

" La population de la France" tome II

C. BERGOUGNIAN et al. ed. CUPED 2005 ; 373-384

La mortalité maternelle en France depuis 1945

Marie-Hélène BOUVIER-COLLE et Emmanuelle SZEGO

Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris

Dans les pays développés comme la France, la mortalité maternelle est faible, mais constitue néanmoins un indicateur d'évaluation de la qualité des soins obstétricaux et périnataux. Le concept des « décès évitables », défini par l'Union européenne, considère que certaines pathologies ne devraient plus conduire au décès (ou au handicap)¹. La mort maternelle a été classée parmi ces décès « évitables ». Si un seul décès maternel se produit, une enquête approfondie doit être entreprise afin de comprendre l'enchaînement des faits qui ont conduit à ce décès. Tous les efforts doivent donc être faits pour obtenir des données de très bonne qualité².

Nous bénéficions en France d'un système de recueil de données de mortalité qui repose sur l'état civil dont la qualité est excellente en termes d'exhaustivité, de durée et de régularité, mais les informations de nature médicale, qui figurent sur le certificat médical de décès sont insuffisantes en dépit des progrès accomplis régulièrement par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), et par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Les premières études ont été menées par des cliniciens préoccupés de mesurer l'importance du problème dans leur service ou leur région³. Ces études ont constaté l'absence de concordance entre les données hospitalières et les données d'état civil, les décès maternels étant sous-enregistrés dans la statistique des causes médicales de décès. Un rapport du ministère de la Santé en 1980⁴ recensait toutes les sources de données possibles sur la mortalité. Par la suite, prolongeant les enquêtes pilotes, réalisées dans les unités 164 et 149 de l'INSERM⁵, un système de surveillance de la mortalité maternelle a été établi et un Comité national d'Experts sur la mortalité a été institué (arrêtés de 1995 et 1996). Ce système permet de dresser un bilan de la mortalité maternelle.

Définition de la mort maternelle et sources de données

Le décès maternel a été défini dans la Classification internationale des maladies - 9^{ème} révision (CIM-9), publiée en 1975 par l'Organisation mondiale de la

¹ COMMISSION EC., 1991, *European Community Atlas of Avoidable Death*, 2nd ed., Oxford university Press. RUTSTEIN D., BERENBERG W., CHALMERS T., CHILD C. et al., 1976, "Measuring the Quality of Medical Care", *New England Journal of Medicine* 294 : 582-588.

² BUEKENS P., 2001, "Is estimating Maternal Mortality Useful ?", *Bull WHO*, 79 : 179.

³ MAGNIN P., NICOLLET B., 1981, « La mortalité maternelle en France », *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, 165 : 653-659. FAGUER C., DU LORIER E., 1983, « La mortalité maternelle en 1983. À propos de notre expérience à Saint-Antoine », *Revue française de Gynécologie Obstétrique*, 79 : 719-723.

⁴ CHABAUD F., CHAPERON J., BRUNET J.-B., 1983, « La mortalité maternelle en France », *Revue Française de Gynécologie Obstétrique*, 78 (1) : 15-33.

⁵ BOUVIER-COLLE M., VARNOUX N., COSTES P., HATTON F., 1991, "Reasons for the Under Reporting of Maternal Mortality in France as Indicated by a Survey of all Deaths Among Women of Childbearing Age", *International Journal of Epidemiology*, 20 : 717-21. BOUVIER-COLLE M.-H., VARNOUX N., BRÉART G., 1994, *Les morts maternelles en France*, Inserm.

Santé (OMS). Cette définition reprise dans la 10^{ème} révision (CIM-10)⁶ est la suivante :

La mort maternelle est « le décès d'une femme, survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : « Décès par cause obstétricale directe », qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus, et « Décès par cause obstétricale indirecte », qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

La définition du décès maternel a varié au cours de la période d'étude, de même que celle des naissances. Nous avons supposé que ces questions de définition n'affectaient pas significativement l'expression des tendances observées sur un demi siècle.

