

## Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019

En 2019, le taux de mortalité périnatale (nombre d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée) s'élève à 10,2 ‰, d'après les données hospitalières.

Le taux de mortinatalité (enfants nés sans vie par mort fœtale spontanée ou interruption médicale de grossesse) est de 8,5 pour 1 000 naissances totales en 2019. Il est en légère baisse après quatre années très stables, proches de 9 ‰. C'est le principal composant de la mortalité périnatale, puisqu'il y contribue à hauteur de 83 %. Les facteurs de risque de la mortinatalité déterminent donc largement ceux de la mortalité périnatale. La mortinatalité est très dépendante de l'âge gestationnel, du nombre de fœtus et de l'âge de la mère. Le taux de mortinatalité par mort fœtale spontanée (mortinatalité spontanée) est de 5,2 ‰ et représente 61 % de la mortinatalité.

L'autre composante de la mortalité périnatale est la mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants et décédés dans les 7 premiers jours de vie). En 2019, le taux de mortalité néonatale précoce s'élève à 1,7 pour 1 000 naissances vivantes.

Que ce soit avant ou après la naissance, les risques de décès sont plus importants dans les DROM où le taux de mortalité périnatale atteint 13,4 enfants pour 1 000 naissances totales.

En 2015, dernière année disponible en comparaison européenne, la France se classait au 20<sup>e</sup> rang ex æquo sur 33 pays pour la mortinatalité spontanée à partir de 28 semaines d'aménorrhée (indicateur utilisé pour les comparaisons internationales).

Annick Vilain, Jeanne Fresson, Sylvie Rey (DREES)

Calculé à partir des données hospitalières, le taux de mortalité périnatale (encadrés 1 et 2), rapporte le nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés au cours des 7 premiers jours à l'ensemble des enfants nés vivants ou sans vie à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA). En 2019, ce taux s'élève à 10,2 pour mille naissances (‰). Il était de 10,4 ‰ en 2018 et de 10,6 ‰ en 2017 d'après la même source (tableau 1) et si on exclut les interruptions médicales de grossesse (IMG), le taux de mortinatalité spontanée s'établit à 6,9 ‰. Le taux de mortalité périnatale est un peu inférieur à celui qui était calculé historiquement à partir des données de l'état civil (11,0 ‰ en 2007), mais sa tendance poursuit celle observée jusqu'en 2007 (encadré 3, graphique A ; encadré 4). Malgré les changements de définitions et de sources, la mortalité périnatale évolue peu, retrouvant en 2019 le taux de 10,2 ‰ mesuré en 2002<sup>1</sup>.

### En 2019, le taux de mortinatalité de 8,5 ‰ représente 83 % de la mortalité périnatale

La mortinatalité comprend tous les enfants nés sans vie (par mort fœtale spontanée ou IMG) à partir d'un âge gestationnel minimal de 22 SA. Depuis 2012, les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

•••

1. Non compris Mayotte en 2002. Avant 2002, les données ne sont pas comparables, car les règles d'enregistrement des enfants mort-nés à l'état civil ont changé en octobre 2001.

permettent de recenser à la fois les naissances vivantes et les mortinatalités prises en charge dans un établissement de santé et de calculer le taux de mortinatalité total et selon ses différentes composantes. En 2019, 742 044 accouchements de femmes résidentes en France, soit 748 121 naissances vivantes et 6 388 enfants mort-nés ont été recensés via ce système d'information (encadré 3), ce qui correspond à un taux de mortinatalité de 8,5 ‰. Parmi les décès de la période périnatale, le nombre de décès survenus au cours des 7 premiers jours suivant la naissance est 5 fois moins élevé que le nombre de décès survenus avant la naissance à partir de 22 SA (2,8 fois sans compter les IMG). La mortinatalité représente ainsi 83 % de la mortalité périnatale (80 % dans les DROM et jusqu'à 84 % en métropole). Les facteurs à l'origine de la mortinatalité sont donc ceux qui, en grande partie, déterminent aussi la mortalité périnatale.

### Les morts fœtales spontanées représentent 61 % des enfants mort-nés

Les données du PMSI permettent de distinguer la part des enfants mort-nés due à une IMG à partir de 22 SA, ou mortinatalité induite, et celle liée à la mortinatalité fœtale dite spontanée (MFS). Les issues de grossesse survenues avant 22 SA (induites ou spontanées) ne sont pas prises en compte pour le calcul de ces indicateurs. En 2019, le taux de mortinatalité spontanée s'élève à 5,2 ‰, alors que le taux de mortinatalité induite est de 3,3 ‰ (tableau 2).

Si le taux de mortinatalité diminue légèrement depuis 2016, c'est essentiellement dû à la mortalité induite, qui est passée de 3,6 ‰ en 2016 à 3,3 ‰ en 2019, tandis que la mortalité spontanée est restée quasi constante (tableau 2). Les IMG représentent désormais 38,8 % de la mortinatalité, après 40,5 % en 2014. En France, il n'existe pas de limite d'âge gestationnel pour l'IMG. Celle-ci est autorisée par la législation si un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) atteste d'une anomalie grave et incurable chez le fœtus ou de risques particuliers pour la mère. Dans la pratique, 60 % des IMG ont lieu avant 28 SA, 75 % avant 31 SA et 90 % avant 35 SA.

