



Ce travail a nécessité la collaboration de différents organismes. Un comité de pilotage a été créé pour enrichir le document et mieux cibler les problématiques actuelles. Nous tenons à remercier l'ensemble des organismes et des personnes ayant participé à la réalisation de ce document :

- Les services de Protection maternelle et infantile de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
 - La Caisse d'allocations familiales des Bouches-du-Rhône ;
 - La Caisse nationale des allocations familiales ;
 - La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
 - L'association départementale des Bouches-du-Rhône du Mouvement français pour le planning familial ;
 - Le Groupement régional pour l'action et l'information des femmes et des familles.
-

Autour de la grossesse

Contraception, prise en charge des femmes et des nouveau-nés en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Ce dossier thématique présente les données de santé autour de la naissance en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Il s'agit d'un document qui rassemble des informations sur les femmes enceintes et les enfants de moins d'un an. Ce document est consacré en partie à l'analyse du comportement des femmes face à la maternité, et à leur suivi au cours de la grossesse. Une deuxième partie s'attache à la santé des nouveau-nés ainsi qu'à leur prise en charge.



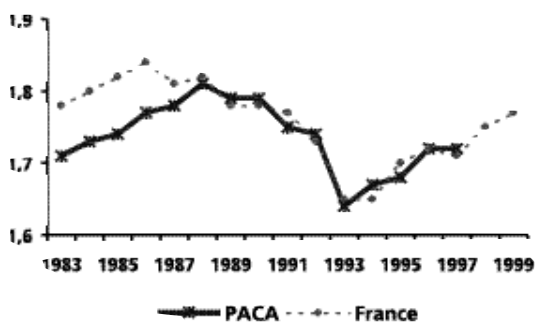
Synthèse : autour de la grossesse

1- Une reprise de la fécondité

La fécondité des femmes qui avait chuté régulièrement en France comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur depuis les années 70 et jusqu'en 1993, est actuellement en augmentation.

L'indice conjoncturel de fécondité était au plus bas en 1993 avec 1,64 enfant par femme en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il atteint 1,72 enfant par femme en 1997. Cette évolution est généralisée à l'ensemble du territoire français et semble perdurer puisque d'après les prévisions de l'INED, l'indicateur atteint 1,75 en 1998, et 1,77 en 1999.

Indice conjoncturel de fécondité en France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, entre 1983 et 1999



Source : INSEE

2 - Des progrès médicaux et de nouveaux moyens pour assurer une meilleure santé des femmes et des nouveau-nés

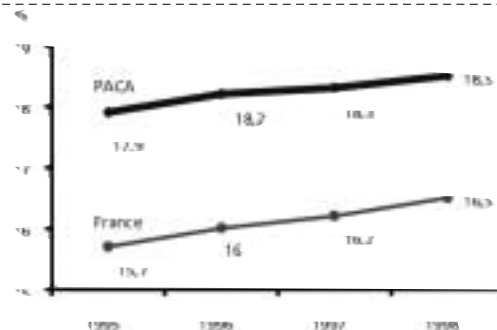
Une prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés largement intensifiée

Depuis les 20 dernières années on peut constater des évolutions considérables concernant les pratiques médicales et les moyens mis en œuvre pour améliorer la situation sanitaire des mères et des nouveau-nés.

Les femmes enceintes bénéficient de consultations prénatales obligatoires. Leur suivi est considéré comme satisfaisant lorsqu'elles ont subi au moins 7 consultations prénatales. Or d'après les enquêtes périnatalité réalisées entre 1981 et 1998 la surveillance des femmes enceintes s'est largement intensifiée en France. Le pourcentage de femmes ayant eu plus de 7 consultations est passé de 43% à 71% entre 1981 et 1998 au niveau national.

D'autre part, le pourcentage des déclenchements de naissances a doublé entre 1981 et 1995 ; celui des péridurales est passé de 4% à 49%. Au cours de la même période, la part des césariennes est passée de moins de 11% à 16,5% en France et dépasse 18% en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces évolutions sont expliquées en partie par une intensification de la surveillance prénatale et une recherche accrue de sécurité pour la mère et l'enfant.

Evolution du taux de césarienne en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en France



Source : INSEE

Des progrès dans la procréation médicalement assistée

Depuis la naissance du premier bébé éprouvette en 1978, la procréation médicalement assistée a connu un essor considérable. En 20 ans, plus de 50 000 enfants ont vu le jour en France et chaque année plus de 70 000 couples consultent pour une aide médicale à la procréation. L'enquête périnatale de 1998 a estimé que 6% des femmes ont eu un ou plusieurs enfant(s) après un traitement de la stérilité.

