

La mortinatalité

ON sait habituellement ce qu'est la mortalité infantile : les décès de moins d'un an rapportés aux nés vivants ; mais on ignore souvent la signification des statistiques de mortinatalité. En France — car la définition varie selon les pays — on entend par mort-nés :

a) les décès *in utero* de fœtus de plus de six mois de gestation intervenus, soit avant, soit pendant l'accouchement ; ce sont les **vrais mort-nés**.

b) les décès d'enfants ayant respiré à la naissance, mais décédés avant la déclaration à l'état civil, celle-ci devant intervenir dans les trois jours ou plus ; ce sont les **faux mort-nés** (1).

Cette ambiguïté de définition, qui assimile vrais mort-nés et décès qui devraient entrer dans la mortalité infantile précoce, rend les comparaisons délicates dans le temps et dans l'espace. Dans le temps, parce que l'urbanisation, l'évolution sociale en général tendent à raccourcir les délais de déclaration ; dans l'espace, parce que d'autres pays n'appliquent pas les mêmes règles. Aussi, dans nos graphiques destinés à illustrer l'évolution de la mortalité infantile (précoce et tardive) et de la mortalité fœtale, avons-nous adopté le parti de ramener à la totalité des naissances vivantes (y compris les faux mort-nés) d'une part les vrais mort-nés (courbe No 3), d'autre part l'ensemble des décès infantiles (y compris ceux des faux mort-nés) (courbe No 1). Par ailleurs, nous avons présenté l'évolution dans le temps de ces mêmes rapports pour la mortalité de 0 à six jours, y compris les faux mort-nés (courbe No 4) et pour la mortalité entre le 7^e et le 365^e jour (courbe No 2). Les taux et rapports figurent au tableau I.

Il saute aux yeux qu'entre 1930 et 1960 la mortalité infantile a diminué beaucoup plus rapidement que la proportion des vrais mort-nés ;

d'autre part, la mortalité de la première semaine (y compris les faux mort-nés), toujours jusqu'en 1960, a diminué bien plus lentement que la mortalité des 51 semaines ultérieures. En revanche, depuis 1960, l'allure des courbes est bien plus semblable. Nous avons vu (1) combien il était plus facile, dans la lutte contre la mortalité des jeunes enfants, de venir à bout des causes de décès **exogènes** (alimentaires, infectieuses, accidentelles) que des causes **endogènes** qui tiennent à l'hérédité même de l'enfant, à son état physiologique à la naissance (débilité, malformation, etc). Les progrès sanitaires, économiques, culturels ont permis, en cinq ou six décennies, d'abaisser fortement (et presque de supprimer dans certains pays) la mortalité dite **exogène** qui intervient dans les douze mois après la naissance au cours de la confrontation du sujet avec le milieu qui l'agresse. En revanche, les progrès sont plus lents dans la lutte contre les causes endogènes ; or, la mortinatalité comportait autrefois une proportion plus importante de causalités endogènes que la mortalité infantile ; néanmoins, une part assez sérieuse de cette mortinatalité revenait aussi à des causes exogènes et c'est grâce aux progrès dans ce domaine qu'elle a pu être réduite en France de plus de 50 % en quarante ans (29,5 vrais mort-nés pour 1 000 naissances vivantes en 1930 et 13,9 pour 1 000 en 1969). En effet, dans la mesure où la santé de la mère durant la grossesse est mieux protégée, où les conditions hygiéniques de l'accouchement sont améliorées, bien des causes **exogènes** de mortinatalité sont écartées. La plus grande analogie des courbes, depuis 1960, provient donc du fait que les progrès en matière de lutte contre les facteurs exogènes étant plus faciles, ils ont été obtenus d'abord ; à mesure que la mortalité infantile proprement dite devient davantage endogène, d'une part elle se concentre surtout

