



Études et Résultats

N° 775 • octobre 2011

La situation périnatale en France en 2010

Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale

Selon l'enquête nationale périnatale 2010, l'âge moyen des mères à la naissance du deuxième enfant ou des suivants a augmenté depuis 2003. Autre facteur de risque pour la grossesse, la part des mères en surpoids ou obèses est également en hausse.

Le suivi de la grossesse apparaît bon, bien au-delà des recommandations. Consultations et échographies sont en augmentation, même si la part des déclarations tardives de grossesse s'accroît également.

L'état de santé des nouveau-nés demeure globalement satisfaisant. De nombreuses recommandations de santé publique paraissent bien suivies (concernant la consommation d'alcool, de tabac, la prise d'acide folique ou le dépistage de la trisomie 21), même si les recommandations vaccinales contre la coqueluche se diffusent très lentement.

L'augmentation du taux de césarienne ralentit et n'est plus significative. Les transferts néonataux hors de l'hôpital de naissance sont en baisse, signe d'une meilleure adéquation entre risque diagnostiqué pendant la grossesse et orientation de la femme vers le type de maternité adéquat.

Synthèse effectuée par le bureau État de santé de la population (DREES) à partir de l'analyse et du rapport réalisé par Béatrice BLONDEL et Morgane KERMARREC (U953 INSERM)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS,
ET DE LA RÉFORME
DE L'ÉTAT

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

DÉPUIS le début des années 1970, les plans périnatalité successifs ont eu pour objectif d'améliorer les conditions de suivi, d'accueil et de soins de la mère et de l'enfant. Ils ont tenu compte de l'évolution des pratiques médicales et individuelles et de leurs conséquences. Depuis 1995, ils s'appuient sur un dispositif d'observation original : les enquêtes nationales périnatales. Celles-ci sont réalisées à intervalles réguliers afin de suivre les évolutions des principaux indicateurs relatifs à l'état de santé de la mère et de l'enfant, aux pratiques médicales environnant la grossesse, à la naissance et à l'accouchement, et aux facteurs de risque associés. La dernière enquête nationale périnatale, réalisée en mars 2010, permet de retracer les évolutions observées depuis celle de 1995, et de mesurer l'impact de certaines dispositions figurant dans le plan périnatalité 2005-2007. Les résultats présentés portent essentiellement sur la France métropolitaine, pour des raisons de comparabilité avec les données des années précédentes. L'enquête de 2010 n'est pas représentative de l'ensemble des départements d'outre-mer (encadré 1 et 3).

Des femmes plus âgées et plus souvent en surpoids

19 % des mères sont âgées de 35 ans ou plus au moment de l'accouchement en 2010, soit 3 points de plus qu'en 2003, et 6 points de plus qu'en 1995 (tableau 1). L'âge moyen des mères s'élève à 29,7 ans, conformément aux données d'état civil de l'INSEE. Pour les seules primipares, l'âge moyen apparaît stable depuis 2003 (27,5 ans). C'est donc l'âge moyen des naissances de rang supérieur ou égal à 2 qui continue à augmenter.

Le report des naissances vers un âge maternel plus élevé a une influence sur la fertilité et la santé. En effet, les risques de mortalité et de morbidité de l'enfant et de la mère augmentent de manière sensible avec l'âge maternel. Le rôle de l'âge sur le risque de césarienne et de prématurité (accouchement avant 37 semaines) a pu être mis en évidence par les enquêtes nationales périnatales antérieures¹.

Parmi les autres facteurs d'évolution défavorable, il faut noter l'augmentation de l'indice de masse corporelle des femmes, avec des risques plus élevés pour le déroulement de l'accouchement et la santé de l'enfant et de la mère (diabète gestationnel, hypertension...), si la femme est obèse². Ainsi, 15,4 % des femmes sont en surpoids avant leur grossesse en 2003 et 17,3 % en 2010. On compte 7,4 % de femmes souffrant d'obésité en 2003 et 9,9 % en 2010.

Plus de consultations prénatales mais aussi plus de déclarations tardives

La surveillance de la grossesse est un enjeu important. Plusieurs mesures des plans périnatalité successifs (1970-1976, 1995-2000 et 2005-2007) ont eu pour but d'améliorer les conditions de suivi et la prévention (encadré 2). Pour que celles-ci puissent être mises en œuvre, les femmes doivent commencer leur surveillance prénatale au plus tôt, et donc déclarer leur grossesse le plus rapidement possible. Or, pour la première fois depuis l'enquête de 1995, le pourcentage de femmes ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre a augmenté de manière significative. En effet, 6,6 % des grossesses ont été déclarées au cours du deuxième tri-

1. Foix L'Hélias L., et al. 2000, Guihard P., et Blondel B., 2001.

2. L'indice de masse corporelle (IMC) estime la corpulence d'une personne. Il est calculé par le poids sur la taille au carré. Il correspond à une situation de surpoids lorsqu'il est supérieur à 25 et d'obésité lorsqu'il atteint 30.

