaire du service de protection maternelle et infantile (PMI) ou parfois des directions départementales et régionales des affaires sociales (DDASS et DRASS), de la Direction générale de la santé (DGS), qui a financé une partie de cette enquête, et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

TABLEAU 1

Les professionnels de la déclaration de la grossesse en %

	Généraliste	Spécialistes en ville	Spécialistes en PMI	Spécialistes en maternité
Selon la profession				
sans profession ¹	38	21	5	31
agriculteur	35	35	0	30
artisan, commerçant	22	42	2	31
cadre	11	64	0	23
prof. inter., employé, services aux particuliers	22	48	1	28
ouvrier qualifié	32	31	3	32
ouvrier non qualifié	37	29	2	30
total	23	46	1	28
Selon la nationalité				
France	23	47	1	28
Europe	16	49	3	29
Afrique du Nord	27	37	6	27
Afrique subsaharienne	24	28	11	29
autre	14	37	6	38
Selon l'âge				
< 20	37	26	4	31
20-24	32	38	2	26
25-29	24	47	1	27
30-39	20	49	1	29
40 et +	15	47	1	34

1. Il s'agit des femmes sans profession ou de profession inconnue et dont le conjoint est sans profession ou de profession inconnue.

l'âge de la femme : 37 % des grossesses des moins de 20 ans sont déclarées par des médecins généralistes (contre 23 % en moyenne) et 4 % par des médecins de PMI (contre 1 % pour l'ensemble des femmes). Les femmes de plus de 40 ans s'adressent davantage à un spécialiste en maternité (34 % d'entre elles, contre 28 % en moyenne).

Un nombre insuffisant de visites prénatales apparaît étroitement corrélé au fait de ne pas avoir été scolarisée

Pour une grossesse simple évoluant jusqu'à son terme (37 semaines d'aménorrhée), le nombre d'exams prénatals est fixé à sept par la réglementation. Pourtant, 6 % des femmes ayant déclaré leur grossesse au 1^{er} trimestre ont eu moins de sept visites prénatales. En incluant les grossesses déclarées au 2^e et 3^e trimestre⁵, cette proportion atteint 7,6 %, un niveau relativement stable par rapport à celui de 1998 (8,4 %).

Pour étudier les liens entre certains facteurs et un nombre insuffisant de visites prénatales, le champ choisi est logiquement celui des femmes ayant déclaré leur grossesse au 1^{er} trimestre et ayant accouché à terme. Toutes choses égales par ailleurs, ne pas avoir été scolarisée, être sans profession et avoir un éventuel conjoint sans profession, être femme au foyer, attendre son deuxième enfant ou plus, avoir moins de 20 ans apparaissent corrélés à un nombre insuffisant de visites prénatales (tableau 2).

Ainsi, en termes de niveau d'études, il apparaît que 23,8 % des femmes non scolarisées n'ont pas effectué les sept visites prénatales, contre 4,4 % de celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur au bac. Par ailleurs, 19 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession ont eu moins de sept visites, contre seulement 5 % des femmes cadres ou « femmes de cadres »⁶. Cela concerne également 8,5 % des femmes au foyer, contre seulement 4,6 % des femmes ayant un emploi. Pour leur premier enfant, la part des femmes qui n'ont pas bénéficié des sept consultations prénatales est seulement de 4,8 %, mais cette proportion atteint 5,8 % au

5. Pour permettre une comparaison avec l'enquête réalisée en 1998.

6. En incluant toutes les grossesses, quel que soit le trimestre de déclaration, les chiffres de 2003 apparaissent proches de ceux de 1998 : 28,6 % des femmes sans profession et 5,5 % des cadres avaient eu moins de sept visites prénatales, contre 27 % et 5 % en 2003.

deuxième enfant, 7,0 % au troisième, 8,0 % au quatrième et 11,9 % au-delà.