## ENCADRÉ 1 Définitions

**L'âge gestationnel** mesure la durée de gestation à partir du premier jour de la dernière période menstruelle normale. En France, il est le plus souvent calculé à partir de la mesure de l'embryon lors de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Il est ici exprimé en nombre de semaines d'aménorrhée révolues (SA), pris en compte au moment de l'expulsion et non pas forcément au moment du décès *in utero*. C'est le cas, notamment, lorsqu'un des fœtus d'une grossesse multiple décède et n'est expulsé qu'au moment de la naissance des autres enfants. La prématurité est définie par un âge gestationnel à l'accouchement inférieur à 37 SA.

**Le taux de mortinatalité** rapporte le nombre d'enfants mort-nés au nombre de naissances totales. Le dénominateur pris en compte ici est le nombre de naissances totales (vivantes ou non) obtenu à partir des résumés de sortie anonyme (RSA) d'accouchement comptabilisés dans la base PMSI-MCO. Le nombre de naissances vivantes estimé à partir des RSA d'accouchements est légèrement inférieur à celui enregistré à l'état civil, en partie du fait des naissances à domicile ne donnant pas lieu à une hospitalisation. Cette sous-estimation serait d'environ 0,65 % en 2019 pour la France métropolitaine, sans influence sur le niveau du taux de mortinatalité obtenu.

**Le taux de mortalité néonatale précoce** rapporte le nombre d'enfants nés vivants et décédés au cours des 7 premiers jours de vie à l'ensemble des enfants nés vivants.

**Le taux de mortalité périnatale** est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés au cours de la première semaine à l'ensemble des enfants nés vivants ou sans vie. En combinant la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce, la mortalité périnatale permet de prendre en compte l'ensemble des décès qui se produisent au moment de la naissance (avant, pendant ou juste après) et de limiter les effets liés à des modifications de déclaration du statut vital de l'enfant, ou à des évolutions de pratiques.

## ENCADRÉ 2 Le contexte réglementaire

Le décret n° 2008-800 du 20 août 2008 conditionne désormais la délivrance d'un acte d'enfant sans vie inscrit sur les registres de décès à la production d'un certificat attestant de l'accouchement de la mère, dont le modèle a été défini dans l'arrêté du 20 août 2008. Il peut être délivré pour toute issue de grossesse survenant à partir de 15 semaines d'aménorrhée (SA), quel que soit le poids du fœtus. Cette déclaration n'est pas obligatoire et n'est soumise à aucun délai.

Le règlement de l'Union européenne n° 328/2011 du 5 avril 2011 portant application du règlement de la Communauté européenne n° 1328/2008 encadre les statistiques et les causes de décès, y compris pour les enfants mort-nés, qui doivent être fournies par les pays. Pour les enfants mort-nés, la collecte concerne, d'une part, les enfants d'un poids compris entre 500 et 999 grammes, ou, si le poids ne s'applique pas, d'un âge gestationnel entre 22 et 27 semaines révolues, ou, si aucun de ces deux critères ne s'applique, d'une taille du vertex au talon comprise entre 25 et 34 cm et, d'autre part, les enfants dont le poids est supérieur ou égal à 1 000 grammes, ou d'un âge gestationnel supérieur à 27 semaines révolues, ou d'une taille du vertex au talon supérieure ou égale à 35 cm.

La circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative notamment à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie précise, dans son annexe, que le support d'enregistrement est désormais le résumé de sortie standardisé établi dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et que c'est la DREES qui est chargée de calculer le taux de mortinatalité. Les règles d'enregistrement dans le PMSI ont été précisées dans l'instruction DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BECS/2011/403 du 26 octobre 2011.

## TABLEAU 1

### La mortalité périnatale et ses composantes depuis 2014

	Taux de mortinatalité pour 1 000 naissances totales	Taux de mortalité néonatale précoce pour 1 000 naissances vivantes	Taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances totales
2014	8,8	1,5	10,3
2015	8,9	1,6	10,5
2016	8,9	1,6	10,4
2017	8,8	1,8	10,6
2018	8,8	1,6	10,4
2019	8,5*	1,7	10,2

\* La baisse, en cours d'expertise pour les DROM, contribue en partie à cette évolution pour 2019.

**Champ** • Naissances domiciliées en France entière.

**Source** • PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

## Un taux de mortalité néonatale précoce de 1,7 enfant pour 1 000 naissances vivantes

Les données hospitalières permettent également de dénombrer 1 302 décès

néonataux précoces, c'est-à-dire survenus au cours des 7 premiers jours de vie, en 2019 pour la France entière. Le chiffre issu du PMSI demeure plus faible que celui comptabilisé par l'état civil

(écart de 11 % à 13 % chaque année depuis 2014), mais les tendances sont tout à fait identiques (encadré 4, graphique B). L'incertitude et l'écart avec les données issues de l'état civil portent

