

INEGALITES SOCIALES DE MORBIDITE PERINATALE. DONNEES NATIONALES EN FRANCE

**Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES,
Béatrice BLONDEL et Monique KAMINSKI**

Inserm, Unité 149, Villejuif, France

Résumé

Dans le contexte français de fortes disparités sociales d'état de santé, mises en évidence surtout autour de la mortalité, cette étude a pour objectif de montrer les différences sociales de morbidité périnatale, et plus particulièrement de prématurité et de retard de croissance intra-utérin. Les données utilisées proviennent d'un échantillon national de naissances constitué en 1995. Les résultats établissent le constat d'une persistance des différences sociales de morbidité périnatale en France à la fin du 20^e siècle. Ils soulignent l'intérêt d'utiliser un indicateur de position sociale, qui prend en compte simultanément la situation socioprofessionnelle des deux membres du ménage. Compte tenu des réalités sociologiques contemporaines, relatives à la place des femmes sur le marché du travail et aux nouvelles formes familiales, un tel indicateur est plus pertinent que la mesure de la situation socioprofessionnelle d'un seul membre du ménage. Cette étude montre que les différences sociales de prématurité et de retard de croissance intra-utérin ne sont pas totalement expliquées par les facteurs biologiques, médicaux ou comportementaux actuellement identifiés comme les principaux facteurs de risque. Ces résultats invitent à explorer d'autres pistes pour mieux comprendre comment se constituent ces inégalités sociales.

Mots-clés : *Morbidité périnatale, Différences sociales, Santé publique, Naissance prématurée, Développement du fœtus, France.*

Abstract

Against the background of France's wide health inequalities by social class, particularly the glaring mortality gaps, this study aims to shed light on how social differentials affect perinatal morbidity, particularly the incidence of premature births and intra-uterine growth retardation. Data are used from a national sample of births compiled in 1995. The findings show that differences in perinatal morbidity by social class still exist in late 20th century France and emphasize the value of a social position indicator which allows for the social and work status of both partners in the union. Facts of contemporary life relative to women in the labour force and new family patterns make such an indicator more relevant than measuring the social and work status of one partner alone. This study shows that the social differentials in premature births and intra-uterine growth retardation are not fully explained by the biological, medical and behavioural variables currently identified as the main risk factors. The findings suggest that other lines of inquiry should be explored to improve our understanding of the origins of these social inequalities.

Keywords: *Perinatal morbidity, Social differentials, Public health, Premature births, Intra-uterine growth, France.*

1. Introduction¹

La morbidité et la mortalité périnatales caractérisent la santé des nouveau-nés. Dans la mesure où elles sont intimement associées au déroulement de la grossesse et aux caractéristiques biologiques et sociales des femmes, on peut les considérer comme des marqueurs de la santé des femmes, marqueurs de leur « possibilité » d'avoir une grossesse qui se termine par la naissance à terme d'un enfant vivant et de poids normal. En réalité, les caractéristiques paternelles interviennent aussi dans l'état de santé du nouveau-né, même s'il n'est pas toujours

1. Ce texte reprend, en partie, le travail réalisé dans le cadre de la préparation d'un ouvrage intitulé *Inégalités sociales en santé*, à paraître en langue française en 2000, aux éditions La Découverte, Collection « Recherche » (éd. par A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang).

aisé de les étudier ou de les mettre en évidence. Dans l'état actuel des connaissances, les caractéristiques maternelles biologiques ou médicales - poids, taille, malformation utérine, hypertension artérielle, diabète, etc. - sont plus déterminantes que les caractéristiques paternelles. Nous considérons ici qu'en étudiant la morbidité périnatale, nous contribuons aux connaissances relatives à la santé des femmes, dans le domaine de la santé reproductive.

