

Vers une amélioration de la situation périnatale dans le Nord – Pas-de-Calais...

Avec 58 235 naissances en 2000 et un taux de natalité de 13,6 pour 1 000¹, la région Nord – Pas-de-Calais demeure une région à forte natalité, malgré des disparités entre les secteurs. La prise en charge de la grossesse et des nouveau-nés représente donc un enjeu important. De nombreux progrès dans le domaine de l'obstétrique et de la néonatalogie ont permis, ces dernières décennies, une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Essentiellement basés sur les statistiques² de 1993³ et 2000-2001 des services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais, les résultats présentés ci-après mettent en évidence les évolutions dans le domaine de la périnatalité⁴.

Bref profil sociologique des femmes ayant donné naissance

Globalement, la comparaison entre 1993 et 2000 met en évidence un certain recul de l'âge de la mère à la naissance. En effet, la part des femmes de 18 à 25 ans ayant accouché passe de 33,3 % en 1993 à 29,5 % des naissances de l'année 2000, alors que la part des femmes de 26 à 37 ans varie de 53,1 % en 1993 à 60,44 % en 2000. Les naissances issues de femmes de 38 ans et plus ont également légèrement augmenté (de 3,8 % à 4,2 %). Par contre, les grossesses de jeunes femmes mineures restent stables et représentent, comme en 1993, 1,1 % des naissances de la région.

La proportion de femmes vivant seules (nous dirons femmes car la proportion d'hommes est minime, même si elle tend à augmenter) au moment de la naissance a légèrement augmenté (2,76 % des naissances en 1993, 2,82 % en 2001). Mais cette légère progression pour la région cache une disparité entre les deux départements : la proportion de mères isolées a augmenté dans le Nord mais a baissé dans le Pas-de-Calais, d'autre part, les mères isolées sont largement plus représentées dans le Nord (3,69 % en 2001) que dans le Pas-de-Calais (1,23 % en 2001).

Les emplois occupés par les femmes sont majoritairement de type employés (22,3 % en 2001) et professions intermédiaires (16,5 % en 2001). La part de cette dernière catégorie socioprofessionnelle tend d'ailleurs à augmenter entre 1993 et 2001, notamment grâce au département du Nord ; les cadres et professions intellectuelles supérieures sont également en hausse, avec une progression de près d'un point entre nos deux années de référence. Par contre, les femmes sans activité professionnelle au moment de la naissance sont largement représentées (45,3 %), et cette proportion a même augmenté (de 3 points) entre 1993 et 2001.

Vers une intensification du suivi prénatal ?

Sept consultations prénatales pour une grossesse "normale" sont requises et constituent le nombre légal de visites à réaliser. L'enquête nationale de Blondel⁵ montre d'ailleurs que les grossesses peu ou pas suivies ont un risque relatif de mortalité périnatale multiplié par 2, et des risques de prématurité et de poids inférieur à 2 500 g multiplié par 3 par rapport aux grossesses bien suivies. Une nette amélioration du suivi des femmes est constatée au travers des consultations prénatales dans la région. Les naissances ayant fait l'objet de moins de 3 consultations prénatales représentent désormais une faible part des naissances (0,76 % en 2001 contre 1,99 % en 1993). Le pourcentage de naissances ayant bénéficié de moins de 7 consultations est également en baisse puisqu'il représente 10,75 % des enfants nés en 2001, contre 22,99 % des naissances de 1993. A noter que le Pas-de-Calais réalise un meilleur suivi de ses parturientes puisque seulement 7,9 % de celles ci ont réalisé moins de 7 consultations prénatales contre 12,28 % dans le Nord. Même si ces pourcentages sont tous en baisse, le suivi de la grossesse montre encore des carences (les taux

¹ En 2000, le taux de natalité de la France était de 13,2 pour 1 000.

² Ces informations sont elles-mêmes issues du premier certificat réalisé par un médecin ou un pédiatre dans les 8 premiers jours après la naissance.

³ Tillard B, Vittrant C, Fourmentraux JP, Schmitt MO. *Le premier certificat de santé de l'enfant 1993*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, 1995 ; 35 p.

⁴ La périnatalité correspond à la période suivante : de la 28^{ème} semaine de gestation au 6^{ème} jour après la naissance.

⁵ cité in www.arh5962.fr dans la rubrique La politique sanitaire /Planification/SROS/Le SROS Périnatalité.

encore importants de pathologies évitables en partie comme les prématurés, les enfants de petits poids en témoignent).

