

Etude de la mortalité infantile dans 2 départements des Pays de Loire pendant une période de 8 ans (2001, puis 2006 à 2012)

CH. SAVAGNER, CHU Angers (actuellement en mutation à Toulouse)

Introduction

Pour l'étude la mortalité infantile, un travail basé sur les causes liées à une éventuelle augmentation de la grande prématurité et des malformations nous a paru intéressant. Nous n'avons pas étudié les causes liées à une éventuelle aggravation des conditions socioculturelles et à une éventuelle baisse de qualité des soins. L'exhaustivité est liée à la qualité de réponse dans la rédaction des certificats de décès. Nous avons sélectionné deux départements (Loire Atlantique et Maine et Loire), le recueil étant incomplet pour les 3 autres départements de notre région. Nous remercions les délégations territoriales de Loire-Atlantique et de Maine-et-Loire de l'Agence Régionale de Santé Pays de Loire, qui nous envoie régulièrement une photocopie de ces certificats.

Matériel et méthodes

- ✓ Étude descriptive, rétrospective, de cohorte, réalisée sur 8 années (2001, puis 2006 à 2012)
 dans deux départements des Pays de la Loire : Loire Atlantique et Maine-et-Loire.
- ✓ Critères d'inclusion : enfants nés vivants, enfants décédés avant l'âge d'un an, parents domiciliés dans l'un de ces départements.
- ✓ Source de données : Certificat néonatal de décès et certificat de décès survenu au-delà de 28 jours de vie, certificats envoyés au Réseau par les délégations territoriales de l'Agence Régionale de Santé Pays de Loire.
- ✓ Accord de la CNIL et de la DGS pour la réalisation de ce travail.

Résultats

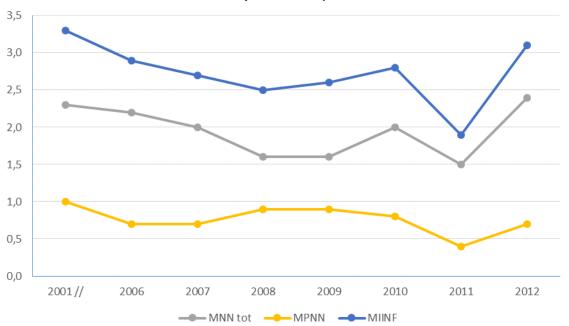
L'étude a porté sur 581 décès sur 8 années avec plus de ¾ dés décès avant 28 jours, et ¼ avant 26 SA d'AG, ¼ entre 26 et 32 SA, et la moitié après 32 SA.

Tableau I: Effectifs et taux des décès selon l'année et les définitions

| Année | 2001 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | | |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|--|
| Naissances vivantes (44 et 49) | 25 752 | 27 078 | 26 891 | 27 033 | 26 931 | 27 471 | 27 067 | 26 882 | | | |
| Effectifs | | | | | | | | | | | |
| MNNP | 39 | 40 | 35 | 30 | 22 | 45 | 27 | 51 | | | |
| MNNT | 20 | 21 | 18 | 13 | 22 | 11 | 13 | 15 | | | |
| MNN tot | 59 | 61 | 53 | 43 | 44 | 56 | 40 | 66 | | | |
| MPNN | 27 | 18 | 18 | 23 | 25 | 21 | 11 | 18 | | | |
| MI | 86 | 79 | 71 | 66 | 69 | 77 | 51 | 84 | | | |
| Taux pour ‰ | | | | | | | | | | | |
| MNNP | 1,5 | 1,5 | 1,3 | 1,1 | 0,8 | 1,6 | 1,0 | 2,1 | | | |
| MNNT | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,5 | 0,8 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | | | |
| MNN tot | 2,3 | 2,2 | 2,0 | 1,6 | 1,6 | 2,0 | 1,5 | 2,4 | | | |
| MPNN | 1,0 | 0,7 | 0,7 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 0,4 | 0,7 | | | |
| MI | 3,3 | 2,9 | 2,7 | 2,5 | 2,6 | 2,8 | 1,9 | 3,1 | | | |

MNNP : Mortalité néonatale précoce ; MNNT : Mortalité néonatale tardive ; MNN tot : Mortalité néonatale totale ; MPNN : Mortalité postnéonatale ; MI : Mortalité infantile ;

Figure 1 : Taux de mortalités néonatales, post-néonatales et infantiles (somme des deux précédentes)