### ENCADRÉ 3

#### Sources et méthodologie

Les données concernant la mortalité sont disponibles selon les seuils définis par l'Organisation mondiale de la santé pour les années 2002 à 2007 (données Insee à partir de l'état civil ; seuils d'enregistrement de l'âge gestationnel à la naissance de 22 semaines d'aménorrhée [SA] ou d'un poids de naissance d'au moins 500 g), puis à nouveau depuis 2012 (données DREES, à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]). Les résultats présentés ici proviennent de l'analyse des résumés de sortie anonymisés (RSA) enregistrés pour chaque séjour hospitalier dans le cadre du PMSI, dont la qualité est jugée satisfaisante depuis 2014, après une période de montée en charge. Depuis 2011, toutes les naissances (enfant né vivant ou mort-né) doivent donner lieu à un RSA. Deux façons de comptabiliser les naissances existent dans le PMSI : soit à partir des séjours d'accouchements via les codes diagnostics et actes qui permettent de connaître le nombre d'enfants nés, soit directement à partir des séjours de nouveau-nés. Le plus souvent, les statistiques sur les naissances sont établies, comme ici, à partir des séjours d'accouchements, jugés plus exhaustifs.

### ENCADRÉ 4

#### Comparaison des données de mortalité néonatale précoce entre sources

Alors que les données de l'état civil ne permettent plus l'estimation du nombre de mort-nés satisfaisant aux normes de la Communauté européenne depuis 2008 (car les enregistrements peuvent être faits pour des décès avant 22 semaines d'aménorrhée [SA]), les décès néonataux précoces sont toujours disponibles dans cette source. La plupart des décès néonataux précoces surviennent à l'hôpital et les différences observées entre les deux sources sont bien supérieures au nombre de décès survenant hors établissements de santé et sont plus vraisemblablement liées à des différences de déclaration pour une même situation (enfant enregistré comme mort-né dans le PMSI mais né vivant et décédé à 0 jour à l'état civil). Les données produites par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), élaborées à partir du volet médical des certificats de décès pour satisfaire aux obligations européennes et mises à disposition dans le Système national des données de santé, permettent d'avoir des informations sur les causes de décès des enfants morts entre 0 et 27 jours, ainsi que des variables complémentaires comme le score d'APGAR<sup>1</sup>, la profession et la situation des parents. Cependant, l'exploitation de ces données en routine n'est pas encore opérationnelle en raison des délais importants liés à leur production (3 ans actuellement) et des difficultés de chaînage avec les autres données du SNDS. L'amélioration du chaînage avec les données du PMSI permettrait de fiabiliser les chiffres de la mortalité néonatale précoce.

Pour plus de cohérence dans les données et éviter de surestimer la mortalité néonatale précoce par des doubles comptes, une seule source a été retenue dans cette étude, celle des données hospitalières.

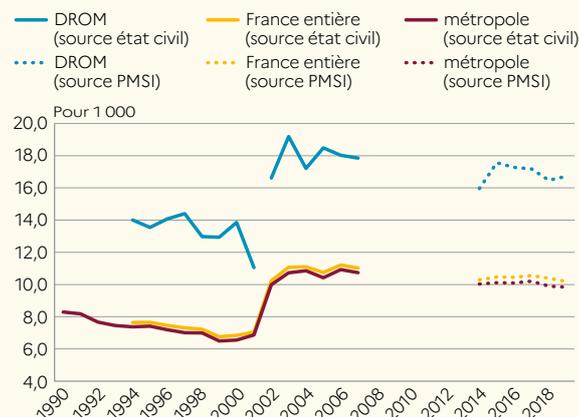
L'Insee comptabilise les décès néonataux précoces, enfants décédés avant 7 jours de vie à partir des données de l'état civil. Leur nombre est très stable depuis 2005 (graphique B). En 2018 il s'agissait de 1 474 enfants nés vivants puis décédés, contre 1 302 d'après le PMSI. L'écart entre les données du PMSI et de l'Insee (graphique C) porte essentiellement sur les effectifs décédés le jour de la naissance (écart de 155 en 2019 contre -1 à +9 pour chacun des jours suivants). Il est probable que certains des enfants mort-nés soient déclarés à l'état civil comme des enfants décédés quelques instants après leur naissance.

En 2019, les 742 044 accouchements de femmes domiciliées en France correspondent à 754 509 naissances (en pondérant par le nombre d'enfants issus de chaque accouchement), alors qu'on comptabilise 754 123 séjours d'enfants.

Le nombre de décès néonataux précoces est appréhendé dans les données du PMSI par les séjours d'enfants nés vivants inclus dans les séjours d'enfants nés vivants de la catégorie majeure diagnostic 15 (CMD 15 : nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale), avec un poids de naissance supérieur ou égal à 500 grammes ou un âge gestationnel d'au moins 22 SA, dont le mode de sortie est « décès » avec un âge au décès inférieur à 7 jours. Le décès néonatal est validé en vérifiant la cohérence des informations médicales des séjours de la mère et de l'enfant, lorsque le chaînage de ces séjours est possible. Utiliser la même source, le PMSI, pour les décès néonataux précoces et la mortalité permet d'éviter les doubles comptes pour le calcul de la mortalité périnatale (encadré 4).

Cette analyse renforce l'importance du suivi de ces évolutions de manière fine, et ce malgré les limites du système d'information actuel. Si les données hospitalières ne sont probablement pas exhaustives, l'utilisation de la même source pour estimer la mortalité et la mortalité néonatale précoce permet de limiter le risque de double compte. La qualité et l'exhaustivité des informations dans le PMSI ainsi que le chaînage des certificats de décès néonataux contribuent de manière importante aux perspectives d'analyse des évolutions.

