



Ministère
de l'Emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère des Solidarités,
de la santé et de la famille



Études et Résultats

N° 383 • mars 2005

D'après l'Enquête nationale périnatale réalisée en 2003, les conditions et la prise en charge de la grossesse se sont améliorées par certains aspects mais semblent avoir atteint un palier pour d'autres. La consommation de tabac a diminué, notamment au troisième trimestre de la grossesse, mais l'âge moyen des mères s'est accru. Plus de neuf femmes sur dix ont bénéficié des 7 visites prénatales prévues par la réglementation, et moins de 3 % des femmes ont réalisé moins de 3 échographies durant leur grossesse. Les femmes enceintes sont toutefois moins nombreuses à consulter l'équipe qui les prendra en charge au moment de la naissance, et, pour leur premier enfant, à bénéficier de séances de préparation à la naissance. Les anesthésies sous péridurale, qui avaient beaucoup augmenté entre 1995 et 1998, continuent à progresser légèrement et concernent désormais plus de six accouchements sur dix. Le nombre d'accouchements déclenchés reste stable depuis 1995 après avoir doublé entre 1981 et 1995. Toutefois, le taux de césariennes continue à croître, de 17,5 % à 20,2 % entre 1998 et 2003, principalement du fait de l'accroissement des premières césariennes. Le taux global de prématurité est de 7,2 % et le pourcentage d'enfants de poids de naissance inférieur à 2500 g, de 8 %. Ils connaissent une tendance à l'augmentation essentiellement due aux naissances uniques, cette tendance étant significative pour les petits poids de naissance et à la limite de la signification pour la prématurité.

La situation périnatale en France en 2003 Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale

Les progrès techniques réalisés en obstétrique et néonatalogie ainsi que l'amélioration de la surveillance prénatale ont conduit, ces dernières décennies, à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Un suivi permanent des principaux indicateurs relatifs à la morbidité et aux pratiques médicales concernant la grossesse et l'accouchement demeure indispensable en raison de l'évolution constante des pratiques et des facteurs de risque. Il est ici réalisé à travers l'Enquête nationale périnatale, qui permet d'apprécier les évolutions survenues depuis 1995 et 1998, dates des précédentes enquêtes (encadré 1). Les résultats qui suivent portent sur la France métropolitaine, la situation dans les départements d'outre-mer (DOM) étant évoquée dans l'encadré 2. Ils seront complétés ultérieurement par une analyse

Synthèse effectuée par

Annick VILAIN, Christine de PERETTI, Jean-Baptiste HERBET et Béatrice BLONDEL

à partir de l'analyse et du rapport réalisés par

Béatrice BLONDEL, Karine SUPERNANT, Christiane du MAZAUBRUN et Gérard BRÉART (INSERM U 149).

L'enquête périnatale nationale a été réalisée conjointement par l'INSERM (coordination scientifique), la DGS, la DREES et les Services départementaux de PMI des Conseils Généraux.

Rapports réalisés par **Béatrice BLONDEL, Karine SUPERNANT, Christiane du MAZAUBRUN, Gérard BRÉART** (INSERM U 149 – tome 1) et par **Annick VILAIN, Christine de PERETTI et Jean-Baptiste HERBET** (DREES – tome 2).



plus détaillée de l'influence des caractéristiques socio-économiques des mères sur les conditions de déroulement de la grossesse et de la naissance (voir rapport sur l'*Enquête nationale périnatale 2003* : compléments de cadrage). Des disparités significatives sont en effet relevées selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère, concernant notamment le suivi de la grossesse.

Des mères plus âgées mais fumant moins pendant la grossesse

Il faut d'abord noter que les caractéristiques sociodémographiques des

mères ont évolué sensiblement entre 1998 et 2003. L'âge moyen des mères à la naissance s'est accru, avec par ailleurs une élévation de leur niveau d'études et une augmentation du nombre de femmes ayant exercé un emploi durant la grossesse (tableau 1). Ces évolutions apportent des éléments à la fois favorables et défavorables du point de vue de la sécurité périnatale. Ainsi, différentes études ont montré que l'élévation du niveau d'études et l'emploi vont dans le sens d'une amélioration de la prévention et donc d'une meilleure santé de l'enfant à la naissance. L'augmentation de l'âge des femmes induit par contre des risques accrus de prématurité, de grossesses multiples, de

malformations ou de complications maternelles.

