



La périnatalité en France : 20 ans d'évolution

Le premier programme périnatal mis en place au début des années 1970 avait comme dessein essentiel de réduire la mortalité périnatale et les handicaps [1]. Pour atteindre ce but, les moyens mis en œuvre devaient conduire à une réduction de la souffrance fœtale et néonatale, des complications de l'accouchement et de la prématurité. Puis les perspectives de la surveillance périnatale se sont élargies avec l'évolution des techniques et l'apparition du diagnostic anténatal. Dans le futur, la lutte contre la survenue d'une hypotrophie complétera peut-être ces objectifs.

Dans ce contexte, l'ambition de cet article est de montrer l'évolution constatée de la prise en charge périnatale, de certains indicateurs périnataux et de résultats à plus long terme. Pour une discussion plus approfondie des données présentées, le lecteur pourra se référer aux articles cités.

Sources de données

Pour faire le bilan de toutes ces

actions, plusieurs sources de données ont été utilisées :

- quatre enquêtes sur échantillon représentatif de naissances, réalisées en 1972, 1976, 1981 et 1989, qui donnent l'évolution de la prise en charge et des pratiques périnatales ainsi que des principaux indicateurs de morbidité [2, 3] ;
- une enquête faite auprès des commissions départementales de l'éducation spéciale qui donne l'évolution des handicaps sévères [4] ;
- les données provenant du registre des malformations congénitales de Paris [5, 6] ;
- une enquête sur la mortalité maternelle [7] ;
- les statistiques de mortalité [8] ;
- une enquête sur l'évolution des grossesses multiples [9].

Résultats

• Tous les indicateurs concernant la prise en charge périnatale montrent une évolution marquée [2, 3]. En 1972, 27 % des femmes accouchaient sans avoir vu l'équipe responsable de

1. Rumeau-Rouquette C, Blondel B. The French perinatal program. In : Vallin J, Lopez AD, eds. *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*. Liège : Ordina, 1985 : 200-311.
2. Rumeau-Rouquette C, du Mazaubrun C, Rabarison Y. *Naître en France, dix ans d'évolution*. Paris : Inserm-Doin, 1984.
3. Bréart G, Blondel B, Kaminski M, et al. Mortalité et morbidité périnatales en France. In : *Mise à jour en gynécologie obstétrique*. Paris : CNOG-Vigot, 1991 : 175-214.
4. Rumeau-Rouquette C, du Mazaubrun C, Mlika A. L. *Dequae Motor* handicapped children born in 1972, 1976 and 1981. *Int J Epidemiol* 1992 ; 21 : 359-66.
5. Goujard J. *Le Registre des malformations congénitales de Paris. 1981-1989*. Paris : INSERM, 1991.
6. De Vigan C, Vodovar V, Dufouil C, Goujard J. La trisomie 21 dans la population parisienne : évolution 1981-1990. *Bul Epidemiol Heb* 1993 (sous presse).
7. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991 ; 20 : 885-92.
8. Blondel B, Bréart G. La mortalité fœto-infantile. EMC-Paris, 1990, 4002F50 : 1-11.
9. Tuppin P, Blondel B, Kaminski M. Trends in multiple deliveries and infertility in France. *Br J Obstet Gynecol* 1993 (sous presse).

G. Bréart : directeur de recherche, directeur de l'Inserm U. 149. C. du Mazaubrun : ingénieur d'études. Inserm U. 149, 123, boulevard du Port-Royal, 75014 Paris, France.

Tableau I				
L'ENFANT A LA NAISSANCE				
Année	1972	1976	1981	1989
	%	%	%	%
Prématurité				
Age gestationnel ≤ 36 semaines	8,2	6,8	5,6	4,8
Poids				
< 2 000 g	2,1	2,0	1,2	1,5
< 2 500 g	6,2	6,5	5,2	5,7
Transfert* néonatal	6	9	9	9

Source : [2] et [3].