MNN tot : Mortalité néonatale totale ; MPNN : Mortalité postnéonatale ; MI : Mortalité infantile ;

Figure 2 : Décès selon l'âge gestationnel de naissance et par année

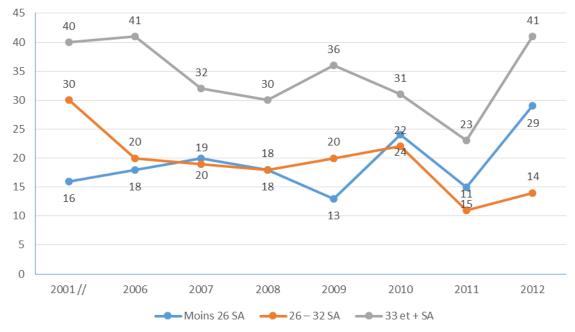


Tableau II: Causes de décès chez les NN < 26 SA (effectif et %)

| | 2001 // | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------|---------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| | 2001// | 2000 | 2007 | 2000 | 2003 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Non viable | 1 | 7 | 10 | 6 | 1 | 12 | 5 | 11 |
| | 6,7% | 41,2% | 55,6% | 33,3% | 9,1% | 50,0% | 33,3% | 37,9% |
| HIV et LMPV | 4 | 2 | 0 | 2 | 5 | 4 | 2 | 5 |
| | 26,7% | 11,8% | ,0% | 11,1% | 45,5% | 16,7% | 13,3% | 17,2% |
| ECUN | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 1 |
| | 6,7% | 11,8% | ,0% | 11,1% | ,0% | ,0% | 20,0% | 3,4% |
| IMF | 4 | 5 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 | 6 |
| | 26,7% | 29,4% | 5,6% | 22,2% | 9,1% | 20,8% | 6,7% | 20,7% |
| Noso | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 6,7% | ,0% | 5,6% | 5,6% | 9,1% | ,0% | ,0% | ,0% |
| Malformation | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 6,7% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | 3,4% |
| Autres | 3 | 1 | 6 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| | 20,0% | 5,9% | 33,3% | 16,7% | 27,3% | 12,5% | 26,7% | 17,2% |
| Total | 15 | 17 | 18 | 18 | 11 | 24 | 15 | 29 |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

[«] HIV/LMPV » : hémorragie cérébrale ou leucomalacie périventriculaire étendue ; ECUN : entérocolite ulcéronécrosante ; IMF : infection maternofoetale ; « Noso » : infection nosocomiale ou secondaire.

Discussion et conclusion

Le taux de la mortalité infantile retrouvé dans notre étude sur deux départements est légèrement plus bas en 2012 (3,1 ‰) que les données INSEE des Pays de Loire (3,4 ‰) et françaises (3,3 ‰). Ceci peut s'expliquer par des meilleurs résultats dans ces deux départements, ou par une sélection des certificats de décès qu'il nous a semblé logique de faire (certains certificats en doublon, ou avec la mention IMG ou « mort-né »).

L'année 2012 est décidément une année très particulière avec une remontée des chiffres (qui ne retrouvent pas en 2013 : 1,6 ‰ de mortalité néo-natale totale, 0,9 ‰ de mortalité post-néo-natale (28 – 365 jours), 2,5 ‰ de mortalité infantile). Dans ces conditions, l'impression de baisse de mortalité sur les données présentées est prise en défaut à cause de 2012. Ceci étant dit, l'augmentation de la MI en rapport avec la grande prématurité < 26 SA est bien retrouvée, en partie liée à l'augmentation de la mortalité liée à « une non viabilité » chez les enfants < 26 SA, probablement en rapport avec l'application des recommandations sur les déclarations des nouveau-nés vivants à partir de 22 SA.

Pour les étiologies des décès après 32 SA, il semble exister une tendance à une augmentation des décès de type « malformatif » (baisse du dépistage anténatal ou augmentation de la non demande d'IMG et d'une demande de soins palliatifs en postnatal ?) et de type ischémique. Les enfants nés vivants après 32 SA non transférés (pathologies graves malformatives ou autres) sont en légère augmentation. D'autres études à plus long terme et sur de plus grandes populations devraient permettre de répondre à ces questions. Le taux de décès par MSIN semble être stable, non en diminution, mais il s'agit de petits effectifs.

Le RSN remercie Ch. SAVAGNER pour son implication dans le réseau depuis plus de 20 ans, et le réseau lui souhaite une réussite professionnelle dans ses nouvelles fonctions en Midi-Pyrénées.