Le taux de mortalité maternelle est, par convention, le rapport du nombre des décès maternels, observés une année, au nombre des naissances vivantes de la même année (CIM-10). Une estimation véritablement précise du taux de mortalité maternelle supposerait de rapporter le nombre des décès maternels au nombre des conceptions correspondantes, mais il est difficile d'évaluer le nombre de conceptions sans enregistrer les avortements, les grossesses extra-utérines et molaires et autres complications de l'état gravidopuerpéral ne donnant pas lieu à une naissance.

Ce taux surestime très légèrement la fréquence de la mortalité maternelle, surestimation contrebalancée par le sous-enregistrement des causes obstétricales dans la statistique des causes de décès.

Le Bulletin de naissance, concernant les enfants nés vivants et viables, le Bulletin d'enfant sans vie et le Bulletin de décès sont trois documents qui dépendent de l'état civil et sont exploités par l'INSEE⁷.

Le Certificat médical de décès est signé par le médecin certificateur et conditionne le droit d'inhumation de la personne. Il est strictement confidentiel et anonyme. Ce document, après avoir transité par les Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS), est exploité par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Il est le même pour tous les décès, quel que soit l'âge de la personne, à l'exception des enfants décédant entre 0 jour et 27 jours révolus, pour lesquels a été instauré récemment un certificat de décès néonatal⁸. En outre, depuis 1998, le certificat médical de décès général comporte une question spécifique relative à la grossesse. Sa mise en application

⁶ OMS, 1993, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10^{ème} Révision*, Genève. OMS, 1975, *Classification internationale des maladies. Révision*, Vol. 1, Genève.

⁷ BEAUMEL C., ENEAU D., KERJOSSE R., 1999, *La situation démographique en 1997*, INSEE. COUET C., TAMBY I., 1996, *La situation démographique en 1983 - Mouvement de la population*, INSEE.

⁸ BLONDEL B., MATET N., HATTON F., JOUGLA E., 1997, « Le certificat médical de décès néonatal », *Archives françaises de Pédiatrie*, 4 : 1012-1015.

étant progressive, on ne peut, en l'état actuel, savoir quel a été l'impact éventuel de cette modification sur l'exhaustivité du recensement des morts maternelles.

Le chiffrage des causes de décès déclarées par le médecin, sur le certificat médical de décès, est assuré par le CépiDc, (anciennement Service commun d'information sur les causes médicales de décès, SC8) de l'Inserm. Ce service applique les règles et les recommandations édictées par l'OMS, dans la Classification médicale des maladies (CIM)⁹. Il n'en était pas de même au début de la période.

Le classement a varié au cours de la période 1946-1999 : certains détails de pathologies sont apparus, « embolie amniotique » par exemple, tandis que d'autres ont disparu, comme la « dyscrasie sanguine »¹⁰. De plus les services responsables du chiffrage des certificats médicaux ont changé d'organisation ; effectué d'abord au niveau régional, celui-ci a ensuite été centralisé au niveau national et passé de l'Insee à l'Inserm¹¹.

Nous avons donc dû regrouper les causes selon de grandes catégories diagnostiques qui correspondent aux principales causes obstétricales directes contre lesquelles il faut encore lutter : avortements, grossesses extra-utérines, hémorragies obstétricales, complications de l'hypertension, autres maladies au cours de la grossesse (principalement l'anémie, les affections urinaires, la pyélite, la pyélonéphrite, les anomalies de l'utérus), infections (septicémie) puerpérales, autres complications obstétricales (complications de césarienne, d'anesthésie, déchirures et autres traumatismes obstétricaux), thrombo-embolismes, et autres maladies de l'état gravidopuerpéral qui comptent des causes obstétricales indirectes (certaines cardiopathies, des hémorragies cérébrales du post-partum, l'anémie et la pyrexie des suites de couches).

Évolution des taux de la mortalité maternelle générale depuis 1946

En France, entre 1946 et 2000, la mortalité maternelle a connu une baisse spectaculaire, atteignant un taux de 6,5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000, soit un niveau 18 fois moins élevé qu'en 1946, où le taux était de 116,4 pour 100 000 (figure 1, tableau 1). Cette diminution ne s'est pas réalisée à un rythme continu. Dans une première phase, de 1946 à 1963 incluse, on assiste à une baisse considérable de l'indicateur, en particulier en 1947 et 1948 où on enregistre une diminution annuelle d'environ 20 % du taux par rapport à l'année précédente. La mortalité maternelle passe ensuite sous la barre des 100 pour 100 000 et la baisse se poursuit à un rythme soutenu.