■ TABLEAU 1

Caractéristiques des mères

	En %			
	1995	1998	2003	2010
Mère de 35 ans et plus	12,5	14,7	15,9	19,2
Surpoids ou obésité (IMC ≥ 25)*			22,9	27,2
Femmes déclarant fumer au 3 ^e trimestre de la grossesse	25,1	25,0	20,8	17,1
Femmes déclarant fumer 10 cigarettes ou plus par jour au 3 ^e trimestre de grossesse	10,9	10,0	8,0	4,9

* Cf. Note 2.

Champ • Échantillon des mères ayant accouché en métropole.

Sources • Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998, 2003 et 2010 (INSERM, DREES, DGS).

■ ENCADRÉ 1

Sources et méthodes

Les enquêtes nationales périnatales contribuent au suivi et à l'évaluation des plans périnatalité. Elles ont eu lieu à intervalles réguliers, en 1995, 1998, 2003 et 2010. Elles permettent de recueillir des informations sur l'état de santé des enfants, la situation sociodémographique des femmes, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif constitué de toutes les naissances pendant une semaine donnée. Le questionnaire est rempli par un enquêteur (souvent une sage-femme) qui interroge la femme et collecte les données du dossier médical sur les pathologies de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état de l'enfant. La dernière enquête a eu lieu du 15 au 21 mars 2010 dans toutes les maternités de métropole et dans trois départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane et La Réunion). Elle a été financée et pilotée par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS). Elle a été réalisée par l'Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants (Unité 953) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Les données ont été collectées sous la responsabilité de médecins coordinateurs des services de Protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux, et grâce à la forte implication des professionnels travaillant dans les maternités.

En 2003 et 2010, une fiche supplémentaire a été remplie par chacun des établissements, comprenant des renseignements sur l'équipe soignante, l'organisation de la prise en charge des femmes (transferts, modalités d'accompagnement à la sortie de l'établissement, organisation des consultations prénatales...) ainsi que sur l'environnement de la maternité (service de réanimation présent sur le site, lieu du bloc obstétrical...).

Le questionnaire « naissance » portait sur tous les enfants, nés vivants ou mort-nés, et sur les interruptions médicales de grossesse (IMG) si la naissance ou l'issue de la grossesse avait eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance.

Au total, en 2010, l'échantillon comprend en métropole 14 903 naissances, dont 14 761 naissances vivantes, 440 naissances gémellaires et trois naissances triples, pour 14 681 femmes. Le nombre de naissances est très voisin de celui attendu, le taux de participation des femmes est très élevé et les caractéristiques des femmes sont similaires à celles issues des données de l'état civil sur une année entière. En raison du report de l'enquête d'octobre 2009 à mars 2010, les comparaisons par rapport à 2003 ne portent plus sur la même saison de l'année, mais ce report a probablement peu d'impact sur les indicateurs et leurs évolutions. En effet, la prématurité et le poids de naissance pourraient varier selon la saison, mais cet effet n'est pas retrouvé dans tous les pays : il serait modéré et s'exprimerait surtout entre l'hiver et l'été¹. De plus, la méthodologie des enquêtes nationales périnatales a été testée et des comparaisons des pratiques médicales et de l'état de santé des enfants au printemps et en automne n'ont pas montré de différences. Enfin, nous avons constaté que les recommandations données aux femmes pour limiter les contaminations au moment de la pandémie de la grippe A (H1N1), notamment la limitation des consultations et la préférence donnée aux soins de ville n'avaient pas eu d'effet sensible sur le nombre de consultations et d'échographies réalisées.

1. Chodick G., et al., 2007, Lee TL., et al., 2006.

mestre et 1,2 % au cours du troisième trimestre en 2010, contre respectivement 4,3 % et 0,6 % en 2003. Cette évolution peut être mise en regard de la dégradation de la situation sociale de certaines femmes (encadré 4). En effet, on observe une surveillance prénatale tardive plus fréquente chez les femmes vivant dans un contexte social difficile.

A contrario, les recommandations sur le nombre de consultations prénatales et d'échographies apparaissent

aujourd'hui très largement dépassées pour la plupart des femmes. On constate une augmentation importante du nombre d'examen, avec 45 % des femmes ayant bénéficié de 10 visites prénatales ou plus, contre 28 % en 2003. Cependant la définition plus large des consultations prénatales employée en 2010³ ne permet pas d'affirmer que la différence observée par rapport à 2003 correspond intégralement à une augmentation du nombre de consultations.