En incluant les femmes qui ont déclaré leur grossesse hors des délais légaux (pour effectuer une comparaison avec les années précédentes), il apparaît que celles qui ont eu leur enfant avant 20 ans et, dans une moindre mesure, avant 25 ans ou après 40 ans apparaissent moins bien suivies que les autres au regard du nombre de consultations prénatales (graphique 1). On constate cependant une amélioration du suivi des femmes âgées de moins de 20 ans depuis 1995 et de celles de 20-24 ans entre 1998 et 2003. Il existe également des spécificités quant aux professionnels qui ont effectué ces visites, notamment selon la catégorie socioprofessionnelle de la femme (encadré 4).

Les femmes non diplômées et de nationalité étrangère ont un moins bon suivi échographique

Concernant les échographies de dépistage pour les grossesses sans facteur de risque et d'évolution normale, trois examens sont actuellement conseillés et remboursés (encadré 3). Bien que ces trois examens soient systématiquement proposés à la femme enceinte, ils ne revêtent pas de caractère obligatoire au regard de la réglementation.

L'enquête montre que 97,7 % des femmes ayant accouché à terme ont eu trois échographies au moins, contre 96,7 % en 1998 et 90,6 % en 1995. La part des femmes n'ayant pas effectué trois échographies au moins est donc de plus en plus faible. Parmi elles, la grande majorité en a eu deux seulement.

Les liens entre certains facteurs et un nombre insuffisant d'échographies ont été à nouveau étudiés chez les femmes ayant déclaré leur grossesse au 1^{er} trimestre et ayant accouché à terme. Toutes choses égales par ailleurs, ne pas avoir été scolarisée ou avoir arrêté ses études en primaire, avoir une nationalité extra-européenne, attendre son troisième enfant ou plus ou vivre seule sont les facteurs les plus souvent associés à un nombre insuffisant d'échographies. À l'inverse, le fait d'avoir un

■ ENCADRÉ 2

Le dépistage et le diagnostic prénatal

Les techniques permettant de faire un diagnostic prénatal se sont considérablement développées depuis une trentaine d'années. Selon les termes de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, le diagnostic prénatal correspond aux « pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité ». Il recouvre donc l'ensemble des examens de la femme enceinte, autres que cliniques, permettant de recueillir des informations sur l'état de santé du fœtus. Pour les couples sans risque particulier connu, il s'agit d'examen de dépistage qui comprennent des examens obligatoires au regard de la réglementation (recherches sérologiques de syphilis, rubéole et toxoplasmose notamment) et des examens facultatifs qui sont, dans les faits, quasi systématiques (dépistage échographique des malformations fœtales ou dosage des marqueurs sériques maternels généralisé depuis 1997¹).

Si un risque élevé est identifié, le couple peut, s'il le souhaite, recourir à un diagnostic prénatal à proprement parler (réalisation d'un caryotype fœtal notamment). À l'issue de ce diagnostic, s'il est attesté par l'équipe pluridisciplinaire d'un Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal qu'une « forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic » et si la femme en fait la demande, une interruption médicale de grossesse peut être pratiquée. En dehors de ces cas extrêmes, le diagnostic prénatal permet également d'anticiper toute situation anormale pour permettre sa prise en charge le plus précocement possible.

Le dépistage de la trisomie 21

Il consiste à détecter les femmes enceintes présentant un risque accru de trisomie 21, puis à leur proposer un prélèvement, en général une amniocentèse, pour établir le caryotype fœtal qui seul objectivera l'anomalie chromosomique. Ce dépistage s'est développé ces dernières années, en particulier grâce au dosage des marqueurs sériques maternels et à la mesure de la clarté nucale.

Le dépistage de trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels concerne toutes les femmes enceintes quel que soit leur âge même si, au-delà de 38 ans, certains professionnels proposent d'emblée le recours à une amniocentèse pour établir avec précision le caryotype du fœtus. Ce dépistage s'effectue entre 14 et 18 semaines d'aménorrhée (SA) par dosage de marqueurs dans le sérum maternel². Ce dosage est très encadré au plan réglementaire (obligation d'information aux parturientes, recueil préalable de leur consentement écrit et nécessité pour les laboratoires qui réalisent l'analyse d'obtenir une autorisation auprès de l'Agence de la biomédecine). Si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité d'une atteinte du fœtus et s'il est élevé (supérieur à 1/250), le caryotype réalisé après amniocentèse peut s'avérer normal.