Figure 1. Évolution du taux de mortalité maternelle en France, de 1946 à 2000.

⁹ OMS, 1993, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe. 9^{ème} Révision*, op. cit. INSERM, *Statistique des causes médicales de décès, France entière 1968-1999. Vol. 1.*

¹⁰ ALISON F., 1952, « L'évolution de la mortalité maternelle », *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, 148-853.

¹¹ INSEE, *Mouvement de la population. Années 1950 à 1967*. INSERM, *Statistique des causes médicales de décès, France entière 1968-1999, Vol. 1.*

LA POPULATION DE LA FRANCE

L'année 1964 est une année charnière et, jusqu'en 1978, la baisse est continue, mais moins rapide.

1978 est une nouvelle année charnière. Le taux est alors de 15,5 pour 100 000. On observe ensuite des oscillations qu'on peut attribuer à des variations aléatoires. L'augmentation du taux entre 1989 et 1992 peut résulter de l'amélioration de la qualité de l'enregistrement des décès à partir de 1989, les différentes enquêtes épidémiologiques menées en France ayant mis en lumière la sous-estimation du niveau de la mortalité maternelle durant les années antérieures.

Cette évolution s'observe quel que soit l'âge de la femme (tableau 2 et figure 2). Les taux les plus bas (de 36,8 à 6,0 pour 100 000) sont enregistrés pour la classe d'âges 15-24 ans, quelle que soit la période, et les plus élevés (de 372,4 à 110,7 pour 100 000) chez les mères de 45 ans ou plus.

