Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2013) 42, 609—612

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

La santé périnatale en France : une position moyenne en Europe, mais quelques différences préoccupantes

Perinatal health in France: An average position in Europe with a few worrying differences

Un nouveau rapport Euro-Peristat décrit l'état de santé périnatal dans les 26 pays membres de l'Union européenne, plus l'Islande, la Norvège et la Suisse en 2010 [1]. Il compare les caractéristiques des femmes enceintes et des nouveau-nés, leur état de santé et les pratiques médicales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Il comprend également des données de deux autres projets européens en lien avec la santé périnatale, l'un sur les paralysies cérébrales (SCPE) et l'autre sur les anomalies congénitales (Eurocat). Le précédent rapport était fondé sur les naissances de 2003 ou 2004, selon les pays [2]. Le rapport est disponible gratuitement sur internet à l'adresse suivante www.europeristat.com. Il est complété par un ensemble de tableaux détaillés par indicateur.

Les données d'Euro-Peristat permettent de situer la France par rapport aux autres pays européens pour apprécier ses points forts et ses points faibles, et faire un bilan sur ce qui s'est amélioré ou dégradé par comparaison au rapport précédent, que ce soit sur les indicateurs de santé et de pratiques médicales, ou sur le système d'information périnatale.

Des indicateurs de mortalité préoccupants en France

La France a le taux de mortinatalité le plus élevé d'Europe (9,2 pour 1000 naissances totales) et cette différence persiste si les comparaisons portent sur les naissances à partir de 28 semaines d'aménorrhée, pour atténuer les effets d'éventuelles variations dans l'enregistrement des mort-nés aux âges gestationnels les plus bas (Fig. 1). La position particulière de la France était déjà constatée dans le rapport précédent en 2004 [2,3]. Ceci représente le principal résultat qui nous distingue des autres pays. Les interruptions médicales de grossesse (IMG) pourraient expliquer notre position ; dans le registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) qui inclut tous les mort-nés dans trois départements de Rhône-Alpes, 40 % des mort-nés à partir de 28 semaines d'âge gestationnel (AG) correspondaient à des IMG en 2010 [4]. Notre situation particulière pourrait provenir, d'une part, de l'inclusion des IMG dans notre estimation de la mortinatalité, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays [1] et, d'autre part, de la politique active de diagnostic anténatal, et de la possibilité de faire des IMG sans limitation d'âge gestationnel en France [5]. La part des IMG dans la mortinatalité devrait être mieux connue au niveau national par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), en particulier à partir des naissances de 2012 [6].

Pour la mortalité néonatale, nous nous situons au 15e rang des pays (ou régions) présents en 2010. Notre taux, s'il était calculé sur toutes les naissances à partir de 24 semaines pour réduire les effets des variations dans les règles d'enregistrement propres à chaque pays, serait de 2,1 pour 1000, en légère diminution par rapport à 2004 (2,3 pour 1000). Cependant, cette amélioration est une des plus faibles observées parmi les pays européens sur cette période, alors qu'il existe des possibilités de poursuivre la baisse de la mortalité néonatale ; en effet, des pays qui avaient des taux de mortalité néonatale très faibles au départ, tels que la Finlande et la Suède, ont suivi une baisse importante de leur taux de mortalité sur cette même période. La baisse très modérée observée en France ne semble pas s'expliquer par une aggravation de la situation dans un groupe particulier de femmes [7] et les données