La mesure échographique de l'épaisseur de la nuque du fœtus ou clarté nucale se réalise au cours de la première échographie, entre 11 SA et 13 SA + 6 jours. Une augmentation de la clarté nucale peut-être associée à une augmentation du risque d'anomalies chromosomiques en particulier de trisomie 21. Cette mesure est de plus en plus pratiquée par les échographistes en routine. Elle requiert des conditions de pratique rigoureuses.

Actuellement, les professionnels s'orientent vers un dépistage consistant à calculer un risque individuel de trisomie 21 en tenant compte de la mesure de la clarté nucale et du dosage des marqueurs sériques au premier trimestre de la grossesse (approche « combinée » ou « intégrée »).

L'amniocentèse

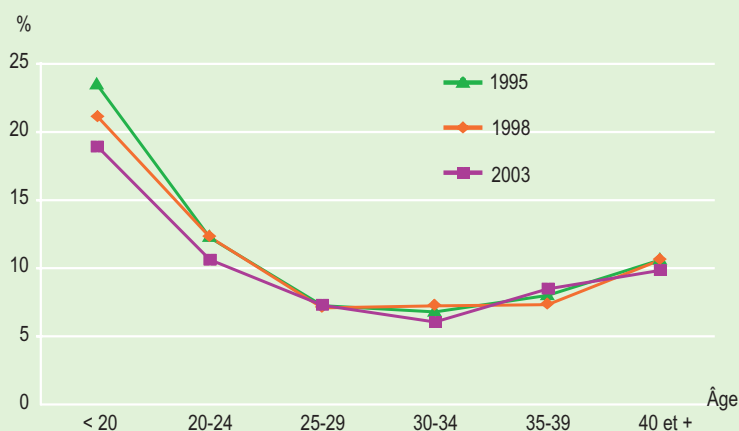
L'amniocentèse consiste à prélever du liquide amniotique sous échoguidage. Elle est généralement réalisée à partir de la 15^e semaine d'aménorrhée (SA). L'amniocentèse peut être effectuée chez les femmes ayant 38 ans ou plus à la date du prélèvement et dans un certain nombre d'autres situations (franchissement du seuil à l'évaluation biologique du risque de trisomie 21, signes d'appels échographiques...). Dans la majorité des cas, l'objectif est de déterminer le caryotype du fœtus. Il existe deux autres types de prélèvements : la biopsie de trophoblaste et le prélèvement de sang fœtal, tous deux à plus haut risque fœtal.

1. Date du remboursement par l'assurance maladie de l'amniocentèse qui peut être pratiquée en cas d'identification d'un risque élevé.

2. L'analyse des variations des différents marqueurs peut orienter vers un autre risque de pathologie fœtale (autre anomalie chromosomique, malformations) ou obstétricale.

GRAPHIQUE 1

Part des femmes ayant eu moins de sept visites prénatales selon l'âge



Champ • Femmes en métropole, naissances à terme et quel que soit le trimestre de déclaration de la grossesse.

Sources • Enquêtes nationales périnatales, 1995, 1998 et 2003.