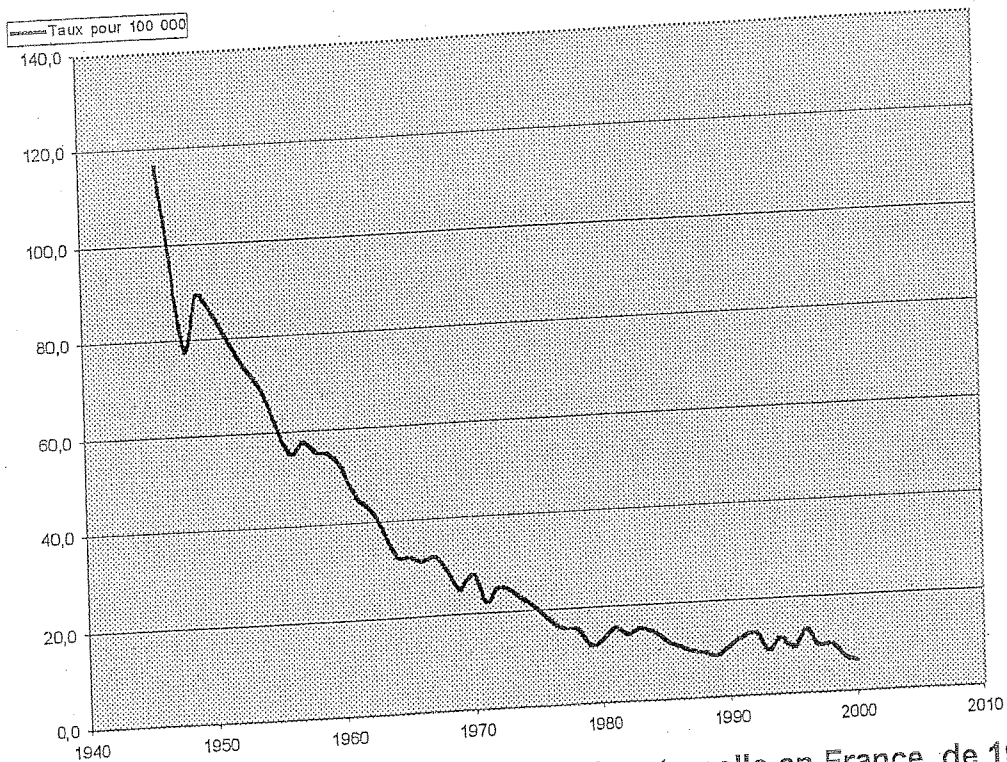
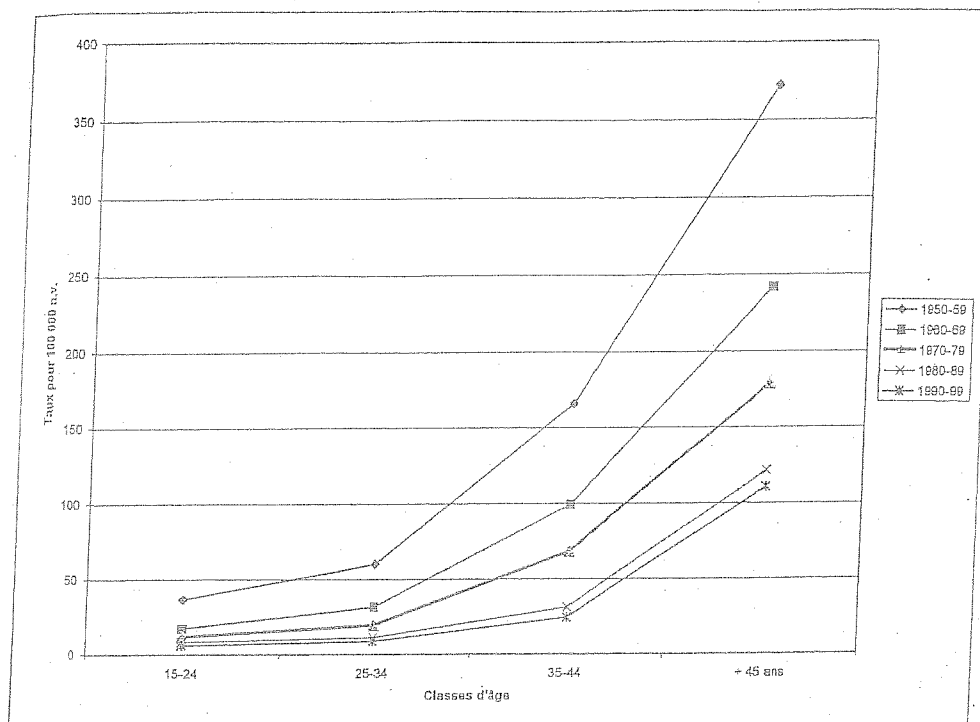


Figure 1 Evolution du taux de mortalité maternelle en France, de 1946 à 2000

Figure 2. Évolution des taux de mortalité maternelle par âge en France, selon les périodes



Évolutions des causes

Aux grandes diminutions de fréquence de la mortalité maternelle, observées à la fin du 20^{ème} siècle, correspondent des changements radicaux dans la fréquence des causes (tableaux 3 et 4).

Immédiatement après la Deuxième Guerre mondiale, les trois causes prédominantes étaient les infections puerpérales (26 pour 100 000), les complications de l'hypertension (22 pour 100 000) et les complications des avortements (17 pour 100 000) dont une partie était d'origine infectieuse, (tableau 5). Aujourd'hui prédominent les hémorragies (2,05 pour 100 000), et les complications de l'hypertension gravidique (1,46 pour 100 000), si l'on fait abstraction des deux catégories hétérogènes que sont les complications obstétricales (traumatismes et déchirures cervico-vaginales, complications opératoires ; taux de 2,44 pour 100 000) et les autres maladies de l'état gravidopuerpéral qui sont essentiellement des causes obstétricales de nature indirecte (pathologies cardiaques, hémorragies cérébrales, dépression et psychose puerpérale ; taux de 1,63 pour 100 000).