* Transfert de l'enfant dans une unité de soins spécialisés en néonatalogie.

l'accouchement, elles ne sont plus que 6 % en 1989. Aucune femme n'avait plus de quatre échographies avant 1976, elles étaient 13 % en 1981 et 32 % en 1989. En 1972, le rythme cardiaque fœtal était surveillé de façon continue pour 6 % des cas, alors qu'il l'est systématiquement actuellement.

L'ère de l'obstétrique électronique a donc commencé au début des années 1970 avec la mise en place de méthodes d'exploration du fœtus, qui se sont considérablement développées depuis.

D'autres pratiques ont également changé, la fréquence des césariennes est passée de 6 % en 1972 à 14 % en 1989 et la fréquence des accouchements déclenchés a pratiquement doublé pendant la même période.

- *L'extension du diagnostic anténatal* aboutit à trois types de résultats observés de 1981 à 1990 au niveau du registre des malformations congénitales de Paris. Le premier concerne les anomalies de fermeture du tube neural. Pendant la période considérée sont observées une diminution des naissances d'enfants atteints d'anomalie de fermeture du tube neural, et une légère augmentation des interruptions médicales de grossesse pour cette indication. Le deuxième concerne les trisomies 21 pour lesquelles on ne constate pas de diminution du nombre de naissances d'enfants porteurs de trisomie 21 malgré l'augmentation du nombre d'interruptions médicales de grossesse dans cette indication. Cette évolution contradictoire peut, en partie, être expliquée par l'évolution démographique. En effet, 6 % des grossesses concernaient des femmes de plus de 35 ans en 1981 et 11 % en 1989. On note également une augmentation du nombre de grossesses chez les femmes de 30 à 34 ans. Un autre type d'impact du diagnostic anténatal concerne les malformations de l'appareil urinaire. On assiste à une augmentation apparente du nombre de naissances d'enfants porteurs de cette anomalie, simplement parce que le diagnostic a été fait plus fréquemment. Ces mêmes

Tableau II			
MODE DE DÉBUT DU TRAVAIL EN FONCTION DE L'ÂGE GESTATIONNEL ET DU POIDS DE NAISSANCE			
	Début du travail		
	Spontané	Déclenché	Césarienne
	%	%	%
Age gestationnel (semaines)			
≤ 34	69,3	3,7	27,0
35-36	73,2	8,7	18,1
37	71,9	12,9	15,2
38	70,2	16,6	13,2
39	75,7	15,0	9,3
40	83,5	12,2	4,3
41	76,5	20,2	3,3
≤ 42	58,5	37,2	4,3
S		$p < 0,001$	
Poids (g)			
< 1 500	50,6	2,6	46,7
1 500-1 999	61,9	8,2	29,9
2 000-2 499	71,6	12,2	16,2
2 500-2 999	78,2	12,9	8,9
3 000-3 499	77,6	14,9	7,5
3 500-3 999	75,9	18,2	5,9
≥ 4 000	72,7	20,4	6,9
Test global		$p < 0,001$	

Source : [3].

résultats sont également observés dans les autres registres français.

- *Le taux de prématurité* (naissance avant 37 semaines d'âge gestationnel) est passé de 8,2 % en 1972 à 4,8 % en 1989. En revanche, pendant la même période, il n'est pas constaté la même réduction des naissances

d'enfants de faible poids (*Tableau I*). Pour essayer d'expliquer cette discordance et l'effet éventuel des pratiques sur le taux de prématurité ou le taux d'enfants de faible poids de naissance, le *Tableau II* donne la fréquence des accouchements induits en fonction de l'âge gestationnel et du poids de naissance. Vingt-sept pour

Tableau III			
PRÉMATURITÉ ET GROSSESSE MULTIPLE			
	Age gestationnel (semaines)		
	< 35	35-36	> 36
Grossesse multiple			
non %	1,2	2,7	96,1
oui %	17,4	22,2	60,4
Test global		$p < 0,001$	

Source : [3].

