

L'inquiétante hausse de la mortalité infantile en France

Alors que les décès d'enfants en bas âge décroissaient depuis le début du XX^e siècle, ils augmentent depuis dix ans, sans cause clairement établie

Autrefois fréquentes, les morts de nourrissons sont associées, dans l'imaginaire collectif, à une époque désormais lointaine, celle de l'après-guerre. Au cours des dernières années, la mortalité infantile est devenue un marqueur de développement des nations. Depuis le début du XX^e siècle, ce taux a continuellement baissé en France, cédant seulement en 1914-1918 et en 1939-1945 aux soubresauts de la guerre. Mais cette décrue a cessé depuis une dizaine d'années, pour la première fois en temps de paix.

Cette nouvelle tendance à la hausse, discrète, était passée sous les radars des rapports démographiques. Mais une étude publiée début mars dans la revue scientifique *The Lancet* a établi un constat inquiétant : après une baisse rapide du taux de mortalité infantile jusqu'en 2005, la tendance se ralentit pour augmenter à partir de 2012, à un rythme de 0,04 mort pour 1000 naissances vivantes par an. Selon les données Eurostat, la France occupait en 2019 la 25^e place en Europe, avec 3,8 morts pour 1000 naissances vivantes. Loin derrière la Suède, la Finlande, la Norvège (2,1) ou l'Italie (2,4).

A partir des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'équipe de chercheurs français, pour la plupart du Centre de recherche en épidémiologie et statistiques (Cress, Inserm-Université de Paris), a analysé des séries chronologiques en France entre 2001 et 2019. Résultat : sur la période, 53 077 enfants n'ont pas vécu plus d'une année.

Presque la moitié de ces morts (47,8 %) sont survenues pendant la période néonatale précoce, c'est-à-dire la première semaine de vie, en grande partie le premier jour (24,4 %). Les autres décès se répartissent entre la période néonatale tardive, c'est-à-dire le premier mois (20,8 %), et la période postnéonatale (31,8 %). Si elle est identifiable à tous les stades, la hausse est plus particulièrement marquée la première semaine de vie.

« On ne fait que confirmer une situation qui était déjà connue », relève Martin Chalumeau, pédiatre et épidémiologiste à l'hôpital parisien Necker-enfants malades, qui a coécrit l'étude. En juin 2018, un focus de l'Insee alertait déjà sur le fait que, après des décennies de baisse, la mortalité infantile était devenue stable en 2005. La date précise à partir de laquelle la tendance est partie à la hausse n'est pas précisément connue, mais elle se situerait aux alentours de 2012, selon la méthode statistique utilisée par l'équipe de Martin Chalumeau.

L'étude de *The Lancet* écarte plusieurs biais statistiques qui rendaient cette tendance jusque-là peu lisible. En excluant les données du premier jour, les auteurs ont prouvé que la tendance se confirmait, malgré les changements dans les pratiques d'enregistrement de la mortalité – les enfants mort-nés –, dont certains ont pu être comptés parmi les naissances vivantes, alors qu'ils ne l'étaient pas auparavant. Il en va de même pour l'augmentation du nombre d'enfants prématurés, qui, sans les progrès médicaux actuels, auraient été comptabilisés dans les naissances non viables. L'intégration dans les bases, en 2014, des données en provenance de Mayotte, où le nombre de morts infantiles est plus élevé, n'explique pas non plus à elle seule la hausse observée.

PROBLÈMES DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Dès lors, les causes de cette augmentation interrogent. C'est ici que le bât blesse. Les données actuelles ne permettent pas un suivi quotidien de cet indicateur. « Des travaux ont été faits récemment pour améliorer ces données et permettre d'avoir une vision globale de la santé périnatale, mais il reste des lacunes, notamment pour avoir accès aux caractéristiques de naissances », explique l'épidémiologiste Jennifer Zeitlin, qui a travaillé sur l'étude. En effet, la France ne dispose pas de registre de naissance comme la plupart des pays nordiques et, au contraire des États-Unis, les données d'état civil ne comprennent pas de données médicales comme l'âge gestationnel ou le poids du nouveau-né. État civil, certificats de décès récoltés par l'Inserm, données hospitalières grâce à la base

du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : les bases de données sont difficiles à appareiller. « En l'absence d'études poussées sur les causes de la mortalité infantile, il est très compliqué d'interpréter cette tendance à la hausse que l'on observe en France », regrette M^{me} Zeitlin.