Au moment d'une naissance comme aux autres âges de la vie, l'indicateur le plus souvent utilisé pour mesurer l'état de santé d'une population est la mortalité. Compte tenu de son niveau élevé à cette étape de la vie, les démographes ont développé plusieurs indicateurs, décomposant la première année de vie en périodes distinctes. Les deux indicateurs les plus utilisés, pour les comparaisons internationales et pour les évolutions dans le temps, sont la mortalité infantile, incluant les décès de la première année de vie, et la mortalité périnatale, incluant les décès in utero - au-delà de 28 semaines d'âge gestationnel - et les décès de la première semaine de vie. Ce second indicateur renseigne plus directement sur les pathologies du déroulement de la grossesse et de l'accouchement. En France, en 1995, la mortalité périnatale était de 7,4 pour 1000 naissances, position moyenne parmi les 15 pays de l'Union Européenne (Eurostat, 1997).

Les inégalités sociales de mortalité générale sont importantes en France, d'amplitude plus importante que dans d'autres pays Européens, ce qui est bien documenté pour la mortalité masculine entre 45 et 64 ans (Mackenbach *et al.*, 1997). Récemment, un constat des disparités sociales de mortalité périnatale et infantile en France a été établi sur les naissances de 1984 à 1989, montrant deux types de différences (Dinh, 1998). D'une part, un excès de mortalité était observé pour les naissances hors mariage comparées aux naissances légitimes. D'autre part, parmi les naissances légitimes, la mortalité périnatale variait de 9,1 pour 1000 pour les enfants dont le père occupait un emploi à 18,4 pour 1000 lorsque le père n'avait pas d'emploi. De plus, parmi les enfants légitimes dont le père occupait un emploi, un gradient était observé de 7,1 pour 1000 lorsque le père occupait un emploi de cadres et professions intellectuelles supérieures à 10,2 pour 1000 lorsque le père était ouvrier. Dans l'état actuel, les données disponibles sur les certificats de naissance et de décès ne permettent pas d'observer les différences sociales de mortalité sur l'ensemble des naissances, et la double sélection - naissances hors mariage, qui représentaient 38 % des nais-

sances vivantes en France en 1995 (Kerjosse et Tamby, 1997), et père inactif - conduit à sous-estimer les écarts sociaux existants sur la totalité des naissances.

Parallèlement aux différences sociales de mortalité périnatale, il est nécessaire de mieux décrire et comprendre les inégalités sociales de morbidité périnatale. En particulier, deux issues pathologiques doivent être considérées : la prématurité et le retard de croissance intra-utérin, qui correspondent à des entités physio-pathologiques différentes et qui constituent actuellement les principales causes de mortalité périnatale, mais aussi de handicaps ou de déficiences à plus long terme.

Notre objectif est de décrire les inégalités sociales de prématurité et de retard de croissance intra-utérin en France à la fin du 20^e siècle, à travers des données nationales de naissances, et d'analyser quelle est l'amplitude des inégalités sociales persistant après la prise en compte de différents facteurs, morphologiques, médicaux et comportementaux, susceptibles d'expliquer les différences sociales. Notre objectif est également d'attirer l'attention sur la mesure des inégalités sociales, à travers divers indicateurs de la position sociale des femmes. Cette question est transversale à l'ensemble des recherches sur les inégalités sociales de la santé des femmes. En effet, la profession est considérée comme essentielle pour définir la position sociale des hommes, encore que cela pose problème dans les populations où le chômage des hommes est fréquent. Par contre, la profession de la femme ne permet pas de classer l'ensemble de la population féminine, en raison d'une part importante de femmes sans emploi, et la profession du conjoint, qui est souvent utilisée comme *proxy* de la position personnelle des femmes, ne permet pas de classer les femmes qui n'ont pas de conjoint. Cette question revêt un aspect spécifique quand on s'intéresse à la santé périnatale, dans la mesure où, au moment d'une naissance, l'environnement social des femmes est probablement plus déterminé par la situation du couple et par la situation professionnelle du compagnon qu'à d'autres étapes de la vie ou que pour d'autres questions de santé.