TABLEAU 2

Probabilité d'avoir eu...

odds ratio

...moins de sept visites prénatales		...moins de trois échographies	
Niveau d'études		Niveau d'études	
non scolarisée	3,8	non scolarisée	3,5
primaire	ns	primaire	2,5
secondaire	réf.	secondaire	réf.
bac ou +	0,7	bac ou +	ns
Profession		Nationalité	
agriculteur	ns	France	réf.
artisan	ns	Europe	ns
cadre	ns	Afrique du Nord	2,4
profession intermédiaire	réf.	Afrique subsaharienne	4,3
employé	ns	Autres nationalités	5,1
ouvrier non qualifié	ns	Rang de la naissance	
ouvrier qualifié	ns	rang 1	réf.
sans profession*	2,3	rang 2	ns
services aux particuliers	ns	rang 3	2,6
Activité		rang 4 et plus	3,2
avec emploi	réf.	Profession	
au foyer	1,4	agriculteur	ns
étudiante	ns	artisan	ns
au chômage	ns	cadre	ns
autre	ns	profession intermédiaire	réf.
Rang de la naissance		employé	ns
rang 1	réf.	ouvrier non qualifié	ns
rang 2	1,3	ouvrier qualifié	ns
rang 3	1,4	sans profession*	ns
rang 4 et plus	1,7	services aux particuliers	0,4
Groupe d'âge		Vie en couple	
moins de 20 ans	ns	oui	réf.
20 à 24 ans	1,3	non	1,8
25 à 29 ans	1,3		
30 à 34 ans	réf.		
35 à 39 ans	1,4		
40 ans et +	ns		

* Il s'agit des femmes sans profession ou de profession inconnue et dont le conjoint est sans profession.

niveau d'études supérieur au bac augmente les chances d'avoir bénéficié d'au moins trois échographies (tableau 2).

Ainsi, 14% des femmes non scolarisées ont eu moins de trois échographies, contre 0,4% de celles ayant un niveau d'études supérieur ou égal au bac. 7,4% des femmes d'Afrique subsaharienne ont eu moins de trois échographies, alors que cela ne concerne que 0,9% des Françaises. En outre, 2,7% des femmes attendant un troisième enfant ou plus ont eu moins de trois échographies, contre 0,7% seulement des femmes attendant leur premier enfant. C'est également le cas de 3% des femmes vivant seules, contre seulement 1,1% des femmes vivant en couple. Enfin, 0,6% seulement des professions intermédiaires (1,1% des cadres) ont eu moins de trois examens aux ultrasons, contre 7,8% des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession.

18% des femmes interrogées ignorent si la mesure de la clarté nucale du fœtus a été réalisée

L'Enquête nationale périnatale interrogeait les femmes sur la réalisation d'une mesure de la clarté nucale à l'échographie du 1^{er} trimestre (encadré 2). Au total, 78% des femmes interrogées ayant déclaré leur grossesse au 1^{er} trimestre ont répondu positivement⁷, 18% ont déclaré ne pas savoir et 3%, ne pas avoir eu l'examen. La part des femmes qui ne savent pas si une mesure de clarté nucale a été effectuée est importante et renvoie en partie à une information insuffisante au moment de la première échographie. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a, en effet, rendu obligatoire l'information des patients⁸.

Si 90% des femmes cadres ou « femmes de cadres » et 88% des professions intermédiaires savent qu'elles ont bénéficié d'une mesure de clarté nucale, elles ne sont que 59% des ouvrières non qualifiées ou « femmes d'ouvriers non qualifiés » et 49% des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession dans ce cas.

7. Une réponse positive mêle deux informations : la femme connaît cet examen et elle sait qu'elle en a effectivement bénéficié.

8. Depuis, la Haute autorité de santé (HAS) a d'ailleurs élaboré en 2005 un document spécifiquement consacré à l'information des femmes enceintes qui précise notamment que cette information doit tenir compte du mode de vie et de la situation psychosociale des parturientes.

Le type de revenus fait également apparaître des disparités : 27 % des femmes dont les revenus du couple proviennent d'aides publiques déclarent ne pas savoir si elles ont bénéficié de cet examen, contre seulement 17 % des femmes dont les revenus sont issus d'une activité professionnelle. Un tiers des femmes au foyer ignore si l'examen a été réalisé, contre seulement 13 % des femmes qui ont un emploi.

Cela concerne aussi 30 % des femmes qui vivent seules, contre 17 % de celles qui vivent en couple et 39 % des femmes d'Afrique du Nord (36 % d'Afrique subsaharienne), contre seulement 16 % des Françaises.