0368-2315/$ - see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.08.019

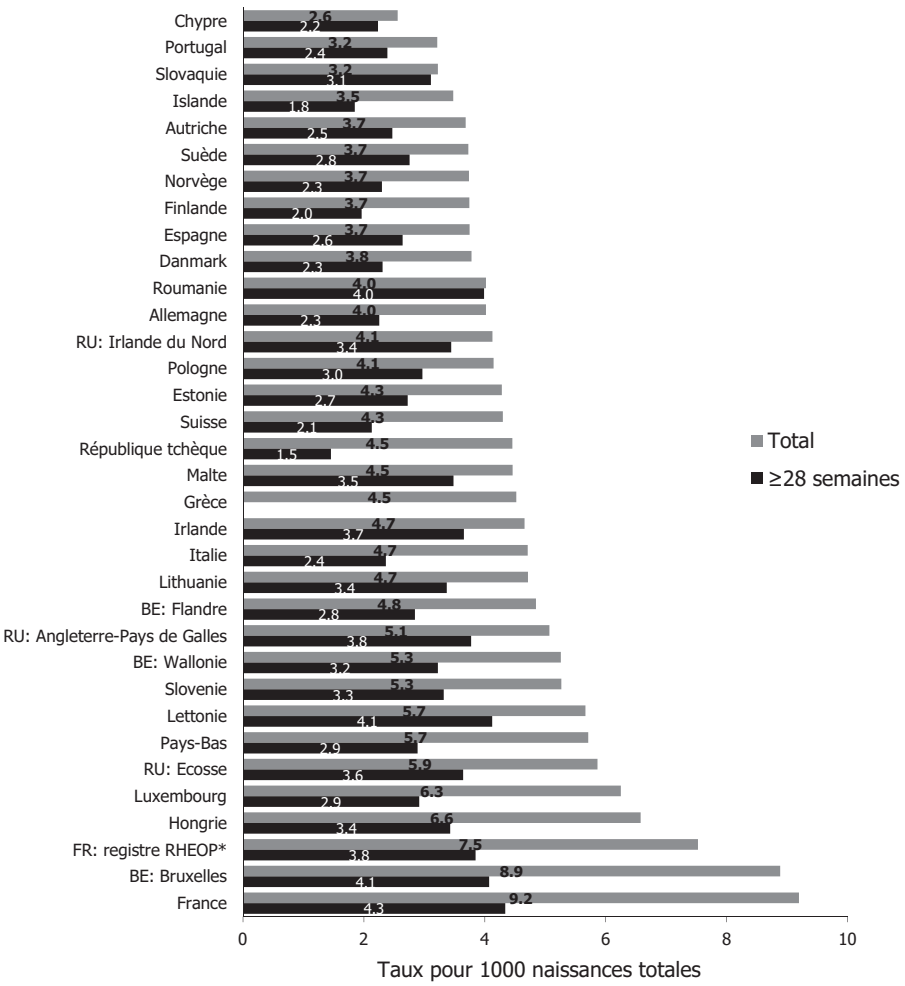


Figure 1 Taux de mortinatalité dans chaque pays (ou région) en Europe en 2010 : taux global et taux pour les naissances à partir de 28 semaines d'aménorrhée.

Fetal mortality in European countries or regions in 2010 : total rates and rates in births ≥ 28 weeks.

EURO-PERISTAT. *Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire périnatal (Isère, Savoie et Haute-Savoie) [1].

disponibles sur les autres indicateurs de santé du rapport ne permettent pas de donner d'explication à cette situation.

Une position française moyenne pour les autres indicateurs de santé

Pour les autres indicateurs de santé, la France occupe une place assez bonne, mais ne se situe jamais parmi les cinq pays ayant les meilleurs résultats. La prématurité atteignait 6,6 pour 100 naissances totales, et nous nous situions au 10e rang. La prématurité a eu tendance à légèrement augmenter puisque le taux était de 6,3 % en 2003. Cette tendance est constatée dans la plupart des pays, mais elle n'est pas systématique : entre 1995 et 2010, le taux de prématurité des singletons nés vivants a diminué ou est resté stable dans environ la moitié des pays européens, mais pas en France [8].

Pour mesurer la mortalité maternelle, la France a mis en place un système de surveillance renforcée, comme l'Estonie, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Slovénie, car les statistiques de routine sur les causes de décès sous-estiment très nettement la mortalité maternelle dans un grand nombre de pays [1,9]. En France, le renforcement de la surveillance porte à la fois sur l'identification des cas par de multiples sources et la documentation de chaque décès. Le ratio de mortalité maternelle était de 9,1 pour 100 000 naissances, dans la moyenne basse des six pays qui ont adopté un système renforcé, et stable par rapport à la période précédente [10].

Des tendances plutôt favorables dans les pratiques obstétricales en France

Le taux de césarienne atteignait 21 % en France, ce qui correspond à un niveau plutôt bas sur l'ensemble des taux qui allaient de 15 % en Islande et 17 % en Finlande, aux Pays-Bas, en Suède et en Norvège, à 36 % au Portugal, 38 % en Italie et 52 % à Chypre. Le taux global de césarienne était en augmentation dans presque tous les pays ; une légère baisse était constatée en Finlande et en Suède, et l'augmentation en France était non significative sur le plan statistique, si on tenait compte du fait que les données provenaient d'un

