



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Santé

Dossier suivi par: JOMÉ Laurent  
Tel: 247-85510  
Email: [laurent.jome@ms.etat.lu](mailto:laurent.jome@ms.etat.lu)

Monsieur le Ministre  
aux Relations avec le Parlement  
Service central de Législation  
43, boulevard Roosevelt  
L-2450 Luxembourg

Luxembourg, le **23 AOUT 2019**

Réf. : 82dxa7564

**Concerne:** Questions parlementaires n° 930, 934 et 958

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir en annexe la réponse de Monsieur le Ministre de la Santé aux questions parlementaires no 930, 934 et 958 concernant la mortalité infantile des bébés.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Ministre de la Santé,

Laurent JOMÉ  
Premier Conseiller de Gouvernement





Réponse à la question parlementaire no 930 du 23 juillet 2019 de Monsieur le Député Mars DI BARTOLOMEO, à la question parlementaire no 934 du 24 juillet 2019 de Mesdames les Députées Nancy ARENDT et Martine HANSEN et à la question parlementaire no 958 du 26 juillet 2019 de Madame la Députée Josée LORSCHÉ et de Monsieur le Député Marc HANSEN concernant la mortalité infantile des bébés.

La mortalité infantile en chiffres : évolution, explication de la méthodologie de calcul, nombre de naissances et de cas de décès

Le nombre de naissances vivantes et de décès d'enfants de moins d'un an sont fournis par le STATEC à Eurostat. Il s'agit de données administratives concernant toute personne résidente au Luxembourg, sans aucune information médicale. Les chiffres sont repris dans le tableau ci-dessous pour les années 2007 et 2017.

*Tab. 1 Naissances, décès, et taux de mortalité infantile au Luxembourg et taux de mortalité infantile dans l'ensemble de l'Union Européenne, 2007 et 2017*

	2007	2017
Décès d'enfants de moins d'un an (N)	10	20
Naissances vivantes (N)	5 477	6 174
Taux de mortalité infantile au Luxembourg (sur 1.000 naissances vivantes)	1,8	3,2
Taux de mortalité infantile en Union Européenne (sur 1.000 naissances vivantes)	4,4	3,6

*Source : Eurostat – Database (demo\_minf / demo\_minfind /demo\_fmonth)*

Si seules les données des années 2007 et 2017 sont considérées, la mortalité infantile semble en effet évoluer de manière défavorable au Luxembourg.

En fait, les données d'Eurostat indiquent que le Luxembourg était en 2007 le pays avec le taux de mortalité infantile (1,8) le plus bas dans toute l'Union européenne et était largement en dessous de la moyenne européenne (4,4). En 2017, le taux luxembourgeois de la mortalité infantile au Luxembourg (3,2) s'est rapproché de la moyenne européenne (3,6) mais demeure toujours en dessous de celle-ci et en dessous du taux des pays limitrophes (3,3 en Allemagne - 3,6 en Belgique - 3,9 en France).

Cela étant la mortalité infantile n'a pas augmenté de façon significative au Luxembourg et reste inférieure à celle de ses voisins.

D'ailleurs, vu le faible nombre de décès infantiles, une variation annuelle de quelques unités seulement a, au Luxembourg comme dans d'autres petits pays, un impact important sur le taux de mortalité calculé. C'est pourquoi de nombreuses publications utilisent, pour l'analyse des événements peu fréquents au sein de populations de taille réduite (Luxembourg, Islande, Malte, etc.) des taux moyens calculés sur 3 années consécutives.



### Les causes de décès chez les enfants de moins d'un an, et les facteurs de risque

La plupart des décès infantiles (avant l'âge d'un an) affectent des bébés très vulnérables et sont liés à des maladies sévères, en partie incurables, où la prématurité et le faible poids de naissance sont souvent associés. 28% des décès infantiles surviennent au cours des 24 premières heures de vie, et 27% entre le 1<sup>er</sup> et le 6<sup>e</sup> jours de vie. Au total, 71% des décès infantiles surviennent au cours des 4 premières semaines.