Le nombre moyen d'échographies est également en hausse, passant de 4,5 en 2003 à 5 en 2010. La part de femmes ayant eu moins que les 3 échographies recommandées continue de diminuer, atteignant 1,9 % en 2010 (contre 2,6 en 2003) (tableau 2). En revanche, deux femmes sur trois ont aujourd'hui plus de 3 échographies, contre 57 % en 2003.

L'augmentation parallèle des consultations et des échographies montre que l'augmentation générale de la surveillance médicale observée au cours des enquêtes précédentes se poursuit. Pourtant, cette tendance pose la question d'un possible risque de surconsommation médicale (20 % des femmes ont eu plus de 6 échographies et 4 % en ont eu plus de 10), sans bénéfice évident pour la santé des mères et de leurs enfants.

Le rôle des sages-femmes dans le suivi des grossesses s'accroît

La contribution des différents professionnels dans le suivi des grossesses s'est diversifiée avec un rôle plus grand des généralistes et surtout des sages-femmes salariées en maternité ou libérales : celles-ci sont des professionnels privilégiés pour le suivi des grossesses à bas risque. Après la déclaration de grossesse, la surveillance est assurée par au moins un généraliste dans 23,8 % des cas (contre 15,4 % en 2003), une sage-femme en maternité dans 39,4 % des cas (26,6 % en 2003), et une sage-femme libérale dans 15,6 % des cas. Par ailleurs, le recours à une préparation à la naissance a augmenté, aussi bien pour le premier enfant (73,2 % contre 66,8 % en 2003) que chez les multipares (28,5 % contre 25,1 %). Mais cette évolution est apparemment sans lien avec la mise en place de l'entretien prénatal précoce du quatrième mois, introduit dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007. Cet entretien n'a bénéficié qu'à 21,4 % des femmes ayant accouché en mars 2010 (et à 30 % des primipares). La mise en œuvre est lente, même si 80 % des maternités indiquent proposer des entretiens. Ceci peut s'expliquer par un travail important de sensibilisation des femmes, d'organisation entre dif-

3. En 2010 sont incluses les consultations en urgence ou pour un problème particulier.

férents services et de formation des équipes, nécessaires avant une mise en place effective de ce nouveau dispositif.

Peu d'alcool et moins de tabac

Alors que la consommation de tabac tend à augmenter dans la population féminine (Baromètre santé 2010), cette enquête montre que la consommation déclarée par les femmes diminue, aussi bien avant la grossesse (30,5 % contre 35,9 en 2003) qu'au cours de celle-ci (17,1 % ont fumé au troisième trimestre de leur grossesse contre 20,8 %). Les femmes s'arrêtent de fumer majoritairement au début de la grossesse (81 % des fumeuses ayant arrêté de fumer pendant la grossesse l'ont fait au premier trimestre). Au troisième trimestre de grossesse, la proportion de non-fumeuses a largement augmenté (79,2 % en 2003 et 82,9 % en 2010), tandis que la part des fumeuses de dix cigarettes quotidiennes ou plus a baissé de 38 % sur la même période, passant de 8 % à 4,9 %. La diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse, déjà constatée entre 1998 et 2003, représente une évolution favorable, étant donné la forte relation entre la quantité de tabac fumée pendant la grossesse et les anomalies de croissance de l'enfant⁴.

Pour la consommation d'alcool, 19,7 % des femmes déclarent avoir bu au moins une fois durant leur grossesse, alors qu'elles savaient qu'elles étaient enceintes⁵. À l'occasion d'une consommation ordinaire, 75 % de ces femmes déclarent avoir bu moins d'un verre. Par ailleurs, 3,7 % des femmes déclarent une consommation de plus de trois verres en une même occasion. L'intégration des normes de consommation – les femmes sachant que l'alcool est fortement déconseillé pendant la grossesse – ainsi qu'une sous-déclaration de la consommation peuvent expliquer ces résultats.

Des recommandations concernant l'acide folique commencent à avoir un impact

Un faible niveau en folates – également appelés vitamine B9 ou acide folique – chez la mère, avant et au début de la grossesse, est un facteur de risque pour le nouveau-né. Il peut

entraîner des anomalies neurologiques comme l'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN). L'amélioration du « statut en folates des femmes en âge de procréer notamment en cas de désir de grossesse » fait partie des neuf objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé (PNNS). En 2010, 53,5 % des femmes n'ont pas reçu d'acide folique. Parmi les 40,3 % des femmes ayant reçu une supplémentation⁶, environ un quart d'entre elles déclare avoir pris de l'acide folique au cours du premier mois de leur grossesse. Cette recommandation est difficile à mettre en œuvre, puisqu'elle doit être appliquée au moment du projet de grossesse : le résultat modeste observé en 2010 peut donc à ce titre être considéré comme assez positif, même si la supplémentation est parfois intervenue trop tardivement.