Tableau 3. Effectifs des décès maternels par causes obstétricales, selon les classifications

Comparaison des causes	Nomenclature	Classification internationale des maladies				
		1938	7 ^{ème} rév	8 ^{ème} rév	9 ^{ème} rév	9 ^{ème} rév.
	Période	1944-47	1958-1967	1968-1978	1979-1989	1990-1999
	Référence des sources des données	Ref ¹⁹	Ref ¹²	Ref ¹⁸		
Intitulés des causes obstétricales						
AVORTEMENTS		506	525	317	44	26
dont - Avortements infectieux		197	172			
- Avortements autres complications		319	353			
GROSSESSE ECTOPIQUE		230	131	75	45	14
HÉMORRAGIES		440	551	300	182	143
dont - Hémorragies de la grossesse (ou ante partum)		111	107	67	84	47
- Hémorragies de l'accouchement et du post partum		329	444	233	98	96
COMPLICATIONS DE L'HYPERTENSION		674	503	178*	129	103
dont - Toxémie gravidique		544	443			
- Eclampsie, pré éclampsie sévère		130	60			
AUTRES MALADIES DE LA GROSSESSE		71	322	194	84	164
INFECTIONS PUERPÉRALES		765	104	64	16	14
AUTRES COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES		587	1095	519	269	118
dont Césariennes, plaies, traumatismes				516	167	56
PLHÉBITES ET THROMBO-EMBOLISMES post part	///		158	181	115	93
MALADIES DE L'ÉTAT GRAVIDO-PUERPÉRAL		443	105	168	30	20
Autres causes du chapitre				34	124	85
TOTAL TOUTES CAUSES		3726	3494	1996	1038	780

* Vraisemblablement sous-estimé car certaines toxémies gravidiques sont incluses dans les autres maladies de la grossesse avec les pathologies rénales.

Les causes infectieuses ont enregistré la baisse la plus spectaculaire, au cours de ce demi-siècle, en s'effondrant totalement dès les années cinquante ; les décès par complications d'avortement ont également presque disparu, le taux n'étant plus que de 0,44 pour 100 000 naissances vivantes en 1979-1999. Les grossesses extra-utérines ont baissé dès les années 1950 ainsi que les complications de l'hypertension qui ont diminué des trois-quarts entre 1944-1947 et 1958-1967.

LA MORTALITÉ MATERNELLE EN FRANCE DEPUIS 1945

Tableau I. Mortalité maternelle en France, depuis 1946

Année	Décès maternels	Naissances vivantes	Taux pour 100 000
1946	982	843 904	116,4
1947	821	870 472	94,3
1948	675	870 836	77,5
1949	779	872 661	89,3
1950	739	858 124	86,1
1951	670	822 770	81,4
1952	626	818 505	76,5
1953	579	801 152	72,3
1954	549	807 208	68,0
1955	490	802 303	61,1
1956	444	803 107	55,3
1957	468	812 589	57,6
1958	449	808 560	55,5
1959	454	825 623	55,0
1960	423	816 296	51,8
1961	379	835 240	45,4
1962	356	828 920	42,9
1963	332	865 339	38,4
1964	285	874 249	32,6
1965	279	862 333	32,4
1966	268	860 242	31,2
1967	269	837 481	32,1
1968	242	832 847	29,1
1969	210	839 511	25,0
1970	239	847 783	28,2
1971	195	878 647	22,2
1972	222	875 093	25,4
1973	206	854 880	24,1
1974	177	799 217	22,1
1975	148	745 065	19,9
1976	126	720 395	17,5
1977	117	744 744	15,7
1978	114	737 062	15,5
1979	91	757 354	12,0
1980	103	800 376	12,9
1981	125	805 483	15,5
1982	110	797 223	13,8
1983	113	748 525	15,1
1984	108	759 939	14,2
1985	92	768 431	12,0
1986	85	778 468	10,9
1987	74	767 828	9,6
1988	72	771 268	9,3
1989	65	765 473	8,5
1990	79	762 407	10,4
1991	90	759 056	11,9
1992	96	743 658	12,9
1993	66	711 610	9,3
1994	83	710 993	11,7
1995	70	729 609	9,6
1996	97	734 338	13,2
1997	70	726 768	9,6
1998	75	738 080	10,2
1999	55	744 791	7,4
2000	50	774 782	6,5

