

Situations périnatales à l'origine de handicaps (1)

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de **réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme**. La prématurité (particulièrement la grande prématurité) et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constituent une part importante des situations périnatales responsables de handicaps à long terme. C'est aussi le cas des retards de croissance intra-utérins, des infections néonatales, de l'alcoolisme maternel, des déficits nutritionnels importants ou de l'asphyxie périnatale. En se fondant sur les recommandations d'EURO-PERISTAT, les indicateurs retenus sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance et du score d'Apgar à 5 minutes. Les déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles font l'objet d'un enregistrement systématique par les deux registres français de handicap de l'enfant et permettent de renseigner l'indicateur complémentaire sur la prévalence des handicaps sévères de l'enfant d'origine périnatale. L'indicateur retenu porte sur la paralysie cérébrale, le plus fréquent des handicaps sévères de l'enfant d'origine périnatale.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et distribution de la prématurité

La distribution de l'âge gestationnel dans l'ensemble des naissances a changé entre 2003 et 2010, suivant les résultats des deux dernières enquêtes nationales Périnatales; l'évolution a lieu surtout pour les naissances après 40 semaines d'aménorrhée qui représentent 18,1% des naissances en 2010 au lieu de 20,7% en 2003. En revanche le taux de prématurité n'a pas changé de manière significative (tableau 1).

En 2010, le taux de prématurité globale (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée) est égal à 7,4% en France métropolitaine pour l'ensemble des naissances (vivants et mort-nés), contre 7,2% en 2003 (tableau 2). La part des prématurés est élevée parmi les mort-nés. Si l'on se restreint aux naissances vivantes, le taux de prématurité est un peu plus faible. Il atteint 6,6% en 2010 contre 6,3% en 2003. Parmi les naissances vivantes uniques, le taux de prématurité a tendance à légèrement augmenter, de manière non significative entre 2003 (5,0%) et 2010 (5,5%), mais de manière régulière depuis 1995 où il était de 4,5%.

Les jumeaux présentent un risque extrêmement élevé de prématurité. Sur l'ensemble des naissances vivantes leur taux de prématurité est de 41,7% en 2010. L'excès de risque est observé aussi bien pour la prématurité modérée que pour la grande prématurité.

Le taux de prématurité est lié à la situation sociale des femmes. Par exemple, le taux chez les femmes ayant des ressources provenant d'aides publiques¹ ou n'ayant aucune ressource est de 8,5% au lieu de 6,3% chez les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle.

La proportion de naissances avant 37 semaines varie peu entre les régions, mais l'enquête nationale Périnatale a une taille insuffisante pour qu'on puisse mettre en évidence des différences régionales pour des événements peu fréquents; on constate toutefois un pourcentage plus faible d'enfants prématurés en Bassin parisien (régions limitrophes à l'Île-de-France).

En Guadeloupe, Guyane et à la Réunion, l'issue de la grossesse est beaucoup moins favorable qu'en métropole. Parmi les naissances vivantes uniques, le taux de prématurité est le double de celui observé en métropole.

Fréquence et distribution des petits poids de naissance

La prévalence des petits poids de naissance est un deuxième indicateur approché du risque périnatal, reflétant la prématurité et/ou le retard de croissance intra-utérine. Entre 2003 et 2010, en France métropolitaine, la distribution du poids a évolué dans le sens d'une augmentation générale des poids les plus élevés. Ainsi la proportion d'enfants de poids supérieur à 3000 g est passée de 71,6% en 2003 à 73,4% en 2010, alors que la proportion d'enfants de poids inférieurs à 2500 grammes a diminué de 8,0% à 7,2%. Rapportée aux naissances vivantes, cette proportion s'élevait à 6,4% en 2010 (5,1% pour les naissances uniques et 49,5% pour les naissances gémellaires) contre 7,2% en 2003 (tableau 3). Il semble donc se dessiner un changement de tendance puisque auparavant les pourcentages pour les naissances uniques étaient en augmentation, de 4,6% en 1995, 5,0% en 1998, puis 5,5% en 2003.