Les examens de dépistage de la trisomie 21 mieux connus des femmes

Le dépistage du risque de trisomie 21 (tableau 2), proposé aux femmes enceintes depuis 1997, avec une modification des modalités de mise en œuvre en 2009, est mieux connu des femmes. La proposition de dépistage s'est ainsi généralisée et les femmes connaissent mieux les examens proposés : 86,5 % des femmes disent avoir eu une mesure de la clarté nucale et 84 % un dosage sanguin des marqueurs sériques maternels, contre respectivement 76 % et 80 % en 2003. Moins d'une femme sur dix ne sait pas si elle a bénéficié d'une mesure de la clarté nucale à l'échographie du premier trimestre, contre 19 % en 2003. De plus, la diminution du taux d'amniocentèse, particulièrement significative chez les femmes de 38 ans et plus (passant de 61 % à 42 %),

■ TABLEAU 2

Surveillance de la grossesse entre 1995 et 2010

	En %			
	1995	1998	2003	2010
Visites prénatales				
aucune	0,2	0,1	0,2	0,0
moins de 7	9,3	9,6	9,0	8,5
7	17,2	19,1	18,6	13,3
8 ou 9	45,3	46,2	43,8	33,1
10 et plus	28,0	25,0	28,3	45,1
aucune visite à l'équipe responsable	11,2	6,5	8,3	5,2
surveillance prénatale entièrement assurée par l'équipe responsable de l'accouchement	37,0	44,0	33,4	35,6
Préparation à la naissance				
chez les primipares	64,5	69,7	66,8	73,2
chez les multipares	22,1	25,0	25,1	28,5
Échographies				
pas d'échographie	0,3	0,2	0,1	0,2
1 ou 2	9,3	3,5	2,5	1,7
3	41,9	42,4	40,4	31,2
4 ou plus	48,5	53,9	57,0	67,0
Dépistage du risque de trisomie 21*				
dosage sanguin des marqueurs sériques	nd	66,5	79,7	84,1
mesure de la clarté nucale	nd	nd	76,0	86,5
Amniocentèse	nd	11,1	10,8	8,8
femmes de moins de 38 ans	nd	8,7	7,2	6,0
femmes de 38 ans ou plus	nd	71,1	61,4	41,8
Hospitalisation pendant la grossesse	19,9	21,6	18,6	18,8
dont hospitalisation < 3 jours	27,0	32,3	37,2	35,3
hospitalisation > 7 jours	32,7	28,9	23,8	22,8

* Le dépistage du risque de trisomie 21 est un dosage sanguin, recommandé au 1^{er} trimestre depuis juin 2009 alors qu'il était effectué au 2^e trimestre auparavant. Il est probable qu'il y ait eu une certaine confusion chez certaines femmes pour définir à quel trimestre ce dosage a été réalisé.

nd : données non disponibles.

Champ • Échantillon de femmes en métropole.

Sources • Enquêtes nationales périnatales 1995-1998-2003 et 2010.

tendrait à montrer que les recommandations récentes pour éviter les amniocentèses systématiques dans ce groupe sont suivies.

Des recommandations vaccinales mal acceptées ou mal connues

En 2010, 29 % des femmes enceintes enquêtées ont été vaccinées contre la grippe A (H1N1), alors qu'elles représentaient un groupe à haut risque de complications : le Haut-Conseil de santé publique (HCSP) recommandait une vaccination au deuxième trimestre de la grossesse. Ce taux est faible, mais nettement supérieur à celui de la population générale (8 %)7. Selon une analyse des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la mère, la vaccination a été plus fréquente chez les femmes les plus âgées, de parité faible, de niveau socioéconomique

élevé et qui avaient un comportement général très favorable à la prévention. La plupart des femmes n'ont pas été vaccinées, car elles ne le souhaitaient pas.

Depuis 2006, la stratégie dite du « cocooning » est recommandée. Elle protège les nourrissons, trop jeunes pour être vaccinés contre la coqueluche, en recommandant la vaccination à l'ensemble de l'entourage. Pourtant, moins de six femmes sur cent savent qu'il faut faire vacciner l'entourage proche (parents, grands-parents...). Et 89 % d'entre elles n'ont reçu aucune information à ce sujet.

Le taux d'épisiotomie a été réduit d'un tiers chez les primipares depuis 1998

La proportion de femmes primipares ayant subi une épisiotomie est passée de 71 % à 45 % entre 1998 et 2010 (et

de 36 % à 14 % parmi les multipares). L'absence de preuve scientifique concernant les bénéfices d'une épisiotomie systématique ainsi que les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) de 2006, relayées par les associations de patients, ont donc eu un impact notable sur les pratiques.