Source : Insee

LA POPULATION DE LA FRANCE

Tableau 2. Taux de mortalité maternelle par âge de la femme depuis 1950

Nombre de décès maternels				
	15-24	25-34	35-44	+ 45 ans
1950-59	992	2635	1740	101
1960-69	535	1347	1116	44
1970-79	408	759	445	23
1980-89	197	531	211	8
1990-99	83	434	254	10
Nombre de naissances vivantes :				
	15-24	25-34	35-44	+ 45 ans
1950-59	2 695 748	4 388 376	1 048 452	27 124
1960-69	3 063 902	4 245 996	1 123 528	18 188
1970-79	3 412 838	3 882 583	650 939	12 877
1980-89	2 381 310	4 701 316	673 806	6 582
1990-99	1 379 706	4 931 370	1 041 202	9 032
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 n.v.) :				
	15-24	25-34	35-44	+ 45 ans
1950-59	36,8	60,0	166,0	372,4
1960-69	17,5	31,7	99,3	241,9
1970-79	12,0	19,5	68,4	178,6
1980-89	8,3	11,3	31,3	121,5
1990-99	6,0	8,8	24,4	110,7

Source : Insee

Les baisses de taux entre 1950 et 1999 sont remarquables à tous les âges. Le niveau de mortalité maternelle a été divisé par 6 ou 7 entre 1950-59 et 1990-99 pour les classes d'âge 15-24 ans, 25-34 ans et 35-44 ans. Le taux de mortalité des mères les plus âgées (plus de 45 ans) n'a été divisé que par 3 au cours de ces 50 années.

En 1990-99, le risque de décéder pendant la grossesse ou des suites de couches est, en moyenne, pour les femmes de 35-44 ans, près de 3 fois plus élevé que pour celles de 25-34 ans, et 4 fois plus que pour celles de 15-24 ans, les taux étant respectivement pour cette période de 24,4 pour 100 000 contre 8,8 ou 6,0 pour 100 000.

LA MORTALITÉ MATERNELLE EN FRANCE DEPUIS 1945

Tableau 4. Taux par grands groupes de causes obstétricales, pour 100000 naissances vivantes.

Intitulé des causes obstétricales	Nomenclature	Classification internationale des maladies			
		1938	liste 7 ^{ème} rév	8 ^{ème} rév	9 ^{ème} rév
Infections		25,58	1,24	0,72	0,19
Complications de l'hypertension		22,54	5,98	2,01	1,46
Avortements		17,26	6,24	3,57	0,44
Hémorragies		14,71	6,55	3,38	2,05
Grossesses ectopiques		7,69	1,56	0,85	0,37
Autres maladies de la grossesse		2,37	3,83	2,19	1,56
Phlébites et thrombo-embolismes		0,00	1,88	2,04	1,31
Autres complications obstétricales		19,63	13,01	5,85	2,44
Maladies de l'état gravido-puerpéral		14,82	1,25	1,89	1,63
Total toutes causes		124,61	41,52	22,49	11,45

Tableau 5. Répartition des grands groupes de causes obstétricales (en %)

Intitulé des causes obstétricales	Nomenclature	Classification internationale des maladies				
		1938	Liste 7 ^{ème} rév	8 ^{ème} rév	9 ^{ème} rév	
						1944-47
Avortements		13,85	15,03	15,88	4,24	3,33
Grossesses ectopiques		6,17	3,75	3,76	4,34	1,79
Hémorragies		11,81	15,77	15,03	17,53	18,33
Complications de l'hypertension		18,09	14,40	8,92	12,43	13,21
Infections		20,53	2,98	3,21	1,54	1,79
Autres maladies de la grossesse		1,91	9,22	9,72	8,09	21,03
Thombo-phlébites et embolies		0,00	4,52	9,07	11,08	11,92
Autres complications obstétricales		15,75	31,34	26,00	25,92	15,13
Maladie de l'état gravido-puerpéral autres		11,89	3,01	8,42	14,84	13,46
Total toutes causes		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Le profil des principales causes de décès maternel s'est donc transformé dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Les hémorragies (tant de l'ante-partum que du post-partum) et les complications obstétricales restent les principaux problèmes à combattre.