On retrouve pour cet indicateur, les disparités sociales décrites pour la prématurité: la proportion d'enfants de poids inférieur à 2500 grammes

1. Allocation chômage, RSA

TABLEAU 1 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 et 2010 (toutes naissances en %)

Âge gestationnel (semaines d'aménorrhée)	2003	2010
	%	% [IC à 95 %]
≤ 21	0,0	0,0
22-27	0,9	0,7 [0,6 - 0,8]
28-31	0,8	0,8 [0,7 - 0,9]
32	0,3	0,4 [0,3 - 0,5]
33	0,5	0,4 [0,3 - 0,5]
34	0,8	0,8 [0,7 - 0,9]
35	1,3	1,5 [1,3 - 1,7]
36	2,7	2,8 [2,5 - 3,1]
37	6,4	6,7 [6,3 - 7,1]
38	14,5	16,5 [15,9 - 17,1]
39	24,4	24,3 [23,6 - 25,0]
40	26,8	27,0 [26,3 - 27,7]
41	19,7	17,8 [17,2 - 18,4]
≥ 42	1,0	0,3 [0,2 - 0,4]
Prématurité < 37 semaines		
Oui	7,2	7,4 [7,0 - 7,8]
Non	92,8	92,6 [92,2 - 93,0]

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources : Enquêtes nationales périnatales - 2003 et 2010.

TABLEAU 2 • Taux de prématurité selon l'état à la naissance et le nombre d'enfants* en 2003 et 2010 (en %)

Prématurité (< 37 sem)	2003	2010
	%	% [IC à 95 %]
Toutes naissances		
Total ⁽¹⁾	7,2	7,4 [7,0 - 7,8]
uniques	5,8	6,3 [5,9 - 6,7]
gémellaires	44,9	42,7 [38,0 - 43,4]
Naissances vivantes		
Total ⁽¹⁾	6,3	6,6 [6,2 - 7,0]
uniques	5,0	5,5 [5,1 - 5,9]
gémellaires	44,0	41,7 [37,0 - 42,4]

(1) y compris les triplés

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources : Enquêtes nationales périnatales - 2003 et 2010.

* Le taux de prématurité et la proportion d'enfants de petit poids varient fortement suivant la population sur laquelle ils sont calculés. Si l'estimation porte non pas sur la totalité des naissances mais seulement sur les naissances vivantes, le taux de prématurité passe de 7,4 % à 6,6 %, et celui des enfants de petit poids de 7,1 % à 6,4 %, du fait d'une proportion élevée d'enfants prématurés et de faible poids chez les mort-nés. L'influence des naissances multiples est plus marquée que celle de l'état vital à la naissance. Parmi les naissances vivantes par exemple, le taux de prématurité passe de 6,6 % pour l'ensemble de la population à 5,5 % parmi les enfants uniques ; de même le taux d'enfants de moins de 2500 grammes varie de 6,4 à 5,1 % entre ces deux populations. Ceci s'explique par le fait que 19 % des prématurés et 23 % des enfants de petit poids sont des jumeaux.

TABLEAU 3 • Taux de « petit poids » selon l'état à la naissance et le nombre d'enfants* en 2003 et 2010 (en %)

Poids (< 2500 g)	2003	2010
	%	% [IC à 95 %]
Toutes naissances		
Total ⁽¹⁾	8,0	7,1 [6,7 - 7,5]
uniques	6,2	5,8 [5,4 - 6,2]
gémellaires	56,3	50,1 [45,4 - 50,9]
Naissances vivantes		
Total ⁽¹⁾	7,2	6,4 [6,0 - 6,8]
uniques	5,5	5,1 [4,7 - 5,5]
gémellaires	55,9	49,5 [44,8 - 50,3]

(1) y compris les triplés

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources : Enquêtes nationales périnatales - 2003 et 2010.

* Le taux de prématurité et la proportion d'enfants de petit poids varient fortement suivant la population sur laquelle ils sont calculés. Si l'estimation porte non pas sur la totalité des naissances mais seulement sur les naissances vivantes, le taux de prématurité passe de 7,4 % à 6,6 %, et celui des enfants de petit poids de 7,1 % à 6,4 %, du fait d'une proportion élevée d'enfants prématurés et de faible poids chez les mort-nés. L'influence des naissances multiples est plus marquée que celle de l'état vital à la naissance. Parmi les naissances vivantes par exemple, le taux de prématurité passe de 6,6 % pour l'ensemble de la population à 5,5 % parmi les enfants uniques ; de même le taux d'enfants de moins de 2500 grammes varie de 6,4 à 5,1 % entre ces deux populations. Ceci s'explique par le fait que 19 % des prématurés et 23 % des enfants de petit poids sont des jumeaux.

Situations périnatales à l'origine de handicaps (2)

était respectivement de 9,6% chez les femmes ayant des ressources provenant d'aides publiques¹ ou n'ayant aucune ressource et 5,9% chez les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle.