Le registre des décès donne des indications sur la cause des décès qui surviennent au Luxembourg. Pour les enfants de moins d'un an, les 5 causes les plus fréquentes enregistrées pour les années 2007 à 2016 sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Tab. 2 Les 5 causes principales de décès chez les enfants de moins d'un an entre les années 2007 et 2016

Causes principales de décès	Codes CIM-10	%
Affections respiratoires et cardio-vasculaires spécifiques de la période périnatale	P20-P29	19%
Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement	P00-P04	13%
Causes de mortalité mal définies et inconnues	R95-R99	11%
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus	P05-P08	10%
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né	P50-P61	6%

Source: Registre des causes de décès, Direction de la santé

Les facteurs de risque de mortalité infantile sont souvent associés à des problèmes de santé maternelle, à la prématurité du nouveau-né et/ou à son faible poids de naissance. Il est donc important de veiller à la santé des futures mamans, et de promouvoir les modes de vie sains tout au long de la grossesse. Le suivi régulier de la grossesse permet de détecter les problèmes de santé chez la future mère comme chez le fœtus et de réduire ainsi les risques de prématurité, de retard de développement du fœtus, de complications et de décès évitables. L'orientation des grossesses à risque vers une maternité apte à prendre en charge la mère et le nouveau-né malade permet de garantir que les moyens et compétences nécessaires sont réunis pour assurer les meilleures chances à l'enfant.

Considérant que les techniques de procréation médicalement assistée augmentent le risque de grossesse gémellaire ou multiple et de prématurité, les enfants issus de cette technique sont exposés à un risque de mortalité plus élevée. Bien qu'il n'y ait pas de données luxembourgeoises documentant un risque accru de mortalité infantile pour certaines catégories de parents, il a été démontré que l'amélioration du niveau d'éducation des femmes en Europe a contribué à réduire la mortalité infantile. Il faut aussi souligner que le risque de mortalité infantile est réduit en cas de suivi médical régulier de l'enfant, incluant le dépistage de maladies et les vaccinations recommandées, de modes de vie sains et d'un environnement de sommeil adapté au nourrisson.

Les données collectées par le système national de surveillance de la santé périnatale au Luxembourg (SUSANA) concernent la santé des mères et des nouveau-nés à la naissance ; ces données permettent d'exploiter des indicateurs nationaux et internationaux. La participation au



réseau Euro-Peristat permet de comparer au niveau international toutes une série d'indicateurs et de suivre les évolutions et tendances. Fin 2018, deux rapports ont été publiés :

- Rapport sur les naissances 2014-2015-2016 et leur évolution : <http://sante.public.lu/fr/actualites/2019/03/rapport-perinat/index.html>
- The European Perinatal Health Report 2015 : <https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>

#### Le nombre de médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique et de sages-femmes

Selon le registre des médecins du ministère de la Santé, 105 médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique sont autorisés, dont les trois-quarts sont agréés auprès d'un des quatre établissements hospitaliers du pays. Leur âge moyen est de 54 ans. Selon les données de la Caisse nationale de santé, 92 de ces médecins ont une activité qui peut être considérée comme significative. Les sages-femmes professionnellement actives sont au nombre de 231.

Les questions de pénurie et d'attractivité des professions de la santé ont été posées dans le cadre d'une large étude portant sur l'ensemble de ces professions au Luxembourg, menée sous l'égide du ministère de la Santé et de la Direction de la santé. Selon les résultats de cette étude, qui seront publiés avant la fin de l'année 2019, il n'y a pas de pénurie pour les sages-femmes. Pour les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, même si les délais d'obtention d'un premier rendez-vous peuvent être longs et que certaines maternités indiquent avoir certaines difficultés à recruter ces médecins, il n'y a pas de réelle pénurie pour cette spécialité.

L'attractivité des professions de la santé sera abordée dans le cadre d'un plan d'action national relatif aux professionnels de la santé, qui devrait suivre la publication de l'étude mentionnée ci-dessus.

#### Mesures prises pour réduire la mortalité infantile

Les mesures de promotion de la santé et de prévention primaire qui visent à préserver et à améliorer la santé maternelle et infantile, sont déclinées en de nombreux programmes et recommandations, incluant entre autres l'éducation à la santé, le suivi régulier, le dépistage des anomalies et des maladies durant la grossesse, à la naissance et durant la première année de vie, et les vaccinations.