2. Méthodes

2.1. Données disponibles

Les données proviennent de l'enquête nationale périnatale de 1995. Cette enquête porte sur toutes les naissances survenues en France entre le 30 janvier et le 5 février. Pour la France métropolitaine, l'enquête incluait au total 13 147 femmes. Les résultats présentés ici concernent les femmes ayant eu un enfant unique né vivant, soit 12 869 femmes. Les données médicales ont été extraites des dossiers hospitaliers ; les données démographiques, sociales et sur le recours aux soins ont été recueillies en interrogeant les femmes pendant leur séjour en maternité. Le protocole et les premiers résultats ont été décrits ailleurs (Blondel *et al.*, 1997).

2.2. Indicateurs de santé périnatale

Une naissance est prématurée si elle se produit avant 37 semaines de gestation. La durée de la gestation se calcule en nombre de semaines révolues depuis le 1^{er} jour des dernières règles. Cette date est informée par la déclaration de la répondante. Actuellement, les échographies du début de la grossesse servent à confirmer et préciser l'âge gestationnel.

Le retard de croissance intra-utérin est défini par un poids de naissance inférieur à un seuil fixé en fonction de la durée de la gestation. Le seuil, différent pour les garçons et pour les filles, est le dixième percentile de la distribution du poids de naissance pour la durée de gestation. Les seuils utilisés dans cette analyse proviennent des données d'une population de référence, extérieures à cette enquête (Mamelle *et al.*, 1996).

2.3. Indicateurs de la position sociale

Les quatre indicateurs suivants sont utilisés dans l'analyse :

- le niveau d'études de la femme, selon qu'elle avait ou non atteint les différents cycles du système scolaire français ; les femmes non scolarisées ont été jointes au groupe de niveau d'études primaires ;
- la catégorie socioprofessionnelle de la femme, en 9 classes, selon la nomenclature des professions de l'Insee ;

- la catégorie socioprofessionnelle du père de l'enfant, considérée de la même façon, disponible uniquement pour les femmes vivant en couple, mariées ou non ;
- la catégorie socioprofessionnelle du couple, en 6 modalités, selon la profession de niveau le plus élevé dans la hiérarchie socioprofessionnelle, que ce soit celle de la mère ou du père, pour les femmes vivant en couple, et selon la profession de la mère pour celles qui ne vivent pas en couple.

Nous ne disposons pas dans l'enquête nationale de données qui permettraient d'approcher d'autres aspects de la position sociale, comme les ressources financières, par exemple.

2.4. Indicateurs pour les facteurs médiateurs des différences sociales

Compte tenu des connaissances disponibles sur l'étiologie de la prématurité et du retard de croissance intra-utérin, nous avons considéré les facteurs suivants : l'âge des femmes, la parité, les antécédents obstétricaux pathologiques, le poids de la mère avant la grossesse, la situation matrimoniale, la nationalité, le statut de la mère vis-à-vis de l'emploi, l'usage du tabac, et un nombre de visites prénatales inférieur au nombre obligatoire fixé par la réglementation.

2.5. Analyse statistique

Nous avons comparé les taux de prématurité et de retard de croissance intra-utérin selon la position sociale des femmes, indiquée par les différents indicateurs décrits ci-dessus. Nous avons quantifié l'amplitude des différences sociales à l'aide d'odds ratios. Des odds ratios bruts ont d'abord été calculés. Les différences sociales résiduelles (après la prise en compte des facteurs médiateurs) ont été également quantifiées par des odds ratios ajustés, calculés par régression logistique.

3. Résultats et discussion

3.1. Mesure des différences sociales

Le tableau 1 montre la distribution des taux de prématurité et de retard de croissance en fonction des caractéristiques sociales. Pour les deux issues de grossesse, le taux est d'autant plus élevé que le niveau d'études des mères est faible : le taux de prématurité passe de 3,4 % pour les femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat à 5,4 % pour les femmes ayant un niveau d'études primaire, et le taux de retard de croissance, de 5,8 % à 9,9 % pour les mêmes groupes. Les tendances sont identiques avec la catégorie socioprofessionnelle de la mère, celle du père et celle du couple. Les écarts sont un peu plus im-

Tableau 1
Taux de prématurité et d'hypotrophie
selon les caractéristiques sociales de la femme et du père.
Enquête nationale périnatale 1995, naissances vivantes uniques