L'étude se contente donc d'émettre des hypothèses, déjà identifiées dans de nombreux rapports ces dernières années, comme « l'augmentation continue de l'âge des mères, la part de femmes fumeuses pendant la grossesse ou l'augmentation de la part de femmes en surpoids ou obèses ». Ces facteurs, liés à l'état de santé des mères, ont une incidence sur l'âge gestationnel au moment de la naissance, qui indique si l'enfant est prématuré ou non, ainsi que sur le nombre de foetus. Deux « facteurs de risque identifiants dans les bases de données hospitalières », selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). En effet, le risque de mortalité est 3,6 fois plus élevé parmi les naissances multiples que parmi les naissances uniques. Par ailleurs, 81 % des décès périnataux concernent des naissances prématurées, soit un risque globalement 50 fois plus élevé que parmi les enfants nés à terme.

Ces risques sont multipliés chez les femmes en situation précaire, notamment les femmes immigrées. « Ce sont souvent des femmes en moins bonne santé, avec des facteurs de risque comme le diabète, l'hypertension et un accès aux soins qui peut être compliqué par l'absence de Sécurité sociale », souligne Magali Barbieri, démographe à l'Institut national d'études démographiques.

Par ailleurs, la Drees note que le nombre de femmes ayant choisi de poursuivre leur grossesse avec une pathologie grave du fœtus a augmenté, passant de 1189 en 2014 à 1587 en 2018. Si elles en avaient fait la demande, ces femmes auraient pu obtenir une attestation ouvrant la possibilité d'une interruption médicale de grossesse. Chaque année, de 25 % à 30 % des enfants issus de ces grossesses meurent avant d'atteindre 1 mois. On serait donc tenté de tout expli-

PRESQUE LA MOITIÉ DE CES MORTS (47,8 %) SONT SURVENUES PENDANT LA PÉRIODE NÉONATALE PRÉCOCE, C'EST-À-DIRE LA PREMIÈRE SEMAINE DE VIE

quer par l'état de santé et l'âge des mères. Pourtant, la réalité est plus complexe. « Les facteurs de risque maternels augmentent, mais ça ne suffit pas à expliquer la hausse : s'il y a plus d'enfants prématurés, mais qu'on les prend correctement en charge, ils ne vont pas mourir », relève Delphine Mitanchez. Pour la secrétaire générale de la Société française de médecine périnatale, « ces résultats interrogent l'organisation et le suivi des soins de la période périnatale, qui va du suivi de la grossesse à la décision du lieu d'accouchement puis la prise en charge du nouveau-né ».

Mais, en l'absence de fonds alloués à des études épidémiologiques d'envergure, difficile d'attaquer le problème de front. Parmi les enjeux identifiés, la néonatalogue note les problèmes de démographie médicale, décrits dans de nombreuses professions du soin. « Cet hiver, plusieurs services ont dû fermer des lits parce qu'il n'y avait pas assez d'infirmières. Le problème, c'est qu'on se réveille un peu tard : il faut

En Suède, les femmes enceintes et les nouveau-nés suivis de près

La mortalité infantile, déjà faible dans le pays scandinave, a baissé de 20 % en dix ans, notamment grâce à une meilleure prévention

MALMÖ (SUÈDE) - correspondante régionale

La Suède fait partie des dix pays affichant le taux de mortalité infantile le plus faible du monde. Selon l'Institut de la statistique à Stockholm, environ 2 nouveau-nés sur 1000 décèdent chaque année avant leur premier anniversaire, dont la moitié avant leur première semaine. Le taux de mortalité infantile varie d'une année à l'autre : il était de 2,4 pour 1000 en 2020. Il est tombé à 1,8 pour 1000 en 2021. Mais la tendance est claire : en dix ans, la mortalité infantile a baissé de 20 % en Suède, contre 10 % au niveau européen.

Parmi les éléments d'explication, les observateurs mettent en avant l'importance du suivi de la grossesse et de l'accompagnement des jeunes parents. Les futures mamans voient une sage-femme entre six et dix fois avant d'accoucher. Les consultations

sont gratuites et se déroulent en général dans un centre de soins à proximité du domicile de la mère. Les rendez-vous sont fixés à intervalles réguliers.

