

N° 73 • juillet 2000

D'après l'Enquête nationale périnatale réalisée en 1998, la prise en charge de la grossesse continue à s'améliorer : les femmes enceintes sont plus nombreuses à consulter l'équipe qui les prendra en charge au moment de la naissance. Elles sont aussi plus nombreuses à bénéficier de séances de préparation à la naissance. Les analgésiques péridurales sont beaucoup plus courantes et concernent désormais six accouchements sur dix. Le nombre d'accouchements déclenchés reste stable après avoir doublé de 1981 à 1995. Toutefois, le taux des césariennes continue à croître de 15,9 à 17,5 % entre 1995 et 1998. Ceci résulte à la fois de l'accroissement des premières césariennes et d'une augmentation du nombre de femmes à risque en raison d'une césarienne antérieure. Le taux de prématurité s'accroît également et passe de 5,9 à 6,8 %. Cette évolution est en grande partie due à celle du nombre des naissances multiples et à l'augmentation de la prématurité dans ce groupe. Sur le plan social, le chômage et la faiblesse des ressources demeurent par ailleurs des facteurs de risque importants. La situation dans les DOM apparaît globalement moins favorable qu'en Métropole.

Synthèse effectuée par

Gérard BADEYAN et **Martine WCISLO** DREES
en collaboration avec **Emmy BUSSIÈRE** DREES,
Agnès LORDIER et **Nicole MATET** DGS
à partir de l'analyse et du rapport sur l'enquête
périnatale réalisés conjointement par la DREES,
la DGS et l'INSERM, élaborés par **Béatrice BLONDEL**,
Christiane Du MAZAUBRUN, **Joanna
NORTON** et **Gérard BRÉART**
Unité 149 de l'INSERM.

La situation périnatale en France en 1998

Les progrès techniques en obstétrique et néonatalogie ainsi que l'amélioration de la surveillance prénatale ont conduit, ces dernières décennies, à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Un suivi permanent des principaux indicateurs, relatifs à la morbidité et aux pratiques médicales concernant la grossesse et l'accouchement, demeure toutefois indispensable (encadré 1). Il est réalisé à travers l'*Enquête nationale périnatale*, qui permet d'apprécier les évolutions survenues depuis 1995. Les résultats qui suivent portent sur la France métropolitaine, la situation dans les départements d'outre-mer (DOM) étant évoquée dans l'encadré 2.



La surveillance prénatale s'améliore sauf pour un faible nombre de femmes

En cas de grossesse normale avec accouchement à terme, le nombre de visites prénatales fixé par la réglementation est de sept. En 1998, neuf femmes sur dix ont bénéficié de sept visites ou plus. Il reste qu'une femme sur cent en a eu moins de 4 et qu'un nombre réduit de grossesses, certes très faible, reste totalement non suivi (1 000 environ dans l'année) [tableau 1].

Le nombre moyen de visites est voisin de celui de 1995, après la forte croissance constatée les années précédentes. Il est concentré entre 7 et 9, la proportion des femmes ayant eu 10 visites et plus diminuant légèrement.

Un élément favorable à une meilleure sécurité de la naissance se développe dans le lien beaucoup plus fréquent qui s'instaure entre les femmes enceintes et l'équipe qui aura la responsabilité de leur accouchement : la proportion de femmes n'ayant pas consulté cette équipe diminue de 11 à 6,5 %¹ de 1995 à 1998. De plus, la proportion de femmes ayant réalisé toutes leurs consultations prénatales auprès de cette équipe augmente de 37 à 44 %.

Les préparations à la naissance continuent également à s'accroître, passant de 51 % en 1981 à 65 % en 1995 et 70 % en 1998 chez les femmes primipares. Parmi les femmes qui n'en ont pas suivi, 20 % – soit 6 % du total – déclarent qu'une telle préparation ne leur a pas été proposée. La préparation devient aussi plus

fréquente chez les femmes qui ont déjà eu des enfants puisqu'elle concerne désormais une femme sur quatre. Près d'une femme multipare sur deux n'en éprouve pas le besoin.

Davantage de dépistages prénatals et des hospitalisations plus fréquentes mais plus courtes

Le nombre moyen d'échographies augmente légèrement de 4,0 à 4,3 de 1995 à 1998. En particulier, le pourcentage de femmes ayant eu moins de trois échographies diminue nettement de 9,5 à 4 %.