Parmi les facteurs favorables, on observe par ailleurs une diminution de la proportion de fumeuses, à la fois préalablement à la grossesse (36 % fument avant la grossesse contre 39 % en 1998) et au troisième trimestre de leur grossesse (21,8 contre 25 % en 1998), en particulier des femmes fumant 10 cigarettes ou plus par jour (10 à 8,4 %).

Des traitements pour infertilité suivis par environ 5 % des femmes qui ont accouché

Moins de 5 % des femmes indiquent avoir suivi un traitement pour infertilité en 2003, soit une diminution par rapport à 1998 (5,7 %). Parmi eux, les traitements par inducteur de l'ovulation utilisés seuls sont les plus nombreux (49,5 %), et les fécondations *in vitro* représentent 35 % des traitements effectués.

Plus d'une femme sur cinq déclare que le début de sa grossesse a été « immédiat », c'est à dire dans le mois qui a suivi l'arrêt d'une contraception et 70 % des femmes indiquent qu'elles n'ont pas attendu plus de 6 mois pour débiter cette grossesse. En revanche près d'une femme sur dix (9,5 %¹) précise avoir attendu cette grossesse pendant plus de deux ans.

Une surveillance prénatale qui continue globalement à s'améliorer...

L'enquête nationale périnatale montre que, par certains aspects, la surveillance prénatale a continué à s'améliorer. En cas de grossesse normale avec accouchement à terme, le nombre de visites prénatales fixé par la réglementation est de 7. En 2003, plus de neuf femmes sur dix ont bénéficié de 7 visites ou plus. Il reste qu'une femme sur cent en a eu moins de 4 (tableau 2). Si l'on considère les seules femmes ayant mené leur grossesse à terme (37 semaines d'aménorrhée ou plus), la part des grossesses n'ayant pas donné lieu aux

1. Les pourcentages sont arrondis à la demi unité, sauf cas particulier (très petits nombres, prématurité).

E•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. Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif des naissances.

Une première enquête a été réalisée pendant une semaine en 1995 (30 janvier au 5 février) sur la totalité des naissances dans tous les départements français. La deuxième enquête a porté sur toutes les naissances ayant eu lieu entre le 30 novembre et le 6 décembre 1998, sauf pour le Nord où elle a été réalisée du 11 au 17 octobre 1999. La dernière enquête a porté sur tous les enfants nés du 13 au 19 octobre 2003.

Certains résultats des enquêtes périnatales sont comparés à ceux de l'enquête de 1981, réalisée par l'Inserm, sur la base d'un échantillon des naissances constitué par tirage au sort des établissements d'accouchement publics et privés, et par tirage au sort des accouchements. L'échantillon de 1981 comprenait 5 508 naissances.

Comme en 1995 et en 1998, l'enquête de 2003 portait sur tous les enfants, nés vivants ou mort-nés dans les maternités publiques et privées. Les conditions d'inclusion étaient une naissance après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou un enfant (ou un fœtus) d'au moins 500 grammes à la naissance. En cas de naissances multiples, chaque enfant répondant à cette définition a été inclus.

Au total, l'échantillon comprend 15 378 enfants dont 14 737 enfants nés en métropole et 641 dans les Dom. Compte tenu des naissances multiples, l'échantillon comprend 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 l'enfant à la naissance ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Par ailleurs, les caractéristiques sociodémographiques des mères et le déroulement de la surveillance prénatale ont été obtenus par entretien auprès des femmes 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.

Le questionnaire comprend des questions portant 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. Elle comprend des renseignements sur l'équipe soignante, l'organisation de la prise en charge des femmes (transferts, modalités d'accompagnement à la sortie, organisation des consultations prénatales...) ainsi que l'environnement de la maternité (service de réanimation présent sur le site, lieu du bloc obstétrical, ...).

L'enquête a été réalisée avec la participation des services suivants :

- l'unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes (U.149) de l'Inserm (coordination scientifique),
 - chaque département par l'intermédiaire du service de PMI ou parfois par l'intermédiaire de la Ddass et de la Drass,
 - la Direction générale de la santé (DGS),
 - la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).
- Cette enquête a été en partie financée par la Direction générale de la santé.

7 visites réglementaires s'infléchit légèrement en 2003 et concerne désormais moins de 8 % des grossesses.