Comme dans la plupart des pays européens, l'âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant a augmenté ces vingt dernières années. En 2020, les primipares étaient en moyenne âgées de près de 30 ans. Considérées comme un facteur de risque, les grossesses tardives sont aussi plus fréquentes. « Par contre, comparativement à un pays comme le Royaume-Uni, nous voyons peu de grossesses précoces », remarque le pédiatre Hugo Lagercrantz. En 2021, seulement 454 bébés sont nés de mères de moins de 19 ans. C'est une baisse de plus de 60 % par rapport à 2000. M. Lagercrantz l'explique par l'usage généralisé de la contraception. Pour les jeunes filles, il suffit de prendre rendez-vous dans un centre de soins. Elles peuvent le faire seules

à partir de 13 ans, grâce à une application sur leur téléphone portable. Depuis 2017, la contraception est gratuite pour les moins de 21 ans. Les avortements chez les plus jeunes (15-19 ans) ne cessent de baisser et moins de 10 adolescentes pour 1000 y ont eu recours en 2020.

« Enorme contrôle social »

Concernant la santé des mères, les Suédoises n'échappent pas à l'obésité, en progression. Environ 16 % des femmes enceintes en sont atteintes. Par contre, elles fument peu – seulement 6,1 % des femmes de 16 à 84 ans en 2021, selon l'agence de la santé publique. Et si elles sont aussi nombreuses à utiliser quotidiennement du snus (du tabac à priser), seulement 4 % des femmes enceintes continuent à consommer du tabac pendant leur grossesse, contre 17,8 % en France, selon des chiffres de 2015. « C'est un peu comme les châtiments corporels sur les en-

fants : en Suède, il y a un contrôle social énorme en ce qui concerne le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse », observe M. Lagercrantz.

A la direction des affaires sociales à Stockholm, Inga-Maj Andersson souligne aussi les efforts menés par le pays pour réduire les risques de mort subite des nourrissons : « A partir des années 1990, il a été conseillé aux parents de faire dormir leur enfant sur le dos et cela a entraîné une réduction drastique des cas de mort subite. Alors que nous en avions enregistré 146 en 1990, ce chiffre est tombé à 24 en 2012 (2 sur 10 000) ». Ces trois dernières années, moins de 15 cas ont été constatés (1,1 pour 10 000 naissances). Les mères sont également priées d'éviter la nicotine et encouragées à allaiter. Depuis 2014, ces conseils sont publiés en seize langues par la direction des affaires sociales et rappelés régulièrement lors des rendez-vous de suivi du nouveau-né.

La prise en charge des très grands prématurés est un autre pilier du modèle suédois. Le pays scandinave affiche un des taux de survie des nourrissons nés avant la 27^e semaine d'aménorrhée les plus élevés du monde. De 70 % en 2004, il est passé à 77 % en 2016, contre 50 % en moyenne en France, au Royaume-Uni ou aux États-Unis. « En Suède, nous avons une approche très active pour sauver la vie de ces bébés, y compris ceux nés à la 22^e semaine », précise le pédiatre Mikael Norman, professeur à l'Institut Karolinska à Stockholm et auteur d'une étude sur les grands prématurés, publiée en mars 2019 dans le *Journal of the American Medical Association*.

Mikael Norman reconnaît que l'approche suédoise fait tiquer à l'étranger, où les traitements « lourds et difficiles » peuvent être considérés comme de l'acharnement thérapeutique. Dans son pays aussi, les avis étaient parta-

gés. Ils le sont moins depuis 2016 et l'adoption d'une directive par l'Association suédoise d'obstétrique et de gynécologie, qui recommande le placement en soins intensifs des bébés nés à partir de la 23^e semaine d'aménorrhée et de la 28^e semaine d'aménorrhée et demande aux médecins de le considérer dès la 22^e semaine.

Dernière caractéristique suédoise : les services accouchés dans de maternité de l'hôpital public – les maternités privées n'existent pas dans le pays. Et au moins, il y a une naissance avant la 28^e semaine, la mère est envoyée vers un des grands hôpitaux universitaires, pourvus d'une unité de soins intensifs et de réanimation néonatale. Depuis les années 1970, la moitié des services de maternité ont fermé. « On estime qu'à moins de 1000 accouchements par an, le personnel manque d'expérience pour les cas compliqués », précise M. Norman. ■

ANNE-FRANÇOISE HIVERT





Aurore, infirmière puéricultrice du service de néonatalogie, s'occupe d'un enfant prématuré à l'hôpital Bichat, à Paris, le 7 janvier 2021.