Graphique A. Évolution des taux de mortalité périnatale selon différentes sources

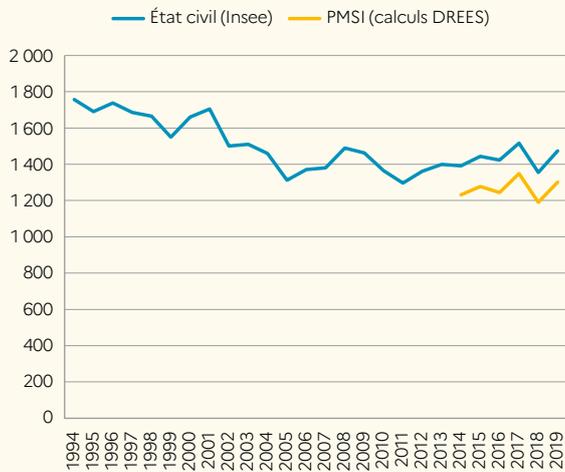


**Note** • La rupture de série entre 2001 et 2002 est due à la circulaire de 2001 qui substitue les critères de l'OMS (22 SA ou un poids minimum de 500 grammes) au délai de 180 jours de gestation pris en compte auparavant pour définir les enfants mort-nés. L'interruption des séries entre 2007 et 2014 est due à la mise en place du comptage des enfants mort-nés, puis des décès néonataux précoces, avec les données du PMSI.

**Sources** • État civil (Insee), PMSI MCO (ATIH, calculs DREES), mort-nés estimés par l'Insee (État civil) jusqu'en 2007 et par la DREES (PMSI-MCO) à partir de 2012.

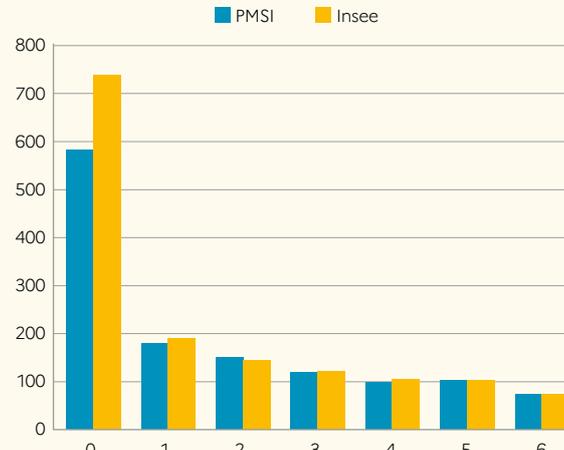
1. Le score d'APGAR, variant de 0 à 10, est une évaluation de la vitalité du nouveau-né, selon 5 critères variant de 0 à 2.

Graphique B. Décès néonataux précoces selon la source



Sources : État civil (Insee), PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

Graphique C. Répartition des décès néonataux précoces selon l'âge au décès (en jours) selon la source



Sources : État civil (Insee), PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

2. Rapport médical et scientifique 2019, Agence de la biomédecine.

surtout sur les décédés du premier jour, vraisemblablement en raison de cas enregistrés comme mort-nés dans le PMSI mais déclarés nés vivants et décédés à 0 jour à l'état civil (encadré 1, graphique B).

Le taux de mortalité néonatale précoce, rapportant les décès survenus dans la première semaine (0-6 jours) au nombre de naissances vivantes, est en légère augmentation : de 1,7 ‰ en 2019, après 1,5 ‰ en 2014 (tableau 1). De plus, près de la moitié des décès surviennent dans les instants qui suivent la naissance, et la probabilité de décéder diminue très fortement avec l'âge de l'enfant : en 2019, 45 % des décès néonataux précoces ont lieu le jour de la naissance, 13 % le lendemain et 10 % le surlendemain.

Depuis 2014, la part des décès néonataux précoces aux âges gestationnels très faibles a augmenté. En 2019, 20 % des décès néonataux précoces avaient moins de 24 SA, contre 18 % en 2014 et 19 % en 2016.

Différentes hypothèses peuvent expliquer cette légère augmentation de la mortalité néonatale et cette tendance à la concentration sur le premier jour de vie et aux très faibles âges gestationnels. Les progrès médicaux permettent d'envisager la prise en charge d'enfants extrêmement prématurés (avant 24 SA parfois). Cependant, lorsque le pronostic apparaît trop défavorable, la réanimation active n'est pas poursuivie et des soins palliatifs et d'accompagnement peuvent être mis en place dès la salle de naissance.

Les données de l'Agence médicale de la biomédecine<sup>2</sup> montrent également une augmentation importante du nombre de femmes ayant choisi de poursuivre leur grossesse avec une pathologie grave du fœtus, pour laquelle un CPDPN aurait pu délivrer, si elles en avaient fait la demande, une attestation de particulière gravité ouvrant la possibilité d'une IMG. Leur nombre passe de 1 189 en 2014 à 1 587 en 2018 (tableau 3) et, chaque année, parmi les naissances vivantes issues de ces grossesses, la part des décès néonataux représente 25 % à 30 %. Cette augmentation conduit donc à un report d'un certain nombre d'IMG vers des décès en période néonatale ainsi que semble le montrer les tendances des différents indicateurs. Le taux de mortalité néonatale lié à ces grossesses évolue à la hausse de 0,28 ‰ en 2014 à 0,32 ‰ en 2018. D'une manière générale, 70 % des décès de la période néonatale se produisent dans la première semaine de vie (Papon, 2018). Si les données disponibles ne permettent pas de le mesurer exactement, l'effet sur l'évolution du taux de mortalité néonatale précoce est donc très probable.