Un autre changement important concerne la prévention des hémorragies du post-partum. Des ocytociques ont été administrés chez 83 % des femmes, preuve que les recommandations du CNGOF de 2004 sont maintenant largement appliquées.

Le taux d'allaitement en maternité, qui avait beaucoup augmenté entre 1998 et 2003, a continué à progresser, passant de 55 % à 60 % pour l'allaitement exclusif et de 7 % à 9 % pour l'allaitement mixte (sein et biberon). Ceci peut s'expliquer par une série de mesures prises en faveur de

7. Guthmann J.-P., et al. 2010, Bone A., et al. 2010.

ENCADRÉ 2

Les plans périnatalité : principales mesures et recommandations

L'objectif des plans successifs a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique. De 1970 à aujourd'hui, trois plans consacrés à la périnatalité ont été mis en oeuvre. Le plan 1971-1976 comportait deux axes : d'une part, l'amélioration de la prévention *stricto sensu*, avec la création d'une quatrième consultation prénatale ; d'autre part, la sécurisation de la naissance avec trois principales mesures (le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, notamment pour réanimer les nouveau-nés, la formation des professionnels et surtout la disponibilité immédiate de ces derniers).

Le plan 1995-2000 reprend les recommandations du rapport du Haut-Comité de santé publique paru en 1994, dont celle de la sécurisation de l'accouchement qui apparaît prioritaire. Il fixe quatre grands objectifs : diminuer la mortalité maternelle de 30 % (par rapport à un taux estimé de 13,9 décès pour cent mille naissances) ; abaisser la mortalité périnatale de 18 % (passage de 8,2 à 6,7 pour mille) ; réduire l'hypotrophie¹ de 25 % à partir d'un taux de 5,7 % des naissances, pour atteindre 4,3 % en 1999 ; réduire de moitié (soit de 1 % à 0,5 %) le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (moins de trois consultations prénatales, selon la définition retenue en 1994). Un cinquième grand objectif sera ultérieurement ajouté : prévenir la mort subite du nourrisson et diminuer de 35 % les décès correspondants.

Le plan 2005-2007 reprend deux des objectifs fixés à l'horizon quinquennal par la loi de santé publique du 9 août 2004. Le premier vise à réduire la mortalité périnatale au taux de 5,5 p. 1 000, soit une baisse de 15 % environ par rapport à 2001 (6,5 p. 1 000). Le second doit réduire la mortalité maternelle au taux de 5 p. 100 000, soit une baisse de 40 % environ par rapport à 2001. Le plan prévoit la mise aux normes des maternités au plus tard à la fin de 2006. Il met toutefois l'accent sur la nécessité de compléter cette mise aux normes par un renforcement de la proximité. Un ensemble de mesures visait à améliorer la sécurité et la qualité des soins (renforcement des plateaux techniques et des équipes, amélioration des transports, meilleure

prise en charge des urgences maternelles mais aussi élaboration de bonnes pratiques professionnelles et rôle des réseaux dans l'application de celles-ci, amélioration de l'encadrement et de la qualité des pratiques d'assistance à la procréation). Un autre axe du plan s'intitulait « Plus d'humanité » et prévoyait différentes mesures, comme la mise en place de l'entretien prénatal précoce, l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques en matière de préparation à la naissance, la meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, une meilleure participation des usagers notamment par la création de la Commission nationale de la naissance, l'organisation d'une information complète et continue au sein des réseaux et grâce à la refonte du carnet de santé de la maternité, le soutien renforcé aux femmes en situation de précarité ou faisant face à un handicap.

Un des objectifs du plan s'attachait à développer une offre de proximité, par le développement des réseaux, l'extension des centres périnataux de proximité, l'intégration aux réseaux des services de protection maternelle et infantile (PMI) et la participation plus active des sages-femmes libérales sur le territoire.

La mise en place des examens de dépistage du risque de trisomie 21 au premier trimestre est récente (arrêté du 23 juin 2009). Elle n'a pas pu être évaluée de façon précise dans notre échantillon, dans la mesure où les femmes ont commencé leur grossesse le plus souvent en juillet 2009. La proposition d'un report d'une partie du congé prénatal après l'accouchement est pour l'instant peu utilisée (5 % des femmes concernées). Les difficultés des femmes à répondre à cette question font penser que beaucoup d'entre elles ne connaissaient pas cette possibilité et ont confondu ce dispositif avec les reports usuels en cas d'accouchement avant 40 semaines.