JULIE BALAGUÉ

La Seine-Saint-Denis veut améliorer la prise en charge des publics vulnérables

Le nombre de bébés mort-nés ou décédés juste après leur naissance est de 40 % à 50 % plus élevé que dans le reste du pays

UN QUART DES FEMMES AYANT PERDU UN NOUVEAU-NÉ VIVAIENT DANS DES SITUATIONS SOCIALES DIFFICILES OU EXTRÊMES, RELÈVE L'INSERM DANS UNE ÉTUDE

Installé au premier étage d'un immeuble de Bobigny, le centre Empathie 93 est unique en France. Emanation de la protection maternelle et infantile (PMI) de Seine-Saint-Denis, il reçoit les familles après la perte d'un nouveau-né ou d'un enfant de moins de 2 ans. « Nous intervenons en binôme auprès de toutes les familles qui sont orientées ici par un réseau de partenaires, pour leur fournir un accompagnement médico-psychologique », explique la directrice et puéricultrice, Alexia Hardy.

A sa création en 1982, le centre était une réponse au taux important de morts inattendues du nourrisson dans le département, où 3 habitants sur 10 vivent sous le seuil de pauvreté. Depuis une trentaine d'années, ses missions ont été élargies aux décès périnataux, qui désignent les enfants nés sans vie et ceux qui décèdent dans les sept premiers jours. En 2021, 281 rendez-vous ont été organisés, pour le suivi de 79 familles.

Certaines se contentent d'un ou deux rendez-vous, d'autres continuent de venir des années après le drame. « Notre rôle est aussi d'accompagner les familles quand une nouvelle grossesse arrive, après le deuil », complètent les psychologues Françoise Laoufir et Lucinea Martins Dos Santos. « On conseille systématiquement aux mères qui ont déjà perdu un bébé d'être prises en charge dans une maternité de niveau 3 [disposant d'un service de réanimation néonatale], et on fait le lien avec les sages-femmes de PMI et les professionnels de santé », indique M^{me} Hardy.

Maladies chroniques

Selon les derniers chiffres provisoires disponibles, la Seine-Saint-Denis enregistrait 5 décès de nouveau-nés pour 1000 naissances en 2018, contre 3,6 en France métropolitaine. Ces vingt dernières années, le nombre de bébés mort-nés et ceux décédés juste après leur naissance est de 40 % à 50 % plus élevé dans le département que la moyenne française.

Un triste record qui constitue un « sujet de préoccupation important » pour les autorités sanitaires, souligne l'agence régionale de santé d'Ile-de-France. Au début des années 2010, alertée par une augmentation assez forte de ces décès, elle avait lancé deux enquêtes, l'une épidémiologique, confiée à une équipe de l'Inserm, l'autre socio-anthropologique, menée par l'Observatoire du Samusocial. Plusieurs facteurs ex-

pliquant cette surmortalité avaient été identifiés : la forte prévalence des maladies chroniques des mères (diabète gestationnel, obésité), l'absence de couverture sociale pour les femmes les plus précaires, la barrière de la langue pour les publics allophones, qui peut conduire à des suivis de grossesse inadéquats...

Selon l'étude de l'Inserm, qui s'est intéressée au profil des mères d'enfants morts à la naissance ou au cours du premier mois en 2014, la moitié des femmes concernées étaient en surpoids ou obèses. Près d'un quart des décès étaient liés à des situations sociales difficiles ou extrêmes.

Au sein du réseau Solidarité Paris Maman (Solipam), un regroupement de professionnels médicaux et sociaux qui accompagnent les mères et leurs enfants en situation de grande précarité en Ile-de-France, « 46 % des femmes [prises en charge] ont connu plus de deux hébergements durant leur grossesse en 2019. Elles sont 56 % dans cette situation en 2020 », note une étude parue en 2021 dans la *Revue française des affaires sociales*. Une errance qui les rend plus vulnérables : 58,5 % d'entre elles n'ont pas de couverture sociale, 18,2 % sont bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat et 14,3 % d'une complémentaire santé solidaire (ex-CMU).

« Ce sont aussi des femmes qui peuvent avoir des grossesses traumatiques, parfois issues de viols », explique Clélia Gasquet-Blanchard, directrice de Solipam et maîtresse de conférences à l'Ecole des hautes études en santé publique. « Ce sont précisément ces femmes qui devraient avoir le cadre le plus stable pour conduire leur grossesse à terme. »

Ces dernières années, l'ensemble des acteurs de la santé et de la périnatalité tente donc de s'organiser pour améliorer la prise en charge de ces publics vulnérables.