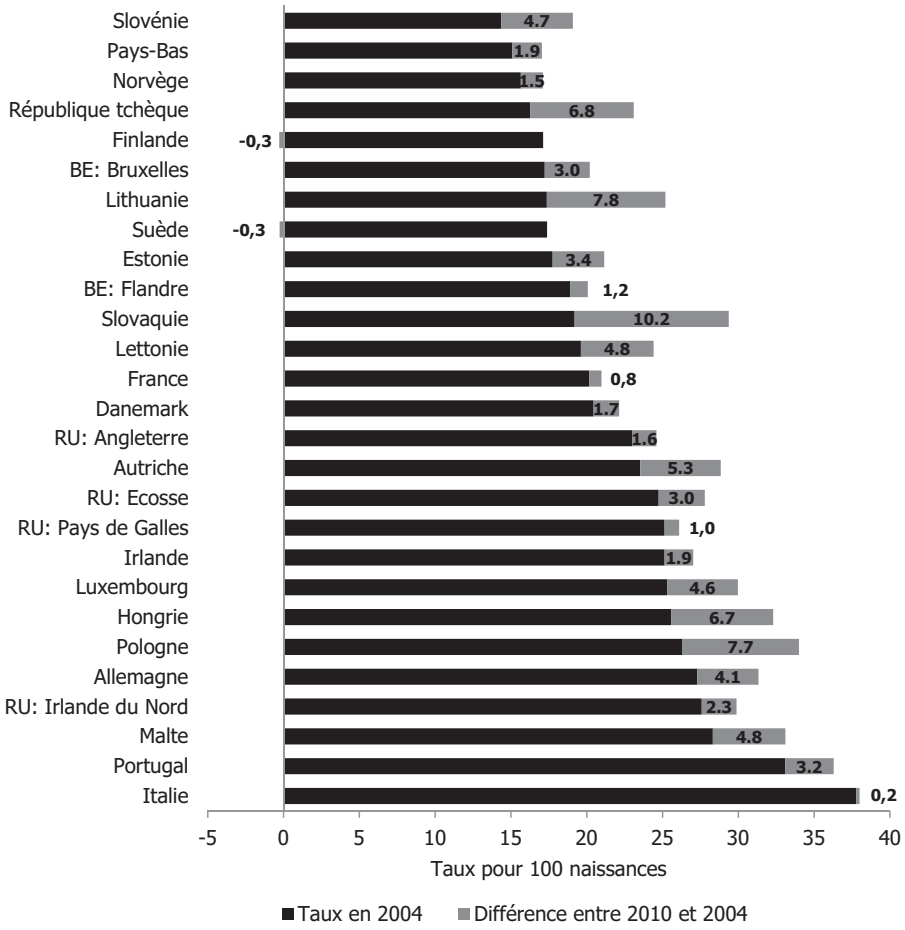


Figure 2 Taux de césarienne dans chaque pays (ou région) en Europe en 2004 et évolution entre 2004 et 2010.
Caesarean rates in European countries or regions in 2004 and change 2004–2010.
EURO-PERISTAT [1].

échantillon et non pas de la totalité des naissances dans notre pays (Fig. 2).

Une épisiotomie était réalisée pour 27 % des accouchements par voie basse en France et ce taux variait suivant les pays de 5 % au Danemark et 7 % en Islande et en Suède à 73 % au Portugal et 75 % à Chypre. Cette pratique était en diminution forte dans certains pays où elle était très répandue auparavant, et en augmentation dans quelques pays ayant en 2004 des taux d'épisiotomie très faibles, tels que l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Écosse. En France, l'évolution peut être décrite par rapport à la situation en 1998 et montre une diminution très forte de 51 % à 27 % [11].

Une évolution défavorable pour plusieurs facteurs de risque en Europe

Deux caractéristiques maternelles en augmentation sont préoccupantes dans la plupart des pays européens, en raison de leur risque pour les femmes et les enfants : l'âge et le poids maternels. Le pourcentage de femmes de 35 ans et plus atteignait 19,2 % en France et nous situait dans une position moyenne par rapport aux autres pays, mais ce pourcentage a clairement augmenté depuis 2003 où il était de 15,9 %. Par ailleurs, les femmes obèses (indice de masse corporelle (IMC) $\geq$ 30) représentaient 9,9 % des femmes, en nette augmentation par rapport à 2003 (7,4 %) ; néanmoins, nous nous situions parmi les pays à risque plutôt faible, avec la Slovénie et la Pologne, alors que les femmes obèses représentaient 12 à 13 % dans les autres pays qui disposent de statistiques sur l'IMC et atteignait même 21 % en Écosse.

Un système d'information limité en France

La France était, en 2010, le seul pays d'Europe, avec Chypre, à ne pas disposer de données systématiques pour toutes les naissances, sur l'âge gestationnel des nouveau-nés, ni sur leur poids. Dans les autres pays, ces informations proviennent de l'état civil, via les bulletins de naissance, ou le plus souvent d'un registre médical national incluant toutes les naissances. En France, les bulletins de naissance ne comportent pas d'informations médicales, et il n'existe pas de registre médical des naissances exhaustif. Ainsi, nous ne pouvons pas surveiller la mortalité ou la morbidité dans des groupes de la population à risque, comme les enfants très prématurés.