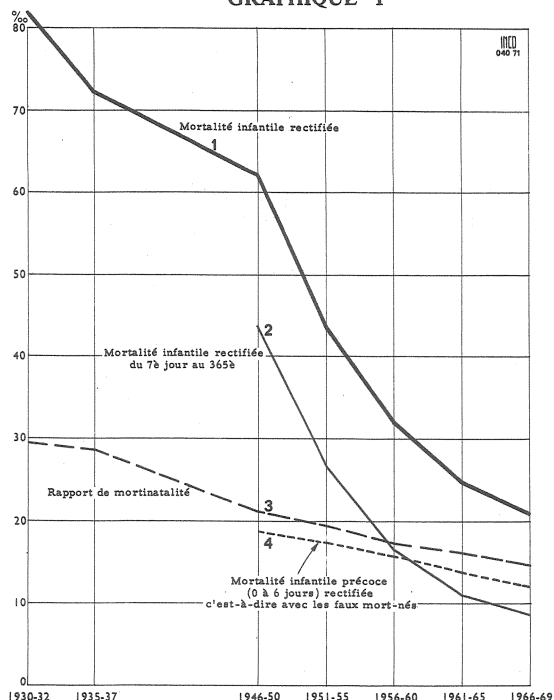
(1) 70 à 80 % environ des faux mort-nés décèdent au cours de la première journée.

(2) La mortalité infantile. *Population et Sociétés*, No 10.

TABLEAU I

	Rapport			
	des décès infantiles rectifiés	des vrais mort-nés	des décès de la 1 ^{re} semaine y compris les faux mort-nés	des décès du 7 ^e au 365 ^e jour
aux naissances vivantes pour mille				
1930-1932	81,85	29,50		
1935-1937	72,20	28,80		
1946-1950	62,10	20,85	18,70	43,40
1951-1955	43,45	18,30	17,15	26,30
1956-1960	31,60	17,30	15,35	16,25
1961-1965	24,40	16,05	13,50	10,90
1966-1969	20,70	14,60	12,00	8,70
1961	25,60	16,50	13,80	11,80
1962	25,75	16,35	13,95	11,80
1963	25,45	16,30	13,65	11,80
1964	23,35	15,75	13,35	10,00
1965	21,95	15,40	12,80	9,15
1966	21,75	15,20	12,50	9,25
1967	20,75	14,90	12,25	8,50
1968	20,40	14,30	11,75	8,65
1969	19,85	13,90	11,50	8,35

GRAPHIQUE 1



dans les premiers jours, d'autre part son analogie avec la mortinatalité augmente, d'où le quasi-parallélisme des courbes depuis peu. On notera, dans ces courbes annuelles du second graphique, le palier de 1962-1963 contemporain du rapatriement massif des Français d'Algérie où les taux de mortalité infantile et de mort-nés étaient plus élevés qu'en métropole. (Graphique 2, p. 4.)

Deux chiffres concrétisent les variations différentielles de la mortinatalité et de la mortalité infantile : en 1900, on comptait 24,1 mort-nés (vrais ou faux) pour 100 décès infantiles, et en 1969 on en trouvait 50,5 (1).

La mortinatalité est sensiblement plus élevée parmi les enfants illégitimes que parmi les légitimes et chez les mères plus âgées (2), elle est légèrement plus élevée lors de la première naissance et pour les femmes de petite taille (3).

Les statistiques nationales dissimulent des variations départementales qui tendent d'ailleurs à se restreindre comme en matière de mortalité infantile (en 1948, les taux s'étagaient de 13,4 pour 1 000 dans la Creuse, à 32,2 pour 1 000 dans les Alpes-Maritimes et, en 1969, de 12 pour 1 000 en Savoie à 22,8 dans le Pas-de-Calais). Les deux cartes fournissent respectivement l'image de la mortinatalité par département, en 1968-1969, et celle de son évolution entre 1950-1956 et 1968-1969, la diminution moyenne étant de 25 %.