Au niveau du département, les centres de protection maternelle et infantile (PMI), qui suivent 7000 à 8000 femmes enceintes chaque année – sur 27000 naissances –, ont mis en place des actions spécifiques pour lutter contre « le suivi sous-optimal » des femmes. Hormis la mission du centre Empathie 93, les sages-femmes qui travaillent en PMI ont été formées pour mener des actions de prévention du diabète gestationnel. Elles prodiguent ainsi des conseils sur les pratiques alimentaires, en tenant compte du pays d'origine des femmes.

Suivi individualisé

Autre nouveauté : depuis un an, une équipe mobile constituée d'agents administratifs se déplace dans les centres de PMI afin d'accompagner les femmes dans leurs démarches, en particulier l'ouverture de leurs droits à la Sécurité sociale. Cinq cents femmes ont déjà bénéficié du dispositif.

C'est dans cet esprit d'« aller vers » qu'ont été pensées les unités d'accompagnement personnalisées. Financées par l'agence régionale de santé, elles existent depuis 2017 à l'hôpital de Montreuil et depuis 2021 à ceux d'Aulnay et du Raincy-Montfermeil. L'objectif est d'offrir une prise en charge spécifique aux femmes repérées comme étant vulnérables lors de leur inscription à la maternité. Les femmes enceintes reçues dans ce parcours bénéficient d'une première consultation longue avec une sage-femme, suivie d'un rendez-vous avec un travailleur social et une psychologue.

Tout au long de leur grossesse, elles ont affaire aux mêmes interlocuteurs. « On individualise les parcours en prenant en compte leurs conditions de vie. On est très flexibles si elles ont du retard, on a mis en place des consultations qui durent plus longtemps, on rappelle systématiquement les patientes quand elles ne se présentent pas aux rendez-vous, pour qu'elles ne se découragent pas et osent revenir », s'enthousiasme la docteure Féliicia Joinau-Zoulovits, cheffe de service de gynécologie-obstétrique au groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil. Même s'il est encore trop tôt pour établir un bilan, l'étude de tous les dossiers de morts fœtales survenues dans l'établissement en 2021 montre des résultats encourageants : aucun des décès n'était lié à un suivi sous-optimal. ■

S. CR ET D. RO.

quinze ans pour former un néonatalogiste », s'agace la soignante.

Autre grille d'explication avancée : la faiblesse de la politique de prévention en France. Souligné par un rapport parlementaire de la députée de Seine-et-Marne Michèle Peyron remis en mars 2019, l'affaiblissement au fil des ans du réseau de proximité constitué par les services de protection maternelle et infantile (PMI), créés initialement pour lutter contre la mortalité infantile en accompagnant les mères et les enfants, en est l'exemple criant. « Le rapport montrait que l'accompagnement des femmes enceintes, qui peuvent être en situation de fragilité, s'est détérioré au fil des ans, avec un nombre de visites à domicile maternelles qui a considérablement diminué », rappelle le pédiatre Pierre Suesser, coprésident du Syndicat national des médecins de PMI.

MORTS INEXPLIQUÉES

Tout en restant très prudent sur les causes de la hausse de la mortalité infantile, ce dernier précise que, « dans beaucoup de champs de la santé et de la prévention, les capacités d'accompagnement et de services se sont réduites. Les logiques à l'œuvre ne permettent pas toujours d'entourer ceux qui en ont besoin ». Un constat partagé par sa collègue Corinne Bois, également médecin de PMI depuis trente ans : « En France, on a une culture très ancienne de santé qui n'est pas une culture de prévention, et qui se voit d'ailleurs dans les actes tarifés. C'est très ancré dans nos mentalités », déplore-t-elle.

Cette hausse de la mortalité infantile, aux causes probablement multiples, est-elle due à une dégradation globale du circuit de soins ? Pour Cyril Schweitzer, directeur du pôle enfants-néonatalogie au CHU de Nancy, « il vaut mieux moins de points de prise en charge des accouchements mais mieux équipés, avec un système de transport plus efficace ». Depuis 1998, les maternités se divisent en trois catégories : celles de niveau 1 (43 %) accueillent la majorité des grossesses, qui ne présentent pas de risque particulier ; celles de niveau 2 (45 %) peuvent accueillir des prématurés à partir de 33 semaines, tandis que celles de niveau 3 sont spécialisées dans le suivi des grossesses pathologiques et disposent d'un service de néonatalogie. « Dans les maternités de niveau 1 qui font peu d'accouchements, on n'a pas l'habitude d'avoir des grossesses à risque et, le jour où un problème sérieux se présente, on va avoir plus de mal à gérer », souligne le pédiatre.

