Situations périnatales à l'origine de handicaps

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…) constitue 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, des accidents neurologiques ou de l'asphyxie périnatale. En se fondant sur les recommandations du projet européen Peristat, les indicateurs retenus sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance et du score d'APGAR à 5 minutes. L'indicateur complémentaire sur la prévalence du handicap d'origine périnatale n'est pas disponible à ce jour. Il apparaît à cet égard nécessaire de développer les registres départementaux des handicaps, qui constituent aujourd'hui les seules sources permanentes validées sur le handicap d'origine périnatale, et d'expertiser les possibilités de productions de données nationales validées pour quelques pathologies traceuses (telles l'infirmité motrice cérébrale).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et distribution de la prématurité

En 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait un taux de prématurité globale (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée) égal à 7,2% en France métropolitaine pour l'ensemble des naissances (vivants et mort-nés), contre 5,9% en 1995 et 6,8% en 1998 (tableau 1).

La part des prématurés est élevée parmi les mort-nés. Si l'on se restreint aux naissances vivantes, le taux de prématurité était un peu plus faible en 2003. Il atteignait 6,3%, ce qui représente environ 48000 naissances (tableau 2), contre 6,2% en 1998 et 5,4% en 1995. Ce taux était de 5,0% pour les naissances uniques et 44,3% pour les naissances multiples (tableau 3). Le taux de grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines était globalement égal à 1,6% en 2003, soit 0,9% des naissances vivantes (0,7% pour les naissances uniques et 5,4% pour les naissances multiples).

Entre 1995 et 1998, l'augmentation du taux de prématurité s'expliquait essentiellement par l'augmentation des naissances gémellaires et du taux de prématurité parmi ces naissances. L'essentiel des évolutions observées entre 1998 et 2003 est au contraire lié à l'augmentation de la prématurité parmi les naissances uniques: 5,0% en 2003 contre 4,7% en 1998 et 4,5% en 1995 (naissances vivantes), cette tendance étant toutefois à la limite de la signification.

L'enquête nationale Périnatale ne permet pas d'assurer une précision suffisante au niveau régional, mais relève toutefois de fortes disparités entre la métropole et les départements d'outre-mer qui présentaient en 2003 un taux élevé d'enfants nés prématurément (12,0% des enfants nés vivants).

Les comparaisons européennes effectuées pour le projet Peristat, montrent que, pour les années 1998-2000, le taux de prématurité variait de 5 à 8% pour les naissances vivantes, ce qui plaçait la France en position intermédiaire. Les variations étaient plus faibles pour les grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines, avec un pourcentage compris entre 0,7 et 1,4%. Les valeurs observées en France étaient de 0,76% en 1998 et de 0,87% en 2003[1].

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). En 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait que 8% de l'ensemble des enfants nés[2] en France métropolitaine pesaient moins de 2500 grammes (tableau 4).

Rapportée aux naissances vivantes, cette proportion s'élevait à 7,2% en métropole en 2003 (5,5% pour les naissances uniques et 55,9% pour les naissances multiples) contre 6,8% en 1998 et 5,7% en 1995 (tableaux 5 et 6). Les bébés de très petits poids (<1500 grammes), représentaient 0,85% des naissances vivantes en 2003 (poids inférieur à 1000 g: 0,3%) contre 0,8% en 1998 et 0,7% en 1995.

De même que pour la prématurité, la prévalence des nouveau-nés de petit poids de naissances était particulièrement élevée dans les départements d'outre-mer (12,3% des naissances vivantes). Le poids de naissance moyen dans une population peut varier selon l'âge maternel, la parité, ainsi que le poids et la taille des parents. Les comparaisons réalisées dans le cadre du projet européen Peristat montrent ainsi que les prévalences des nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500 g (naissances vivantes) variaient de 4,5 à 8,5% selon les pays au début du vingt et unième siècle (moins de 5% au Danemark, en Finlande, en Irlande, au Luxembourg et en Suède). Les écarts pour les très petits poids sont plus faibles, la prévalence des naissances avec un poids de moins de 1500 g variant de 0,8% à 1,2% selon les pays.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Distribution des scores d'APGAR à 5 minutes

Le score d'APGAR a été retenu comme indicateur approchant les situations de souffrance périnatale. En 2003, selon l'enquête nationale Périnatale, la proportion d'enfants ayant à 5 minutes un score inférieur à 7 était égale à 0,7% en France métropolitaine, et ceux ayant un score inférieur à 4, à 0,2% (tableau 7). Ces prévalences sont assez proches de celles qui ont été observées en 1998 en France métropolitaine (tableau 8). Les prévalences recueillies dans le cadre du projet Péristat étaient de l'ordre de 2 pour 1000 pour les scores inférieurs à 4, et de 1 à 1,5% pour les scores inférieurs. ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-DREES.
Mise à jour de la fiche juin 2006.

1. Buitendijk S. *et al.,* 2003, «Indicators of fetal and infant health outcomes», *European journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 111, p. 66-77.
2. Vivants ou mort-nés.

synthèse

En 2003, 6,3% des naissances vivantes survenues en France métropolitaine étaient prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (44,3%). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2500 g) était de 7,2% parmi les naissances vivantes (56,3% en cas de naissance multiples). Depuis 1998, on note une augmentation toutefois non significative de la proportion de petits poids de naissances parmi les naissances vivantes uniques, une tendance similaire, moins marquée, étant observée pour la prématurité. Pour partie, cette évolution pourrait être liée aux décisions médicales de provoquer l'accouchement dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant. Les départements d'outre-mer enregistrent une situation plus défavorable caractérisée par des taux élevés de naissances prématurées et d'enfants de petits poids de naissance (respectivement 12,0 et 12,3% des naissances vivantes).