Tableau IV						
PRÉVALENCE (POUR 1 000) DE L'INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE CHEZ LES ENFANTS DE 9 ANS						
	1972		1976		1981	
	n	‰	n	‰	n	‰
Infirmité motrice cérébrale d'origine :	153	1,01	123	1,00	141	1,08
pré- ou périnatale	91	0,60	81	0,66	95	0,73
post-natale	18	0,12	7	0,06	16	0,12
autres	44	0,29	35	0,28	30	0,23

Source : [4]. Étude réalisée dans 14 départements.

cent des accouchements avant 34 semaines surviennent après décision de césarienne avant début de travail, et la moitié des enfants de moins de 1 500 grammes sont nés après décision médicale. Un autre élément montre que les pratiques médicales peuvent avoir une influence sur le taux de prématurité (Tableau III). Quarante pour cent des grossesses multiples aboutissent à un accouchement prématuré et le pour-

centage d'accouchements avant 34 semaines est quinze fois plus élevé en cas de grossesse multiple qu'en cas de grossesse unique. On assiste à une augmentation très importante du nombre de grossesses multiples au cours des vingt dernières années. En particulier, l'incidence des grossesses triples a été multipliée par quatre entre 1972 et 1989. Cette augmentation est due essentiellement à l'évolution des traitements de la stérilité.

On estime qu'entre 1985 et 1989 26 % des accouchements triples ont eu lieu après une procréation médicalement assistée (PMA), et environ 50 % après un traitement de stimulation de l'ovulation.

• L'évolution de l'infirmité motrice cérébrale pour les générations 1972, 1976 et 1981 est donnée sur le Tableau IV. Elle concerne des enfants de 9 ans. L'infirmité motrice cérébrale liée à une origine pré-ou périnatale n'a pas varié entre 1972, 1976 et 1981, et reste remarquablement stable. Ces données sont observées dans tous les pays où il existe des statistiques fiables.

• La diminution de la mortalité infantile en France est très nette depuis les années 1970 (Tableau V), surtout dans sa partie néonatale. La mortalité a beaucoup moins diminué. Enfin, la mortalité post-néonatale stagne. Une des raisons de cette stagnation est l'augmentation du syndrome de la mort subite du nourrisson. Même si l'évolution de la mortalité maternelle était favorable dans les dix dernières années, elle est largement

Tableau V						
MORTALITÉ FOËTO-INFANTILE ET SES COMPOSANTES EN FRANCE DE 1955 A 1990 (TAUX ‰)						
Année	Mortinatalité	Mortalité périnatale ⁽¹⁾	Mortalité néonatale ⁽²⁾	Mortalité post-néonatale ⁽²⁾	Mortalité infantile ⁽²⁾	Mortalité foëto-infantile ⁽¹⁾
1955	17,1	33,4	20,8	17,7	38,6	55,1
1960	16,9	31,3	17,6	9,7	27,4	43,9
1965	15,1	27,7	15,2	6,7	21,9	36,7
1970	13,3	23,3	12,6	5,5	18,2	31,2
1975	10,9	18,1	9,2	4,7	13,6	24,6
1980	8,6	12,9	5,8	4,3	10,0	18,5
1981	8,2	12,3	5,5	4,2	9,7	17,8
1982	7,9	11,9	5,3	4,2	9,5	17,3
1983	7,6	11,4	5,0	4,1	9,1	16,6
1984	7,6	11,2	4,7	3,6	8,3	15,8
1985	7,3	10,7	4,6	3,7	8,3	15,6
1986	7,2	10,4	4,3	3,7	8,0	15,1
1987	6,9	9,9	4,1	3,8	7,8	14,6
1988	6,2	9,2	4,1	3,7	7,8	13,9
1989	6,1	8,9	3,8	3,7	7,5	13,5
1990	5,9	8,3	3,6	3,8	7,3	13,1

⁽¹⁾ Taux pour 1 000 naissances vivantes et sans vie.