Le dépistage sanguin du risque de trisomie 21 est pris en charge depuis 1997 dans certaines conditions². Au total, deux femmes sur trois ont bénéficié de cette mesure tandis qu'une sur douze déclare l'avoir refusée. Cependant, près d'une femme sur cinq répond, soit ne pas avoir eu cette proposition (16 %), soit avoir eu une consultation trop tardive pour le subir (3 %). Conformément à la réglementation, la quasi totalité des femmes qui ont eu cet examen ont reçu une information préalable.

Une amniocentèse a été pratiquée sur 11 % des femmes enceintes au total. Les motifs ayant conduit à cet examen sont, dans 37 % des cas, l'âge de la femme, dans 37 % des cas également, le résultat du dosage sanguin, dans 12 % des cas un signe inquiétant à l'échographie et pour 14 % divers autres motifs. Cet examen, parmi d'autres indications, est pris en

1. Les pourcentages sont arrondis à la demi-unité, sauf cas particulier (très petits nombres, prématurité).

2. Les conditions de prise en charge sont les suivantes : âge de la femme supérieur ou égal à 38 ans à la date du prélèvement, anomalies chromosomiques parentales, antécédent pour le couple de grossesse avec caryotype(s) anormal, diagnostic de sexe pour les maladies liées au sexe, signes d'appel échographique, grossesse à risque de trisomie 21 fœtale égal ou supérieur à 1/250.

2

T.01 surveillance de la grossesse

	En %	
	1995	1998
Visites prénatales		
Pas de visite	0,2	0,1
Moins de sept	9,3	9,6
Sept	17,2	19,1
Huit ou neuf	45,3	46,2
Dix et plus	28,0	25,0
Aucune visite à l'équipe responsable de l'accouchement	11,2	6,5
Surveillance prénatale entièrement assurée par l'équipe responsable de l'accouchement	37,0	44,0
Préparation à la naissance		
Chez les primipares	64,5	69,7
Chez les multipares	22,1	25,0
Échographies		
Pas d'échographie	0,3	0,2
Une ou deux	9,3	3,5
Trois	41,9	42,4
Plus de trois	48,5	53,9
Dépistage sanguin du risque de trisomie 21	...	66,5
Amniocentèse	...	11,1
Hospitalisation pendant la grossesse	19,9	21,6
dont hospitalisation de moins de trois jours	27,0	32,3
dont hospitalisation de huit jours et plus	32,7	28,9
... Données non disponibles. Champ : échantillon des femmes en métropole. Source : Enquête nationale périnatale 1998.		

charge par la Sécurité sociale à partir de 38 ans. Au total, une amniocentèse a été pratiquée pour 57 % des femmes âgées de 38 ans ou plus au moment de l'accouchement, ce pourcentage s'élevant à 69 % de celles qui ont atteint ou dépassé 39 ans.

Concernant les hospitalisations prénatales, les tendances des années précédentes se prolongent : elles sont plus fréquentes et plus courtes. 15,5 % des femmes ont été hospitalisées au cours de leur grossesse en 1981, 20 % en 1995 et 21,5 % en 1998. Dans le même temps, la proportion des hospitalisations de huit jours et plus a diminué de près de 40 % tandis que celle des hospitalisations de moins de trois jours a plus que doublé. Un transfert de la mère depuis une autre maternité (transfert *in utero*) a eu lieu pendant la grossesse pour 0,6 % des femmes et juste avant l'accouchement pour 0,5 % d'entre elles, soit un taux global de 1,1 %.

Près de 60 % d'accouchements ont lieu sous péridurale

La prise en charge de la douleur par voie d'anesthésie s'accroît globalement. 58 % des femmes ont accouché sous péridurale en 1998 au lieu de 49 % en 1995. Le pourcentage de rachianesthésies passe de 5 à 8,5 %. En revanche, celui des anesthésies générales diminue de 5,5 % en 1995 à 2,5 % en 1998. Les anesthésies générales concernaient encore 14 % des femmes en 1981 (tableau 2).

La part des accouchements déclenchés est stable mais celle des césariennes continue à augmenter

Le début du travail donne lieu à un déclenchement sur décision médicale dans 20 % des cas et une césarienne avant travail a par ailleurs été décidée pour 9 % des accouchements. Ces

données évoluent peu par rapport à la précédente enquête de 1995 alors que, de 1981 à 1995, le pourcentage de déclenchements avait doublé et celui de césariennes avant travail était passé de 6 à 8,5 %.