Le taux de réussite des grossesses par assistance médicale est en continuelle augmentation, il avoisinait 19% en 1996.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la part des naissances par procréation médicalement assistée représentait 1,3% des naissances régionales en 1998.

Une évolution des techniques d'interruption des grossesses

Entre 1990 et 1996, on remarque une évolution importante dans les techniques utilisées pour les interruptions volontaires de grossesses en France. La part des IVG par aspiration seule diminue et laisse une place plus importante aux techniques associées ainsi qu'à l'IVG médicamenteuse (RU 486).

Cependant, il existe des disparités régionales. En Provence-Alpes-Côte d'Azur par exemple, près d'un établissement sur trois ne propose pas du tout le RU 486 et certains établissements imposent leur méthode d'IVG.

Une chute spectaculaire de la mortalité infantile

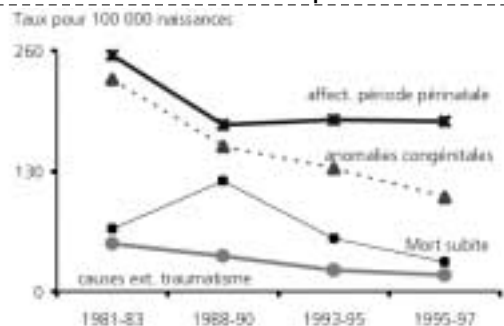
L'évolution des techniques médicales et les moyens de prévention mis en place ont permis de réduire de moitié le taux de mortalité infantile en près de 15 ans en France comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

On peut noter entre autres, une chute spectaculaire de la mortalité par mort subite du nourrisson.

D'autre part, on constate une réduction de l'incidence des anomalies congénitales expliquée entre autres par la diffusion du diagnostic prénatal.

Synthèse : autour de la grossesse

Taux de mortalité infantile par causes
en Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : INSEE

3 - Ces progrès médicaux et ces moyens mis en place profitent-ils à toutes les catégories de la population ?

Malheureusement ces progrès ne bénéficient pas à tout le monde. De nombreuses femmes échappent aux moyens de prévention mis en place et ont des risques plus importants de grossesses avec complications.

L'environnement social des parents joue un rôle important sur les taux de mortalité infantile ou les indicateurs de morbidité. Ainsi, par exemple le taux de mortalité infantile variait, sur la période 1984-89, de 8,5‰ chez les agricultrices, à 6,6‰ chez les employées, et à 6,1‰ pour les professions intermédiaires.

Des écarts sont retrouvés également pour les indicateurs de morbidité (telles que prématurité, hypotrophie, malformations congénitales...) selon la situation sociale des parents. Ainsi le taux de prématurité passe de 3,4% parmi les femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat à 5,4% pour les femmes ayant un niveau d'études primaires et le taux d'hypotrophie de 5,8% à 9,9% pour les mêmes groupes. D'autre part, le rôle du tabagisme maternel est reconnu comme facteur de risque de l'hypotrophie. Or il est plus fréquent parmi les populations défavorisées.

Les femmes issues du bas de l'échelle sociale sont moins bien suivies

Les femmes ayant peu de ressources sont moins bien suivies pendant leur grossesse et présentent des indicateurs de santé souvent plus défavorables. Or d'après l'enquête périnatalité de 1998, près d'un tiers des femmes était en situation de difficulté sociale (revenus provenant d'allocations : chômage, de stage, RMI, API...)

Même si la part des femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse est faible, (de l'ordre de 1% en France), elle ne diminue malheureusement pas. Les femmes qui

consultent peu sont en général plus jeunes, vivent plus souvent seules et sans couverture sociale.

L'enquête périnatalité de 1998 a révélé par exemple que près de 16% des femmes dont les ressources proviennent d'allocations (API, RMI, allocation de chômage ou de stage) ont eu moins de 7 consultations prénatales contre 8% pour les autres femmes. De même elles ont plus fréquemment des problèmes de santé liés à la grossesse et sont plus souvent hospitalisées (24% contre 20,6%)

Pour ces femmes peu suivies les risques de prématurité de l'enfant sont multipliés par 4 par rapport à celles ayant subi un suivi médical régulier.

Les conditions socio-économiques pèsent manifestement sur le mauvais suivi de la grossesse et par conséquent sur la mortalité périnatale et infantile. Une attention toute particulière doit être menée auprès des femmes en situation de précarité.