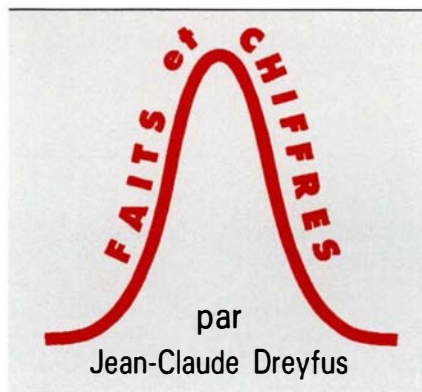
⁽²⁾ Taux pour 1 000 naissances vivantes.

Source : INSEE.

sous-estimée. M.-H. Bouvier-Colle [7] a pu retrouver, à partir d'une analyse des décès de femmes âgées de 15 à 44 ans, 68 décès de femmes enceintes sur lesquels 41 seulement apparaissaient comme des morts maternelles dans les statistiques de routine de l'INSEE et de l'Inserm. D'après ces données corrigées, on peut estimer à 18 pour 100 000 la mortalité maternelle en France.

Conclusion

Ce constat montre que de nombreux progrès ont été réalisés, mais certains indicateurs restent préoccupants. Ils concernent les handicaps à long terme, la mortalité maternelle, l'accès au diagnostic anténatal ■



Migrations internationales dans les pays de l'OCDE jusqu'en 1991

Summary

Perinatology in France : 20 years of evolution

In this article, the authors give information on the evolution of several health indicators concerning the perinatal period for the last twenty years. These indicators concern perinatal care, prenatal diagnosis, gestational age, birth-weight, cerebral palsy, fetal and infant mortality and maternal mortality. They show that during the last twenty years care during the perinatal period has changed dramatically in France. During the same period, preterm birth rates decreased from 8.2 % in 1972 to 4.8 % in 1989, as well as perinatal and neonatal mortality rates. In spite of this positive results, some indicators are not satisfactory, maternal mortality is underestimated and frequency of cerebral palsy remains stable.

Les migrations au sein des pays de l'OCDE, dont le nombre a dépassé 20*, se sont accentuées depuis 1990. Le SOPREMI (système d'observation permanent des migrations) en fait le point annuellement. On dispose actuellement du 19^e rapport, paru en juillet 1992. Les résultats doivent toujours en être interprétés avec prudence en raison des différences, tant réglementaires** que dans l'organisation des statistiques, entre les divers pays. Le *Tableau I* montre que le problème de l'immigration n'est pas nouveau. On voit non seulement que c'est l'Allemagne qui porte le plus lourd fardeau, mais aussi que des pays plus petits que la France accueillent proportionnellement plus d'étrangers.

Le *Tableau II* résume les entrées de demandeurs d'asile dans certains pays de l'OCDE. On connaît la complexité de ce problème ; si l'on recense bien le nombre des demandes, ainsi que les décisions prises, on sait mal ce que deviennent les déboutés, qui continuent de séjourner en situation irrégulière.

A tous égards, la situation de l'Allemagne est particulière. D'une part,

elle accorde et l'asile et la nationalité à de multiples catégories d'étrangers dont l'origine allemande est supposée ; d'autre part, la Constitution allemande interdit de refuser l'entrée à un demandeur d'asile ; il en résulte un accroissement énorme de ces catégories depuis 1988, compensant largement le déficit des naissances dû à une faible natalité. A l'inverse, les naturalisations par « droit du sol » sont accordées très parcimonieusement. L'ensemble de ces données place les autorités allemandes dans une situation difficile et le maintien de l'accès au droit d'asile est désormais battu en brèche (*Tableau III*) ■

* Hors l'Europe, font partie de l'OCDE : le Canada, les États-Unis, l'Australie et, depuis 1992, le Japon.

** Par exemple, la durée nécessaire pour qu'un séjour soit considéré comme une immigration n'est pas la même partout.

Source : *Population et Sociétés*, INED (Institut national d'études démographiques), janvier 1993, n° 275.

TIRÉS A PART

G. Bréart.