	Effectifs	Prématurité ^a %	Hypotrophie ^b %
Total	12 777	4,5	7,6
Niveau d'études de la mère			
Primaire ^c	709	5,4	9,9
Secondaire 1 ^{er} cycle	4 930	5,4	8,5
Secondaire 2 ^e cycle	2 474	4,0	8,3
Supérieur	3 943	3,4	5,8
Catégorie socioprofessionnelle de la femme			
Agricultrices, commerçantes, artisanes	379	5,3	8,8
Cadres et profess. intellect. supérieures	941	3,4	5,1
Professions intermédiaires	1 969	3,6	5,8
Employées (bureau)	3 335	4,1	7,2
Employées (commerce)	1 071	4,5	8,9
Personnel de service	1 176	4,8	8,8
Ouvrières qualifiées	565	4,4	7,3
Ouvrières non qualifiées	796	5,4	9,8
Sans profession ^d	2 124	5,6	8,5
Catégorie socioprofessionnelle du père ^e			
Agriculteurs, commerçants, artisans	1 156	4,8	8,6
Cadres et profess. intellect. supérieures	1 683	3,6	4,6
Professions intermédiaires	1 878	3,4	5,3
Employés (bureau)	1 453	4,6	7,1
Employés (commerce)	335	3,4	8,1
Personnel de service	171	3,5	9,4
Ouvriers qualifiés	3 478	4,4	8,1
Ouvriers non qualifiés	1 123	5,0	9,6
Sans profession ^d	196	9,2	11,3
Catégorie socioprofessionnelle du couple ^f			
Cadres et profess. intellect. supérieures	2 042	3,4	4,4
Professions intermédiaires	2 552	3,6	6,4
Employés (bureau)	2 942	4,4	7,8
Agriculteurs, commerçants, artisans	745	5,4	10,0
Employés (commerce), ouvriers, personnel de service	3 793	5,2	9,0
Sans profession dans le couple ^d	492	5,7	12,1

Notes *a, b, c, d, e* et *f*: voir page suivante.

a. Naissances avant 37 semaines révolues de gestation.

b. Naissances de poids inférieur au 10^e percentile pour l'âge gestationnel d'une population de référence (Mamelle *et al.*, 1996).

c. Y compris les femmes non scolarisées.

d. Les personnes au chômage déclarant une profession sont classées en fonction de celle-ci.

e. Pour les femmes vivant en couple, mariées ou non.

f. Classée selon la profession de niveau le plus élevé dans l'ordre de la liste, que ce soit celle de la femme ou du père, pour les femmes vivant en couple, et selon la profession de la femme pour celles qui ne vivent pas en couple. Nomenclature PCS 1982.

portants pour le retard de croissance que pour la prématurité. Pour les deux indicateurs de santé, on note la situation défavorable des femmes agricultrices, artisanes ou commerçantes, et des couples appartenant à cette catégorie ou à celle des employés de commerce, personnels de service ou ouvriers, ainsi que le risque particulièrement élevé de retard de croissance intra-utérin pour les enfants des couples sans profession.

Il est difficile de comparer simplement les écarts entre les situations sociales extrêmes, dans la mesure où les quatre indicateurs de la position sociale utilisés n'ont pas le même nombre de modalités, ni la même distribution dans l'échantillon. Néanmoins, on peut observer que l'écart de prématurité le plus important est observé avec la catégorie socioprofessionnelle du père, de 3,4 % à 9,2 %. L'amplitude de cet écart est due au risque élevé enregistré dans le groupe de naissances dont le père est sans profession, groupe de faible effectif parmi les femmes vivant en couple. Pour le retard de croissance intra-utérin, l'indicateur montrant l'écart le plus important est la catégorie socioprofessionnelle du ménage ; ceci en raison, d'une part, du taux le plus faible observé parmi les naissances des ménages de cadres et professions intellectuelles supérieures et, d'autre part, du taux le plus élevé parmi les naissances des ménages n'ayant pas de profession, ces deux situations ne correspondant pas à des sous-groupes d'effectif faible. Le groupe de ménages sans profession est d'effectif plus élevé que le groupe de pères sans profession, car il comprend aussi les ménages composés de femmes vivant seules et sans profession.