Tableau 1 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 (toutes naissances)

En %	France métropolitaine			DOM		
Âge gestationnel	Naissances uniques	Naissances multiples	Total	Naissances uniques	Naissances multiples*	Total
22 à 27 semaines	0,8	2,4	0,9		–	
28 à 30 semaines	0,5	1,9	0,5	1,6	–	2,5
31 semaines	0,2	2,0	0,3		–	
32 semaines	0,2	2,9	0,3	0,5	–	0,5
33 et 34 semaines	0,9	12,2	1,3	1,0	–	2,4
35 et 36 semaines	3,2	23,8	4,0	6,6	–	7,2
37 semaines et plus	**94,2**	**54,8**	**92,8**	**90,3**	–	**87,4**

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par âge gestationnel dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM. **Sources** : ENP 2003.

Tableau 2 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine			DOM		
Âge gestationnel	Naissances uniques	Naissances multiples	Total	Naissances uniques	Naissances multiples*	Total
22 à 27 semaines	0,2	1,8	0,3		–	
28 à 30 semaines	0,4	2,0	0,4	1,2	–	2,1
31 semaines	0,2	1,6	0,2		–	
32 semaines	0,2	3,0	0,3	0,5	–	0,5
33 et 34 semaines	0,9	12,0	1,2	1,0	–	2,4
35 et 36 semaines	3,2	23,9	3,9	6,4	–	7,1
37 semaines et plus	**95,0**	**55,7**	**93,7**	**90,9**	–	**88,0**

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par âge gestationnel dans les DOM.

Champ : Naissances vivantes en France métropolitaine. **Sources** : ENP 2003.

Tableau 3 • Évolution de la proportion d'enfants prématurés dans les enquêtes nationales périnatales (naissances vivantes)

En %	1995	1998	2003
Métropole	5,4	6,2	6,3
Naissances uniques	4,5	4,7	5,0
Naissances multiples	39,2	46,8	44,0
DOM	8,8*	11,4	12,0

* Antilles Guyane. **Champ** : France entière. **Sources** : ENP 1995, 1998 et 2003.

Tableau 4 • Répartition des enfants selon leur poids à la naissance (toutes naissances)

En %	France métropolitaine			DOM		
Poids en grammes	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances	Naissances uniques	Naissances multiples*	Toutes naissances
< 1 000	0,9	2,2	0,9	0,5	–	0,6
1 000 à 1 499	0,5	2,8	0,6	0,8	–	1,1
1 500 à 2 499	4,9	51,6	6,5	8,4	–	11,1
2 500 et plus	93,7	43,4	92,0	90,3	–	87,2

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par poids de naissance dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM. **Sources** : ENP 2003.

Tableau 5 • Répartition des enfants selon leur poids à la naissance (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine			DOM		
Poids en grammes	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances	Naissances uniques	Naissances multiples*	Toutes naissances
< 1 000	0,2	1,6	0,3	0,0	–	0,2
1 000 à 1 499	0,5	2,8	0,6	0,8	–	1,1
1 500 à 2 499	4,8	51,7	6,3	8,1	–	10,9
2 500 et plus	94,5	43,9	92,8	91,1	–	87,8

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par poids de naissance dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM. **Sources** : ENP 2003.

Tableau 6 • Évolution de la distribution du poids de naissance (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine		
Poids en gr	1995	1998	2003
< 1 500	0,7	0,8	0,85
1 500 à 1999	1,1	1,2	1,4
2 000 à 2 499	3,9	4,7	5,0
< 2 500	5,7	6,8	7,2
DOM			
< 2 500	10,7*	11,7	12,3

* Antilles-Guyane. **Champ** : Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : ENP 1995, 1998 et 2003.

Tableau 7 • Scores d'APGAR à 5 minutes en 2003

En %	Métropole	DOM	France entière
< 4	0,2	0,2	0,2
< 7	0,7	0,5	0,7

Champ : Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

Tableau 8 • Évolution du score d'Apgar entre 1995 et 2003

En %	1995	1998	2003
France métropolitaine			
< 4	0,3	0,1	0,2
< 7	0,9	0,6	0,7
DOM*			
< 4	0,6	0,7	0,2
< 7	1,0	2,2	0,5

* Antilles-Guyane.

Champ : Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : Enquête nationale Périnatale 2003.

CHAMP • France.

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales 2003 (1995, 1998) (INSERM-DREES-DGS - Conseils généraux) Toutes les naissances une semaine donnée : ensemble des enfants d'âge gestationnel minimum de 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 grammes à la naissance nés entre le 13 et le 19 octobre 2003.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Nombre de nouveau-nés de terme inférieur à 37 semaine rapporté aux naissances.

LIMITES ET BIAIS • Limites de précision liées à la taille de l'échantillon pour les petits pourcentages. En particulier, l'effectif de l'échantillon (N = 15 000) ne permet d'estimer le taux de grande prématurité avec précision.

RÉFÉRENCES •

- Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, : « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », rapport INSERM- DGS-DREES.
- 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 INSERM- DGS-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.

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