La proportion de naissances de poids inférieur à 2500 grammes varie également peu entre les régions, on constate toutefois un pourcentage plus faible d'enfants de faible poids en Bassin parisien (régions limitrophes à l'Île-de-France). En Guadeloupe, Guyane et à la Réunion, le pourcentage d'enfants vivants uniques de moins de 2500 g est deux fois plus élevé qu'en métropole (11,2% pour les naissances vivantes en 2010) et stable depuis 2003.

Le groupe des enfants prématurés et celui des enfants de faible poids ne se recouvrent pas totalement; ainsi 64,7% des enfants nés à 36 semaines et 37,1% des enfants nés à 34-35 semaines pèsent 2500 grammes ou plus. La différence de tendance du petit poids par rapport à la prématurité entre 2003 et 2010 peut être le fait du hasard ou traduire les effets de l'augmentation de la corpulence des femmes ou de la baisse de la consommation de tabac (voir fiche relative à l'objectif 3).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Distribution des scores d'Apgar à 5 minutes

La vitalité de l'enfant mesurée par le coefficient d'Apgar s'est modifiée entre 2003 et 2010: 7,1% des enfants ont un coefficient inférieur à huit à une minute, au lieu de 5,9% en 2003; à cinq minutes, les pourcentages sont respectivement de 1,7% et 1,1% (tableau 4). La proportion d'enfants ayant un score d'Apgar inférieur à 8 est plus élevée chez les jumeaux que chez les enfants uniques, à une minute (12,9% *versus* 7,0% en 2010) comme à cinq minutes (3,4% *versus* 1,6% en 2010).

Les indicateurs de l'état de santé ne permettent pas d'expliquer une détérioration éventuelle du statut vital, puisque la prématurité et le petit poids à la naissance ont peu changé, que la part de naissances multiples est restée stable, autour de 3%, que le taux de césarienne n'a pas augmenté de manière significative et que le taux d'hospitalisation ou de transfert des enfants a diminué. L'évolution des scores d'Apgar élevés pourrait alors s'expliquer par une attention plus grande portée à l'évaluation des enfants dans les

services et un meilleur recueil au moment de l'enquête, en raison de questions sur la réanimation, détaillées en 2010.

Prévalence de la paralysie cérébrale à 8 ans

Les prévalences au cours de la huitième année de vie des déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles sévères pour les enfants nés entre 1987 et 1998 étaient de 6,6 pour 1 000 enfants résidant en Isère et de 6,2 pour 1 000 en Haute-Garonne (tableau 5).

La prévalence de la paralysie cérébrale était de 2,1 et 1,7 respectivement sur les 2 registres. La proportion d'enfants nés avant 32 semaines d'aménorrhée était de 21,3% et de 25,5% respectivement en Isère et en Haute-Garonne, celle des enfants nés avec un poids de naissance < 1500 g de 16,7% et de 21,2% respectivement. En moyenne, un enfant sur deux avait été hospitalisé en période néonatale. Aucune variation significative de ces proportions au cours du temps (1987-1998) n'a été mise en évidence ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-DREES.

synthèse

En 2010, 6,6% des naissances vivantes survenues en France métropolitaine sont prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (41,7%). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2500 g) est de 6,4% parmi les naissances vivantes (49,5% en cas de naissance multiples). Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion, puisque les taux de prématurité et d'enfant de petit poids y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole.

Entre 2003 et 2010, les taux de prématurité et d'enfants de petit poids de naissance ont suivi des tendances légèrement différentes. Parmi l'ensemble des naissances vivantes, le taux de prématurité a très légèrement augmenté, mais de manière statistiquement non significative, alors que le taux d'enfant de petit poids a diminué de 7,1% à 6,4%. La différence de tendance du petit poids par rapport à la prématurité entre 2003 et 2010 est difficile à interpréter. Elle pourrait être le fait du hasard ou traduire les effets de l'augmentation de la corpulence des femmes ou de la baisse de la consommation de tabac.

TABLEAU 4 • Scores d'APGAR à 5 minutes en 2003 et 2010 (en %)

	2003	2010
	%	% [IC à 95%]
Apgar à une minute		
≤ 5	2,7	3,7 [3,4 – 4,0]
6-7	3,3	3,4 [3,1 – 3,7]
8-9	18,7	20,7 [20,0 – 21,4]
10	75,4	72,2 [71,5 – 72,9]
Apgar à 5 minutes		
≤ 5	0,4	0,5 [0,4 – 0,6]
6-7	0,7	1,2 [1,0 – 1,4]
8-9	4,6	5,6 [5,2 – 6,0]
10	94,3	92,7 [92,3 – 93,1]

Champ : Naissances vivantes en France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale Périnatale - 2003 et 2010.