Bien souvent, les zones où la natalité est la plus élevée correspondent à celles possédant un fort taux de chômage. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, il s'agit essentiellement des zones littorales des Bouches du Rhône et du Var. Ce constat met en évidence la nécessité d'orienter des actions spécifiques en direction des zones (communes ou quartiers) ayant de forts taux de précarité.

Des ruptures familiales qui aggravent les situations de précarité

D'autre part, on assiste de plus en plus à des transformations structurelles de la famille liées souvent à des formes de précarité. Les ruptures familiales (séparation, divorce, veuvage...) apparaissent souvent comme une source d'exclusion et d'appauvrissement des ménages. Le nombre de familles monoparentales augmente régulièrement depuis quelques années. En France en 1998, plus d'un million de femmes élevaient seules des enfants et parmi elles, 18% étaient inactives. Le chiffre des femmes seules ayant des enfants à charge avoisine les 110 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Pour prémunir les personnes seules avec enfant(s), des conséquences financières de leur situation d'isolement des aides sociales ont été mises en place en particulier l'allocation parent isolé (API).

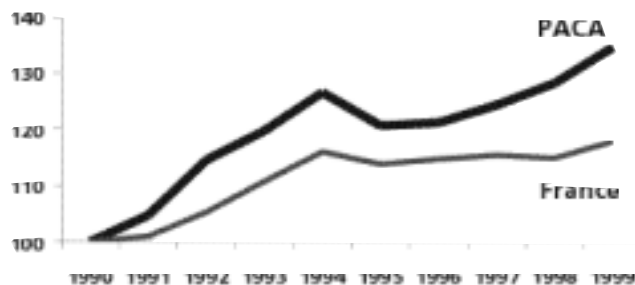
Depuis 1990, le nombre d'allocataires de l'API de la région augmente deux fois plus vite qu'à l'échelle nationale. Cette évolution peut être le signe d'un phénomène de précarité et d'isolement des mères plus important dans la région.

L'allocation parent isolé concerne presque exclusivement des femmes et plus de la moitié d'entre elles ont moins de 30 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Il existe une réelle nécessité de prendre en compte les nouvelles données de la société pour se prémunir des conséquences sur l'état de santé des femmes et des nourrissons.

Synthèse : autour de la grossesse

Progression des effectifs des bénéficiaires de l'API
entre 1990 et 1999



Source : INSEE

Cette évolution illustre l'importance d'une information précoce sur les moyens contraceptifs et la nécessité de mener des actions de prévention et d'informations auprès des jeunes.

Les programmes mis en place et les progrès médicaux ont participé à l'amélioration de la santé périnatale, cependant on peut constater qu'il existe encore des inégalités sociales en ce qui concerne les taux de mortalité, de prématurité ou d'hypotrophie. Cette situation rend prioritaire la réduction des inégalités sociales concernant la santé périnatale.

Un retard important dans la diffusion de l'information sur la contraception

Malgré les outils mis en place par les services de PMI, les campagnes d'informations nationales ou encore les actions menées par le Mouvement français pour le planning familial ou les différentes associations travaillant dans le secteur, il existe des disparités d'accès à la contraception ou à l'avortement chez les femmes.

Le nombre de grossesses non désirées en France demeure élevé. On en dénombre environ 10 000 par an chez les adolescentes (dont 60% se soldent par une IVG) et 400 000 chez les adultes (dont 50% d'IVG).

10% des cas d'IVG seraient dus à un oubli de pilule, plus de 50% à un rapport non protégé et plus de 30% à l'utilisation d'une méthode contraceptive insuffisamment efficace.

Le Mouvement français pour le planning familial et les centres de planification et d'éducation familiale des PMI signalent des obstacles à la diffusion de la contraception. On peut constater d'une part un manque de centres de planification et/ou de planning familial hors des zones urbaines et des difficultés de recrutement de gynécologues dans ces centres. D'autre part, le coût de la contraception constitue souvent un réel problème pour les personnes en difficultés.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le recours à l'avortement reste plus important par rapport au niveau national. En 1996, la région affichait un taux d'IVG de 22% contre 17,7% niveau national.

L'effectif des IVG est en continuelle augmentation depuis 1990 et dépasse les 20 000 en 1998 en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Entre 1994 et 1996, les taux d'IVG ont augmenté à tous les âges. Cependant la plus forte, et par conséquent la plus préoccupante, augmentation est attribuée aux jeunes femmes de moins de 20 ans.