Par contre, le total des césariennes, y compris celles décidées en cours de travail, continue à augmenter : leur part passe de 16 à 17,5 %, au détriment des accouchements par voie basse opératoire dont le pourcentage

passé de 14 à 12,5 %. Cette évolution reflète une légère augmentation des césariennes pratiquées chez les femmes primipares (le taux estimé dans l'enquête passe de 18 à 19,5 %),

T
•02

déroulement de l'accouchement

	En %	
	1995	1998
Accouchement déclenché	20,5	20,3
Accouchement par césarienne	15,9	17,5
dont césarienne avant travail	8,5	9,2
Péridurale	48,6	58,0
Anesthésie générale	5,4	2,6

Champ : échantillon des femmes en métropole.
Source : Enquête nationale périnatale 1998.

E•1

Méthodologie

Les enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie du Plan périnatalité, défini par le ministère chargé de la Santé en 1994. Elles ont lieu à intervalle régulier, tous les trois ans environ. Elles recueillent des informations sur l'état de santé et les soins périnataux à partir d'un échantillon représentatif des naissances.

Une première enquête a été réalisée pendant une semaine en 1995 sur la totalité des naissances dans tous les départements français. La deuxième enquête a porté sur toutes les naissances ayant eu lieu entre le lundi 30 novembre 1998 à 0 heure et le dimanche 6 décembre à minuit, sauf pour le Nord où elle a été réalisée du lundi 11 octobre au dimanche 17 octobre 1999.

Comme en 1995, l'enquête portait sur tous les enfants, nés vivants ou mort-nés dans les maternités publiques et privées. Ont été retenus tous les enfants si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant (ou le fœtus) pesait au moins 500 grammes à la naissance. En cas de naissances multiples, chaque enfant répondant à cette définition a été inclus.

Au total, l'échantillon comprend 14 325 enfants dont 13 718 enfants nés en métropole et 607 dans les DOM. Compte tenu des naissances multiples, l'échantillon comprend 14 077 femmes dont 13 478 en métropole et 599 dans les DOM.

Pour chaque femme, les informations relatives à l'accouchement et l'état de l'enfant à la naissance ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Par ailleurs, les caractéristiques socio-démographiques des mères et le déroulement de la surveillance prénatale ont été obtenus par entretien auprès des femmes avant leur sortie de la maternité. Si l'enfant était mort-né ou s'il s'agissait d'une interruption médicale de grossesse, seules étaient recueillies les informations contenues dans le dossier.

Le questionnaire comprend deux types de questions : d'une part, des questions portant sur des informations de base concernant l'état de santé des enfants, les décisions médicales prises et les caractéristiques socio-démographiques des parents, d'autre part, des questions sur des problèmes spécifiques tels que les difficultés financières, les traitements de la stérilité antérieure à cette grossesse, le dépistage des trisomies 21 et les transferts in utero.

L'enquête a été réalisée avec la participation des services suivants :

- chaque département par l'intermédiaire du service de PMI ou parfois par l'intermédiaire de la DDASS et de la DRASS,
- la Direction générale de la santé,
- l'Unité de recherches épidémiologiques sur la santé périnatale et sur la santé des femmes et des enfants (U.149) de l'INSERM,
- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Cette enquête a été financée par la Direction générale de la santé.

Certains résultats des enquêtes périnatales de 1995 et 1998 sont comparés à ceux de l'enquête de 1981, réalisée par l'INSERM, sur la base d'un échantillon des naissances constitué par tirage au sort des établissements d'accouchement publics et privés, et par tirage au sort des accouchements. L'échantillon de 1981 comprenait 5 508 naissances.

ainsi qu'une part accrue des femmes qui ont déjà eu une césarienne. En cas d'antécédent, l'accouchement a de nouveau lieu avec une césarienne dans deux tiers des cas. Aussi, l'augmentation des césariennes chez les femmes primipares devrait influencer à la hausse sur le taux global de césariennes dans les prochaines années.