TABLEAU 2

Évolution du taux de mortinatalité de 2014 à 2019

		pour 1 000 naissances totales					
		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Métropole	MFS	5,1	5,0	5,0	5,1	5,0	4,9
	IMG	3,5	3,6	3,6	3,5	3,4	3,3
DROM	MFS	9,9	11,1	10,5	10,5	10,6	11,2*
	IMG	3,3	3,4	3,3	2,9	3,2	2,2*
France entière	MFS	5,3	5,3	5,3	5,4	5,4	5,2
	IMG	3,5	3,6	3,6	3,4	3,4	3,3

MFS : Mort fœtale spontanée ; IMG : Interruption médicale de grossesse.  
\* En cours de vérification (les données de Guadeloupe en particulier fluctuent beaucoup d'une année à l'autre).  
**Champ** : Ensemble des naissances vivantes ou non à partir de 22 semaines d'aménorrhée, domiciliées en France entière.  
**Source** : PMSI MCO (ATIH, calculs DREES).

**En 2015, la France se situe au 20<sup>e</sup> rang européen pour la mortinatalité spontanée et la mortalité néonatale**

Au niveau européen en 2015, dernière année disponible pour l'ensemble des pays, avec un taux de mortinatalité

spontanée de 3,0 ‰ à partir de 28 SA, la France métropolitaine se situe au 20<sup>e</sup> rang *ex æquo* sur 33 pays (Europeristat, 2015). Le seuil de 28 SA est retenu pour les comparaisons sur la mortinatalité et les interruptions médicales de grossesse sont exclues, compte tenu des différences importantes de législation selon les pays. En 2019, le taux de mortinatalité calculé à partir de 28 SA se maintient à 3,0 ‰ en France métropolitaine. Il suit donc la même tendance que le taux de mortinatalité spontanée à partir de 22 SA. Les comparaisons entre pays demeurent délicates, en raison à la fois des différences de législation concernant les IMG (certaines situations conduisant à une IMG lorsque la législation l'autorise auraient pu aboutir à une mort fœtale spontanée) et du mode d'enregistrement dans la source utilisée qui ne permet pas toujours de différencier les morts fœtales spontanées des IMG.

De même, les taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours) et de mortalité néonatale précoce issus des données de l'état civil n'ont pas diminué entre 2010 et 2015, contrairement à d'autres pays européens, plaçant la France dans une situation défavorable, respectivement au 20<sup>e</sup> rang sur 30 pays et au 18<sup>e</sup> rang sur 31 pays.

Si certains facteurs de risque de mortalité périnatale peuvent expliquer en partie cette situation peu favorable en niveau et en tendance (Blondel *et al.*, 2019), 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, l'évolution des pratiques médicales et sociétales peut également avoir un retentissement sur l'évolution actuelle des indicateurs et leur comparabilité entre pays.

### Un risque de mortalité périnatale 3,6 fois plus élevé parmi les grossesses multiples que parmi les grossesses uniques

L'âge gestationnel, le nombre de fœtus et l'âge de la mère sont trois facteurs de risque identifiables dans les bases de données hospitalières pour la mortinatalité la mortalité néonatale précoce et la mortalité périnatale.

La mortalité périnatale touche 3,3 ‰ des naissances multiples et 0,9 ‰ des naissances uniques, soit un risque 3,6 fois plus élevé parmi les naissances multiples (32,8 ‰) que parmi les naissances uniques (9,1 ‰) [graphique 1].

TABLEAU 3

### Évolution du nombre et du devenir des grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale grave qui auraient pu conduire à autoriser une IMG

	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre d'attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal en vue de la réalisation d'une IMG	7 104	7 035	7 003	6 938	6 754
Nombre de grossesses poursuivies pour motif fœtal qui auraient pu faire l'objet d'attestation autorisant une IMG	1 189	1 296	1 263	1 480	1 587
Devenir inconnu	68	89	94	123	103
Avortement ou mortinatalité	251	273	283	325	372
Naissances vivantes	870	934	886	779	873
Décès avant J28	229	231	202	253	239
Décès avant J28 (p 100 nés vivants) [en %]	26,3	24,7	22,8	32,5	27,4
Impact sur la mortalité néonatale (p 1 000 nés vivants)	0,28	0,29	0,26	0,33	0,32

IMG : interruption médicale de grossesse.