Le nombre moyen de visites (8,9) est voisin de ceux observés en 1998 et en 1995, après la forte augmentation constatée auparavant, qui s'explique en partie par les modifications législatives du début des années 1990 (7 consultations réglementaires à compter de 1992 au lieu de 4 auparavant). Le nombre de visites reste à cet égard concentré entre 7 et 9, avec une légère augmentation de la proportion des femmes ayant eu 10 visites et plus (graphique 1).

Les gynécologues et obstétriciens jouent un rôle central dans l'ensemble du suivi de la grossesse. Ils assurent près des trois quarts des déclarations (74,5 %), ce sont aussi les plus souvent consultés lors du suivi prénatal (65,5 % des femmes ont consulté un gynécologue ou un obstétricien en maternité et 46,6 % en ville²). Si les généralistes assurent un quart des déclarations de grossesses (24,5 %), ils interviennent moins dans le suivi de son déroulement (15,5 %). En revanche près d'une femme sur quatre (24,5 %) a consulté une sage femme pour le suivi de sa grossesse.

Le nombre moyen d'échographies par femme continue à augmenter légèrement (4 en 1995 puis 4,3 en 1998 et 4,5 en 2003). En particulier, la proportion de femmes ayant eu moins que les trois échographies recommandées diminue de 3,7 % à 2,6 %, tandis que celui des femmes ayant eu plus de trois échographies continue de progresser (54 % à 57 %), principalement en raison des femmes ayant eu 6 échographies ou plus (18,5 % en 1998 contre 21,5% en 2003).

...mais qui semble marquer aussi un palier

La proportion de femmes ayant réalisé toutes leurs consultations préna-

tales auprès de l'équipe qui aura la responsabilité de leur accouchement (33 % en 2003) décroît très sensiblement à celui observé en 1995. Par ailleurs, quelques éléments peu favorables sont observés en 2003. En particulier, la proportion de femmes n'ayant pas du tout consulté cette équipe, qui avait pourtant diminué de 11 % à 6,5 % de 1995 à

1998, a augmenté en 2003 (8,5 %). En outre, après une progression significative depuis 1981, la préparation à la naissance connaît aussi une certaine diminution, passant de 70 % en 1998 à 67% en 2003 chez les femmes primipares. En revanche, on observe une stabilité de la part des femmes ayant déjà eu des enfants et qui continuent à suivre une préparation à la naissance (25 %).

T •01 caractéristiques des mères

	en %		
	1995	1998	2003
Mère de 35 ans et plus	12,5	14,7	15,9
Poids avant grossesse de 60 kg et plus	40,3	44,2	48,8
Femmes déclarant fumer au 3 ^e trimestre de la grossesse	25,1	25,0	21,8
Femmes déclarant fumer 10 cigarettes ou plus par jour au 3 ^e trimestre de la grossesse	10,9	10,0	8,4
Femmes vivant seules	7,0	7,0	7,3
Niveau d'études supérieur au baccalauréat	32,6	38,7	42,6
Aucune couverture sociale à la naissance	1,1	1,1	...
Aucune couverture sociale en début de grossesse	1,1	1,7	2,7
Femmes travaillant pendant la grossesse	60,2	64,3	66,0

Champ : échantillon des mères en métropole.
Source : enquêtes nationales périnatales 1995, 1998 et 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux.