Conclusion

Cette analyse repose sur les statistiques de mortalité élaborées en routine dans le cadre du fonctionnement normal de l'état civil. Or, les morts maternelles sont

systématiquement sous-estimées par ces dernières¹². Deux études ont été menées en France pour évaluer le degré de cette sous-estimation. En 1989-90, une première recherche (méthode RAMOS) avait mis en évidence une sous-estimation de l'ordre de 50 %¹³. Une autre recherche, utilisant le chaînage des naissances avec les décès de femmes, a mis en évidence une sous-estimation de 20 %. Le taux officiel de 1999 était de 7,4 %, l'estimation corrigée conduit à 9,1 %¹⁴. Dans les deux études, les causes qui échappent le plus souvent à la statistique ordinaire sont des causes obstétricales indirectes et certaines complications de l'appareil cardiovasculaire (par exemple, en 1989-90, les embolies du post-partum étaient codées dans un autre chapitre que celui des causes obstétricales). Ceci pourrait faire mésestimer l'importance des maladies pré-existantes contre-indiquant la grossesse dans certains cas, en faisant porter davantage l'attention sur des causes obstétricales très répertoriées et pour lesquelles il existe des solutions thérapeutiques prouvées et relativement simples à mettre en œuvre (prévention de l'hémorragie, surveillance, transfusion, ...).

Une manière d'améliorer de façon durable l'exhaustivité du recueil des morts maternelles consistera à procéder, systématiquement et de façon permanente, au chaînage des naissances avec les décès, méthode qui est en usage en Finlande, ainsi que dans certains États américains¹⁵. En moyenne, dans les pays de développement comparable, la sous-estimation mise en évidence, dans les données d'état civil et par ces études, est de l'ordre de 30 %. Ainsi, au Royaume-Uni, la méthode de validation mise en place pour la première fois sur la période 1994-96 a conduit à corriger la fréquence de 9 à 12,1 pour 100 000 ; en 1997-99 le taux a été estimé à 11,4 et la publication pour la période 2000-2002 donne le taux de 13,1, soit une augmentation non significative par rapport à la période précédente, mais néanmoins préoccupante¹⁶.

La comparaison des causes de mort maternelle n'est également pas indemne de limites ; ces limites existent d'une période à l'autre et d'un pays à l'autre. Mais il est très remarquable que les grands problèmes de santé maternelle, ceux qui menacent le pronostic vital de la mère, soient parfaitement étiquetés, connus et, pour la majeure partie d'entre eux, susceptibles d'être traités avec succès. Malgré l'absence de détails pour la première partie de la période étudiée, les évolutions mises en évidence (effondrement des septicémies, disparition presque totale des décès à la suite d'avortements provoqués, ...) sont peu discutables. Plus récemment, des données plus fines nous avaient permis de montrer que toutes les causes obstétricales directes ont diminué, à l'exception des hémorragies de la

¹² BERG C., DANIEL I., ATRASH H., ZANE S., BARTLETT L., 2001, *Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths: From Identification and Review to Action*, Atlanta: CDC ACOG. ROYSTON E., ARMSTRONG S., 1990, *La prévention des décès maternels*, Genève, OMS.

¹³ BOUVIER-COLLE M., VARNOUX N., COSTES P., HATTON F., 1991, op. cit.

¹⁴ BOUVIER-COLLE M., DENEUX C., SZEGO E., COUET C., MICHEL E., VARNOUX N., JOUGLA E., 2004, « Nouvelle estimation de la mortalité maternelle en France », *Journal de Gynécologie-Obstétrique, Biologie de la Reproduction*, 33 : 421-9.

¹⁵ GISSLER M., BERG C., BOUVIER-COLLE M., BUEKENS P., 2004, "Pregnancy-Associated Mortality after Birth, Spontaneous Abortion or Induced Abortion in Finland, 1987-2000", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 18 : 448-55.