Enfin, les 3 % de femmes qui disent ne pas avoir eu de mesure de la clarté nucale, pour cause de consultation trop tardive ou pour une autre raison, sont trois fois plus souvent des femmes sans profession que des cadres (10 % contre 3 %).

16 % des femmes sans profession ignorent si un dépistage sanguin du risque de trisomie 21 a été réalisé

L'enquête interrogeait les femmes sur la réalisation du dépistage du risque de trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels (encadré 2). Il s'agit là encore d'un examen proposé aux femmes enceintes mais non obligatoire au regard de la réglementation.

Au total, 80 % des femmes disent avoir bénéficié de ce dosage sanguin (68 % en 1998, un an après l'introduction de cet examen), 16,6 % disent ne pas l'avoir eu et 3,4 %, ne pas savoir s'il leur a été proposé⁹.

Les femmes qui déclarent ne pas avoir bénéficié d'un dépistage sanguin du risque de trisomie 21 invoquent plusieurs explications. 4 % précisent qu'il ne leur a pas été proposé (12 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession, contre seulement 2 % des cadres ou « femmes de cadres » ou 3 % des professions intermédiaires). 6,1 % des femmes disent l'avoir refusé, notamment les cadres (8,8 %). 3,1 % expliquent que la consultation a eu lieu trop tardive-

ment pour ce dosage et, enfin, 2,3 % qu'une amniocentèse a été réalisée d'emblée (dans 80 % des cas, ces femmes ont plus de 38 ans et dans 87 % des cas plus de 35 ans)¹⁰.

Par ailleurs, le fait de ne pas savoir si cet examen a été réalisé apparaît lié à la catégorie socioprofessionnelle : 16 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession et 9 % des ouvrières ou « femmes d'ouvriers » sont concernées, mais seulement 1 % des femmes cadres (ou « femmes de

cadres ») ou des professions intermédiaires. Cette situation touche aussi 20 % des femmes d'Afrique du Nord et subsaharienne, contre seulement 2 % des Françaises et, enfin, 8 % des femmes vivant seules contre 3 % des femmes vivant en couple.

10,6 % des femmes âgées de 38 ans ou plus n'ont bénéficié d'aucun dépistage ou diagnostic de la trisomie 21

L'enquête permet de savoir si un prélèvement (amniocentèse, biopsie de

■ ENCADRÉ 3

Les échographies au cours de la grossesse

Trois examens échographiques sont systématiquement proposés à la femme enceinte sans facteur de risque aux périodes optimales de dépistage de certaines pathologies de la grossesse et du fœtus.

La première échographie est faite entre 11 et 13 SA + 6 jours. Elle permet de dater précisément la grossesse, d'identifier (et de caractériser) les grossesses multiples, mais aussi de détecter des malformations majeures à expression précoce et, enfin, de dépister un risque d'anomalies chromosomiques (trisomie 21 en particulier) par la mesure de la clarté nucale.

L'examen échographique du deuxième trimestre (entre 20 et 22 SA) est précisément qualifié de « morphologique ». Outre les diagnostics précoces de troubles de croissance fœtale et le repérage d'anomalies de la quantité de liquide amniotique, il permet, en effet, de dépister des malformations fœtales.

L'échographie pratiquée au troisième trimestre (entre 31 et 32 SA) permet également de détecter des anomalies non repérées auparavant ou d'expression plus tardive. Elle dépiste enfin des retards de croissance intra-utérins et localise le placenta.

Dans certains cas, des échographies supplémentaires sont réalisées. Il peut s'agir d'échographies de diagnostic, par exemple lorsqu'une image anormale est suspectée ou d'échographies focalisées permettant de surveiller certains points spécifiques comme un retard de croissance intra-utérin. Ces échographies supplémentaires sont remboursées sur entente préalable et leur nombre n'est pas limité.