Quelques améliorations ont été apportées au système d'information très récemment. Par exemple nous disposons,

depuis peu, de données de bonne qualité sur l'âge gestationnel et le poids pour tous les nouveau-nés, par le PMSI, et nous allons prochainement pouvoir, par cette même source, estimer la mortinatalité sur toutes les naissances [6], et pas seulement sur l'échantillon de l'enquête nationale périnatale qui est trop petit pour procéder à des estimations précises. En dépit de ces avancées, la France demeure très en deçà de ses voisins en matière de données disponibles en routine.

La France dispose d'un système permanent de recueil de données exhaustives et fiables sur les morts maternelles : « l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles » ; cependant, la pérennité de ce système, qui a notamment permis une mobilisation des professionnels de l'obstétrique autour de l'hémorragie du post-partum, est actuellement menacée.

La France a également des données de bonne qualité, à partir des enquêtes nationales périnatales, sur les indicateurs démographiques et sociaux des mères, la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement et certains indicateurs de santé des nouveau-nés [12]. Ces données sont disponibles de manière très irrégulière, mais les deux dernières enquêtes nationales périnatales de 2003 et 2010 ont fourni la majeure partie des indicateurs français figurant dans le rapport EURO-PERISTAT et nous ont permis de documenter des indicateurs qui sont mal connus dans les autres pays, tels que les traitements de l'infertilité avant la grossesse, l'IMC et l'allaitement maternel [1].

Conclusion

Connaître notre position vis-à-vis des pays voisins est très utile pour comprendre notre système de santé, nos politiques et nos pratiques. Il n'est pas toujours facile de savoir quelles décisions seraient appropriées et applicables dans notre pays pour améliorer nos résultats. Cependant, dans beaucoup de cas, la situation extrême de certains pays fixe les perspectives et nous donne des indications sur ce qui pourrait arriver, par exemple si on accentuait nos stratégies de limitation du nombre de césariennes, ou si au contraire nous n'avions pas de politiques ciblées sur ce sujet.

Des améliorations ont été apportées récemment à notre système d'information, cependant celui-ci est fragile et nos capacités d'analyse de la situation périnatale demeurent réduites ; ne pas pouvoir par exemple étudier l'évolution de la mortalité néonatale suivant l'âge gestationnel limite nos possibilités d'interprétation de la situation actuelle.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Financements : le projet Euro-Peristat est financé par le programme santé de la direction générale de la santé et des consommateurs de l'Union européenne, qui fournit également un financement pour SCPE et Eurocat. Le projet Euro-Peristat est coordonné par l'Inserm U953.

Références

[1] EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report: the health and care of pregnant women and babies in Europe en 2010. www.europeristat.com. Accès 30 juin 2013.
[2] EURO-PERISTAT Project with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European perinatal health report: better statistics for better health for pregnant women and their babies, data from 2004. www.europeristat.com, accès 30 juin 2013.
[3] Mohangoo AD, Buitendijk S, Szamotulska K, Chalmers J, Irgens LM, Bolumar F, et al. Gestational age patterns of fetal and neonatal mortality in Europe: results from the Euro-Peristat Project. Plos One 2011;6:e24727.
[4] RHEOP. Rapport d'activité 2011, Mortinatalité-données 2010. www-rheop.ujf-grenoble.fr, accès 30 juin 2013.
[5] Papiernik E, Zeitlin J, Delmas D, Draper ES, Gadzinowski J, Kunzel W, et al. Termination of pregnancy among very preterm births and its impact on very pretem mortality: results from ten European population-based cohorts in the MOSAIC study. BJOG 2008;115:361—8.
[6] Fresson J, Blondel B. La sortie prochaine des mort-nés des limbes de la statistique française. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013;42:1—4.
[7] Niel X. Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent. Paris: INSEE, Document de travail; 2011. p. F1106 [www.insee.fr.].
[8] Zeitlin J, Szamotulska K, Drewniak N, Mohangoo AD, Chalmers J, Sakkeus L, Irgens L, Gatt M, Gissler M, Blondel B and the Euro-Peristat Preterm Study Group. Preterm birth time trends in Europe: a study in 19 countries. BJOG (sous presse).
[9] Bouvier-Colle M-H, Mohangoo AD, Gissler M, Novak-Antolic Z, Vutuc C, Szamotulska K. What about the mothers? An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. BJOG 2012;119:880—90.
[10] Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle M-H. Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007-2009. J Gyn Obstet Biol Reprod (sous presse).
[11] Blondel B, Lelong N, Kermarrec N, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des Enquêtes nationales périnatales. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012;41:151—66.

B. Blondel[a,*,b]
J. Zeitlin[a,b]
[a] *Inserm U953, « Unité de recherche épidémiologique sur la santé périnatale et la santé des femmes et des enfants », maternité Port-Royal, 53, avenue de l'Observatoire, 75014 Paris, France*
[b] *Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, 75012 Paris, France*

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : beatrice.blondel@inserm.fr (B. Blondel)

Disponible sur Internet le 9 octobre 2013