Ces résultats conduisent à privilégier l'indicateur décrivant le groupe socioprofessionnel du ménage, qui montre des différences sociales nettes et qui peut s'appliquer à l'ensemble des femmes, actives

ou non, vivant en couple ou non. Cet indicateur apporte une information indirecte à la fois sur les disponibilités financières du ménage et sur le milieu socioculturel dans lequel le ménage évolue et peut tisser des relations sociales. Le niveau d'études doit être considéré parallèlement, car il mesure une autre dimension de la position sociale, reflet indirect du milieu social d'origine et du capital culturel propre à la femme.

3.2. Différences sociales dans l'issue de la grossesse : les médiateurs

Pour mieux comprendre les liens entre les facteurs sociaux et la prématurité ou le retard de croissance intra-utérin, nous pouvons prendre en compte simultanément les facteurs sociaux et les autres facteurs connus comme influençant ces issues de la grossesse à l'aide de modèles multivariés appropriés. Cependant, les deux dimensions de la position sociale que sont le niveau d'études et le groupe socioprofessionnel sont trop fortement liées entre elles pour pouvoir être analysées simultanément dans un même modèle. Par exemple, en 1995, parmi les femmes de niveau d'études primaire, 70 % appartiennent à des couples « employés de commerce, ouvriers et personnels de service », et 4 % à des couples classés « cadres » ou « professions intermédiaires » ; à l'inverse, parmi les femmes de niveau d'études supérieur, 5 % appartiennent à la première catégorie, 76 % à la deuxième. Ceci nous a conduites à analyser séparément le lien de l'issue de la grossesse avec le niveau d'études de la mère, d'une part, la catégorie socioprofessionnelle du couple, d'autre part.

Globalement, il y a consensus dans la littérature sur le rôle de certains facteurs dans l'étiologie de la prématurité ou du retard de croissance (Berkowitz et Papiernik, 1993 ; Kramer, 1998) : des facteurs plutôt « biologiques », comme une grossesse aux âges extrêmes de la vie reproductive, une première grossesse, des antécédents de naissance d'enfant prématuré ou de petit poids, un poids maternel faible avant grossesse, et des facteurs liés aux conditions et aux modes de vie, comme l'origine étrangère, le fait de vivre seule, de ne pas avoir d'emploi, une surveillance prénatale insuffisante (qui intervient surtout sur le risque de prématurité), ou le fait de fumer (qui intervient surtout sur la croissance du fœtus).

Cette sélection de facteurs repose sur l'état de la littérature et ne correspond pas toujours à la situation actuelle en France. Même si l'origine étrangère reste un facteur de risque de mortalité infantile (Dinh, 1998), son rôle comme facteur de risque de prématurité ou de retard de croissance n'est pas si évident. En France, en 1981, les différences étaient faibles (Foix-L'Hélias *et al.*, 2000) ; en 1995, elles n'apparaissent plus. De la même manière, le fait de vivre seule ou en couple, et pour les femmes en couple le fait d'être mariée ou non, influent sur le risque de prématurité en 1981 ; ce facteur y est beaucoup moins associé en 1995.

Tableau 2
Risque de prématurité et d'hypotrophie selon le niveau d'études de la femme et la catégorie socioprofessionnelle du couple, après prise en compte des autres facteurs.
Enquête nationale périnatale 1995, naissances vivantes uniques