1. Poids trop faible de l'enfant au regard du nombre de semaines de grossesse et inférieur à 2 500 g à la naissance.

l'allaitement depuis la fin des années 1990, aux niveaux national, régional et local. Le taux d'allaitement maternel en 2010 demeure toutefois inférieur à ceux observés dans d'autres pays en Europe en 2004.

Stabilité du taux de césarienne et 7 accouchements sur 10 avec péridurale

Le taux de césarienne est de 21 % en 2010 : il n'a pas augmenté de manière significative entre les deux enquêtes, contrairement aux enquêtes précédentes. Les taux semblent stables aussi bien chez les primipares que chez les autres femmes, avec ou sans antécédent de césarienne. Une stabilisation des taux ou un ralentissement de leur augmentation est observé actuellement dans d'autres pays occidentaux. La prise en charge de la douleur par une analgésie péridurale continue à augmenter (tableau 3). Au total, 81 % des femmes ont accouché avec une péridurale ou une rachianesthésie. Elles ont exprimé une grande satisfaction concernant l'efficacité de cette prise en charge.

Plus d'un accouchement sur cinq (22,7 %) a été déclenché et 10,9 % des femmes ont eu une césarienne avant travail, ce qui signifie qu'une femme sur trois n'a pas eu un début de travail spontané.

Naissances uniques : l'augmentation de la prématurité se poursuit mais pas celle des petits poids de naissance

Les variations des taux de prématurité (avant 37 semaines) et d'enfant de poids inférieur à 2 500 grammes sont très dépendantes des populations sur lesquelles portent les comparaisons (naissances totales, naissances vivantes ou naissances uniques), et des changements dans la composition de ces populations d'une enquête à l'autre. Parmi les naissances vivantes uniques, la prématurité augmente légèrement entre 2003 et 2010, et de manière régulière depuis 1995 (tableau 4). En revanche, la proportion d'enfants de petit poids n'a pas augmenté, alors qu'elle avait augmenté de manière significative au cours des années antérieures. Ainsi, parmi les naissances vivantes de 2010, la prématurité concerne 5,5 %

des enfants issus de naissance unique et 42 % des jumeaux. Les bébés de poids inférieur à 2 500 grammes représentent 5 % des naissances vivantes uniques et la moitié des naissances vivantes gémellaires. La dif-

férence de tendance du petit poids de naissance par rapport à la prématurité entre 2003 et 2010 est difficile à interpréter : elle pourrait traduire les effets de l'augmentation de la corpulence des femmes, de la baisse de la

■ TABLEAU 3

Déroulement de l'accouchement

	En %			
	1995	1998	2003	2010
Accouchement déclenché	20,5	20,3	19,7	22,7
Accouchement par césarienne	15,6	17,0	20,2	21,0
<i>dont césarienne avant travail</i>	8,5	9,2	12,5	10,9
Péridurale	48,6	58,0	62,6	70,0
absence car non désirée			38,7	
absence car travail trop rapide			48,0	
Rachianesthésie			12,3	11,4
Anesthésie générale	5,4	2,6	1,7	1,2

Champ • Échantillon de femmes en métropole.

Sources • ENP 1995-1998-2003 et 2010.

■ TABLEAU 4

Prématurité et petit poids de naissance selon le statut vital et le nombre d'enfants en 1995, 1998, 2003 et 2010

	En %			
	1995	1998	2003	2010
Prématurité (<37 semaines)				
toutes naissances	5,9	6,8	7,2	7,4
<i>uniques</i>	4,9	5,3	5,8	6,3
<i>gémellaires</i>	40,7	47,8	44,9	42,7
naissances vivantes	5,4	6,2	6,3	6,6
<i>uniques</i>	4,5	4,7	5,0	5,5
<i>gémellaires</i>	39,2	46,8	44	41,7
Poids inférieur à 2500 grammes				
toutes naissances	6,2	7,2	8	7,1
<i>uniques</i>	5,0	5,4	6,2	5,8
<i>gémellaires</i>	48,6	57,1	56,3	50,1
naissances vivantes	5,7	6,8	7,2	6,4
<i>uniques</i>	4,6	5	5,5	5,1
<i>gémellaires</i>	47,5	56,4	55,9	49,5

Champ • Échantillon de naissances en métropole.

Sources • Enquêtes nationales périnatales 1995-1998-2003 et 2010.

■ TABLEAU 5

Caractéristiques des enfants à la naissance et part des enfants allaités au sein uniquement

	En %			
	1995	1998	2003	2010
Score d'Apgar à 1 minute inférieur à 8	7,1	6,4	6	7,1
Transfert de l'enfant	8,7	8,2	8,1	6,6
Allaitement au sein uniquement	40,5	45	55,4	60,2

Note de lecture • Le score d'Apgar consiste à évaluer, à deux reprises et à cinq minutes d'intervalle, l'état de santé des enfants à la naissance en cotant cinq éléments de 0 à 2 : fréquence cardiaque, respiration, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée.

