

# La Santé Périnatale en péril : Résultats du Réseau Sentinelle AUDIPOG 2001

Nicole MAMELLE, Olivier CLARIS, Bernard MARIA, Pierre MARES, Didier PINQUIER.\*  
(pour les membres l'AUDIPOG)

## AUDIPOG et INSERM U 369

L'objectif d'un réseau "sentinelle" est de constituer un **système de veille sur l'évolution des indicateurs** de santé, afin de permettre aux professionnels, comme aux décideurs de "réagir" au plus vite. Pour cela, la production de ces indicateurs doit être continue et fournie en temps réel.

Ne disposant que de données anciennes sur la santé périnatale en France, et en l'absence de structure d'observation continue, les professionnels de la naissance ont mis en place le premier système de recueil d'informations, permanent et continu, sur la santé périnatale, afin de combler ce vide institutionnel. Ainsi est né en 1994, sous l'impulsion de professionnels volontaires, le Réseau Sentinelle AUDIPOG, structure unique et novatrice qui leur fournit annuellement une description des indicateurs de santé périnatale en France. Or, aujourd'hui, nous avons besoin, plus encore que par le passé, de suivre, année après année, l'évolution de ces indicateurs, en raison de la mise en place de la régionalisation des soins périnatals, imposée par la parution des décrets de 1998 (1-2).

Les membres du Réseau sentinelle exercent leur activité dans des maternités publiques ou privées, de toutes les régions de France, et sont animés d'une même volonté de participer à la surveillance de la périnatalité en France et de construire un outil commun d'évaluation des pratiques professionnelles. Depuis 1994, une centaine de maternités mettent en commun les données individuelles de leurs patientes et de leurs nouveau-nés, un mois par an. Pour pallier, l'inconvénient du volontariat, une technique de standardisation basée sur la distribution des accouchements selon le statut juridique et la région géographique des maternités en France, permet d'estimer les indicateurs de santé au niveau national (3-4) La confrontation de ces indicateurs à ceux obtenus à partir des enquêtes nationales ponctuelles DGS/INSERM de 1995 et 1998, a montré la grande proximité des estimations fournies par ces deux sources, renforçant la fiabilité de ce système de surveillance et d'alerte (5-6)

De plus en plus mobilisées par cet objectif commun, les 106 maternités participant au réseau en 2001 sont allées au delà de la mise en commun habituelle des données, un mois par an, et nous ont adressé 25 866 dossiers, portant l'ensemble du fichier du Réseau à 97 712 accouchements (7). Grâce à une telle base de données commune, et à la rapidité de diffusion des résultats (parution des indicateurs de santé d'une année, dès les premières semaines de l'année suivante), le Réseau Sentinelle joue ce rôle d'alerte et devrait permettre aux politiques de réagir vite devant des situations préoccupantes.

### ***Or aujourd'hui, la santé périnatale est en péril.***

La première donnée alarmante est l'**augmentation des grossesses multiples**. Le résultats du Réseau Sentinelle conduisent à estimer, en 2001, le taux de grossesses multiples à 2,1 % des mères, conduisant à une proportion **d'enfants issus de grossesses multiples de 4,2 %**. L'enquête DGS/INSERM de 1995 indiquait un taux de grossesses multiples de 1,3 %, conduisant à une proportion d'enfants issus de grossesses multiples de 2,5 % (8). Ces chiffres étaient conformes à ceux fournis par l'INSEE en 1996 (9). L'enquête DGS/INSERM de 1998 rapportait déjà une augmentation de ces taux qui atteignaient respectivement 1,7 % et 3,5 % (9). En 1999, le Réseau Sentinelle montrait une confirmation de cette tendance (respectivement 1,8 % et 3,5 %). En 2001, la précision de notre estimation du pourcentage d'enfants issus de grossesses multiples est suffisante (4,2 % - Intervalle de Confiance 3,8 % - 4,6 %) pour détecter une augmentation significative de ce taux par rapport à celui de 1999. Il semble qu'il ne s'agisse pas seulement d'une augmentation des jumeaux (3,9 %), mais aussi des triplés ou plus (0,3 %) alors que les

estimations de la fréquence des triplés ou plus, issues des données de l'INSEE en 1996 ou de l'enquête DGS/INSERM de 1998 restaient voisines de 0,1 %.