	Prématurité			Hypotrophie		
	OR ^a	ORa ^b	IC 95% ^c	OR ^a	ORa ^b	IC 95% ^c
Niveau d'études de la mère						
Primaire ^d	1,6	1,3	0,8-2,1	1,8	2,0	1,4-2,8
Secondaire 1 ^{er} cycle	1,6	1,4	1,1-1,8	1,5	1,3	1,0-1,5
Secondaire 2 ^e cycle	1,2	1,2	0,9-1,6	1,5	1,4	1,1-1,7
Supérieur	1,0	1,0		1,0	1,0	
Catégorie socioprofessionnelle du couple^d						
Cadres et professions intellect. supérieures	1,0	1,0		1,0	1,0	
Profess. intermédiaires	1,1	1,0	0,7-1,4	1,5	1,3	1,0-1,8
Employés (bureau)	1,3	1,2	0,9-1,7	1,8	1,6	1,3-2,1
Agriculteurs, commerçants, artisans	1,6	1,3	0,8-2,1	2,4	2,2	1,6-3,1
Employés (commerce), ouvriers, p. de service	1,6	1,4	1,0-1,9	2,1	1,8	1,4-2,4
Sans profession dans le couple	1,7	1,0	0,5-2,0	3,0	1,4	0,9-2,4

a. Odds ratios bruts.

b. Odds ratios ajustés sur l'âge de la mère, la parité, les antécédents obstétricaux pathologiques, le poids de la mère, la situation matrimoniale, la nationalité, le statut

de la mère vis-à-vis de l'emploi, l'usage du tabac, et un nombre de visites prénatales inférieur à la réglementation.

c. Intervalle de confiance à 95 % pour l'odds ratio ajusté.

d. Voir les notes du tableau 1.

Ces facteurs de risque de prématurité ou de retard de croissance sont d'autant plus fréquemment observés que la situation des femmes se situe au bas de la hiérarchie sociale. Le pourcentage de femmes vivant seules passe de 3 % parmi les femmes ayant un niveau d'études supérieur à 10 % parmi les femmes ayant un niveau d'études correspondant au premier cycle du secondaire, le pourcentage de femmes sans emploi, de 22 % à 47 %, le pourcentage de fumeuses, de 16 % à 33 %. À ce titre, ces facteurs contribuent aux inégalités sociales d'issue de la grossesse. Deux exceptions concernent l'âge maternel élevé et la primiparité : ce sont des facteurs de risque pour l'issue de la grossesse et ils sont plus fréquents dans les groupes sociaux favorisés. Le pourcentage des femmes de moins de 25 ans passe de 29 % parmi les femmes de niveau d'études de premier cycle du secondaire, à 10 % parmi les femmes de niveau d'études supérieur ; à l'inverse, le pourcentage de femmes de 35 ans et plus passe de 10 % à 14 %.

Le tableau 2 montre comment les risques de prématurité et de retard de croissance varient en fonction du niveau d'études de la mère et de la catégorie socioprofessionnelle du couple, après ajustement sur tous les facteurs listés plus haut. Tous ces facteurs ont été pris en compte dans l'analyse, au risque d'un surajustement, et donc d'une sous-estimation des risques associés à la situation sociale. Les risques associés aux deux indicateurs sociaux ont diminué par rapport aux observations brutes, ce qui montre que ces facteurs contribuent aux différences sociales. Toutefois, des écarts subsistent, en particulier pour le retard de croissance, pour lequel l'odds ratio associé au niveau d'études varie de 1 à 2 et celui associé au groupe professionnel de 1 à 2,2. Ces différences suggèrent que d'autres mécanismes doivent intervenir.

3.3. Hypothèses pour une meilleure compréhension des différences sociales

Parmi les mécanismes évoqués, la littérature avance souvent des facteurs individuels comme les comportements à risque (consommation de tabac, d'alcool), les expositions professionnelles et environnementales, l'accès et le recours aux soins et la qualité de ceux-ci, des

facteurs nutritionnels et, pour la prématurité, les infections génito-urinaires, dont la fréquence serait plus grande dans les groupes sociaux défavorisés (Berkowitz et Papiernik, 1993 ; Kramer, 1998). L'exposition à de nombreux facteurs de stress, comme des conditions de vie habituelle difficiles, ou des événements de vie stressants tels qu'une perte d'emploi, le décès ou la maladie grave d'un proche, une moins grande capacité à y faire face, un soutien social insuffisant, sont aussi proposés comme des éléments médiateurs conduisant aux inégalités sociales d'issue de grossesse (Rutter et Quine, 1990). Toutefois, si ces facteurs sont effectivement plus souvent présents dans les groupes sociaux défavorisés, leur rôle étiologique dans la prématurité ou le retard de croissance commence seulement à être exploré.