T •02 surveillance de la grossesse

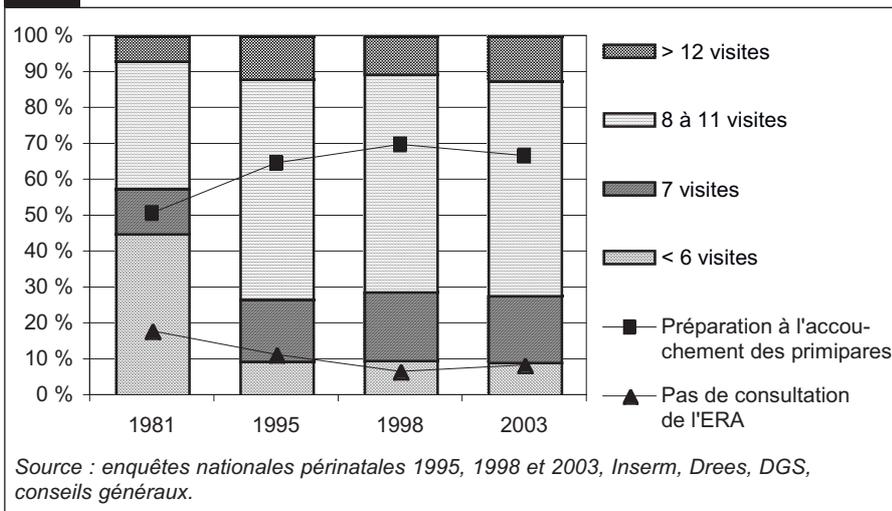
	en %		
	1995	1998	2003
Visites prénatales			
Pas de visite	0,2	0,1	0,2
Moins de sept	9,3	9,6	9,2
Sept	17,2	19,1	18,6
Huit ou neuf	45,3	46,2	43,8
Dix et plus	28,0	25,0	28,4
Aucune visite à l'équipe responsable	11,2	6,5	8,3
Surveillance prénatale entièrement assurée par l'équipe responsable de l'accouchement	37,0	44,0	33,2
Préparation à la naissance			
Chez les primipares	64,5	69,7	66,6
Chez les multipares	22,1	25,0	24,9
Échographies			
Pas d'échographie	0,3	0,2	0,1
Une ou deux	9,3	3,5	2,5
Trois	41,9	42,4	40,4
Plus de trois	48,5	53,9	57,0
Mesure de la clarté nucale	76,0
Dépistage sanguin du risque de trisomie 21	...	66,5	79,7
Amniocentèse	...	11,1	10,8
Hospitalisation pendant la grossesse	19,9	21,6	18,6
dont hospitalisation de moins de trois jours	27,0	32,3	37,1
hospitalisation de huit jours et plus	32,7	28,9	24,1

... Données non disponibles.
Champ : échantillon des femmes en métropole.
Source : enquêtes nationales périnatales 1995, 1998 et 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux.

2. Une femme pouvant consulter plusieurs types de spécialistes différents pour le suivi de la grossesse (gynécologue obstétricien en maternité ou en ville, sage-femme en maternité ou hors maternité, généraliste), le total des consultations est supérieur à 100%.

G
•01

nombre de visites prénatales et préparation à l'accouchement



Enfin, si plus de neuf femmes sur dix (91%) estiment que leur état de santé psychologique a été « bon » ou « assez bon » pendant leur grossesse, dans l'éventualité contraire, à peine une femme sur huit (12,5%) indique avoir été suivie par un(e) psychiatre ou un(e) psychologue.

4 **Davantage de dépistages prénatals, avec des hospitalisations moins fréquentes et plus courtes**

Le dépistage du VIH pendant la grossesse s'est très largement répandu, puisque trois femmes sur quatre déclarent avoir eu un test en 2003 (75 %) contre trois sur cinq auparavant (61 %).

Le dépistage sanguin du risque de trisomie 21 a également largement progressé. La part de femmes qui disent en avoir bénéficié s'est accrue : c'est le cas désormais de huit femmes sur dix contre deux sur trois en 1998, tandis qu'une sur quinze déclare l'avoir refusé (contre une sur douze).

Malgré cette augmentation, le nombre d'amniocentèses est resté stable depuis 1998, pratiquées chez 11 % des femmes enceintes. Les motifs ayant conduit à cet examen sont, dans 35 % des cas l'âge de la femme, dans 37 % des cas le résultat du dosage sanguin et dans 12 % des cas une anomalie à l'échographie (clarté nucale³ dans 5,4% des cas). Une amniocentèse est prise en charge par l'Assurance maladie à partir

de 38 ans, parmi d'autres indications. Au total, une amniocentèse a été pratiquée chez 61 % des femmes âgées d'au moins 38 ans au moment de l'accouchement, cette proportion s'élevant à 67 % pour celles qui ont atteint ou dépassé 39 ans.

Sans pour autant retrouver la fréquence observée en 1981 (15,5%), on observe par ailleurs une nette diminution du taux d'hospitalisation prénatale entre 1998 et 2003 : 18,5 % des femmes ont en effet été hospitalisées, contre 21,5 % en 1998. Par ailleurs, l'hospitalisation prénatale n'échappe pas au mouvement général de réduction de la durée d'hospitalisation. Si la part des hospitalisations de 2 à 7 jours est stable (53 %), celle des hospitalisations d'une journée progresse sensiblement (22,5 % contre 18 %) et celle des hospitalisations de plus de huit jours continue de diminuer (24 % contre 29 % en 1998).