Peut-on expliquer un tel accroissement des grossesses multiples en 2001 ? En premier lieu, rappelons que le taux de grossesses multiples après traitement d'infertilité atteint 15 % contre 2,1 en l'absence de traitement. Notre base de données nous permet d'analyser la prescription de traitements de l'infertilité chez les femmes qui ont donné naissance à un enfant en 2001. Il apparaît que l'on assiste, non pas tellement une augmentation du recours à ces traitements qu'à un abaissement de l'âge des femmes lorsqu'il leur est prescrit. Ainsi, notre analyse montre que parmi les femmes ayant eu un tel traitement, 9 % avaient moins de 25 ans et 40 % moins de 30 ans en 2001, contre respectivement 2 % et 20 % en 1999 et en 2000. Qu'en est-il du type de traitement de l'infertilité ? Il s'agit dans 44 % des cas de prescription simple d'inducteurs d'ovulation, alors que la FIV représente 34 % des cas, l'ICSI 7%, les inséminations artificielles 10 % et les autres techniques 8 % des cas. Or on observe cette prescription toujours plus précoce aussi bien en ce qui concerne les inducteurs d'ovulation que les autres techniques d'AMP : parmi les femmes ayant reçu une induction d'ovulation, 15 % avaient moins de 25 ans et 50 % moins de 30 ans en 2001, contre respectivement 3 et 20 % en 1999 et 2000. Les prescriptions de FIV, ICSI et autres techniques se font, elles aussi, de plus en plus tôt : 20 % femmes des femmes concernées avaient moins de 30 ans en 2001 contre 8 % en 1999 et 2000. On peut logiquement penser que de telles prescriptions chez des femmes jeunes, souvent sans réelle infertilité, peuvent générer plus de grossesses multiples que lorsqu'elles sont réalisées chez des femmes plus âgées, donc par définition moins fertiles ?

La deuxième donnée inquiétante est **l'augmentation persistante de la prématurité** . Dès 1999, nous observions, au sein du Réseau, un taux de global de naissances prématurées de 7,1 % (I.C. 6,7 - 7,7 %), taux un peu *plus élevé* que le dernier chiffre, connu de tous, issu de l'enquête DGS/INSERM de 1998 qui était de 6,8 %, dont 5,3% en cas de grossesse unique et 48 % en cas de grossesse multiple (6). Les résultats du Réseau Sentinelle montrent une relative stabilité de ce taux global qui reste égal à 7,2 % en 2 000 et 2 001, mais révèlent une proportion de naissances prématurées en légère augmentation en cas de grossesse unique : 5,3 % en 1999, 5,4 % en 2000 et 5,5 % en 2001, tandis que celle observée, en cas de grossesse multiple, avoisine 50 %.

Concernant la **grande prématurité** (âge gestationnel strictement inférieur à 33 semaines), nous obtenons en 2001, un taux de 1,4 %, stable depuis 1998, la proportion de grands prématurés restant égale à 20 % de l'ensemble des prématurés, comme les années antérieures.

Or, la situation est alarmante dès lors que l'on se réfère au **nombre d'enfants prématurés** et non aux pourcentages ! Et c'est bien d'enfants, et non de pourcentages, qu'il s'agit quand on veut évaluer les besoins de la population en structures de soins adaptées.

