



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

politique de la santé

Question écrite n° 19637

Texte de la question

M. Michel Lezeau attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sur la prévention du handicap chez l'enfant, et plus spécifiquement chez les prématurés. Depuis les années 1970, les progrès de la médecine ont amélioré les prises en charge médicale des bébés, dans une période comprise entre la vie intra-utérine, et un mois après la naissance. En effet, en 1972, vingt et un bébés pour mille décédaient pendant cette période à haut risque. Aujourd'hui, selon une étude de l'INSERM, le nombre de décès est descendu à sept pour mille naissances. La période de la naissance est une période au cours de laquelle surviennent des déficiences ou handicaps plus ou moins sévères. Selon une récente expertise de l'INSERM, la moitié des déficiences et des handicaps de l'enfant, moteurs, sensoriels, intellectuels ou psychiatriques, a pour origine la période périnatale. Les déficiences sévères touchent 1 % des enfants, soit sept mille cinq cents enfants par an. Ces chiffres ne diminuent pas, selon les experts, malgré l'amélioration du dépistage des malformations congénitales, l'augmentation constante des interruptions médicales de grossesse et l'amélioration du pronostic neurologique de population à haut risque de handicap. La prématurité, et surtout la grande prématurité (naissance avant trente-deux semaines d'âge gestationnel), les accidents neurologiques du bébé à terme, avec en premier lieu l'anoxie périnatale, c'est-à-dire la privation d'oxygène, et les autres pathologies menaçant le développement cérébral, sont les principales causes de ces handicaps. Plusieurs propositions ont été avancées par les experts de l'INSERM, et notamment de favoriser l'orientation vers les maternités de niveau 3 ayant un service de réanimation et de soins néonataux, et de développer, pour les prématurés, des programmes de stimulations précoces qui vont favoriser leur développement psychomoteur et intellectuel. Enfin, l'INSERM insiste sur la nécessité d'impliquer les parents dans les soins par une coopération étroite entre eux et les professionnels afin de faire face, notamment, à l'autisme. Aussi lui demande-t-il son avis sur la question et les intentions du Gouvernement concernant la prévention des handicaps à la naissance.

Texte de la réponse

Si la mortalité périnatale a fortement diminué depuis les années 1970, le taux de prématurité (taux de naissances avant 37 semaines révolues d'âge gestationnel) stagne aux alentours de 7 %, voire augmente et concerne 48 000 enfants environ dont un quart sont des jumeaux. Cet indicateur renvoie à plusieurs sous-catégories, la grande prématurité (spontanée ou provoquée) avant 33 semaines d'aménorrhée et la prématurité induite, provoquée par le praticien pour réduire les risques pour le fœtus ou la mère dans le cas d'un environnement inadéquat. 1,6 % des enfants nés vivants sont nés avant 34 semaines d'aménorrhée (SA), en 2003. D'un point de vue médical, c'est surtout la grande prématurité inférieure à 33 semaines d'aménorrhée (SA) qui pose le plus de problèmes de pronostic, médicaux et éthiques notamment quand il s'agit d'enfants nés entre 24 et 26 SA. Les enfants nés avant 33 SA représentent 55,5 % des enfants décédés pendant le 1er mois de vie alors qu'ils comptent pour 1,3 % de l'ensemble des naissances. 15 % des grands prématurés décèdent en salle de naissance. Les origines de cette prématurité sont diverses et associées à des mécanismes complexes : pathologies de la grossesse, pratiques médicales tendant à faire naître de plus en plus tôt des enfants souffrant in utero, techniques de procréation médicale assistée. La prévention de la prématurité,

principale cause de la mortalité périnatale et néonatale, recouvre l'ensemble des objectifs du plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité ». Ainsi, un certain nombre de mesures visent à améliorer la sécurité et la qualité des soins, telles que la régionalisation des soins et les transferts in utero en maternités de niveau III qui accueillent toutes les grossesses dites pathologiques (menace d'accouchement prématuré avant 33 SA, malformation foetale, etc.), les cellules d'orientation, l'utilisation de la corticothérapie anténatale systématique pour accélérer la maturation pulmonaire. En ce qui concerne la prise en charge précoce et le suivi des nouveau-nés à risque de développer un handicap, la mise en place de réseaux ville-hôpital dits « d'aval » associant étroitement aux suivis hospitaliers et à la médecine de ville les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), complète les réseaux régionaux de soins périnataux. L'expertise collective « Déficiences et handicaps d'origine périnatale » publiée par l'INSERM en 2004 consacre un chapitre à l'évaluation des programmes d'intervention précoce basés sur les notions de plasticité cérébrale et d'interaction inné-acquis. Elle relève d'ores et déjà leurs effets positifs et la nécessité de mieux définir les « groupes à risques ». Elle recommande d'évaluer et de comparer les différents types d'intervention précoce offerts en France. L'évaluation de l'ensemble de ces mesures et l'enquête nationale périnatale permettront en 2009 de juger de l'impact de la politique périnatale menée depuis 2005.

Données clés

Auteur : [M. Michel Lezeau](#)

Circonscription : Indre-et-Loire (4^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 19637

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 25 mars 2008, page 2538

Réponse publiée le : 21 octobre 2008, page 9082