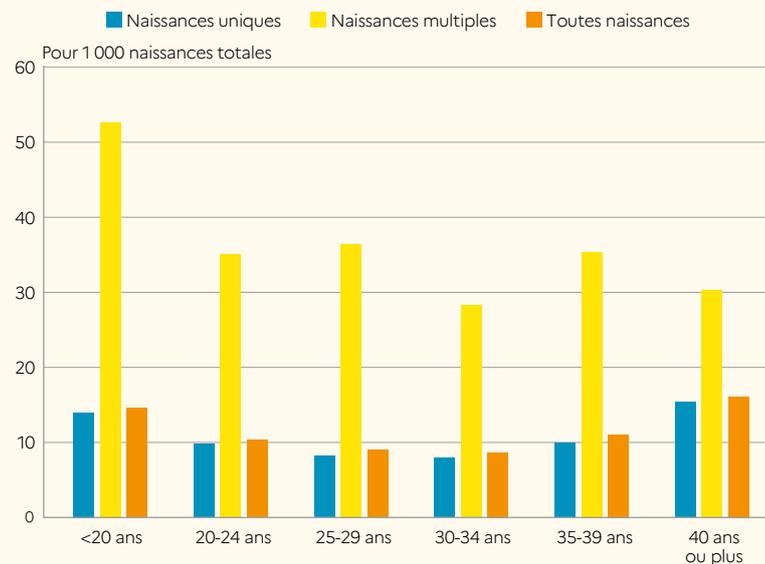
**Lecture** • En 2014, une attestation a été délivrée pour motif fœtal en vue de la réalisation d'une IMG pour 7 104 grossesses, alors que 1 189 grossesses ont été poursuivies avec une pathologie fœtale grave pour laquelle le CPDPN aurait pu délivrer, si les femmes en avaient fait la demande, une attestation de particulière gravité ouvrant la possibilité d'une IMG. Parmi ces grossesses poursuivies, 870 ont donné lieu à une naissance vivante dont 229 enfants (26,3 %) sont décédés avant leur 28<sup>e</sup> jour.

**Champ** • France entière.

**Sources** • Agence de biomédecine (ABM), PMSI (ATIH, calculs DREES).

GRAPHIQUE 1

### Taux de mortalité périnatale en 2019 selon la pluralité et l'âge de la mère



**Champ** • France entière.

**Source** • PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

Cette différence reste valable quel que soit l'âge de la mère.

81 % des décès périnataux concernent des naissances prématurées, soit un risque globalement 50 fois plus élevé (102,5 ‰) que parmi les enfants nés

à terme (2,1 ‰). Dans tous les cas, le risque est plus important lorsque la mère a moins de 20 ans ou lorsqu'elle atteint 40 ans (graphique 2).

La mortalité périnatale décroît avec l'augmentation de l'âge gestationnel,

passant de plus de 600 ‰ à moins de 28 SA à 173 ‰ de 28 à 31 SA et 2,2 ‰ à partir de 37 SA (graphique 3). Si les IMG sont évidemment pratiquées aussi précocement que possible, la mortalité spontanée est également beaucoup plus forte aux âges gestationnels faibles, parmi les naissances uniques comme parmi les naissances multiples.

### L'âge élevé de la mère à la naissance, facteur de risque, est en constante progression

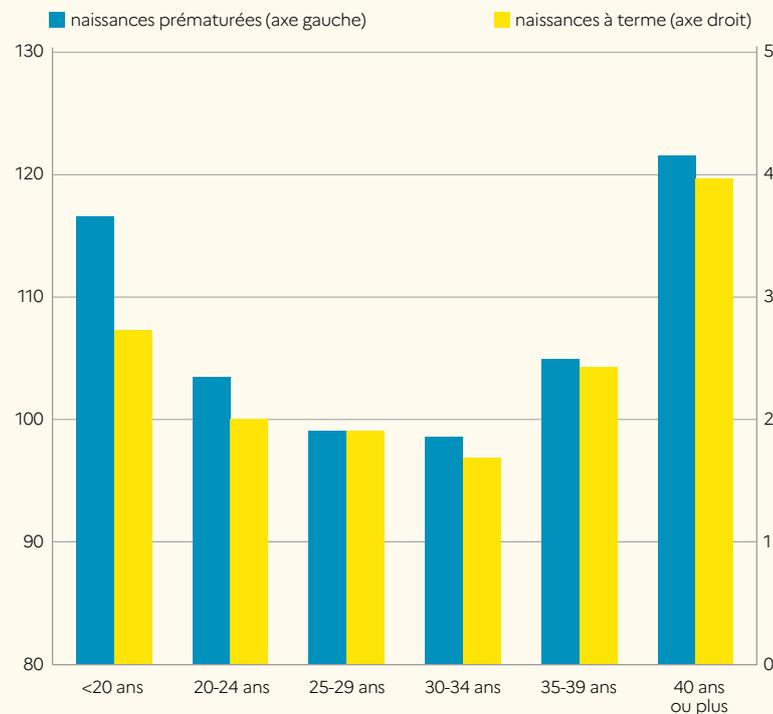
Statistiquement, les mères les plus âgées et les plus jeunes ont un risque plus élevé de mortalité périnatale, pour des raisons différentes. Les mères plus âgées présentent plus souvent des pathologies préexistantes ou des complications au cours de la grossesse (hypertension par exemple), des grossesses multiples ou des anomalies congénitales. Chez les plus jeunes, un moins bon suivi des grossesses et des conditions socio-économiques plus défavorables peuvent contribuer à ce risque (Scheidegger et Vilain 2007). L'âge moyen à l'accouchement est de 30,7 ans en 2019, contre 30,4 en 2014 et 29,3 en 2000, augmentant en moyenne de 0,1 an chaque année. Le risque de mortalité périnatale est plus élevé aux âges extrêmes : de 14,5 ‰ parmi les enfants dont la mère a moins de 20 ans, il diminue à 10,3 ‰ parmi les 20-24 ans, pour atteindre son minimum parmi les 30-34 ans (8,6 ‰), avant de remonter pour atteindre 16,1 ‰ lorsque la mère a 40 ans ou plus (graphique 1).