Une augmentation de la prématurité due en grande partie aux naissances multiples

La proportion de naissances prématurées (avant 37 semaines) a augmenté entre 1995 et 1998, passant de 5,9 à 6,8 % parmi l'ensemble des naissances (y compris les mort-nés) [tableau 3]. Parallèlement la proportion d'enfants de faible poids de naissance (moins de 2 500 g) s'accroît de 6,2 à 7,2 %, plus sensiblement pour le groupe d'enfants pesant entre 2 000 g et 2 500 g. Parmi les seules naissances vivantes en 1998, le taux de prématurité est de 6,2 % et celui des enfants de faible poids de 6,8 %. La proportion d'enfants prématurés et de faible poids est en effet élevée chez les mort-nés³. Ces ré-

sultats conduisent pour 1998 à une estimation de 46 000 enfants vivants prématurés dont 11 000 d'âge gestationnel inférieur à 34 semaines.

Si l'on se restreint aux naissances vivantes, on constate que parmi les naissances uniques le taux de prématurité est de 4,7 % et la part des enfants de moins de 2 500 g de 5,0 %. Par contre, le risque de prématurité est très élevé pour les naissances gémeillaires. Les jumeaux nés vivants sont prématurés dans 48 % des cas et de faible poids dans 56 % des cas, ce qui représente des risques de prématurité et de faible poids respectivement dix fois et onze fois plus élevés que pour les naissances uniques. Au total, 25 % des prématurés et 28 % des enfants de faible poids sont des jumeaux. L'augmentation de 5,4 à 6,2 % du taux global de prématurité, observée entre 1995 et 1998, s'explique principalement par l'augmentation du nombre relatif des jumeaux et par leur risque accru de prématurité.

En effet, le nombre d'enfants issus de naissances multiples est en augmentation : son importance rela-

tive passe de 2,5 % à 3,5 % du total⁴. L'accroissement des traitements de la stérilité qui concernaient 6 % des femmes en 1998 a pu jouer un rôle. Il s'agissait d'un traitement par inducteur d'ovulation seul dans 67 % des cas, d'une fécondation *in vitro* ou d'une méthode proche pour 24 % et d'une insémination artificielle pour 16,5 %⁵.

L'étude de la prématurité doit aussi tenir compte des décisions médicales de provoquer l'accouchement dans l'intérêt de l'enfant ou de la mère. C'est ainsi que 45 % des enfants de moins de 35 semaines et la moitié des enfants de moins de 2 kg sont nés après une césarienne avant travail ou un accouchement déclenché. L'utilisation du taux de prématurité comme indicateur de la qualité des soins périnatals pose donc des problèmes d'interprétation.

4

T 03 prématurité et faible poids selon l'état à la naissance et le nombre d'enfants en 1995 et 1998

	1995		1998	
	N	%	N	%
Prématurité (<37 semaines)				
Toutes naissances	13 205	5,9	13 654	6,8
- uniques	12 869	4,9	13 178	5,3
- gémeillaires	324	40,7	464	47,8
Naissances vivantes	13 105	5,4	13 538	6,2
- uniques	12 777	4,5	13 073	4,7
- gémeillaires	316	39,2	453	46,8
Poids inférieur à 2 500 grammes				
Toutes naissances	13 289	6,2	13 635	7,2
- uniques	12 952	5,0	13 164	5,4
- gémeillaires	325	48,6	459	57,1
Naissances vivantes	13 199	5,7	13 540	6,8
- uniques	12 869	4,6	13 076	5,0
- gémeillaires	318	47,5	452	56,4

N : effectifs dans l'échantillon pour lesquels les données sont renseignées.
Champ : échantillon des naissances en métropole.
Source : Enquête nationale périnatale 1998.

3. Les données concernant la mortalité périnatale (enfants mort-nés et enfants nés vivants décédés à moins de 7 jours) sont fournies par l'état civil. Après une stagnation en 1994 et 1995, cet indicateur a repris sa tendance à la baisse : il se situe en 1997 à 7 ‰ contre 7,2 ‰ en 1996, 7,4 ‰ en 1995 et 1994, 7,5 ‰ en 1993, 7,7 ‰ en 1992, 8,2 ‰ en 1991 et 8,3 ‰ en 1990. Il se situait à 10,7 ‰ en 1985 et à 12,9 ‰ en 1980.

4. Résultat mesuré dans l'enquête. Les données issues de l'état civil indiquent une augmentation moindre. Un recalage sur ces données pourra être effectué lorsque les données définitives de l'année 1998 seront disponibles.

