

3.1 Autour de la **grossesse**

Contexte **national**

En 2000, avec un total de 812 149 nouveau-nés, la natalité a augmenté légèrement en France par rapport à 1998. Le redressement amorcé fin 1994 se maintient depuis 6 ans. L'indice conjoncturel de fécondité a atteint 1,9 enfants en 2001. Pour l'ensemble de l'Union Européenne, il est proche de 1,45 enfants par femme depuis 1993. Les indicateurs les plus faibles d'Europe sont en Espagne et en Italie avec 1,2 enfants par femme.

En France, les grossesses sont d'une façon générale de plus en plus tardives. L'âge moyen à la maternité était de 29,3 ans en 1998, soit un an de plus qu'en 1990. Cette évolution est due à deux mouvements simultanés de la fécondité : une baisse chez les femmes avant 30 ans (particulièrement chez les 20-24 ans), une augmentation chez les femmes après 30 ans.

Le suivi des femmes enceintes s'est beaucoup amélioré notamment avec le développement de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Créée en 1945 pour lutter contre une mortalité infantile importante, la PMI a mis l'accent, dès les années 60, sur la prévention et la détection précoce des déficiences invalidantes, dont beaucoup étaient consécutives à une grossesse ou à une naissance perturbée. À partir des années 70, s'est développée une politique périnatale où les services de PMI ont joué un rôle essentiel. C'est notamment le cas pour le repérage et la prise en charge des familles en difficultés psycho-socio-éducatives.

D'après l'enquête nationale sur la périnatalité de 1998, la majorité des femmes bénéficie des sept examens prénatals obligatoires mais elles sont 1 % à avoir eu moins de 4 consultations et 6,5 % à n'avoir pas consulté l'équipe responsable de l'accouchement.

Parallèlement, les techniques de diagnostic anténatal sont de plus en plus précises et la prise en charge de la stérilité s'est développée, notamment l'assistance médicale à la procréation. Le développement de ces techniques pose un certain nombre de problèmes. La loi du 29 juillet 1994 concernant la bioéthique donne un cadrage à certains d'entre eux.

La mortalité maternelle se situe à un niveau très faible dans les pays développés. En 1995-97, en France, le nombre de décès annuel ayant pour causes des complications de grossesse, d'accouchement ou de suites de couches était de 78, ce qui équivaut à un taux de mortalité maternelle de 10,7 décès pour 100 000 naissances, ce chiffre étant probablement sous-estimé.

Enfin, en 1998, environ 214 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France soit 6 % de plus qu'en 1990. Le recours à l'IVG est plutôt stable au-delà de 25-26 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes. La loi actualisant l'IVG et la contraception par rapport à la législation du 17 janvier 1975 préconise de porter le délai légal de l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse et d'aménager l'autorisation parentale pour les mineures.

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

· *A Marseille, on a compté 567 naissances supplémentaires en 2000 par rapport à l'année précédente. Le nombre de naissances enregistrées et domiciliées s'est maintenu à un niveau élevé en 2001.*

· *La proportion de mères de moins de 18 ans est légèrement plus élevée à Marseille que dans le département, comme la proportion de mères sans profession.*

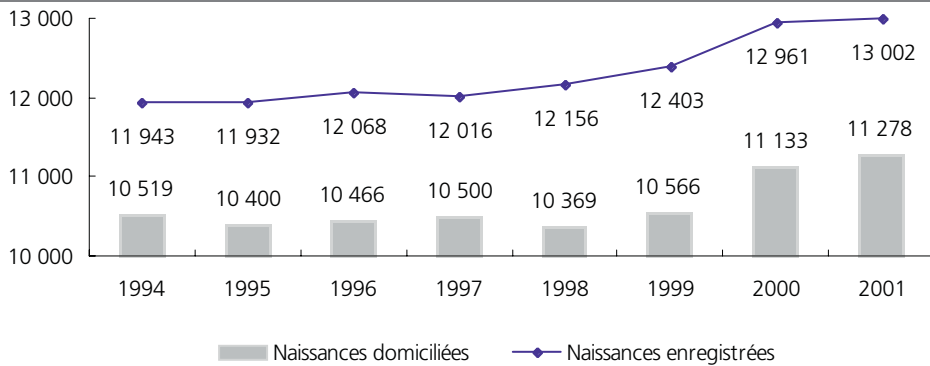
· *Entre 1998 et 2001, le taux de fécondité a augmenté pour toutes les classes d'âge, hormis pour les 25-29 ans, qui représentent 30 % des naissances en 2001.*

· *A Marseille, le taux de césariennes est nettement supérieur au taux national : 21,9 % contre 17,4 %. La tendance est cependant à la stabilisation : -0,4 % entre 1999 et 2000. Ces chiffres reflètent en partie l'activité des services de gynécologie obstétrique marseillais qui ont tendance à regrouper les grossesses à risque des communes avoisinantes.*

· *Le taux d'IVG enregistrées pour 100 conceptions est en augmentation depuis 1997 à Marseille et dans les Bouches-du-Rhône : +11,7 % et +8,7 % respectivement. Cette tendance est contraire à la situation nationale qui semble stabilisée.*

· *Le taux d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer est légèrement plus élevé à Marseille que dans le département et la région. Cette différence résulte de taux plus élevés à Marseille chez les femmes âgées de plus de 25 ans.*

1. EVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES ET DOMICILIÉES À MARSEILLE DE 1994 À 2001



Naissances domiciliées : naissances comptabilisées au domicile de la mère. Les naissances domiciliées à Marseille comprennent tous les enfants dont la mère habite à Marseille, que cette dernière y ait accouché ou non.