L'idée prévaut souvent que, si une étude pouvait prendre en compte tous les facteurs en même temps, toute l'amplitude des différences sociales serait expliquée (Kramer, 1998). Cependant, cela mérite d'être discuté pour plusieurs raisons. D'une part, la réalisation d'une telle étude serait techniquement difficile à mettre en œuvre, en raison du nombre élevé d'informations qu'il faudrait recueillir et de la taille nécessaire de l'échantillon pour assurer une validité statistique aux conclusions. D'autre part, cette idée repose sur le concept que les différences sociales observées se constituent uniquement par des mécanismes agissant à l'échelle individuelle. Or on peut penser que des facteurs interviennent également à un niveau collectif, comme le fonctionnement des réseaux auxquels appartiennent les femmes, et notamment le développement socio-économique, les habitudes de vie et la cohésion sociale des lieux ou des groupes dans lesquels les femmes évoluent (Kawachi *et al.*, 1999). Ces facteurs contextuels peuvent avoir un effet direct sur la santé, ou bien moduler l'effet des facteurs individuels. Le rôle étiologique d'une caractéristique individuelle peut, en effet, dépendre de sa signification sociale dans la population, de sa fréquence et des facteurs associés qui peuvent interagir avec elle. On peut, par exemple, se demander si le fait de ne pas exercer soi-même d'activité professionnelle influe de manière différente sur la santé périnatale selon que l'on vit dans une zone à fort ou faible taux d'activité, et donc que l'on se trouve sur le plan social dans une situation « marginale » ou « normale » par rapport au milieu dans lequel on vit. Ce type de question peut être abordée dans le cadre d'analyses multi-niveaux, qui permettent de prendre en compte simultanément des va-

riables considérées à l'échelle collective et des facteurs individuels (Von Korff *et al.*, 1992).

Les premiers travaux sur les déterminants collectifs de la santé périnatale portent sur le petit poids de naissance (Roberts, 1997 ; O'Campo *et al.*, 1997). Ils montrent comment des caractéristiques de la zone d'habitat, comme le taux de chômage, le pourcentage de familles au-dessous du seuil de pauvreté, le revenu moyen, la distribution du niveau d'études, de la catégorie socioprofessionnelle, ou la surpopulation des logements, sont associées au risque de petit poids de naissance, même après prise en compte des caractéristiques sociales individuelles. Ils suggèrent également que l'effet de ces caractéristiques individuelles varie selon le niveau de développement socioéconomique de la zone d'habitat, et que le risque lié aux situations individuelles défavorisées serait plus grand dans un environnement social favorisé.

Parmi les autres processus évoqués pour expliquer les différences sociales de santé périnatale figure la mobilité sociale. Les travaux d'Illsley à Aberdeen (Illsley, 1983) ont analysé l'issue de la grossesse (mortalité périnatale et petit poids de naissance) en fonction de la catégorie socioprofessionnelle du père de la femme et de celle de son conjoint : ils montrent des différences d'issue de la grossesse plus grandes en fonction de la catégorie sociale actuelle (celle du conjoint) que de celle d'origine (celle du père), même si cette dernière intervient également. Des données danoises plus récentes (Basso *et al.*, 1997) montrent comment le changement de catégorie sociale du couple entre deux naissances successives affecte le risque d'avoir un enfant de petit poids de naissance : quel que soit le niveau social enregistré lors de la première naissance, une diminution du niveau social entre les deux naissances est associée à une augmentation importante du risque de petit poids, une augmentation du niveau social à une diminution de ce risque. Toutefois, ces résultats ne permettent pas de savoir si la mobilité sociale, en tant que telle, a un effet - positif si ascendante et négatif si descendante - sur l'issue de la grossesse. Par contre, ils montrent que la catégorie sociale du couple au moment de la grossesse est plus prédictive de la naissance d'un enfant de petit poids que la catégorie sociale antérieure.