Champ • Échantillon de naissances vivantes en métropole.

Sources • ENP 1995-1998-2003-2010.

consommation de tabac ou d'autres facteurs. La tendance à une augmentation régulière de la prématurité chez les grossesses uniques devra être étudiée de manière approfondie pour en comprendre l'origine. Dans ces

enquêtes, l'étude de l'évolution des caractéristiques des enfants à la naissance pourrait également servir à mieux comprendre pourquoi la mortalité infantile stagne actuellement en France.

■ ENCADRÉ 3

Des disparités particulièrement marquées entre la métropole et la Guyane, la Guadeloupe et La Réunion

Les taux de prématurité et d'enfant de petit poids sont deux fois plus élevés dans les DOM qu'en métropole. La situation sociale des femmes, très défavorable dans ces départements, s'est dégradée par rapport à 2003 sur certains aspects.

Disparités entre métropole et DOM

	En %	
	2003	2010
Prématurés (moins de 37 semaines d'aménorrhée)		
Métropole	7,2	7,4
Guadeloupe, Guyane et La Réunion	12,6	15,8
Petits poids de naissance (<2500 gr)		
Métropole	8	7,1
Guadeloupe, Guyane et La Réunion	12,4	12,7

Champ • Échantillon de naissances France entière hors Martinique.

Sources • Enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010.

Ainsi la part des femmes au chômage est passée de 9 % à 20 % et la part des ménages ayant des revenus issus du travail de la femme et de son partenaire est passée de 53 % à 43 %. Toutefois, les augmentations du niveau d'études et de la couverture sociale sont des exemples d'évolutions plus favorables. De manière générale, la surveillance prénatale s'est développée (on est passé de 13 % à 8 % de femmes ayant eu moins de trois échographies) et la préparation à la naissance est plus fréquente, concernant 45 % des primipares en 2003, et 66 % en 2010 (respectivement 11 % et 22 % des multipares). Une évolution importante des pratiques concerne le taux de césarienne. Celui-ci a diminué de manière très forte (passant de 26 % à 18 %), surtout avant le début de travail (17 % à 10 %). Il est maintenant au même niveau que celui de métropole.

■ ENCADRÉ 4

Les caractéristiques sociales des femmes qui ont accouché en mars 2010

L'élévation du niveau d'études, l'augmentation du taux d'activité des femmes et leurs emplois plus qualifiés sont des points positifs (17 % de femmes cadres en 2010 contre 12 % en 2003). En revanche, plusieurs indicateurs montrent que la situation sociale s'est dégradée pour les groupes les plus vulnérables, avec par exemple une hausse du chômage chez les conjoints, passant de 5,9 % à 8,5 % de 2003 à 2010 parmi les femmes enquêtées.

Cette dernière évolution est de nature à créer un risque d'accroissement des inégalités sociales en matière de surveillance prénatale, de prévention et de santé à la naissance, déjà observées dans les enquêtes précédentes. De nouvelles questions introduites dans le questionnaire de 2010 permettent d'observer que 79 % des femmes ont travaillé à temps plein pendant leur grossesse.

La déclaration d'un renoncement à des consultations ou examens pour raison financière concerne 4 % des femmes en 2010, contre seulement 2 % en 2003. Mais en 2010, la question comprend aussi le renoncement aux soins dentaires, contrairement à 2003. Les femmes sans couverture sociale en début de grossesse continue de baisser, atteignant 1 % contre 3 % en 2003. Mais près d'une femme sur dix (9,4 %) en 2010 ne déclare, pour le ménage, aucun revenu lié à une activité professionnelle, contre 7,9 % en 2003.

6 % des naissances font suite à un traitement contre l'infertilité

La part des accouchées ayant bénéficié d'un traitement contre l'infertilité est quasiment stable depuis 2003, entre 5 % et 6 %. Mais la fécondation in vitro (FIV) concerne désormais autant de femmes que le traitement par inducteur de l'ovulation seul, soit 2,3 % des accouchements, alors que l'insémination artificielle concerne un accouchement sur 100.

L'augmentation de la fréquence des naissances multiples, due d'abord à une augmentation de l'âge de la mère, a été accentuée par les traitements contre l'infertilité. Cependant, la part des naissances multiples est stable depuis 2005, et en 2010 on a recensé 35 naissances multiples pour 1000, contre 10 en 1975 d'après l'INSEE.

Les femmes concernées par une fécondation in vitro (FIV) sont légèrement plus âgées : elles ont en moyenne deux ans de plus que l'ensemble des femmes. Et 6 % d'entre elles ont 40 ans ou plus contre 2 % pour l'ensemble des femmes.

