

# Les modes de régulation de la reproduction humaine

## Incidences sur la fécondité et la santé

*Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

**AIDELF**

# Modes de régulation de la reproduction et incidences sur la santé

---

Godielieve MASUY-STROOBANT

Institut de Démographie, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique

Le problème qui se pose d'emblée aux chercheurs s'intéressant au concept de « santé » renvoie à son opérationnalisation. A la définition de santé positive proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (« la santé est un état de bien-être physique mental et social »), le démographe oppose encore bien souvent diverses mesures de mortalité, indicateurs extrêmes de non-santé que l'on précisera, le cas échéant, par un découpage adéquat en classes d'âges et causes de décès significatives. Il s'agira, en référence au thème de cette session, soit de mesures de la mortalité maternelle, soit de mesures de la mortalité infantile. Rappelons que la mortalité maternelle est encore largement sous-estimée par les statistiques d'état civil en Italie (*Carlo Maccheroni* dans le présent ouvrage), en France (Bouvier-Colle et coll. 1991) et sans doute dans la plupart des autres pays d'Europe. La qualité de la mesure de la mortalité infantile dépend elle aussi de définitions légales, de critères administratifs d'enregistrement des faits d'état civil (naissance vivante, décès, mort-né) et de l'évolution des techniques médicales, et il convient en outre de tenir compte de l'évolution du concept de mortalité infantile au cours du XX<sup>e</sup> siècle (Masuy-Stroobant G. 1984) dans la sélection des classes d'âges selon lesquelles décomposer ce phénomène (mortalité foetale précoce et tardive, mortalité néonatale précoce et tardive, mortalité postnéonatale...).

Si classiquement la démographie s'est surtout intéressée à la mortalité des nés vivants, qui seuls contribuent réellement au mouvement de la population et de ses caractéristiques, les mutations qu'ont subi les phénomènes fécondité et mortalité infantile au cours des dernières décennies l'ont amenée à analyser de plus près la mortinatalité. Celle-ci renvoie par ailleurs à la notion médicale de mortalité foetale tardive et fait l'objet d'un enregistrement systématique à l'état civil, à l'instar des naissances vivantes et des décès. De proche en proche, les pertes foetales subies au cours de l'ensemble de la grossesse seront analysées, qu'elles soient ou non volontaires : mortalité foetale précoce et intermédiaire qui se rapportent respectivement aux fausses-couches précoces (1<sup>er</sup> trimestre) ou plus tardives (deuxième trimestre), survenant en tout cas avant l'obligation de déclaration à l'état civil qui impose généralement (mais pas toujours) une durée de gestation minimale de 28 semaines (Gourbin C. et Masuy-Stroobant G. 1993).

Dans les études de fécondité, les pertes foetales seront souvent analysées en tant qu'échecs de conception ou indicateur d'infertilité si elles sont involontaires, en tant que comportement contracepteur ou résultant d'un échec de contraception si elles sont volontaires. *Paul Cesbron* va tenter de démontrer que l'expérience antérieure d'une interruption volontaire de grossesse n'a guère d'incidence sur la fertilité subséquente

des femmes, cette fertilité étant mesurée par la survenue d'une nouvelle grossesse, plus fréquente semble-t-il chez les femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse que chez les femmes ayant adopté un autre mode de contrôle de leur fécondité.

Quand il s'agit d'analyser les phénomènes de santé ou de mortalité infantile, on attribue aux pertes foetales le rôle de « facteur de risque » en référence à l'issue de la grossesse suivante ou encore celui d'indicateur de l'existence de problèmes de santé chez la mère, ceux-ci pouvant à leur tour être cause ou indicateur de problèmes de santé chez les enfants qu'elle pourrait effectivement mettre au monde (accouchement prématuré, hypotrophie...). Le comptage des décès foetaux et leur analyse implique que la conception soit définie comme événement-origine. Celle-ci est cependant difficile à identifier de façon univoque : *Catherine Gourbin* rappelle à ce propos le terme de fécondabilité apparente, définie par Gini en 1924, et qui renvoie au moment souvent mal défini et variable d'une étude à l'autre, de la reconnaissance de la grossesse. Signalons qu'en outre la précocité de la reconnaissance de la grossesse varie selon la précocité du suivi prénatal, la classe sociale ou d'autres facteurs encore qui tous vont contribuer à altérer les mesures qui en font usage. L'apport de *Catherine Gourbin* est donc de nature méthodologique, démontrant l'impossibilité de cumuler les résultats obtenus par les recherches traitant des effets de l'interruption volontaire de grossesse sur la ou les grossesses subséquentes.

Par-delà son analyse, c'est la diversité des indicateurs d'issues de grossesse et de « qualité » de ces issues utilisés comme effets négatifs possibles qui nous intéresse dans cette communication.

Au risque d'en oublier certains, on peut y retrouver :

- les avortements spontanés ou « fausses-couches »
- la prématurité
- le faible poids de naissance
- la mortinatalité
- la mortalité néonatale précoce
- les malformations congénitales
- les complications pendant la grossesse et l'accouchement
- le diamètre cervical suite à la technique d'aspiration utilisée...