5. Le total est supérieur à 100 car il peut y avoir succession de plusieurs traitements.

6. Deux pour cent de l'ensemble des femmes dans l'échantillon déclarent avoir dû renoncer à des consultations ou examens pour des raisons financières.

Un état de santé globalement satisfaisant à la naissance

L'état de santé à la naissance mesuré par le score d'Apgar (tableau 4) reste globalement stable, avec une tendance à l'amélioration pour les scores les plus faibles : 2 % des enfants nés vivants ont un score inférieur à 5 après une minute de vie et 1,2 % un score inférieur à 8 après cinq minutes, scores qui peuvent s'interpréter comme une souffrance néonatale. De même, le pourcentage d'enfants ayant nécessité un transfert dans un autre service ou un autre établissement ou une hospitalisation particulière se situe aux alentours de 8 %. Parmi les enfants transférés, la part de ceux transférés dans un autre établissement diminue de 32 à 24 %. Les principaux motifs d'hospitalisation sont la prématurité et l'hypotrophie (40 %), les insuffisances respiratoires (22 %) et les infections (13 %).

L'âge des mères, leur taux d'activité et leur niveau d'études s'accroissent

Toutes ces évolutions se rapportent à des femmes dont les caractéristiques socio-démographiques continuent d'évoluer : augmentation de l'âge moyen des mères à la naissance, élévation du niveau d'études, augmentation du nombre de femmes ayant exercé un emploi durant la grossesse, ces caractéristiques étant très dépendantes les unes des autres (tableau 5). Ces évolutions présentent à la fois des aspects favorables et défavorables. Ainsi, différentes études ont montré que l'élévation du niveau d'études et l'emploi vont dans le sens d'une amélioration de la prévention et donc d'une meilleure santé à la naissance. L'augmentation de l'âge des femmes induit par contre des risques accrus de prématurité, de grossesses multiples, de malformations ou de complications maternelles.

Parmi les femmes qui étaient en activité professionnelle au début de la grossesse, le dernier arrêt sans reprise du travail jusqu'à l'accouchement a eu lieu pendant le deuxième trimestre pour 32 % d'entre elles et dans le mois suivant pour 29 %.

Le chômage et la faiblesse des ressources constituent des facteurs de risque

Les situations de précarité sont approchées dans l'enquête par les déclarations concernant l'origine des ressources du ménage. Suivant ce critère, les femmes dont tout ou partie des ressources provient d'une allocation de chômage ou de stage, du RMI ou de l'allocation de parent isolé, ont

une grossesse moins bien suivie et des indicateurs de santé systématiquement plus défavorables : elles sont ainsi 15,5 % à avoir eu moins de 7 visites prénatales contre 8 % pour les autres femmes⁶, elles sont plus souvent hospitalisées (24 % au lieu de 21 %), leurs enfants sont plus souvent prématurés (7,5 % contre 5,7 %) ou de faible poids (8,1 % contre 6,4 %). Le taux d'enfants ayant nécessité une hospitalisation particulière ou transférés est également plus élevé pour ce groupe de femmes (9,8 % au lieu de 7,4 %). En raison de leur situation elles reçoivent par contre plus souvent des visites à domicile par une sage-femme de la Protection maternelle et infantile (PMI) [10,5 % d'entre elles contre 5 % pour les autres femmes]. ●

T 04 caractéristiques des enfants à la naissance

	En %	
	1995	1998
Apgar inférieur à 8, à 1 minute *	7,1	6,4
Apgar inférieur à 8, à 5 minutes *	1,5	1,2
Transfert de l'enfant	8,7	8,2
Enfant prématuré (âge gestationnel < à 37 semaines) **	5,9	6,8
Enfant né avant 34 semaines**	1,6	2,1
Poids de naissance inférieur à 1 500 g **	1,1	1,2
Poids de naissance inférieur à 2 500 g **	6,2	7,2
Naissance gémellaire	2,4	3,4
Allaitement au sein uniquement	40,5	45,0

* Tout nouveau-né subit un examen complet au moment de la naissance. Le score d'Apgar consiste à évaluer cinq éléments cotés de 0 à 2 : fréquence cardiaque, respiration, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée.
** Par rapport à l'ensemble des naissances, (tous les enfants nés après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant ou le fœtus pesait au moins 500 g à la naissance).
Champ : échantillon des femmes en métropole.
Source : Enquête nationale périnatale 1998.