Un état de santé des enfants globalement satisfaisant à la naissance

L'état de santé de l'enfant à la naissance mesuré par le score d'Apgar témoigne d'une légère dégradation (avec 6 % à 7 % d'enfants dont l'Apgar⁸ à 1 minute est inférieur à 8), sans doute en raison d'une meilleure évaluation de la vitalité des enfants à la naissance (tableau 5). La part des scores d'Apgar à 5 minutes inférieurs à 8 passe à 1,7 % des naissances vivantes (contre 1,1 % en 2003). La part des enfants ayant nécessité un transfert dans un autre service ou une hospitalisation dans un secteur particulier de la maternité a peu varié, passant de 8 % à 7 %. Parmi les enfants transférés, la part de ceux qui l'ont été dans un autre établissement a été divisée par près de 2 (de 23 % à 14 % des transferts).

8. Cf. Note de lecture du tableau 5.

■ Pour en savoir plus

- Vilain A., 2011, «Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale», *Études et Résultats*, n° 776, DREES.
- Declercq E., Young R., Cabral H., Ecker J., 2011, «Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007», 38, (à paraître).
- La Rochebrochard (de) E., et al., 2011, «Quelles sont les chances d'avoir un enfant durant ou après une prise en charge pour une FIV? Une enquête de cohorte rétrospective en France», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 23-24, InVs.
- Rapport INSERM-DREES-DGS, mai 2011, «L'enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003», DREES.
- Rapport INSERM-DREES-DGS, juillet 2011, «L'enquête nationale périnatale 2010 : les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003», DREES.
- Arnault S., Exertier A., 2010, «Les maternités : plus de trente ans d'évolution», *Les établissements de santé – un panorama pour l'année 2007*, DREES.
- Bone A., Guthmann J.-P., Nicolau J., Lévy-Bruhl D., 2010, «Population and risk group uptake of H1N1 influenza vaccine in mainland France 2009-2010: results of a national vaccination campaign», *Vaccine* 28 (51): 8157-61.
- Danet S., et al., 2010, *État de santé de la population*, DREES, 314 p. (Objectif 3 sur le tabac).
- Evain F., 2010, «A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser?», *Les établissements de santé – un panorama pour l'année 2007*, DREES.
- Évaluation du plan périnatalité 2005-2007, rapport final, Planète Publique, mai 2010
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_annexes_1_a_4.pdf
- Niel X., Beaumel C., 2010, «Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi», *INSEE Première*, 1318.
- Blondel B., Lelong N., Saurel-Cubizolles M.-J., 2009, «Les femmes en situation précaire en France, déroulement de la grossesse et santé périnatale», *Journées de la Société française de médecine périnatale*, Arnette, Rueil-Malmaison, pp. 3-17.
- Khoshnood B., Vigan (de) C., Blondel B., Vodovar V., et al., 2008, «Long-term trends for socio-economic differences in prenatal diagnosis of Down syndrome: Diffusion of services or persistence of disparities?», *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 115(9).
- Zeitlin J., Mohangoo A., 2008, European Perinatal Health Report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies. (www.peristat.com)
- Chodick G., Shalev V., Goren I., Inskip P. D., 2007, «Seasonality in birth weight in Israel: new evidence suggests several global patterns and different etiologies», *Annals of Epidemiology* 17: 440-446.
- Scheidegger S., Vilain A., 2007, «Disparités sociales et surveillance de grossesse», *Études et Résultats*, n° 552, DREES.
- Lee S. J., Steer P. J., Filippi V., 2006, «Seasonal patterns and preterm birth: a systematic review of the literature and an analysis in a London-based cohort», *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113: 1280-1288.
- Vilain A., Peretti (de) C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, «La situation périnatale en France en 2003, premiers résultats et l'Enquête nationale périnatale», *Études et Résultats*, n° 383, DREES.
- Foix-L'Hélias L., Ancel P.-Y., Blondel B., 2000, «Facteurs de risque de prématurité en France», *Journal de gynécologie obstétrique et de biologie reproductive*, 29: 55-65.
- Blondel B., Mazaubrun (du) C., Breart G., 1996, «Enquête nationale périnatale 1995», document photocopié.
- Blondel B., Marshall B., 1996, «Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Résultats d'une étude dans 20 départements», *Journal de gynécologie obstétrique et de biologie reproductive*, n° 25, pp. 729-736.
- Bréart G., Blondel B., Kaminski M., Kabir M. Dargent-Paré C., Tuppin P.-H., Grandjean H., Leloup M., Paquier-Serughetti D. 1991, «Mortalité et morbidité périnatales en France», in *Mises à jour en gynécologie-obstétrique*, CNGOF-Vigot, Paris.