L'Enquête nationale périnatale 2003 montre qu'une femme sur 10 a eu plus de 7 échographies et une sur 3 en a eu 5 ou plus. Toutefois, le protocole de l'enquête (recueil du déroulement de la surveillance prénatale par entretien avec les femmes) ne permet pas de distinguer les véritables échographies de diagnostic des examens informels réalisés au cours des consultations prénatales par certains praticiens et que les femmes considèrent à tort comme des échographies à part entière. La prise en compte de ces échographies déclarées par les femmes dans l'Enquête périnatale explique sans doute la différence entre les résultats de cette enquête et d'autres sources. Ainsi, par exemple, le nombre moyen d'échographies par femme annoncé par le réseau Audipog (source : médecins des maternités), diffère de celui de l'Enquête périnatale (respectivement 3,4, contre 4,5).

9. La proportion de femmes qui déclarent « ne pas savoir » peut paraître surprenante s'agissant d'une ponction sanguine qui nécessite leur consentement écrit.

Par ailleurs, ce type d'examen renvoie à une notion complexe d'évaluation d'un risque individuel et non à un diagnostic, ce qui rend la qualité de l'information particulièrement importante.

10. 1,1 % déclarent ne pas l'avoir eu pour d'autres raisons.

trophoblaste ou ponction de sang fœtal, voir encadré 2) a été réalisé pendant la grossesse et d'en connaître le motif. Dans 37% des cas, il fait suite à l'identification d'un risque élevé de trisomie 21 par dosage des marqueurs sériques maternels et dans 35% des cas, il est lié à l'âge de la mère (38 ans et plus). L'existence d'antécédents familiaux est à l'origine de 9% des prélèvements, l'épaisseur de la clarté nucale de 5%, les signes d'appel échographique de 7% et le calcul d'un risque par l'approche intégrée de 2%

(les autres motifs représentent 5%).

Parmi les femmes ayant 38 ans ou plus, 60,4% ont bénéficié d'un prélèvement pour la réalisation d'un caryotype fœtal (dans la grande majorité des cas une amniocentèse). En revanche, 38,6%¹¹ n'en ont pas eu : parmi elles, 64,4% ont eu une évaluation préalable du risque de trisomie 21 par dosage des marqueurs sériques¹² et 16% ont refusé le prélèvement. Au total, 10,6% des femmes de 38 ans ou plus n'ont eu ni dosage des marqueurs sériques ni prélève-

ment pour réalisation d'un caryotype fœtal. Elles étaient 14,6% dans ce cas en 1998.

Les femmes de 38 ans ou plus n'ayant eu ni amniocentèse ni dosage sanguin sont plus souvent de nationalité étrangère (45,7% d'entre elles, contre 11,6% pour les autres femmes de 38 ans ou plus), moins diplômées (10,4% non scolarisées, contre 1,3%), vivent moins souvent en couple (87,4% contre 92,7%) et sont moins bien suivies : 26,0% d'entre elles ont eu moins de 7 visites prénatales, contre 9,3% des autres femmes de 38 ans et plus.

Trois quarts des femmes ont bénéficié du dépistage du sida/VIH pendant leur grossesse

Les femmes étaient également interrogées sur la réalisation d'un dépistage du sida/VIH (virus d'immunodéficiência humaine) au cours de leur grossesse. Il s'agit là encore d'un examen proposé systématiquement à toute femme enceinte mais non obligatoire. Au total, trois quarts des femmes ont bénéficié de cet examen, 9% déclarent qu'il ne leur a pas été proposé, 8% qu'il avait été fait récemment, 6% disent « ne pas savoir » et seulement 1% ont refusé le test. Le taux de couverture est donc très satisfaisant et montre tout l'intérêt de ce dépistage durant la grossesse, notamment auprès des populations les plus exposées.

Les femmes d'Afrique du Nord sont cependant moins nombreuses que les Françaises (67% contre 76%) à avoir bénéficié de ce dépistage¹³. En revanche, les femmes d'Afrique subsaharienne déclarent plus fréquemment que les autres la réalisation de ce test (82%), bien qu'elles soient également 11% à ignorer s'il a été effectué ou non.