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales (DGS/PMI/DREES/INSERM U953).

CHAMP • France entière (sauf la Martinique en 2010).

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Numérateur : nombre de nouveau-nés de terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée ou de poids inférieur à 2500 g, rapporté aux naissances vivantes ou à l'ensemble des naissances. Dénominateur : toutes les naissances une semaine donnée (en métropole : n = 14 903 enfants en 2010, n = 14 737 en 2003). Il s'agit de tous les enfants nés vivants ou mort-nés ainsi que des IMG au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance. Les informations ont été recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches.

LIMITES ET BIAIS • En 2010, la Martinique n'a pas participé à l'enquête par manque de personnel pour gérer la coordination au niveau du département. Le pourcentage de valeurs manquantes pour les variables d'intérêt est faible, d'environ 0,5% en métropole et dans les 3 DOM ayant participé à l'enquête (Guadeloupe, Guyane et Réunion).

RÉFÉRENCES •

- Blondel B., Kermarrec M., 2011, « Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et évolution depuis 2003 », *Rapport INSERM*. À paraître.
- Blondel B., Supemant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », *Rapport INSERM*.
- Vilain A., Peretti C. (de), Herbet J.-B., 2005, « Enquête nationale Périnatale 2003, compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources », *Rapport DREES*.
- Vilain A., Peretti (de) C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.
- Blondel B., Kermarrec, 2011, « La situation périnatale en France en 2010 », INSERM U953.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-DREES.

TABLEAU 5 • Taux de prévalence dans la 8^e année de vie des déficiences sévères pour 1 000 enfants entre 1987 et 1998

	Prévalence (IC 95%)	
	RHEOP	RHE31
Paralysie cérébrale (PC)	2,1 [1,9 - 2,3]	1,7 [1,5 - 1,9]
Déficiência motrice (hors PC)	1,0 [0,9 - 1,2]	1,3 [1,1 - 1,5]
Trisomie 21 (T21)	1,0 [0,8 - 1,1]	0,8 [0,7 - 1,1]
Déficiência intellectuelle sévère hors T21	2,2 [2,0 - 2,4]	2,3 [2,1 - 2,6]
Déficiência visuelle sévère	0,5 [0,4 - 0,6]	0,7 [0,6 - 0,8]
Déficiência auditive sévère	0,8 [0,7 - 0,9]	0,8 [0,6 - 0,9]

Champ : Départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie (pour RHEOP) et Haute-Garonne (pour RHE31).

Sources : Registres français de handicap de l'enfant.

SOURCES • Registres de handicap de l'enfant (RHEOP, RHE31).

CHAMP • Départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie pour RHEOP et Haute-Garonne pour RHE31.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Sont inclus tous les enfants nés entre 1987 et 1998, porteurs d'au moins une déficiência sévère dans leur huitième année de vie et dont les parents résident en Isère, Savoie et Haute-Savoie (n = 1 143) ou en Haute-Garonne (n = 934). Les données ont été recueillies par un médecin à partir des dossiers médicaux disponibles. Elles concernaient : 1) la description des déficiences principales, de leurs origines probables et des déficiences qui leurs sont associées ; 2) des données périnatales (âge gestationnel, poids de naissance, hospitalisation en néonatalogie) et pédiatriques générales lorsqu'elles étaient disponibles ; 3) les modalités de la prise en charge médicale, sociale et scolaire de l'enfant. Les taux de prévalence et leurs intervalles de confiance à 95% (loi binomiale exacte) ont été calculés pour 1 000 enfants résidant dans les départements concernés dans leur huitième année de vie. Les dénominateurs par année et département étaient fournis par l'INSEE.

LIMITES ET BIAIS • (i) Les enfants présentant un trouble envahissant du développement (TED) isolé ont été exclus. (ii) L'accord parental était sollicité pour l'enregistrement. Le taux de refus exprimé était de 1,5% pour le RHEOP et 5% pour le RHE31. (iii) En ce qui concerne les données périnatales, celles-ci doivent être interprétées avec prudence, les résultats étant probablement légèrement sous-estimés.

RÉFÉRENCE •

- Delobel-Ayoub M., Van Bakel M., Klapouszczak D *et al.*, 2010 « Prévalence des déficiences sévères chez l'enfant en France et évolution au cours du temps », *BEH thématique*, n° 16-17 : 180-4, mai (BEH).

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Registres RHEOP, RHE31.