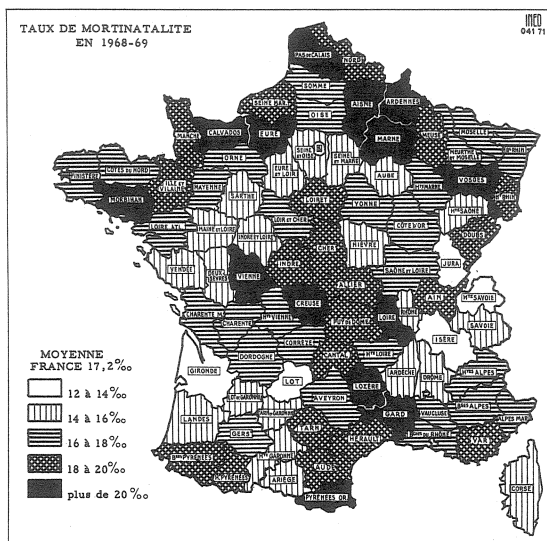
Est-il possible de faire des comparaisons internationales, ne serait-ce que pour situer la place de la France ? Les modes d'enregistrement différents des décès obligent à beaucoup de prudence dans l'interprétation des chiffres. D'après le tableau II (page 3), la France occuperait le treizième rang dans le monde, pour les années les plus récentes. D'ailleurs, une étude du professeur Kanellakis, sur dix-sept pays européens pour 1961-1962, nous situait au douzième rang alors que pour la période de 1948-1954, la France occupait le cinquième rang. A en juger par les données des pays nordiques et des Pays-Bas, le plancher de la mortinatalité est actuellement aux alentours de 10 pour 1 000 (vrais mort-nés) or, la France en est encore à 14 pour 1 000 et la réduction des taux y est plus lente depuis cinq ans. Si l'on rapproche de ces comparaisons peu satisfaisantes pour notre pays, le fait que la mortalité maternelle y est relativement élevé (4), il semble, malgré le nombre absolu réduit des pertes humaines dans ces deux domaines, que des efforts devraient y être faits au niveau de la recherche biologique et démographique et des services de santé et d'hygiène.

(1) Le rapport entre vrais et faux mort-nés s'est également modifié : en 1930-1932, à 100 vrais mort-nés correspondaient 17,9 faux mort-nés, et, en 1969, 25, bien que les déclarations à l'état civil soient faites plus rapidement ; c'est comme si les progrès médicaux et sanitaires faisaient de ce qui, autrefois, auraient été de vrais mort-nés, des bébés qui respirent et vivent quelques heures seulement.

(2) En 1967, elle s'élevait à 17,5 pour 1 000 de quatorze à dix-neuf ans, à 14 ou 15 pour 1 000 entre vingt et trente ans et à 42,5 pour 1 000 de quarante à quarante-quatre ans.

(3) Une enquête anglaise de 1958, portant sur 2 358 décès périnataux, a déterminé ces divers facteurs sans toutefois être à même d'en pondérer les effets respectifs.

(4) Population et Sociétés, No 13. Nous occupons le huitième rang en 1965 dans le monde après avoir eu la plus faible mortalité en 1936-1938.