La préparation psychoprophylactique à l'accouchement (consistant en 6 à 8 séances de préparation à la naissance) touche de plus en plus de naissances tout en restant insuffisante. Ainsi, 18,0 % des naissances en 2001 ont été précédées d'une préparation alors que seulement 9,5 % des naissances l'avaient été en 1993. Les disparités entre les deux départements de la région sont fortes : la préparation à l'accouchement dans le Nord a touché 22,0 % des naissances en 2001 (10,3 % en 1993) contre seulement 10,7 % dans le Pas-de-Calais (7,67 % en 1993). Le Pas-de-Calais est donc largement en deçà du Nord et progresse lentement dans ce domaine.

Suivi de la grossesse (en % des naissances)

	1993	2001
Visites prénatales		
Moins de 3	2,0	0,8
Moins de 7	23,0	10,8
Préparation psychoprophylactique à l'accouchement	9,5	18,0

Source : Services de Protection Maternelle et Infantile du Nord et du Pas-de-Calais.

Évolution des pratiques dans le déroulement de l'accouchement

La comparaison des chiffres des années 1993 et 2001 concernant la césarienne montre une tendance à l'accroissement de cette pratique. Ainsi, 14,1 % des nouveau-nés en 1993 contre 17,7 % en 2001 sont nés par césarienne. L'évolution est similaire dans les deux départements mais le Nord a une proportion de césariennes plus élevée que le Pas-de-Calais.

Une naissance sur 5 fait l'objet d'un déclenchement et 60,1 % des accouchements se font sous péridurale (62,6 % dans le Nord et 55,5 % dans le Pas-de-Calais). N'ayant pas de chiffres de source identique pour l'année 1993, il n'est pas possible de mesurer l'évolution de ces pratiques. Il semble cependant qu'elles soient à la hausse au niveau national ; ceci traduisant une augmentation de la volonté de maîtrise du travail et de l'accouchement.

État de santé à la naissance et allaitement

Prématurité et faible poids

Le taux de prématurité (naissances avant 37 semaines) n'a pas diminué entre 1993 et 2001. Au contraire, les naissances à moins de 37 semaines ont augmenté en passant de 5,0 % en 1993 à 6,5 % des naissances en 2001. Les naissances de nouveau-nés de moins de 33 semaines ont également progressé, mais dans une moindre mesure (0,9 % en 1993 et 1,2 % en 2001). Le nombre d'enfants de faible poids (moins de 2 500 grammes) a également augmenté depuis 1993. Les enfants de moins de 2,5 kg représentaient 6,3 % des naissances en 1993, en 2001, ils en représentent 7,1 %. C'est surtout dans le Nord que l'augmentation du nombre d'enfants de faible poids est marquée, avec une hausse de près de 1 point entre 1993 et 2001 (6,3 puis 7,1 %). Les enfants de très petit poids à la naissance (moins de 1,5 kg) sont aussi plus nombreux mais dans une moindre mesure puisqu'ils représentent moins d'1 % des naissances en 2001 (contre 0,6 % en 1993).

Prématurés et faibles poids (en % des naissances)

	1993	2001
Prématurés de moins de 33 semaines	0,9	1,2
Prématurés de moins de 37 semaines	5,0	6,5
Poids inférieur à 1 500 g	0,6	0,8
Poids inférieur à 2 500 g	6,3	7,1

Source : Services de Protection Maternelle et Infantile du Nord et du Pas-de-Calais.

Les modifications de pratiques qui tendent à faire naître de plus en plus précocement les enfants menacés *in utero* sont la principale raison de ces hausses de prématurés et d'enfants de faible poids. À cela s'ajoute l'augmentation du nombre d'enfants issus de grossesses multiples (en lien avec l'accroissement des traitements de la stérilité), enfants chez lesquels prématurité et faible

poids sont courants (au niveau national, en 1998, les jumeaux nés vivants sont prématurés dans 48 % des cas et sont de faible poids dans 56 % des cas⁶).