Le fait de ne pas savoir si un dépistage a été réalisé apparaît lié au diplôme : 25% des femmes non scolarisées citent cette modalité, 9% de celles qui ont atteint un premier cycle général ou technique et 4% des femmes d'un niveau égal ou supérieur au baccalauréat. Cette réponse varie également selon la catégorie socioprofessionnelle de la femme :

■ TABLEAU 3

Probabilité...

	odds ratio
...de s'être sentie mal ou très mal durant la grossesse	
Vie en couple	
oui	réf.
non	2,0
Rang de la naissance	
rang 1	réf.
rang 2	1,5
rang 3	1,5
rang 4 et plus	1,5
Âge gestationnel	
moins de 37 semaines	2
37 semaines ou plus	réf.
Nationalité	
France	réf.
Europe	ns
Afrique du Nord	1,8
Afrique subsaharienne	ns
Autres nationalités	1,5
Trimestre de déclaration	
premier trimestre	réf.
deuxième trimestre	1,5
troisième trimestre	2,2
Aides publiques	
oui	1,3
non	réf.
Groupe d'âge	
moins de 20 ans	ns
20 à 24 ans	ns
25 à 29 ans	ns
30 à 34 ans	réf.
35 à 39 ans	ns
40 ans et +	1,4
Niveau d'études	
non scolarisée	0,5
primaire	ns
secondaire	réf.
bac ou +	0,8

11. 1% ne sait pas.

12. Cette évaluation individuelle explique en partie la stabilisation du taux d'amniocentèse (11% des femmes enceintes), la décision de réaliser ce prélèvement étant fondée sur une évaluation préalable du risque. Cependant, un résultat positif (seuil supérieur à 1/250) est statistiquement plus fréquent chez les femmes de plus de 38 ans ou plus, expliquant le fait que certains professionnels recourent d'emblée au prélèvement. En effet, si le risque s'avère élevé, la réalisation de l'amniocentèse devient incontournable, ce qui entraîne pour la femme un temps d'attente et d'anxiété doublé.

13. 12% d'entre elles déclarent toutefois « ne pas savoir », contre 5% des Françaises.

14 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession ignorent si le dépistage du sida a été réalisé, contre 4 % des professions intermédiaires ou 3 % des cadres.

Un ressenti psychologique négatif pendant la grossesse apparaît étroitement corrélé au fait de vivre seule

Une question de l'enquête visait à évaluer comment les femmes s'étaient senties au plan psychologique pendant leur grossesse. Globalement¹⁴, 71 % des femmes répondent « bien », 20 % « assez bien », 7 % « assez mal » et 2 % « mal ».

Toutes choses égales par ailleurs, le fait de vivre seule, d'attendre son deuxième enfant ou plus, d'avoir accouché prématurément¹⁵, d'avoir une nationalité autre qu'européenne, d'avoir déclaré sa grossesse hors des délais légaux, de bénéficier d'aides publiques ou d'être âgée de plus de 40 ans apparaissent corrélés à un ressenti psychologique négatif (tableau 3). Inversement, avoir entre 20 et 29 ans, ne pas avoir été scolarisée ou au contraire avoir un niveau d'études supérieur au bac influencent positivement le ressenti de la femme durant sa grossesse. Ainsi, 19 % de celles qui vivent seules ont déclaré s'être senties mal ou très mal pendant leur grossesse, contre 8 % de celles qui vivent en couple ; la part des femmes qui ont eu un ressenti médiocre double entre l'attente d'un premier enfant et celle d'un quatrième ou plus. Elle double également entre celles qui ont accouché prématurément (16,3 %) et celles qui sont allées jusqu'au terme de leur grossesse (8,6 %).