En effet, si le nombre de naissances a peu varié entre 1995 et 1999 (entre 735 et 745 000 naissances), nous assistons à une forte reprise de la natalité depuis l'an 2 000 : 775 000 naissances en 2000 et une estimation de 778 000 en 2001, soit une augmentation de plus de 5 % (10). Il résulte de l'augmentation concomitante des naissances, des grossesses multiples et de la prématurité, une **explosion du nombre d'enfants prématurés** . D'une estimation de 44 000 enfants prématurés dont 8 800 grands prématurés en 1995, on serait passé à des estimations de 53 000 prématurés dont 10 600 grands prématurés en 1999, et à 56 000 prématurés dont 11 200 grands prématurés en 2001, **soit 12 000 prématurés et 2 400 grands prématurés de plus qu'en 1995 (augmentation relative de plus de 20 %) .**

De même, l'estimation du nombre d'enfants issus de grossesses multiples est passée d'environ 21 000 en 1996-97 à 33 000 en 2001 (4,2 % des 778 000 naissances), soit une **augmentation de 40 %**. Avec un taux de prématurité d'environ 50 %, **ces 12 000 enfants issus de grossesses multiples sont à l'origine de 6 000 prématurés supplémentaires en 5 ans, soit la moitié de l'augmentation des naissances prématurées.**

Or, les services de réanimation ou néonatale et de néonatalogie débordent, au point de ne pouvoir recevoir, parfois, les prématurés nés dans la maternité de l'établissement; tandis que ces mêmes maternités (niveau III) sont trop souvent amenées à refuser des transferts in utero. Cette situation généralement imputée à la bonne adhésion des acteurs de santé aux recommandations professionnelles en matière de transfert in utero, est certainement, en grande partie, liée à l'augmentation imprévue des naissances, des grossesses multiples et de la prématurité.

Un autre résultat témoigne de l'insuffisance de places en maternité et en néonatalogie : Alors que nous avons fait état de la spectaculaire progression, au niveau national, du pourcentage d'enfants de moins de 33 semaines de gestation naissant dans une maternité de type III, celui-ci étant passé de 55 % en 1997-98 à **80 % en 1999** (11-12), nous observons en l'an 2000 une nette régression de cette proportion qui était estimée à 70 %, chiffre maintenu en 2001.

Face à de nouveaux besoins qui se font jour, une juste planification des besoins tant en structures de soins qu'en moyens humains est nécessaire pour rendre l'offre de soins accessible à tous. Encore faut-il, pour cela, disposer, en temps réel, d'outils performants de surveillance des indicateurs de santé, permettant une réactivité efficace !

D'autres indicateurs, aux conséquences parfois rassurantes, ont évolué dans le même temps, comme la survenue accrue des naissances chez les femmes jeunes : alors que la fréquence des primipares de moins de 25 ans n'a fait que diminuer de 1994 à 1999, passant de 35 % à 21 %, on observe une nette remontée depuis l'an 2000: 25 % en 2000 et 27 % en 2001.

Enfin, un des points préoccupants est la persistance de **l'augmentation du taux de césarienne** qui, de 16,3% en 1999 (taux rapporté aux mères), est passé à 17,6 % (I.C. 16,8 - 18,4 %) en 2001. Si l'on veut confronter ces chiffres à ceux des enquêtes DGS/INSERM, qui se réfèrent aux enfants et non aux mères (césarienne comptée deux fois en cas de grossesse gémellaire), il convient de majorer ce chiffre qui atteindrait alors 18,3 % en 2001 (Réseau Sentinelle) contre 16,3 % en 1998 (enquête DGS/INSERM) (6). Cette augmentation concerne quasi exclusivement la pratique de césarienne prophylactique qui est passée de 7,7 % en 1999 à 9% en 2001 (7).

S'agissant de la présentation du siège à terme, le taux de césarienne prophylactique est passé de 40 % en 2000 à 50 % en 2001 (chiffre variant de 41 % chez les multipares à 58 % chez les primipares), montrant à quel point le débat sur ce sujet a entraîné une modification des pratiques d'accouchement des sièges, avant qu'une recommandation professionnelle claire soit formulée. Mais il s'agit peut-être aussi d'une évolution générale de la pratique de césarienne prophylactique devant toute situation reconnue comme à risque accru de complications : celui-ci est passé, en un an, de 38 % à 44 % en cas d'utérus cicatriciel, et de 26 % à 36 % en cas de grossesse multiple.