Notons qu'une partie de ces indicateurs permettent de qualifier la survie de l'enfant : la prématurité, l'insuffisance pondérale et les malformations congénitales s'associent fréquemment, quoique dans des proportions variables, à une probabilité plus grande de handicaps physiques ou psychosociaux. D'autres concernent plus directement la mère, mais impliquent souvent des risques accrus pour l'enfant : ainsi une dilatation cervicale importante peut accroître le risque d'accouchement prématuré, etc.

Les indicateurs de santé utilisés par *Marie-Hélène Bouvier-Colle* sont pour la plupart déjà mentionnés dans la liste qui vient d'être présentée, si on se limite aux indicateurs relatifs à l'enfant. Il convient cependant d'y ajouter la fréquence des accouchements multiples et le taux d'infirmité motrice cérébrale. Rarement accessible dans les statistiques administratives, l'infirmité motrice cérébrale est fréquemment liée à la grande prématurité ou aux naissances de très petit poids (poids de naissance inférieur

à 1 500 g ou à 1 000 g). Si l'infirmité motrice cérébrale gagnerait à être modulée selon le niveau d'incapacité qu'elle génère, son intérêt en tant qu'indicateur de santé infantile est susceptible de s'accroître, dans la mesure où les techniques actuelles de prise en charge de la grossesse (et de la conception) et de l'enfant (néonatalogie intensive) contribuent à faire vivre un nombre grandissant d'enfants de très petit poids, pour lesquels on ne dispose que de peu d'informations fiables sur la qualité de vie (Dehan M. et coll. 1990).

C'est à *Françoise Laborie* que revient la palme de la diversité des indicateurs de santé proposés.

En ce qui concerne l'enfant, ils restent classiques :

- accouchement très multiple,
- prématurité,
- faible poids de naissance,
- mortalité,
- malformations congénitales.

Pour la mère, ils sont beaucoup plus divers et se réfèrent pour l'essentiel à des transformations biologiques généralement considérées comme irréversibles suite à l'utilisation de l'une ou l'autre technique de reproduction assistée :

- ostéoporose,
- formation de kystes ovariens,
- allergies,
- syndrome d'hyperstimulation ovarienne,
- cancers sous diverses formes,
- décès...

Ces risques sont très variables et souvent spécifiques au type de traitement appliqué, sans parler des risques chirurgicaux et infectieux plus classiques.

Par-delà cette diversité d'indicateurs de santé ou de non-santé, la question qui se pose ici est tout d'abord celle de leur spécificité, leur fiabilité et leur reproductibilité. Les problèmes de santé maternelle inventoriés dans le cadre de cette session renvoient à la possibilité de multiples interactions entre facteurs de risque préexistants et risques surajoutés par un comportement ou une intervention particuliers et donc à la mesure adéquate de leurs « effets » sur la santé des femmes et des mères.

La comparabilité des études menées sur ces thèmes - et donc la cumulativité des résultats de recherches - implique aussi qu'un consensus soit dégagé quant au choix et à l'élaboration d'indicateurs de santé reproductibles et, si possible, recueillis également auprès des femmes ne faisant l'objet d'aucune intervention. Or, nous le savons, dans la plupart des pays d'Europe, les données de morbidité recueillies « en routine » (comme les registres de cancers ou de maladies cardio-vasculaires) sont loin d'être complètes et fiables. Le recours à des statistiques de mortalité, n'est guère plus satisfaisant dans ce contexte : outre la rareté (statistique) de la mortalité maternelle en Europe, le manque de précision qui entache la déclaration des causes médicales du décès entraîne une sous-estimation systématique de cette mortalité particulière.

Depuis le début des années 80, un nombre croissant de pays d'Europe ont inclus des questions relatives à la durée de gestation et au poids de naissance, dans les bulletins statistiques d'état civil de naissance. Ces données permettent de dépasser les indicateurs traditionnels de mortalité infantile par des indicateurs quantitatifs du risque de handicaps neuro-moteur chez l'enfant ; ceux-ci étant approchés par une mesure de la fréquence de naissances de très petit poids ou très prématures. A noter que les statistiques d'état civil offrent de plus l'avantage de ne pas souffrir de biais de sélection, inconvénient majeur qui est souvent reproché aux statistiques hospitalières à ce propos.

Les malformations congénitales sont, en dépit de l'amélioration de la qualité et de la couverture des registres, encore largement sous-estimées, dans la mesure où le diagnostic est parfois difficile et ne peut toujours être posé à la naissance.