Près des deux tiers des accouchements ont lieu sous péridurale

Corrélativement aux mouvements de restructuration des maternités, on observe depuis 1995, une concentration des accouchements dans le secteur public et dans les maternités de grande taille. Près de 6 accouchements sur 10 (61 %) ont eu lieu en 2003 dans une maternité publique contre 58 % en 1998. Par ailleurs, plus du tiers

(35,5 %) des accouchements ont eu lieu dans un service ayant réalisé au moins 2 000 accouchements l'année précédente. Déjà importante entre 1995 et 1998 (de 16 % à 21 %), cette progression s'est largement accélérée depuis. Dans le même temps, moins d'un accouchement sur vingt (4,5 %) est intervenu dans une maternité de moins de 500 accouchements alors qu'elles assuraient près d'un accouchement sur 6 en 1995 (14,7 %).

La prise en charge de la douleur par anesthésie péridurale continue de se développer : 63 % des femmes en ont bénéficié en 2003, contre 58 % en 1998 et 49 % en 1995. De plus 87 % des femmes ayant accouché sans péridurale l'ont fait volontairement ou du fait d'un travail trop rapide. Le pourcentage de rachianesthésies continue par ailleurs de progresser sensiblement pour atteindre 12,3 % contre 5 % en 1995 et 8,5 % en 1998. En revanche, les anesthésies générales ont quasiment disparu et n'ont été utilisées que dans 1,7 % des cas en 2003 contre 5,4 % en 1995, alors qu'elles concernaient encore 14 % des femmes en 1981 (tableau 3).

La part des accouchements déclenchés est stable mais celle des césariennes continue à augmenter

Le début du travail donne lieu à un déclenchement sur décision médicale dans 20 % des cas, proportion inchangée depuis 1995, alors qu'elle avait doublé entre 1981 et 1995. Toutefois, le pourcentage de césariennes avant travail, qui était passé de 6 % en 1981 à 8,5 % en 1995 et 9,2 % en 1998, a crû encore plus rapidement depuis 1998 pour atteindre 12,5 % des accouchements en 2003.

L'ensemble des césariennes continue donc à augmenter : leur part atteint 20 % en 2003 contre 17,5 % en 1998, au léger détriment des accouchements par voie basse opératoire dont la part passe de 12,5 à 11 %. Cette évolution reflète l'augmentation des césariennes

3. La mesure de l'épaisseur de la nuque à l'échographie du premier trimestre renseigne sur le risque de trisomie 21.

pratiquées chez les femmes primipares (le taux estimé grâce à l'enquête passe de 18 % en 1995 à 19,6 % en 1998 et à 23,5 % en 2003), tandis que celles pratiquées chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne restent quasiment stables. En cas d'antécédent de césarienne, l'accouchement a de nouveau lieu par césarienne dans près des deux tiers des cas (64,5 %).

Une tendance à l'augmentation des prématurés et des petits poids de naissance pour les naissances uniques

La proportion globale de naissances prématurées (avant 37 semaines) s'est légèrement accrue entre 1998 et 2003, passant de 6,8 à 7,2 % de l'ensemble des naissances (y compris les mort-nés) [tableau 4]. Parallèlement la proportion d'enfants de faible poids de naissance (c'est à dire pesant moins de 2 500 g) s'est accrue de 7,2 à 8,0 % des naissances.

La part des prématurés est élevée parmi les mort-nés. Si l'on se restreint aux naissances vivantes, on observe que le taux de prématurité est proche de la stabilité au cours des cinq dernières années, avec un taux de 6,3 % en 2003 contre 6,2 % en 1998, alors que la proportion d'enfants vivants de petits poids est passée de 6,8 à 7,2 % (différence non significative). Le taux de naissances prématurées dont le terme est inférieur à 34 semaines est de 1,6 % en 2003 parmi les naissances vivantes. Pour l'année 2003, ces résultats conduisent à une estimation de près de 48 000 enfants nés vivants avant 37 semaines en métropole.

Pour les naissances uniques vivantes, le taux de prématurité est égal à 5,0 % et la part des nouveau-nés pesant moins de 2 500 g est de 5,5 %. Le risque de prématurité est beaucoup plus élevé pour les naissances multiples, qui représentent en 2003, d'après l'enquête, 3,5 % de l'ensemble des naissances⁴.