Par ailleurs, 16 % des femmes d'Afrique subsaharienne et du Nord se sont senties mal ou très mal durant leur grossesse, contre 8 % des Françaises ou des Européennes. Un vécu négatif de la grossesse concerne 19 % des femmes qui l'ont déclaré au 3^e trimestre et 16 % de celles qui ont effectué la déclaration

14. Quel que soit le trimestre de déclaration et quel que soit l'âge gestationnel de l'enfant à la naissance.

15. Le recueil du ressenti psychologique de la femme a été réalisé après l'accouchement.

ENCADRÉ 4

Les professionnels du suivi

En ce qui concerne les professionnels ayant effectué le suivi de la grossesse, les résultats de l'enquête sont plus difficiles à interpréter que ceux concernant les professionnels ayant effectué la déclaration de grossesse, les visites prénatales ayant pu être effectuées auprès de plusieurs professionnels différents. Globalement, les spécialistes en maternité voient au moins une fois les deux tiers des femmes dans le cadre de leur suivi prénatal, les spécialistes libéraux rencontrent au moins une fois la moitié (47 %) d'entre elles, les médecins généralistes effectuent une ou plusieurs visites prénatales pour seulement 15 % d'entre elles. Par ailleurs, les sages-femmes de maternité voient au moins une fois plus d'un quart des femmes dans le cadre de leur suivi prénatal alors que les sages-femmes hors maternité ne rencontrent qu'à peine 5 % d'entre elles. Il apparaît que si environ 60 % des femmes cadres ont consulté au moins une fois un obstétricien ou un gynécologue libéral et dans la même proportion un spécialiste en maternité, elles sont 7 % seulement à avoir vu, à une ou plusieurs reprises, un médecin généraliste. Trois quarts des agricultrices ont consulté au moins une fois un obstétricien en maternité, elles ne sont qu'un tiers à avoir vu, une ou plusieurs fois, un spécialiste libéral ou un médecin généraliste. Les deux tiers des femmes sans profession ont été examinés, à une ou plusieurs reprises, par un spécialiste en maternité, un quart seulement a vu au moins une fois un obstétricien ou un gynécologue libéral et 20 % ont effectué une ou plusieurs visites chez un médecin généraliste.

6,7 % de femmes n'ont jamais rencontré de gynécologue ou d'obstétricien pendant tout le suivi de leur grossesse. Un peu plus du tiers d'entre elles (36 %) sont des femmes au foyer (cette proportion est de 23,4 % chez les femmes qui ont rencontré au moins une fois un gynécologue ou un obstétricien) ; 20 % ne sont pas de nationalité française (contre 11,2 %) et 12 % ne vivent pas en couple (contre 7,5 %). Enfin, 1,4 % des femmes n'ont rencontré ni gynécologue-obstétricien, ni sage-femme en maternité pendant toute la durée de leur grossesse.

Si la grande majorité des femmes a eu au moins une visite prénatale auprès de l'équipe médicale ayant effectué l'accouchement, cela n'a pas été le cas pour 7 % d'entre elles. Ces femmes ne se distinguent cependant pas fondamentalement des autres tant au niveau de la profession que de la nationalité ou de leur situation par rapport à l'emploi.

Pour en savoir plus

• Blondel B., Herbet J.-B., de Peretti C., Vilain A., 2005, « La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 383, mars, DREES.

• Herbet J.-B., de Peretti C., Vilain A., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources », rapport, février, DREES-INSERM. Ce rapport est disponible sur le site du ministère de la Santé, à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/drees/rapport/perinat2003t2.htm>.

• Blondel B., Bréart G., du Mazaubrun C., Supernant K., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003 - Situation en 2003 et évolution depuis 1998 », rapport, Unité de recherches épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes, INSERM, U.149, février.

au 2^e trimestre, contre 8 % des femmes qui ont respecté les délais légaux de déclaration. 11,9 % des femmes bénéficiant d'aides publiques ont également un ressenti

négatif, contre 8,4 % des autres ; enfin, 14 % des femmes de plus de 40 ans se sont déclarées mal ou très mal pendant leur grossesse, contre 8,4 % des moins de 35 ans.