T 05 caractéristiques de la mère

	En %	
	1995	1998
Mère de 35 ans et plus	12,5	14,7
Poids avant grossesse de 60 kg et plus	40,3	44,2
Femmes déclarant fumer au 3 ^e trimestre de la grossesse	25,1	25,0
Femmes déclarant fumer 10 cigarettes ou plus par jour au 3 ^e trimestre de la grossesse	10,9	10,0
Femmes vivant seules	7,0	7,0
Niveau d'études supérieur au baccalauréat	32,6	38,7
Aucune couverture sociale à la naissance	1,1	1,1
Femmes travaillant pendant la grossesse	60,2	64,3

Champ : échantillon des femmes en métropole.
Source : Enquête nationale périnatale 1998.

La situation dans les départements d'outre-mer (DOM)

L'enquête concernant les naissances survenues durant une semaine, les effectifs de l'échantillon sont assez faibles pour les DOM (607 naissances). Aussi, ne permet-elle de tirer que quelques conclusions générales sans possibilité d'analyse par département bien que l'on sache les situations variées. Cependant, une extension de l'enquête ayant eu lieu aux Antilles-Guyane permettra cette analyse pour les trois départements d'Amérique.

La situation socio-démographique des femmes qui accouchent diffère beaucoup de celle de la Métropole : elles sont en moyenne beaucoup plus jeunes (11 % ont moins de 20 ans et 20 % de 20 à 24 ans contre respectivement 3 et 15 % en Métropole), plus souvent seules (31 % contre 7 %), d'un niveau d'études moins élevé (18 % ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat contre 39 % en Métropole). Elles ne sont que 36 % à avoir exercé un emploi durant la grossesse (64 % en Métropole) et, pour 47 % des femmes, tout ou partie de leurs ressources provient d'une allocation de chômage ou de stage, du RMI ou de l'allocation de parent isolé (20 % en Métropole). En revanche, seules 4 % d'entre elles déclarent avoir renoncé à des consultations ou examens pour des raisons financières.

La surveillance prénatale apparaît également moins intensive qu'en Métropole : le pourcentage de femmes ayant eu moins de sept consultations prénatales est de 23 % (au lieu de 10 %), 22 % n'ont pas rencontré l'équipe responsable de l'accouchement (contre 6,5 %), et seules 49 % des primipares ont effectué une préparation à la naissance (contre 70 % en Métropole). En contrepartie, le taux d'hospitalisation prénatale est plus élevé : 31 % contre 22 %. De plus, seules 42 % des femmes ont eu un dépistage sanguin du risque de trisomie 21, 7 % l'ayant refusé. Ce total de 49 %, nettement inférieur à celui de la Métropole (75 %), indiquerait un problème de proposition de cet examen dans les DOM.

Par ailleurs, les pratiques opératoires sont proches de celles de la Métropole : 22 % d'accouchements déclenchés, 18 % de césariennes. Par contre, seules 24 % des accouchées ont bénéficié d'une péridurale et 60 % n'ont reçu aucune anesthésie.

Appréciés sur la semaine d'enquête, les taux de prématurité et de faible poids de naissance sont près de deux fois plus élevés qu'en Métropole : 12 % et 13 % au lieu de 7 %. Le taux de d'hospitalisation particulière ou de transfert de l'enfant est de ce fait également plus élevé (12 % contre 8 %).

Pour en savoir plus

● Béatrice Blondel, Gérard Bréart, Christiane du Mazaubrun, Gérard Badeyan, Martine Wcislo, Agnès Lordier, Nicole Matet, « La situation périnatale en France, évolution entre 1981 et 1995 », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 26 : 770-780, 1997.

● Laurence Foix-L'Hélias, Pierre-Yves Ancel, Béatrice Blondel, « Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. Résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995 », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 29 : 55-65, 2000.

● Martine Wcislo, Béatrice Blondel, « La naissance en France en 1995. Enquête nationale périnatale », *Informations rapides n° 80*, octobre 1996, SESI.

● Monique Crost, Monique Kaminski, « L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 », *Archives de Pédiatrie*, 5 : 1316-1326, 1998.