Score Apgar et allaitement

L'état de santé à la naissance est mesuré par le score d'Apgar qui consiste à évaluer à la naissance cinq éléments cotés de 1 à 2 : fréquence cardiaque, effets respiratoires, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée. Ce score, établi à la cinquième minute de vie, fournit des informations quant à l'adaptation à la vie extra-utérine. 0,4 % des enfants nés en 2001 ont un score d'Apgar inférieur à 7 ; ce qui peut être considéré comme un critère de souffrance néonatale. Le pourcentage de nouveaux-nés ayant fait l'objet d'un transfert post-natal (vers un autre service ou un autre établissement) s'élève à 4,6 % des naissances en 2001. Ce pourcentage a légèrement diminué puisqu'il se situait à 5,8 % en 1993 ; soit une baisse de 1 point en 8 ans. La baisse des transferts post-natals a davantage diminué dans le Pas-de-Calais, en atteignant une baisse de 1,8 points entre 1993 et 2001.

L'allaitement concerne en 2001 42,8 % des nouveau-nés de la région. Cette pratique s'élargit de plus en plus puisqu'en 1993 seulement 34,6 % des enfants étaient allaités à la naissance. Le département du Nord se différencie du Pas-de-Calais avec une proportion beaucoup plus importante d'enfants allaités (48,1 % contre 33,0 % en 2001). L'évolution de la pratique de l'allaitement dans le Pas-de-Calais s'est cependant améliorée puisqu'elle augmente de près de 8 points entre 1993 et 2001 (pour la même période, le Nord a connu une évolution de 9 points). Il faut cependant nuancer ces chiffres, puisqu'ils proviennent du premier certificat de naissance de l'enfant (le plus souvent réalisé par le pédiatre durant le séjour en maternité), et qu'il est très probable que la proportion d'enfants allaités baisse dès le retour à domicile.

La politique régionale de santé périnatale

Depuis 1994, une politique de Santé Publique concernant la périnatalité a été mise en place au niveau national, afin de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Aujourd'hui, dans le Nord – Pas-de-Calais, cette politique repose sur le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) défini pour la période 2000-2005. Le SROS participe à l'objectif principal, commun à l'ensemble du dispositif, tel qu'il a été défini par le plan gouvernemental d'avril 1994 : réduire de 8 à 4 par an les décès maternels et de 30 à 50 % la mortalité et la morbidité périnatale, sur cinq ans.

Les objectifs opérationnels du SROS, pour les 5 ans à venir sont les suivants :

- globaliser les surveillances de la grossesse, de la naissance et de ses suites par l'insertion du réseau sanitaire au sein du dispositif général ;
- garantir l'accessibilité au sein de la zone de référence à une structure de qualité offrant toutes les conditions de sécurité et adaptée à l'état de la mère et/ou du nouveau-né ;
- prendre en charge la dimension psychologique de la périnatalité.

Concrètement, la mise en œuvre des politiques régionale et nationale en matière de périnatalité a permis, d'une part, l'apport de moyens techniques et humains, et, d'autre part, des opérations de modernisation et de restructuration de l'activité obstétrique ainsi que la mise en place d'une évaluation permanente de la périnatalité (le COTER, COmité TEchnique Régional périnatalité). Elle permet également la mise en place des réseaux périnatalité qui vont permettre une orientation de la femme enceinte vers la maternité la plus à même de prendre en charge les risques décelés pour elle et son enfant. L'objectif est donc de mettre en place dans chaque bassin de vie (Métropole, Artois, Littoral, Hainaut), un réseau périnatalité où coopèrent les centres de périnatalité, les sages-femmes de PMI, les sages-femmes libérales et certains médecins libéraux. Ces réseaux permettront alors de mieux suivre les grossesses et dépister les grossesses pathologiques (pour lesquelles il sera possible de bénéficier des plateaux techniques performants), de favoriser les accouchements de proximité, de réduire au maximum les transferts des prématurés et de favoriser les transferts *in utero*.

La situation sanitaire en matière de périnatalité dans la région Nord – Pas-de-Calais s'améliore mais reste tout de même en dessous du niveau de la France métropolitaine. La mise en place d'une

⁶ Badeyan G, Wcislo M. La situation périnatale en France en 1998. *Études et Résultats* n°73, juillet 2000.

nouvelle politique régionale de santé périnatale devrait pallier les insuffisances du Nord – Pas-de-Calais, et devrait permettre à notre jeune région de rejoindre la moyenne nationale (qui elle-même risque de s'améliorer du fait de l'envergure hexagonale de la politique de Santé Publique).

Paru in Moniteur 2002 des Programmes Régionaux de Santé Nord – Pas-de-Calais et du PRASE

Contact : Samantha Lepez, 03-20-15-49-20