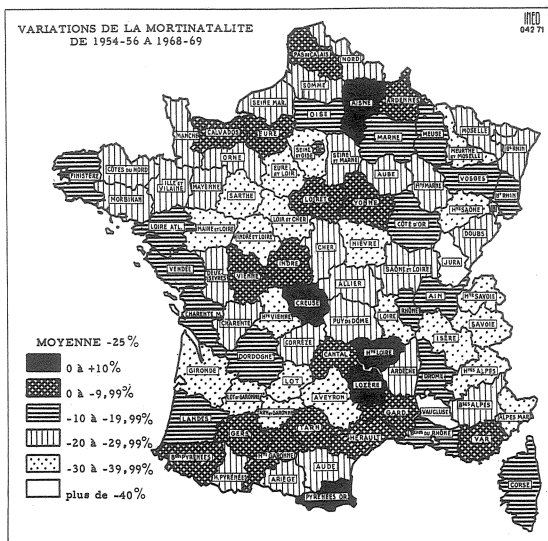


Pour lutter contre un mal il faut en connaître les causes. Celles provoquant la mortalité fœtale tardive (au-delà de 25 semaines de grossesse) sont assez mal connues. Une enquête de l'Assistance publique effectuée à la demande de l'INSEE, a pu couvrir la presque totalité des cas sur les trois années 1965-1967 dans la Seine. Il en ressort que dans 51,6 % des cas, les causes sont mal définies ou non déclarées (1), 17,05 % proviennent d'anomalies du placenta ou du cordon, 7,65 % de malformations congénitales du fœtus, 12,30 % de maladies de la mère avant ou pendant la grossesse, 1,55 % de traumatismes obstétricaux, 3,5 % d'affections définies du fœtus (dont les conflits sanguins), 6,35 % d'anomalies au cours de l'accouchement. Une enquête récente de l'Organisation mondiale de la santé dégageait aussi le manque d'informations en la matière.

Les embryons de moins de 180 jours de gestation expulsés à l'occasion d'un avortement spontané n'entrent pas, en France, dans les statistiques de la mortinatalité. Or, leur proportion est sans doute supérieure au quart des conceptions et le plus grand nombre intervient au cours des deux premiers mois.

D'après les travaux du docteur Boué et de Mme J. Boué et selon une étude de J. Boué et Léridon qui paraîtra dans *Population* numéro 1 1971, entre 60 et 65 % de la mortalité ultra-utérine sont dus à des aberrations génétiques qui se produisent lors de la fécondation, le taux étant sans doute plus élevé, 80 % pour les avortements des deux premières semaines et s'abaissant au-dessous de 15 % au-delà de dix semaines ; la nature élimine spontanément la plupart des produits aberrants. Comme pour la mortalité fœtale tardive, le risque génétique croît avec l'âge de la mère.

(1) Les causes de la mortinatalité dans la Seine. M. Aubenque et L. Duruffe, dans *Démographie et l'emploi*, No 4 - INSEE.



En dehors des causes génétiques, la mortalité fœtale précoce ou tardive peut provenir de facteurs exogènes tels que des radiations ionisantes, des carences de la nutrition ou vitaminiques, des agressions chimiques : morphine, nicotine, quinine, l'exemple de la thalidomide demeure dans les mémoires ; de causes infectieuses : par virus ou microbes ; il y a quarante ans, la syphilis était parmi les causes connues, celle la plus fréquemment invoquée pour expliquer les décès fœtaux.

En somme, si la mortinatalité tardive ne représente désormais, dans les pays où elle est basse, qu'une perte à peu de chose près de l'ordre de celle de la mortalité de la première année de vie (respective-

TABLEAU II

	Mortinatalité pour mille				
	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1967	1968
Danemark	18,9	16,4	11,9	8,8	
Suède	18,8	16,2	12,5	9,5	
Norvège	15,7	14,7	13,2	11,0	11,2
Pays-Bas	18,5	16,9	14,6	12,2	11,4
Belgique	20,9	16,7	14,7	20,3	13,3
République fédérale allemande	21,5	17,8	14,0	11,2	11,1
France	18,8	17,3	16,4	14,9	14,6
Luxembourg	18,3	16,0	16,9	14,1	13,8
Italie	31,5	27,5	23,1	18,3	17,5
Angleterre et pays de Galles	23,4	22,6	18,4	15,1	14,5
Suisse	15,9	13,4	11,7	10,0	10,2
Espagne	29,0	29,3	25,8	20,4	20,0
Portugal	41,9	32,9	29,3	26,7	24,4
Yougoslavie	11,4	10,7	10,2	10,0	9,4
Hongrie	18,5	15,2	12,5	10,6	10,0
Pologne	16,1	13,2	11,8	10,7	11,0
Roumanie	21,6	17,7	15,8	18,3	16,4
Bulgarie	12,6	12,3	11,5	10,8	9,9
Allemagne de l'Est	20,8	17,3	15,3	11,8	11,5

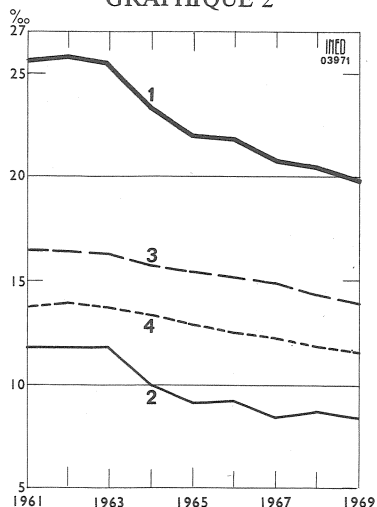
ment 10 pour 1 000 et 13 pour 1 000 dans les pays scandinaves), elle n'est qu'une part infime de la mortalité totale in utero, entre le 1/20ème et le 1/30ème.