¹⁶ LEWIS G., DRIFE J., 2004, Why Mothers Die, 2000-2002. *The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*, London CEMACH/RCGO Press. LEWIS G., The National Institute for Clinical Excellence, The Scottish Executive Health Department, Ireland, TdohN, 2001, *Why Mothers Die, 1997-1999. The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*, London.

délivrance et des causes obstétricales indirectes¹⁷. Bien que cette diminution reste inférieure à celle qui avait été fixée dans les objectifs de l'avant-dernier plan périnatalité, elle confirme l'idée que l'amélioration a porté sur les aspects obstétricaux davantage que sur les causes indirectes, maladies rares, relevant de multiples spécialités médicales. Les études confidentielles - forme d'audit orienté très directement vers la recherche de l'amélioration de la qualité des soins - montrent clairement que ces morts maternelles appartiennent encore, pour la grande majorité d'entre elles, à la catégorie des morts « évitables ».

Si l'on considère que la plupart des morts maternelles pourraient être évitées si des soins optimaux étaient prodigués en temps utile, et se référant au taux finlandais, le plus bas et le plus valide des taux publiés (7 pour 100 000)¹⁸, nous pensons qu'il est encore possible d'améliorer la situation. C'est en ce sens que ces données ont été prises en considération au ministère de la Santé, puisque le plan périnatalité, récemment adopté par le gouvernement, voudrait atteindre le taux de 5 pour 100 000 en 2008.

Les hémorragies restent un problème à combattre, de même que les complications obstétricales, ces deux groupes de causes relevant directement de la qualité des soins en obstétrique ; leur niveau reste à ce jour relativement élevé et confirme ce qui a été observé dans le cadre de l'activité du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. 85 % des décès par hémorragie ont été jugés évitables, contre 50 % en moyenne pour les autres causes. Des recherches épidémiologiques spécifiques, menées à la suite de ce que les enquêtes confidentielles avaient pointé à propos de la prise en charge des hémorragies sévères du post-partum, ont montré le rôle important que joue l'organisation des soins pour une bonne prise en charge des femmes ayant des complications sévères¹⁹. Ceci a permis de favoriser la réflexion des professionnels de la naissance (Collège des gynécologues-obstétriciens, Collège des sages-femmes, Association française des anesthésistes-réanimateurs) sur leur propre pratique, et sur les leçons qu'il était possible de tirer pour la politique de surveillance périnatale en France.

La mise en place d'un système spécifique de surveillance de la mortalité maternelle a créé une dynamique, en France. Tout d'abord, il a été possible d'améliorer la collecte et le système d'information sur les morts maternelles, de la même façon que cela s'est produit dans les autres pays préoccupés par la question de la mortalité maternelle et qui ont mis en place un système particulier de surveillance.

Dans le cas présent, ce système aboutit à l'amélioration de l'exhaustivité du recueil des morts maternelles, et à une connaissance plus précise des causes. Si cette expérience confirme celle des pays où des systèmes semblables existent, elle souligne également trois nécessités :

¹⁷ SZEGO-ZGUEM E., BOUVIER-COLLE M., 2003, « Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 1980 », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 51 : 361-74.

¹⁸ GISSLER M., BERG C., BOUVIER-COLLE M., BUEKENS P., 2004, op. cit.

¹⁹ ANCEL P., BOUVIER-COLLE M., BRÉART G., VARNOUX N., SALANAVE B., 1998, « Morbidity. Atsgo. Risk Factors for Maternal Condition at Admission to an Intensive Care unit: Does Health Care Organization Play a Role ? » *Journal of Perinatal Medicine*, 26 : 354-364. BOUVIER-COLLE M., OULD EL IOUD D., VARNOUX N., GOFFINET F., 2001, "Haemorrhages, Atsgo, Evaluation of Care for Severe Obstetric Haemorrhages in Three French Regions", *British Journal of Obstetric & Gynaecology*, 108 : 898-903.

LA POPULATION DE LA FRANCE

Il est important d'utiliser la définition OMS d'un décès maternel et de se référer aux règles de classement en causes obstétricales directes et indirectes énoncées dans la classification internationale des maladies, pour pouvoir faire des comparaisons.

Il faut poursuivre les efforts pour améliorer l'identification des cas, en développant le chaînage des enregistrements d'état civil et en ajoutant directement des informations de nature hospitalière.

Cela correspond d'ailleurs au progrès des techniques informatiques qui rendent possibles l'utilisation des méthodes de chaînage à grande échelle. Il faut cependant veiller à préserver la confidentialité.