Beaucoup de morts restent par ailleurs inexpliquées. Celle inattendue du nourrisson (MIN), c'est-à-dire survenant brutalement alors que rien, dans les antécédents connus du bébé, ne pouvait le laisser prévoir, reste la première cause de mortalité infan-

tile, avec 300 morts par an en France. « Pour bien comprendre les causes, il faut analyser classe d'âge par classe d'âge », insiste Christèle Gras-Le Guen, coordinatrice scientifique de l'observatoire national des MIN. Par exemple, on observe un pic de morts inattendues à 3-4 mois, dont la moitié est causée par un mauvais couchage, alors que cela fait trente ans que l'on sait que dormir sur le ventre est dangereux pour les nourrissons. »

A partir de six mois, les enfants sachant se retourner, ces morts par étouffement deviennent rares. « Mais, dans beaucoup de cas, différentes causes se combinent et il est difficile d'en faire ressortir une principale : par exemple, une infection virale associée à un mauvais couchage », précise la pédiatre.

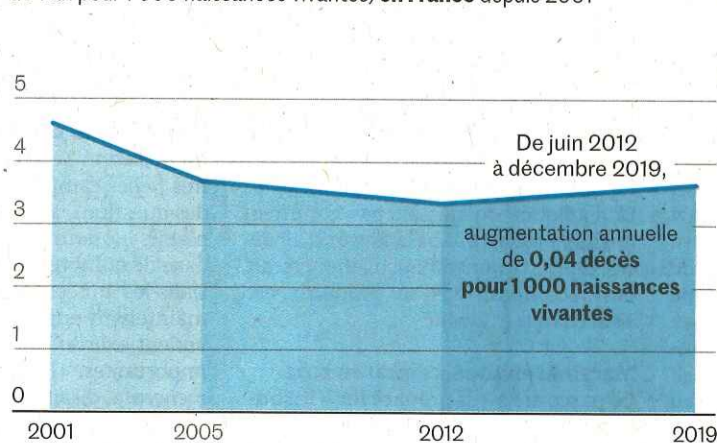
Malgré les alertes de nombreux professionnels, les autorités sanitaires ne semblent pas prendre la pleine mesure de ce défi. « Il y a actuellement en France un excès de 1200 morts par an d'enfants entre 0 et 1 an, si l'on nous compare aux taux enregistrés en Finlande et en Suède », avertit Martin Chalumeau. « En face de ce constat alarmant, il y a un silence assourdissant en matière de priorisation de l'effort de soin et de l'effort de recherche. Il y a un éléphant dans la pièce et personne ne veut le voir », s'alarme le pédiatre.

Pourtant, l'enjeu est de taille. Car, au-delà d'un excès de mortalité de plus en plus difficile à accepter dans un pays développé, cet affaiblissement de la prise en charge se traduit probablement en parallèle par une hausse des pathologies des enfants nés prématurés. Des conséquences en matière de santé publique difficiles à évaluer en l'état. ■

SOLÈNE CORDIER

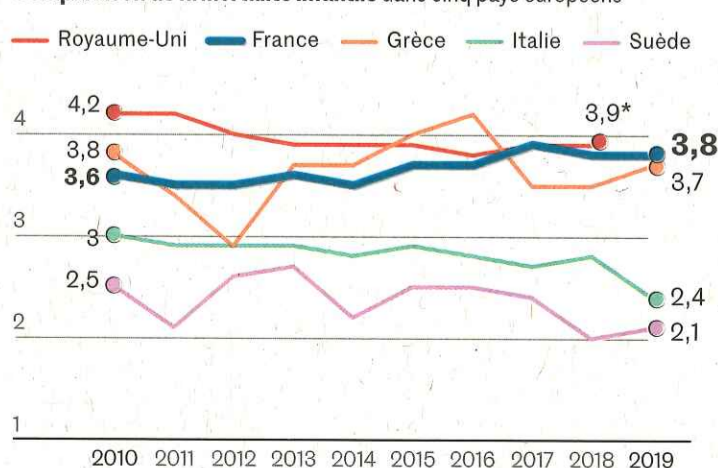
ET DELPHINE ROUCAUTE

Evolution de la mortalité infantile (nombre d'enfants morts avant l'âge de 1 an pour 1 000 naissances vivantes) en France depuis 2001



* Chiffre 2018.

Comparaison de la mortalité infantile dans cinq pays européens



Infographie : Le Monde • Source : Eurostat