● Claude Rumeau-Rouquette, Christiane du Mazaubrun, Yvon Rabarison, « Naître en France, dix ans d'évolution 1972-1981 », *Éditions INSERM-DOIN*, septembre 1984 ; (Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie).

Le rapport complet des résultats de l'enquête est disponible auprès de Christiane Du Mazaubrun, INSERM, U149, 123 Bd de Port Royal, 75014 Paris.

Études et résultats numéros disponibles

- Dominique Baubeau, Annie Deville, Marc Joubert, Caroline Fivaz, Isabelle Girard, Sylvie Le Laidier : « *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés* », Études et résultats n° 72 juillet 2000.
- Yves Geffroy, Fabrice Lenseigne : « *Les Comptes de la santé en 1999* » Études et résultats n° 71 juillet 2000.
- Gérard Abramovici, Gilles De La Gorce : « *Les prestations sociales en 1999* », Études et résultats n° 70 juin 2000.
- Marie Le Corre, Édith Thomson : « *Les IVG en 1998* », Études et résultats n° 69 juin 2000.
- Marie Ruault : « *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 1999* », Études et résultats n° 68 juin 2000.
- Dominique Demailly : « *Les allocataires des minima sociaux en 1998-1999* », Études et résultats n° 67 juin 2000.
- Christine Chambaz : « *Les familles monoparentales en Europe : des réalités multiples* », Études et résultats n° 66 juin 2000.
- Murielle Monrose : « *Les fonds d'aide aux jeunes : premiers résultats au 4^e trimestre 1999* » Études et résultats n° 65 mai 2000.
- Blanche Le Bihan, Claude Martin, François-Xavier Schweyer avec la collaboration de Thomas Frinault, Alain Jourdain et Patricia Loncle : « *La prestation spécifique dépendance à domicile en pratiques dans six départements* », Études et résultats n° 64 mai 2000.
- Annie Fénina : « *La structure des charges et des recettes des établissements sous dotation globale entre 1995 et 1997* » Études et résultats n° 63 mai 2000.
- Christel Collin : « *Les ressources des allocataires du RMI : le rôle majeur des prestations sociales* » Études et résultats n° 62 mai 2000.
- Marie Ruault : « *L'aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998* » Études et résultats n° 61 avril 2000.
- Anne Guilmin, Marc Joubert, Édith Thomson : « *L'activité des établissements de santé en 1998 : croissance modérée* » Études et résultats n° 60 avril 2000.
- Christophe Palle, Sergine Tellier : « *Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997* », Études et résultats n° 59 avril 2000.
- Christophe Trémoureux, Emmanuel Woitrain : « *Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales* », Études et résultats n° 58 avril 2000.
- Annick Vilain, Xavier Niel, Sophie Penneç : « *Les densités régionales de médecin à l'horizon 2020* » Études et résultats n° 57 mars 2000.
- Catherine Borrel : « *La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 1999* » Études et résultats n° 56 mars 2000.
- Monique Chanteloup, Georges Gadel : « *Les appels d'urgence au centre 15 en 1997* », Études et résultats n° 55 mars 2000.
- Ève Roumigières : « *330 000 aides-soignants en 1999* », Études et résultats n° 54 mars 2000.
- Éliane Michel, Gérard Salem, Stéphane Rican et Éric Jougla : « *Les disparités spatiales de mortalité par causes de décès : l'exemple des cancers de l'appareil digestif* », Études et résultats n° 53 mars 2000.

Pour obtenir *Études et résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, Place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 1. Envoyer un Fax au 01 40 56 81 40 1. Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère <http://www.sante.gouv.fr/drees>

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes, consulter :
Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees>



un quatre pages d'informations :

Études et résultats

consultable sur Internet
abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES
téléphone : 01 40 56 82 00
télécopie : 01 40 56 81 40

trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

Dossiers solidarité et santé

deux numéros thématiques et trois numéros spéciaux par an :

Les revenus sociaux
Les comptes de la santé
Les comptes de la protection sociale

Cahiers de recherche de la MiRe

des ouvrages annuels

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données sur la situation sanitaire et sociale

et aussi ...

Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

**Indicateurs sociosanitaires
comparaisons internationales - évolution 1980-1994**
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

STATISS, les régions françaises

Minitel 3614 code STATISS
Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS
consultable sur Internet



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07
tél. : 01 40 15 70 00
Internet : <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>