4. contre 3,1 % d'après l'état civil.

5. Le score d'Apgar permet de mesurer l'état de santé d'un nouveau-né en notant de 0 à 2 la fréquence cardiaque, la respiration, le tonus, la réactivité et la coloration.

Les jumeaux nés vivants sont prématurés dans 44 % des cas et de faible poids dans près de 56 % des cas, ce qui représente des risques de prématurité et de faible poids respectivement neuf et dix fois plus élevés que pour les naissances uniques. Au total, près du quart des prématurés et 26 % des nouveau-nés de faible poids sont des jumeaux.

Entre 1995 et 1998, l'augmentation du taux de prématurité de 5,4 à 6,2 % s'expliquait principalement par l'augmentation des naissances gémellaires et du taux de prématurité parmi ces naissances. L'essentiel des évolutions observées entre 1998 et 2003 est lié aux naissances uniques, avec une proportion de prématurés qui a légèrement augmenté : 5,0 % contre 4,7 % en 1998 et 4,5 % en 1995, cette tendance étant toutefois à la limite de la significativité.

Néanmoins l'accroissement des enfants de petits poids de naissance parmi les naissances vivantes uniques s'avère significatif, avec une proportion d'enfants de petit poids s'élevant de 4,6 % en 1995, à 5,0 % en 1998 et 5,5 % en 2003.

L'étude de la prématurité et de son évolution mérite donc d'être approfondie, notamment en fonction des caractéristiques socio-économiques des femmes, sachant qu'elle peut aussi pour partie être liée aux décisions médicales de provoquer l'accouchement dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant.

Un état de santé globalement satisfaisant à la naissance

L'état de santé à la naissance mesuré par le score d'Apgar⁵ reste globale-

T • 03 déroulement de l'accouchement

	en %		
	1995	1998	2003
Accouchement déclenché	20,5	20,3	19,7
Accouchement par césarienne	15,6	17,0	19,6
<i>dont césarienne avant travail</i>	8,5	9,2	12,5
Péridurale	48,6	58,0	62,6
absence car non désirée	38,7
absence car travail trop rapide	48,0
Anesthésie générale	5,4	2,6	1,7

Champ : échantillon des femmes en métropole.
Source : enquêtes nationales périnatales 1995, 1998 et 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux.

T • 04 prématurité et faible poids selon l'état à la naissance et le nombre d'enfants en 1995, 1998 et 2003

	en %		
	1995	1998	2003
Prématurité (< 37 semaines)			
Toutes naissances	5,9	6,8	7,2
- uniques	4,9	5,3	5,8
- gémellaires	40,7	47,8	44,9
Naissances vivantes	5,4	6,2	6,3
- uniques	4,5	4,7	5,0
- gémellaires	39,2	46,8	44,0
Poids inférieur à 2 500 grammes			
Toutes naissances	6,2	7,2	8,0
- uniques	5,0	5,4	6,2
- gémellaires	48,6	57,1	56,3
Naissances vivantes	5,7	6,8	7,2
- uniques	4,6	5,0	5,5
- gémellaires	47,5	56,4	55,9

Champ : échantillon des naissances en métropole.
Source : enquêtes nationales périnatales 1995, 1998 et 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux.

ment stable, avec une tendance à l'amélioration pour les scores les plus faibles : moins de 2 % des enfants nés vivants ont un score inférieur à 5 après une minute de vie et 1,2 %, un score inférieur à 8 après cinq minutes (tableau 5). De même, le pourcentage d'enfants ayant nécessité un transfert dans un autre service ou un autre établissement ou une hospitalisation particulière reste inchangé, aux alentours de 8 %. Parmi les enfants transférés, la part de ceux qui l'ont été dans un autre établissement est également restée stable entre 1998 et 2003, autour de 23 %.

**T
•05**

**caractéristiques des enfants à la naissance
et part des enfants allaités au sein uniquement**

en %

	1995	1998	2003
Appar inférieur à 8, à 1 minute *	7,1	6,4	5,9
Transfert de l'enfant°	8,7	8,2	7,9
Enfant prématuré (âge gestationnel < à 37 semaines) **	5,9	6,8	7,2
Poids de naissance inférieur à 2 500 g **	6,2	7,2	8,0
Allaitement au sein uniquement***	40,5	45,0	56,5

* Tout nouveau-né subit un examen complet au moment de la naissance.