Il serait souhaitable d'étendre l'enquête faite dans la Seine et surtout de parvenir à réduire le pourcentage exagéré des causes mal définies ou inconnues. Une amélioration constante de la prévention et des soins prénataux, une collaboration étroite des pédiatres et des obstétriciens, en particulier dans les cas où il est prévu un accouchement difficile, contribueront à réduire la

mortalité fœtale tardive de caractère exogène. Mais il faut rester conscient qu'il est, dans l'état actuel de nos connaissances, des limites à la récupération des vies humaines lors de l'accouchement et lorsqu'on les dépasse, n'y a-t-il pas un risque de maintenir en vie des handicapés physiques et mentaux si profondément atteints qu'ils constitueront une très lourde charge pour les parents, plus tard pour la société et souvent pour eux-mêmes s'ils prennent conscience de leur état ?

P. LONGONE

GRAPHIQUE 2



Voir graphique 1, page 2.

ÉCONOMIE ET POPULATION

Évolution du taux d'activité féminine.

Le graphique ci-contre fournit, par tranche d'âge, le taux d'activité féminine pour les générations nées depuis 1850 ; il permet trois constatations :

1. Le taux d'activité diminue dans toutes les tranches d'âge et la baisse est très rapide dans la tranche soixante-cinq à soixante-neuf ans : les générations féminines nées aux alentours de 1850 avaient un taux d'activité supérieur à 40 % (plus de 40 femmes sur 100 se déclaraient actives lors du recensement), alors que pour les générations nées vers 1900 le taux est légèrement inférieur à 15 %.

2. Dans les tranches d'âge de vingt à quarante-neuf ans, le taux d'activité a remonté entre

les recensements de 1962 et 1968, cette hausse est particulièrement sensible dans les tranches d'âge vingt-cinq à vingt-neuf ans et quarante-cinq à quarante-neuf ans, une reprise analogue n'apparaît pas du côté masculin.

3. La sensibilité du taux d'activité féminine aux conditions du marché de l'emploi est élevée ; elle ressort dans le tracé brisé des lignes figurant les taux d'activité ; ceux-ci remontent nettement aux lendemains des guerres (1921, 1946) et baissent plus fortement que ceux relatifs aux hommes lors des crises (1936 par exemple).

Le mouvement naturel de la population dans le monde de 1906 à 1936.

Cet ouvrage de M. H. Bunle, ancien directeur de la Statistique générale de la France, présente des statistiques relatives à la nuptialité (nombres absolus, fréquence suivant l'âge, âge moyen des nouveaux mariés...), à la divortialité, à la natalité (nombres absolus annuels, taux,

fécondité des femmes suivant l'âge, naissances mensuelles...), à la mortalité (nombres absolus des décès, taux, causes, décès par tranche d'âge, par mois...), population totale par sexe et tranche d'âge et aux recensements selon l'âge, le sexe, l'état matrimonial, etc.

Ces tableaux sont fournis pour vingt-trois pays d'Europe, les États-Unis, le Canada, le Mexique, le Chili, le Japon, l'Australie, la Nouvelle-Zélande.

Cette compilation statistique sur trente ans comble une lacune entre la « statistique internationale du mouvement de la population » qui s'arrête en 1910 et les annuaires démographiques des Nations Unies qui débutent avec les chiffres de l'année 1937.

L'ouvrage épargnera beaucoup de temps et de recherches à l'étudiant, au géographe, à l'historien, et tout simplement à l'homme cultivé et curieux de ce proche passé, qui voudrait étudier cette période.

— 540 pages 18 x 27 — relié. En vente à l'INED — 24 F.