L'ensemble des résultats du Réseau Sentinelle 2001 a été diffusé sous forme d'un cahier à tous les membres du Réseau dès mars 2002 (7). Des tableaux statistiques montrant l'évolution des indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2001 sont accessibles sur le **site Internet AUDIPOG** (<http://audipog.inserm.fr>). Ce site met, par ailleurs, à la disposition des membres du réseau un portail doté d'un module d'interrogation statistique de la totalité de la base de données, 24h sur 24, et en langage clair : près de 100 000 naissances accessibles en direct et en permanence, permettant à chacun de répondre à ses propres interrogations sur les pratiques ou sur les résultats de ces pratiques. Ce même serveur offre à ceux qui sont encore en mal d'informatisation, la possibilité de saisir en ligne les données individuelles des patientes et de leurs nouveau-nés (saisie assortie d'une production automatisée du PMSI et d'une édition en clair du dossier).

Par ces lignes, publiées dès la parution de nos résultats, nous souhaitons attirer l'attention de tous sur **l'utilité d'un tel système d'alerte** sur l'évolution de la santé périnatale, en temps réel et en continu. Si nous disposons aujourd'hui de ce système, c'est grâce à la mobilisation des

professionnels de la naissance qui, depuis 1994, sont animés du même désir de participer à la surveillance de la périnatalité en France et de construire un outil commun d'évaluation des pratiques dans la spécialité. Les lecteurs qui le souhaitent trouveront l'ensemble des indicateurs de santé périnatale 2001, issus du Réseau Sentinelle, dans un numéro hors série de la même revue (13).

#### Références :

- 1 Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de la périnatalité. Vanves: Haut comité de la Santé publique, 1994.
- 2 Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décrets sur la sécurité des naissances, n° 98-899 et 98-900 relatifs aux établissements de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Journal Officiel, 1998;235:15343-8.
- 3 Mamelle N, Lehingue Y, Munoz F, Miginiac M, Béranger C, Tounissoux D *et al.* Le Réseau Sentinelle de maternités AUDIPOG. I Paramètres de santé périnatale en 1994. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996;25:568-76.
- 4 Mamelle N, Munoz F, Lehingue Y, Pasquier JC, Beranger C. Le Réseau Sentinelle des maternités AUDIPOG. II. Evolution des pratiques et des résultats 1994-1997. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1998; 27(4):375-383.
- 5 Blondel B, , Bréart G, du Mazaubrun C, Badyan G, Wcislo M, Lordier A *et al.* La situation périnatale en France, évolution entre 1981 et 1995. *JGynecol Obstet Biol Reprod* 1997;26:770-80.
- 6 Blondel B, Norton J, du Mazaubrun C, Bréart G. Evolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998 - Résultats des enquêtes nationales périnatales. *JGynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30:552-564.
- 7 Mamelle N, David D, Venditelli F, Rivière O, et les obstétriciens du réseau sentinelle AUDIPOG - La Santé Périnatale 2001 - à partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG. Edition Audipog - Lyon mars 2002 et site internet <http://audipog.inserm.fr>
- 8 Blondel B, Norton J, du Mazaubrun C, Bréart G. Enquête périnatale 1998 - Rapport interne
- 9 Marmatel A. Les naissances multiples. INSEE Limousin - La revue n° 6, nov. 1998
- 10 Doisneau L. Bilan démographique 2001 : le regain des naissances et des mariages se confirme. INSEE Première n° 825, .fev 2002
- 11 David S, Mamelle N, Riviere O, les obstétriciens du Réseau Sentinelle AUDIPOG. Qui accouche où ? Qui naît où ? Analyse à partir de Réseau Sentinelle AUDIPOG en 1997-1998. *JGynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2000; 29(8):772-783.
- 12 Mamelle N. La politique de régionalisation; Etat des lieux en 1999. *JGynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001; 30( 1):74-76.
- 13 N. Mamelle, S. David, F. Venditelli, D. Pinquier, B. Maria, O. Claris, P. Marès et les membres du réseau AUDIPOG\*- La Santé Périnatale en 2001 - analyse à partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG. *Gyn Obst Fert*, 2002 (soumis)