Le recours aux statistiques de mortalité infantile ou de l'un ou l'autre découpage de cette mortalité en classes d'âge pertinentes pour mesurer et comparer l'état de santé (ou de non-santé) infantile est de plus en plus sujet à caution, non pas en tant qu'indicateur non-spécifique de la santé (ou de la non-santé), mais en raison de sa fidélité au niveau réel de mortalité qui est censé être mesuré. Le problème posé par les différences internationales en matière de définition des événements vitaux et de critères présidant à la déclaration des naissances (vivantes et mort-nées) et des décès est déjà ancien. Ce qui est nouveau, c'est le poids que font peser ces différences sur la mesure de la mortalité infantile et sa comparaison dans le temps et dans l'espace (Masuy-Stroobant G. 1994). En se concentrant toujours davantage dans les tout premiers jours de la vie (25 % des décès ont lieu au cours du premier jour, 50 % au cours de la première semaine de vie), la mesure de la mortalité infantile dépend de plus en plus des critères légaux et médicaux de viabilité de l'enfant né. Il est désormais certain que les performances des techniques actuelles de prise en charge de l'ensemble du processus de procréation (techniques de reproduction médicalement assistée, de surveillance électronique de la grossesse, de prise en charge de nouveau-nés de plus en plus petits...) ont contribué à produire (accouchements très multiples) et à faire vivre des enfants qui autrefois (il y a moins de 10 ans !) n'auraient même pas été déclarés dans plusieurs pays d'Europe selon les définitions légales en vigueur. A l'intérieur même des pays, la « déclarabilité » d'une naissance peut varier selon l'accessibilité à des services spécialisés adéquats et donc selon la possibilité de prise en charge de nouveau-nés très fragiles (Gourbin C. 1991). Or, c'est justement cette catégorie-là de nouveau-nés très fragiles et frappés d'une mortalité encore très élevée et souvent précoce, qui, simultanément, sont les plus touchés par des différences de critères déterminant leur existence légale, et contribuent le plus à déterminer les écarts de mortalité infantile entre régions et pays.

Enfin, la dissociation encore trop fréquente des problèmes de santé des mères et des enfants (y compris les pertes foetales) devrait sans doute être reconsidérée en tant que phénomène unique à facettes multiples dans toute étude traitant des techniques récentes de prise en charge du processus de la reproduction en vue d'en évaluer les avantages et inconvénients de façon plus cohérente.

Ce caractère indissoluble de la santé des mères et des enfants en tant que dépendant de techniques ou pratiques de régulation de la reproduction apparaît d'emblée à l'énumération des thèmes traités dans les communications qui vont suivre.

C'est l'interruption volontaire de grossesse qui retiendra l'attention en un premier temps :

- avortement et mortalité maternelle (*C. Maccheroni*),
- avortement et fertilité subséquente (*P. Cesbron*),
- avortement et pertes foetales subséquentes (*C. Gourbin*).

En un second temps, les techniques et pratiques de régulation à la hausse seront traitées à deux niveaux :

- leurs effets statistiquement décelables au niveau national sur les caractéristiques et la santé des enfants (*M. H. Bouvier-Colle*),
- les effets plus immédiats des techniques de procréation médicalement assistée sur la santé des mères et des enfants (*F. Laborie*).

Ces communications n'épuisent pas, loin s'en faut, le champ qu'aurait pu couvrir cette session : on aurait pu également y aborder les thèmes suivants :

- le problème très préoccupant des avortements clandestins chez les adolescentes en Afrique, qui paradoxalement apparaît comme un phénomène urbain et semble être l'apanage des groupes les plus scolarisés (*Diongue A. 1990 ; Nations Unies 1988*),
- les modes d'allaitement et d'alimentation des nourrissons et leurs effets sur la santé des mères et des enfants,
- la contraception orale et ses effets à long terme sur la santé des mères,
- les nouvelles techniques de prise en charge (soins néonataux intensifs) des nouveau-nés de très petit poids et leurs effets sur la santé physique et psycho-affective des enfants...

**BIBLIOGRAPHIE**

- BOUVIER-COLLE M. H., VARNOUX N., COSTES P., HATTON F., 1991. « Reasons for the underreporting of maternal mortality in France as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age », *International journal of epidemiology*, 20, pp. 717-721.
- DEHAN M., VODOVAR M., GOUJARD J., CROST M., ROUGEOT M., GAUTIER J.P., BENISVY C., PLISSIER M., VOYER M., 1990. « Devenir des prématurés de moins de 33 semaines d'âge gestationnel : résultats d'une enquête menée en 1985 dans la région parisienne », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 19, pp. 25-35.
- DIONGUE A., 1990. « Drames d'une maternité précoce » in : *Fécondité de l'adolescence, Pop Sahel*, 13, pp. 10-11.
- GOURBIN C., 1991. « Les pratiques de déclaration des événements "naissance vivante" et "mort-né" en Belgique, 1990 », Louvain-la-Neuve, Institut de démographie, Thèse de maîtrise en démographie), 123 p.
- GOURBIN C., MASUY-STROOBANT G., 1993. « Are live and stillbirths comparable all over Europe ? », Louvain-la-Neuve, Académia, *Working Paper* n° 170, Institut de démographie, 45 p.
- MASUY-STROOBANT G., 1984. « *Les déterminants de la mortalité infantile ; La Belgique d'hier et d'aujourd'hui* », Louvain-la-neuve, Département de démographie, Ciaco éditeurs, 540 p.
- UNITED NATIONS, 1989. , « Adolescent reproductive behaviour. Evidence from developing countries », *Population studies*, New-York, n° 109, 128 p.