### Une mortalité périnatale beaucoup plus élevée dans les DROM

La moyenne triennale (plus fiable au niveau régional) du taux de mortalité périnatale est de 10,4 ‰ de 2017 à 2019, et pour les données régionales, de 10,1 ‰ pour la métropole et de 16,8 ‰ pour l'ensemble des DROM (carte 1). À l'exception de La Réunion, les taux des DROM représentent le double des taux de la majorité des régions métropolitaines (tableau 1). La Réunion présente le taux le plus faible des DROM du fait d'une mortalité beaucoup plus faible. En métropole, ce taux varie peu et fluctue entre 8,8 ‰ (dans les Pays de la Loire) et 11,2 ‰ (en région Centre-Val-de-Loire). La standardisation indirecte permet de calculer dans une région l'indice comparatif de mortalité

## GRAPHIQUE 2

### Mortalité périnatale selon la prématurité et l'âge des mères



**Note** • La prématurité définit les enfants dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines d'aménorrhée (encadré 1).

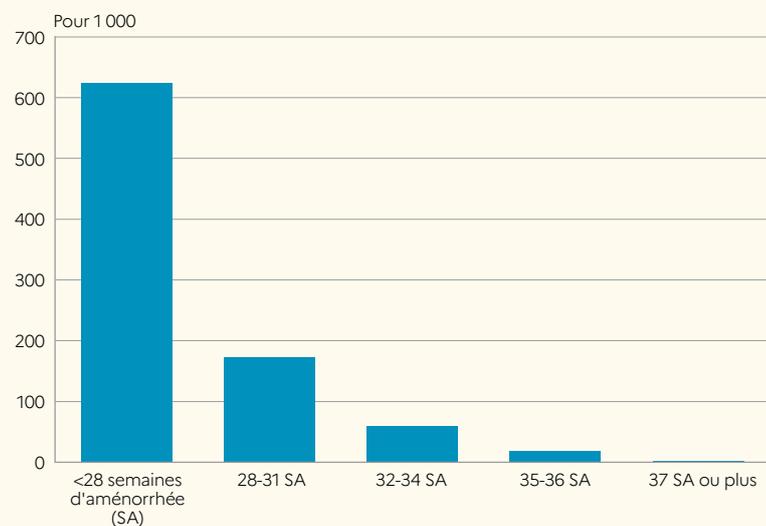
**Lecture** • Parmi les mères de moins de 20 ans, la mortalité périnatale concerne 116,6 naissances prématurées sur 1 000 contre 2,7 sur 1 000 parmi les naissances à terme.

**Champ** • Mères dont l'âge est connu, France entière.

**Sources** • PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

## GRAPHIQUE 3

### Taux de mortalité périnatale selon l'âge gestationnel



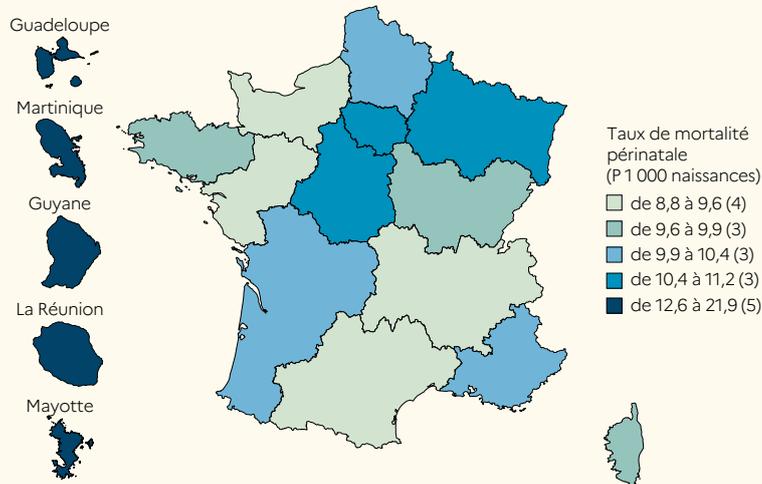
SA : semaine d'aménorrhée.

**Champ** • Ensemble des naissances vivantes ou non à partir de 22 SA, France entière.

**Sources** • PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

CARTE 1

Mortalité périnatale hospitalière



**Lecture** • La mortalité périnatale en Ile-de-France est de 11,0 ‰ en moyenne en 2017-2019, contre 8,8 ‰ en Pays de la Loire.  
**Champ** • France entière.  
**Source** • PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

(Standardized Mortality Ratio [SMR]), c'est-à-dire le rapport entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus en appliquant à l'effectif de chaque classe d'âge de la sous-population, les taux spécifiques de mortalité d'une population de référence (mortalité-type), ici celle de la métropole. Si les différences entre les régions de la métropole demeurent faibles, toutes les régions ultra-marines présentent une surmortalité. Elle représente en Guyane, Guadeloupe et Martinique respectivement 195 %, 175 % et 166 % de celle de la métropole.