4. Conclusion

Cette étude dresse le constat d'une persistance des différences sociales de morbidité périnatale en France à la fin du 20^e siècle. Les résultats soulignent l'intérêt d'utiliser plusieurs indicateurs de la position sociale. Pour les questions de santé liées à la naissance, comme probablement pour la santé des jeunes enfants, un indicateur décrivant la position sociale du ménage doit être privilégié, qui prend en compte simultanément la situation socioprofessionnelle des deux membres du ménage. Compte tenu des réalités sociologiques contemporaines relatives à la place des femmes sur le marché du travail et aux nouvelles formes familiales, un tel indicateur est plus pertinent que la mesure de la situation socioprofessionnelle d'un seul membre du ménage.

Les différences sociales de prématurité et de retard de croissance intra-utérin ne sont pas totalement expliquées par les facteurs biologiques, médicaux ou comportementaux actuellement identifiés comme les principaux facteurs de risque. Ces résultats invitent à explorer d'autres pistes, notamment l'étude des interactions entre des facteurs de contexte et des caractéristiques individuelles, pour mieux comprendre comment se constituent ces inégalités sociales.

Références bibliographiques

- BASSO, O., OLSEN, J., JOHANSEN, A. M. T., et CHRISTENSEN, K. (1997), « Change in social status and risk of low birth weight in Denmark: Population based cohort study », *British Medical Journal*, vol. 315, p. 1498-1502.
- BERKOWITZ, G. S., et PAPIERNIK, E. (1993), « Epidemiology of preterm birth », *Epidemiologic Reviews*, vol. 15, p. 414-443.
- BLONDEL, B., BREART, G., DU MAZAUBRUN, C., BADEYAN, G., WCISLO, M., LORDIER, A., et MATET, N. (1997), « La situation périnatale en France : évolution entre 1981 et 1995 », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 26, p. 770-780.
- DINH, Q. C. (1998), « Les inégalités sociales de la mortalité infantile s'estompent », *Économie et Statistique*, vol. 314, p. 89-106.
- EUROSTAT (1997), *Statistiques démographiques 1997*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés Européennes.
- FOIX-L'HELIAS, L., ANCEL, P. Y., et BLONDEL, B. (2000), « Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 29, p. 55-65.

- ILLSLEY, R. (1983), « Social aspects of pregnancy outcome », dans : S. L. Barron et A. M. Thomson, éd., *Obstetrical Epidemiology*, Londres, Academic Press, p. 449-476.
- KAWACHI, I., KENNEDY, B. P., et GLASS, R. (1999), « Social capital and self-rated health: A contextual analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 89, p. 1187-1193.
- KERJOSSE, R., et TAMBY, I. (1997), « La situation démographique en 1995 », *Insee Résultats. Démographie-Société*, n° 65-66.
- KRAMER, M. S. (1998), « Socio-economic determinants of intrauterine growth retardation », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 52, p. 529-533.
- MACKENBACH, J. P., KUNST, A. E., CAVELAARS, A. E. J. M., et al. (1997), « Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe », *Lancet*, vol. 349, p. 1655-1659.
- MAMELLE, N., MUNOZ, F., et GRANDJEAN, H., pour le groupe de travail Audipog (1996), « Croissance fœtale à partir de l'étude Audipog. I. Établissement de courbes de référence », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 25, p. 61-70.
- O'CAMPO, P., XUE, X., WANG, M. C., et CAUGHY, M. (1997), « Neighborhood risk factors for low birth weight in Baltimore: A multilevel analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 87, p. 1113-1118.
- ROBERTS, E. M. (1997), « Neighborhood social environments and the distribution of low birth weight in Chicago », *American Journal of Public Health*, vol. 87, p. 597-603.
- RUTTER, D. R., et QUINE, L. (1990), « Inequalities in pregnancy outcome: A review of psychosocial and behavioural mediators », *Social Science and Medicine*, vol. 30, p. 553-568.
- VON KORFF, M., KOEPEL, T., CURRY, S., et DIEHR, P. (1992), « Multilevel analysis in epidemiologic research on health behaviors and outcomes », *American Journal of Epidemiology*, vol. 135, p. 1077-1082.