Le score d'Appar consiste à évaluer cinq éléments cotés de 0 à 2 : fréquence cardiaque, respiration, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée.

° Par rapport au nombre d'enfants nés vivants.

** Par rapport à l'ensemble des naissances, (tous les enfants nés après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant ou le fœtus pesait au moins 500 grammes à la naissance).

*** Par rapport au nombre d'enfants vivants non transférés.

Champ : échantillon des naissances en métropole.

Source : enquêtes nationales périnatales 1995, 1998 et 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux.

E•2

La situation dans les départements d'outre-mer (Dom)

L'enquête concernant les naissances survenues durant une semaine, les effectifs de l'échantillon sont assez faibles pour les Dom (641 naissances). Aussi, ne permet-elle de tirer que quelques conclusions globales sans possibilité d'analyse par département bien que l'on sache que les situations y soient diversifiées. L'extension de l'enquête réalisée en Martinique et à la Réunion permettra de préciser cette analyse ultérieurement.

La situation sociodémographique des femmes qui accouchent dans les DOM diffère beaucoup de celle de la métropole : elles sont en moyenne beaucoup plus jeunes (8 % ont moins de 20 ans et 20 % de 20 à 24 ans, contre respectivement 2 et 15 % en métropole), et vivent plus souvent seules (37 % contre 7 %); leur niveau d'études est globalement moins élevé (19 % ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat contre 43 % en métropole). Elles ne sont que 43 % à avoir exercé un emploi durant la grossesse (66 % en métropole) et, pour 39 % des femmes, tout ou partie de leurs ressources provient d'une allocation de chômage ou de stage, du RMI ou de l'allocation de parent isolé (21 % en métropole). Globalement les écarts se sont plutôt réduits depuis 1998, sauf en ce qui concerne la part de femmes seules (31 % en 1998 et 37 % en 2003, contre toujours 7 % en métropole). Par ailleurs, la part des femmes déclarant avoir renoncé à des consultations ou examens pour des raisons financières a beaucoup augmenté depuis 1998, passant de 4 à 11 % en 2003 (contre 2 % en métropole en 1998 comme en 2003).

La surveillance prénatale demeure globalement moins intensive dans les Dom qu'en métropole, bien que les écarts se soient légèrement réduits depuis

1998. Le pourcentage de femmes ayant eu moins de 7 consultations prénatales est de 19 % (au lieu de 8 % en métropole, contre respectivement 23 et 10 % en 1998), 16 % des femmes n'ont pas rencontré l'équipe responsable de l'accouchement (contre 8 % en métropole), et seulement 48 % des primipares ont effectué une préparation à la naissance (contre 68 % en métropole). En 1998, 22 % des femmes accouchant dans les Dom n'avaient pas rencontré l'équipe responsable de l'accouchement auparavant. En contrepartie, le taux d'hospitalisation prénatale est plus élevé : 29 % contre 19 % en métropole, de façon quasi inchangée depuis 1998 (31 % dans les Dom contre 22 % en métropole).

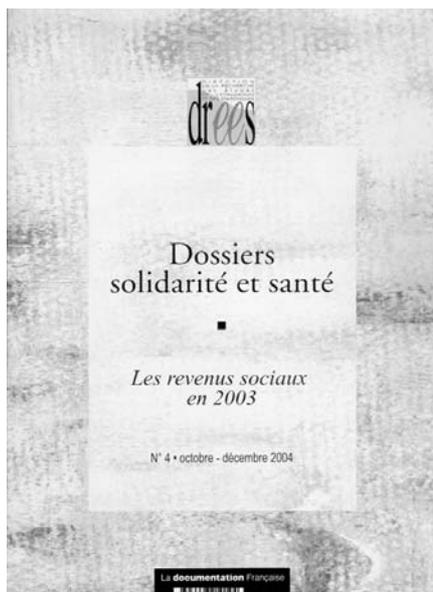
La part des femmes ayant eu un dépistage sanguin du risque de trisomie 21 a beaucoup augmenté, passant de 42 % en 1998 à 70 % en 2003. Il semble donc que la proposition de cet examen dans les Dom se soit bien diffusée.