La mortalité spontanée est aussi bien plus élevée dans les DROM

La mortalité spontanée est très différente en métropole et dans les DROM (tableau 4), le taux global étant de 13,4 ‰ pour l'ensemble des DROM contre 8,2 ‰ en métropole en 2019. C'est en Guyane que la situation est la moins favorable, avec 18,5 ‰ (en moyenne de 2017

TABLEAU 4

Indicateurs régionaux de la mortalité périnatale (moyenne sur 3 ans de 2017 à 2019)

Région	Taux de mortalité (pour 1 000 naissances totales)	dont taux de mortalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales)	Indice comparatif de mortalité ou SMR
Île-de-France	9,2	5,8	1,9	11,0	1,07
Centre-Val de Loire	9,6	5,9	1,6	11,2	1,14
Bourgogne-Franche-Comté	7,9	4,9	1,6	9,5	0,95
Normandie	7,5	4,5	1,7	9,3	0,89
Hauts-de-France	8,7	5,3	1,4	10,2	1,02
Grand-Est	8,5	5,3	1,7	10,2	1,03
Pays de la Loire	7,4	3,8	1,4	8,8	0,90
Bretagne	8,0	4,0	1,6	9,5	0,96
Nouvelle-Aquitaine	8,1	4,2	1,8	9,9	0,98
Occitanie	8,4	4,8	1,4	9,8	0,96
Auvergne-Rhône-Alpes	7,9	4,5	1,5	9,4	0,96
Paca	8,4	5,0	1,2	9,6	0,97
Corse	8,9	5,7	0,9	9,8	0,99
<b>Total métropole</b>	<b>8,5</b>	<b>5,0</b>	<b>1,6</b>	<b>10,1</b>	<b>1,00</b>
Guadeloupe	17,2	12,5	3,2	20,3	1,75
Martinique	13,5	9,8	4,2	17,6	1,66
Guyane	18,5	15,5	3,4	21,9	1,95
La Réunion	9,4	6,4	3,2	12,6	1,23
Mayotte	13,7	12,1	3,3	16,9	1,37
<b>DROM</b>	<b>13,5</b>	<b>10,6</b>	<b>3,4</b>	<b>16,8</b>	<b>1,51</b>
<b>France entière</b>	<b>8,7</b>	<b>5,3</b>	<b>1,7</b>	<b>10,4</b>	<b>1,03</b>

SMR : Standardized Mortality Ratio.

**Note** • Le nombre de décès réellement observé dans la sous-population est rapporté au nombre de décès « attendu » dans cette même population. On obtient le nombre de décès « attendu » en appliquant à l'effectif de chaque classe d'âge de la sous-population, les taux spécifiques de mortalité de la population de référence = celle de l'ensemble de la métropole.

**Lecture** • En Guadeloupe, le taux de mortalité périnatale observé représente 175 % de celui attendu si les taux de chaque groupe d'âge étaient les mêmes que ceux de la métropole.

**Champ** • France entière.

**Sources** • PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES) ; Insee (calcul des SMR).

à 2019) versus 17,2 ‰ en Guadeloupe, 13,7 ‰ à Mayotte, 13,5 ‰ en Martinique, et 9,4 ‰ à la Réunion. En métropole, les taux varient de 7,4 ‰ en région Pays de la Loire à 9,6 ‰ dans le Centre-Val de Loire. La surmortalité observée

dans les DROM est imputable à la mortalité spontanée dont le taux d'incidence est deux fois supérieur à celui de la métropole en 2019, alors que le recours à l'IMG y est quasiment le même<sup>3</sup>. La mortalité néonatale précoce

est elle-même deux fois plus élevée dans les DROM qu'en métropole. Les informations disponibles dans le PMSI ne permettent pas d'identifier les facteurs explicatifs de ces écarts avec la métropole. ■

•••  
3. Le chiffre particulièrement bas concernant les IMG dans les DROM en 2019 demande à être confirmé, les évolutions dans certains DROM étant assez irrégulières d'une année à l'autre.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- **Agence de la biomédecine** (2020, septembre) Rapport médical et scientifique 2019.
- **Blondel, B., et al.** (2019). How perinatal health in France compared with other European countries in 2015: some progress but also some concerns about newborn health. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*.
- **Euro-Peristat Project**. European Perinatal Health Report (2018, November). Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015.
- **Mouquet, M.-C., Rey, S.** (2015, février). Les disparités régionales de mortalité en France en 2012-2013. *INVS, BEH*, 6-7.
- **Mouquet, M.-C., Rey, S.** (2014, décembre). Le nouveau suivi de la mortalité en France depuis 2012. *DREES, Études et Résultats*, 901.
- **Papon, S.** (2018, juin). La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse. *Insee, Insee Focus*, 117.
- **Scheidegger, S., Vilain, A.** (2007, janvier). Disparités sociales et surveillance de grossesse. *DREES, Études et Résultats*, 552.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site [drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution [drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

### Directeur de la publication :

Fabrice Lenglard

### Responsable d'édition :

Valérie Bauer-Eubriet

### Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

### Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

### Composition et mise en pages :

Stéphane Jeandet

### Conception graphique :

Julie Hiet et Philippe Brulin

### Pour toute information :

[drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE  
PUBLIQUE  
La DREES fait partie  
du Service statistique  
public piloté par l'Insee.