Naissances enregistrées : naissances comptabilisées là où elles ont eu lieu, quel que soit le domicile de la mère. Les naissances enregistrées à Marseille concernent les enfants dont la mère a accouché à Marseille, qu'elle y habite ou non.

Sources : INSEE Etat civil, Direction Etat Civil Central de la ville de Marseille

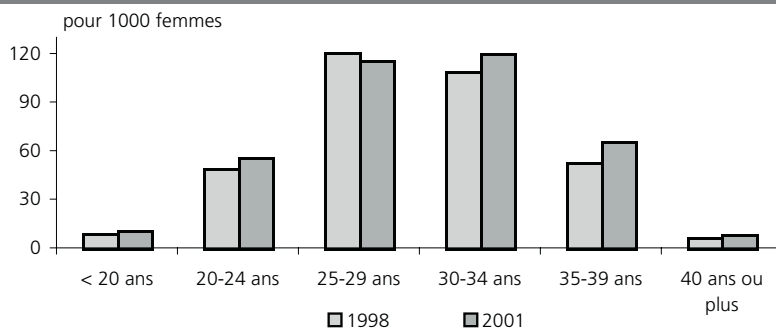
2. STRUCTURE D'ÂGE DES MÈRES À MARSEILLE EN 2001

	Effectifs Marseille	% Marseille	% Bouches-du-Rhône
< 18 ans	84	0,9	0,7
18-37 ans	8 915	91,3	92,2
38 ans et plus*	765	7,8	7,1
Total	9 764	100,0	100,0

* Dans les statistiques ministérielles, l'âge de 37 ans constitue une limite de classe d'âge en raison du remboursement systématique de l'amniocentèse à partir de cet âge. En effet, dans le cadre du dépistage de la trisomie 21, l'amniocentèse est un examen remboursé à 100 % lorsque le risque de porter un enfant atteint de trisomie 21 est jugé élevé, comme ceci est le cas chez les femmes âgées de plus de 37 ans.

Source : Certificats du 8ème jour - Conseil général - Direction de la PMI et de la santé

3. TAUX* DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE À MARSEILLE EN 1998 ET 2001



* Pour la classe des moins de 20 ans, le taux est calculé en utilisant la population féminine âgée de 15 à 19 ans. Pour la classe des 40 ans ou plus, le taux est calculé en utilisant la population féminine âgée de 40 à 49 ans.

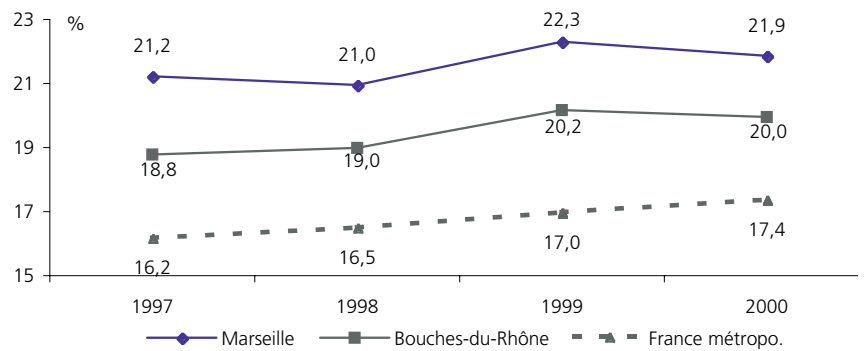
Source : INSEE

4. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES MÈRES EN 2001

(en %)	Marseille	Bouches-du-Rhône
Sans profession	37,3	31,8
Ouvriers ou employés	27,4	30,5
Autres catégories socio-professionnelles	35,3	37,7

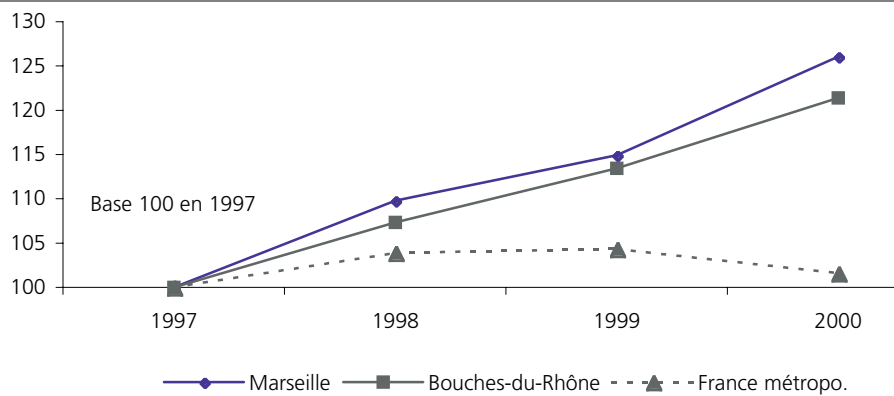
Source : Certificats du 8ème jour - Conseil général - Direction de la PMI et de la santé