Concernant les soins autour de la naissance, l'organisation des maternités, sur base de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers, a permis de formaliser la collaboration interhospitalière pour les grossesses à risque, de garantir une présence médicale sur place en cas d'urgence pour les maternités qui assurent plus de 1500 accouchements par an et accueillent les grossesses à risque, et d'améliorer la visibilité de l'offre pour les futurs parents.



L'évaluation de l'impact de ces mesures sur la mortalité infantile doit évidemment être suivie. Afin d'améliorer ce suivi, une réforme du certificat de décès périnatal est envisagée, qui permettra de collecter et d'analyser les données de tous les décès survenant au cours des 4 premières semaines de vie, ainsi que des données médicales complémentaires utiles à l'analyse des causes de décès.

Pour les situations d'urgence qui peuvent survenir chez les enfants de moins d'un an, l'offre de soins est également plus visible pour le public, avec d'une part l'organisation des urgences et de la maison médicale pédiatrique, et d'autre part les services nationaux d'urgence pédiatrique, de pédiatrie spécialisée, de soins intensifs pédiatriques et de chirurgie infantile localisés à la Kannerklinik.

#### Le support aux parents

Les possibilités et les modalités d'aide et de soutien aux parents et aux proches d'un jeune enfant décédé sont multiples, et varient selon les besoins individuels des personnes concernées ainsi que selon les circonstances du décès.

Le **Groupe de Support Psychologique (GSP)** du Corps Grand-Ducal d'incendie et de secours (CGDIS) inclut dans ses missions le soutien psychologique de la famille et des amis des personnes directement touchées par des décès subits, tels que des accidents mortels de circulation ou domestiques, des incidents impliquant de nombreuses victimes, la mort subite d'un nourrisson, ou même suite à un crime avec violence.

Il ressort d'études qu'une intervention d'urgence a une influence positive sur les dommages consécutifs. Grâce à l'intervention précoce du GSP, l'assistance psychologique commence immédiatement après l'événement, ce qui limite l'apparition de réactions de stress post-traumatiques.

Une permanence du GSP est assurée 24h/24 et 7j/7, dans tout le pays.

Le **groupe permanent d'encadrement psycho-traumatologique (GPEPT)** qui a été institué par arrêté du gouvernement en conseil du 20 septembre 2001 fait partie du dispositif d'accompagnement psychothérapeutique des victimes d'incidents collectifs à portée traumatique ; il répond aux besoins d'accompagnement en cas de décès multiples d'enfants.

Le Groupe d'échange et d'entre-aide pour parents ayant un enfant, **Weesen-Elteren**, propose le partage du vécu et des expériences faites pouvant aider à soulager la peine des parents. Il s'adresse à tous les parents indépendamment de l'âge de l'enfant décédé et de la cause du décès.

**Omega 90 asbl** propose des consultations de deuil aux endeuillés en transmettant des informations sur les différents types de deuil, le processus de deuil en particulier, ainsi que les symptômes qui y sont liés dans le but de diminuer les angoisses et de donner au parent en deuil une orientation dans le futur. Omega propose aussi bien des consultations aux adultes, aux adolescents et enfants à partir de 3 ans.

En **Häerz fir kriibskrank Kanner asbl** propose un soutien et accompagnement d'enfants atteints de cancer et de leurs proches, aussi après le probable décès de l'enfant.



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Santé

La **Fondatioun Kriibskrank Kanner** accompagne au quotidien les familles d'enfants atteints d'un cancer ou d'une maladie rare à danger vital. En cas de décès, l'équipe accompagne la famille dans son deuil ou l'oriente vers des professionnels spécialisés en cas de risque de deuil pathologique.

Les différents hôpitaux font fonctionner des **services psychologiques de soutien** pouvant intervenir en cas de décès d'enfants ou d'adultes hospitalisés.

Certains centres ou services de consultations conventionnées avec le ministère de la Santé ou le ministère de la Famille (p.ex. FamiljenCenter) proposent des consultations psychologiques ou psychothérapeutiques qualifiées lors de crises personnelles existentielles (e.a. également en cas de décès d'un enfant pour parents).

Au total, il existe des possibilités multiples, sans compter les nombreux professionnels prestataires de soins de santé, qui peuvent apporter aide et soutien aux parents d'un jeune enfant décédé. L'aide que chaque parent souhaite ou nécessite est à considérer au cas par cas de façon tout à fait individuelle.