

**DEPARTEMENT DES RELATIONS EXTERIEURES**  
**Communication Recherche**

Aéropole de Charleroi

Av. Lemaître 19 – 6041 Charleroi

**Nathalie Gobbe**, T +32 (0)71 60 02 06, +32 (0)474 84 23 02,**M** ngobbe@ulb.ac.be**Nancy Dath**, T +32 (0)71 60 02 03, **M** ndath@ulb.ac.be

---

## Communiqué de presse

---

Bruxelles, le 11 décembre 2008

**Projet européen PERISTAT : pour la première fois, des données européennes comparables sur la santé de la mère et de l'enfant**

En dépit des progrès des dernières décennies, la santé de la mère et de l'enfant reste un sujet critique – et pas uniquement dans les pays en voie de développement. La maternité et la naissance continuent de poser des risques à la fois aux mères et aux bébés en Europe, et il y a d'importantes inégalités périnatales entre Etats de l'Union européenne. De nouvelles technologies ont permis à plus de couples de concevoir un enfant et à plus de prématurés de survivre mais elles ont aussi créé de nouveaux risques de santé. Des données sur la santé périnatale sont aujourd'hui indispensables pour mieux cerner ces évolutions.

Le projet européen PERISTAT a pour objectif de développer une série d'indicateurs de santé périnatale en Europe. Ce 11 décembre a été rendu public le rapport sur les « meilleures statistiques pour une meilleure santé des femmes enceintes et de leur bébé » : il peut être consulté dès ce 11 décembre sur <http://www.europeristat.com>.

25 pays membres de l'Union européenne et la Norvège ont participé à cette étude qui met en évidence d'importantes différences entre pays européens. Mieux comprendre ces différences devrait permettre d'améliorer la santé périnatale.

***Principaux constats au niveau européen :***

Mortalité fœtale : avec une définition standard incluant toutes les naissances à au moins 28 semaines de gestation, la mortalité fœtale s'élève en 2004, à 2,0 pour 1000 naissances en République slovaque et en Finlande contre 4,9 en Lettonie et en France. Les Pays-Bas et l'Ecosse atteignent également les 4,0 pour 1000 ;

Mortalité néonatale (mort entre 0 et 27 jours après la naissance) : elle s'élève autour de 2 pour 1000 à Chypre, en Suède et en Norvège, contre 4,6 en Lituanie et 5,7 en Lettonie. En Estonie, Hongrie, Malte et Pologne, la mortalité néonatale s'élève à 4,0 pour 1000.

***Principaux constats en Belgique :***

La première constatation est que les indicateurs qui ont pu être collectés en Belgique concernent quasi-exclusivement la Flandre et Bruxelles, la Wallonie n'ayant pas été en mesure de communiquer ses statistiques de l'état civil pendant de longues années. Actuellement, cette situation est en passe de rentrer dans l'ordre, d'une part par un traitement des naissances et décès anciens, et d'autre part par la mise en place d'une agence francophone de traitement des données périnatales : le CEpiP.

Celle-ci correspond au Studie Centrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) qui est en place depuis près de huit ans.

Malgré le dynamisme d'avant garde du SPE et la mise en place du CEpiP, il n'en reste pas moins vrai que les systèmes de collecte de données périnatales laissent à désirer sur plusieurs points.

En ce qui concerne les registres d'infirmité motrice cérébrale, la Belgique (et les Pays-Bas) sont les deux seuls pays à ne pas en avoir, ni au niveau national ni au niveau régional.

En ce qui concerne la mise en place d'une enquête confidentielle systématique des morts maternelles, celle-ci est institutionnalisée en France, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni mais rien n'existe en Belgique.

Finalement, un petit nombre d'indicateurs recommandés au niveau européen ne sont pas collectés actuellement. Il est vraisemblable qu'ils le seront dans l'avenir : il s'agit du tabagisme, de l'âge gestationnel à la première consultation prénatale et de marqueurs de morbidité maternelle sévère. Plusieurs constats peuvent être établis pour la Flandre et/ou Bruxelles, en particulier :

En Flandre et à Bruxelles, on enregistre 16 à 17 naissances de jumeaux sur 1000, contre plus de 20 à Chypre, au Danemark et aux Pays Bas. Des résultats satisfaisants sont en partie liés à une politique de réimplantation d'un seul embryon dans les fertilisations in vitro.

Moins de 3 mères sur 100 sont âgées de moins de 20 ans en Flandre et Bruxelles, ce qui place ces régions dans le groupe à faible prévalence dans lequel les grossesses adolescentes restent une problématique limitée.

17,2% des naissances à Bruxelles se font par césarienne, 18,9% en Flandre, ce pourcentage varie en Europe de 14,4% (Slovénie) à 37,8% (Italie) ; la Flandre et Bruxelles offrent une situation satisfaisante à un moment où le taux de césarienne s'envole partout dans le monde.

En ce qui concerne les pratiques médicales, nous n'avons pas de résultat pour Bruxelles. Il faut sans doute se poser la question de savoir pourquoi la Flandre a des taux très élevés pour deux interventions. La Flandre compte 2,3% des procréations assistées (in vitro) par rapport à 1,7 en France par exemple. Le taux d'épisiotomie est aussi élevé avec 63% en Flandre, comparé à 9% au Danemark, 16% en Angleterre ou 24% aux Pays Bas.

Les données de mortalité doivent être observées avec circonspection. Leur validité n'est pas toujours bonne : certains décès maternels ne sont pas comptés, il n'y a pas de cohérence concernant la déclaration des morts foetales ni les interruptions médicales tardives de grossesse.

S'ajoutent à cela les différents acharnements dans la réanimation néonatale et les différences de vulnérabilité de populations.

Ce dernier point explique sans doute en partie les mortalités maternelle, foetale, néonatale et infantile plus importantes à Bruxelles qu'en Flandre.

Le ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes est de 4,2 en Flandre et 6,2 à Bruxelles, il oscille en Europe entre 0 à Malte et 29,6 en Estonie ;

La mortalité foetale s'élève à 2,9 pour 1000 naissances en Flandre et 3,4 à Bruxelles ;

La mortalité néonatale s'élève à 3,9 pour 1000 naissances en Flandre et 5,1 à Bruxelles ;

La mortalité infantile pour 1000 naissances s'élève à 3,8 en Flandre et 4,4 à Bruxelles alors que l'Europe varie entre 3,0 (Suède, Norvège) et 9,4 (Lettonie).

L'étude PERISTAT est menée avec le soutien de la Direction Santé publique (G) de la Direction générale Santé et protection des consommateurs (ex-SANCO) et l'Agence de la santé et des consommateurs ; elle inclut des données récoltées dans d'autres projets européens sur la santé périnatale (SCPE, EUROCAT, EURONEONET).

En Flandre et Bruxelles, l'étude a été coordonnée par l'Université libre de Bruxelles - Ecole de santé publique (Sophie Alexander) et menée avec la collaboration de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, l'Institut scientifique de santé publique, l'ONE, le SPE (Studie Centrum voor

Perinatale Epidemiologie), le Ministère de la Communauté flamande et le Groupement des gynécologues de langue française (GGOLFB).

**Contact scientifique pour la Belgique :**

Sophie Alexander, Ecole de santé Publique, ULB : 02 555 40 63 ou 40 79, [salexand@ulb.ac.be](mailto:salexand@ulb.ac.be).

Myriam De Spiegelaere, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale : 02 552 01 45.

Paul Defoort, SPE : 02 533 12 10