Par ailleurs, les pratiques au moment de l'accouchement sont assez proches de celles de la métropole avec 19 % de débuts de travail déclenchés et 24 % de césariennes. La prise en charge de la douleur a aussi fait de nets progrès, bien qu'elle reste très en deçà de la métropole. Seulement 33 % des accouchées ont bénéficié d'une péridurale (63 % en métropole) et 50 % n'ont reçu aucune anesthésie (22 % en métropole).

Les taux de prématurité et de faible poids de naissance sont plus élevés qu'en métropole : 11 % et 12 % au lieu de 7 et 8 %. Le taux d'hospitalisation particulière ou de transfert de l'enfant reste pourtant peu différent (8,5 % contre 7,5 %).

Pour en savoir plus

- Béatrice BLONDEL, Gérard BRÉART, Christiane du MAZAUBRUN, Gérard BADEYAN, Martine WCISLO, Agnès LORDIER, Nicole MATET : « La situation périnatale en France, évolution entre 1981 et 1995 », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 26 : 770-780, 1997.
- Laurence FOIX-L'HÉLIAS, Pierre-Yves ANCEL, Béatrice BLONDEL : « Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. Résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995 », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 29 : 55-65, 2000.
- Martine WCISLO, Béatrice BLONDEL : « La naissance en France en 1995. Enquête nationale périnatale », *Informations rapides n° 80*, octobre 1996, SESI.
- Béatrice BLONDEL, Joana NORTON, Christiane du MAZAUBRUN, Gérard BRÉART : Evolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2001; 30:552-564.
- Monique CROST, Monique KAMINSKI : « L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 », *Archives de Pédiatrie*, 5 : 1316-1326, 1998.
- Claude RUMEAU-ROUQUETTE, Christiane DU MAZAUBRUN, Yvon RABARISON : « Naître en France, dix ans d'évolution 1972-1981 », Éditions INSERM-DOIN, septembre 1984 ; (Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie).
- Gérard BADEYAN, Martine WCISLO, Emmy BUSSIÈRE, Agnès LORDIER, Nicole MATET, Béatrice BLONDEL, Christiane du MAZAUBRUN, Joanna NORTON, Gérard BRÉART : « La situation périnatale en France en 1998 », *Études et Résultats*, n° 73, juillet 2000, Drees.
- Rapport « Enquête nationale périnatale 2003 Situation en 2003 et évolution depuis 1998 » est disponible auprès de Béatrice Blondel, INSERM, U149, 123 Bd de Port Royal, 75014 Paris.
- Rapport « Enquête nationale périnatale 2003, Compléments de cadrage : disparités sociales et apports d'autres sources », disponible sur le site Internet de la Drees.



DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ
N° 4 OCTOBRE - DÉCEMBRE 2004

LES REVENUS SOCIAUX EN 2003

Prix au numéro : 11,20 euros
(4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés
par la Documentation Française
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 72 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

• **Études diverses**

N° 3, juillet-septembre 2004

• **Les indicateurs sociaux
dans l'Union européenne :
avancement et perspectives**

N° 2, avril-juin 2004

• **Outils et méthodes statistiques
pour les politiques de santé
et de protection sociale**

N° 1, janvier-mars 2004

• **Les revenus sociaux en 2002**

N° 4, octobre-décembre 2003

au sommaire de ce numéro

Dossier

LES PRESTATIONS SOCIALES EN 2003

Julien BECHTEL

LES ALLOCATIONS CHÔMAGE EN 2003

Mathilde CLÉMENT et Olivier MONNERAYE

LES PRESTATIONS FAMILIALES ET DE LOGEMENT EN 2003

Nathalie BLANPAIN

LES ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX EN 2003

Bureau « Lutte contre l'exclusion », en collaboration avec Katia JULIENNE

LES RETRAITES EN 2003

Alexandre DELOFFRE

Hors dossier

L'ÉVALUATION DES RÉFORMES RÉCENTES DES BARÈMES FISCAUX ET SOCIAUX

*Valérie ALBOUY, François BOUTON, Sylvie Le MINEZ, Muriel PUCCI
avec la collaboration de Pierre COURTIOUX et de Aude LAPINTE*

L'AAH, UN MINIMUM SOCIAL DESTINÉ AUX ADULTES HANDICAPÉS

Jean-Marie CHANUT, avec la collaboration d'Anne PLA