5. ÉVOLUTION DU TAUX DE CÉSARIENNES (SECTEUR PUBLIC ET PRIVÉ)
(NOMBRE DE CÉSARIENNES POUR 100 ACCOUCHEMENTS)



Source : DREES SAE

6. ÉVOLUTION DU TAUX D'IVG* ENREGISTRÉES POUR 100 CONCEPTIONS DE 1997 À 2000



* Interruptions thérapeutiques de grossesse comprises

Source : DREES SAE

7. TAUX D'IVG DOMICILIÉES* PAR ÂGE EN 2001

	Marseille		Bouches-du-Rhône		PACA	
	Nb	Tx**	Nb	Tx**	Nb	Tx**
< 18 ans	155	11,4	371	10,9	917	11,3
18-24 ans	1 323	34,2	2 817	32,6	6 396	34,7
25-34 ans	2 227	37,5	4 548	34,5	10 501	34,2
35-44 ans	1 166	20,1	2 386	17,4	5 769	17,4
45 ans et +	128	4,6	215	3,2	330	2,0
Total	4 999	25,3	10 337	22,6	23 913	22,4

* IVG réalisées dans les établissements situés en PACA chez des femmes domiciliées sur la commune de Marseille, dans les Bouches-du-Rhône ou en PACA.

** Taux pour 1 000 femmes de la classe d'âge.

Pour la classe des moins de 18 ans, la population utilisée est celle des 15-17 ans.

Pour la classe des 45 ans et plus, la population utilisée est celle des 45-49 ans.

Source : PMSI 2001

LES IVG : COMPLÉMENTS D'INFORMATION

Malgré la généralisation de la contraception, on dénombre, en France, environ 10 000 grossesses non désirées par an chez les adolescentes (dont 60 % se soldent par une IVG) et 400 000 chez les adultes (dont 50 % d'IVG) [1]. Par ailleurs, la région PACA figure parmi les régions réputées pour connaître un taux d'IVG particulièrement élevé [2]. Depuis 1990, l'effectif des IVG ne cesse d'augmenter dans cette région et seul le département du Vaucluse ne présente pas de taux supérieur au niveau national.

Le premier motif de recours à l'IVG semble être lié à la situation socioprofessionnelle. Dans une récente étude menée auprès de 103 femmes allant avoir recours à une IVG, 40 % des IVG étaient motivées par une situation de précarité (difficultés économiques ou formation professionnelle non-terminée). Venaient ensuite des motifs liés au partenaire, à l'âge, à des problèmes de santé ou à la culture et à la religion [3].

Chez les adolescentes, la fréquence des grossesses semble s'être stabilisée après avoir diminué de 1980 à 1990, mais, parallèlement, la fréquence des IVG a légèrement augmenté. Dans la région PACA, en 2000, plus d'une fille de 14-17 ans sur 100 a été confrontée à une grossesse non désirée et dans 3 cas sur 4, cette grossesse s'est soldée par une IVG. Dans cette population, certaines particularités sont à noter. Les adolescentes recourent à l'IVG à un âge gestationnel un peu plus élevé que la moyenne des femmes, sans doute du fait d'un accès à l'information plus difficile. De plus, la fréquence de recours à l'IVG est plus élevée chez les jeunes filles issues de milieux sociaux défavorisés [4].

Concernant la prise en charge des IVG, la région PACA semble souffrir d'un manque de moyens, de reconnaissance du travail des équipes et d'information des professionnels. La mise en place de l'IVG médicamenteuse de ville prévue par la loi du 4 juillet 2001 pourrait soulager la pression sur les établissements, améliorer l'accès des femmes à l'IVG et réduire les délais de prise en charge [5]. Il est toutefois important de sensibiliser les médecins aux problématiques de la contraception et des grossesses [4, 6].

[1] Toulemon L., Leridon H. (1992). Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population* 47: 1-46

[2] Jeandet-Mengual E. (2002). Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

[3] Perrin E., Bianchi-Demicheli F. (2001). L'interruption volontaire de grossesse à l'intersection de différentes problématiques sociologiques.

[4] Bajos N., Leridon H. (2000). Contraception, IVG et santé publique. in *La santé en France 2002*. HCSP

[5] ANAES. (2001). Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Services de recommandations et références professionnelles: 90

[6] Rosenberg M., Waught M. (1999). Causes and consequences of oral contraceptive non compliance. *Am J Obstet Gynecol* 180: S276-279.