

## Mortalité et morbidité

**M**MORTALITÉ et morbidité étaient, à Strasbourg, à l'ordre du jour du deuxième Congrès européen de démographie. Cinq observations se dégagent des rapports et débats sur le sujet :

- Le ralentissement, l'arrêt, depuis une dizaine d'années, de la baisse de la mortalité masculine à laquelle fait même suite une hausse dans certains pays.
- L'accroissement général de la surmortalité des hommes.
- La part croissante des décès par accident dans la mortalité générale.
- La proportion accrue des décès fœtaux et périnataux par rapport à cette mortalité totale.
- Le manque d'études et de statistiques sur la morbidité.

C'est depuis le début du XIXe siècle que la mortalité diminue en Europe ; la baisse a été due, dans les trois premiers quarts du siècle, surtout à l'amélioration de l'alimentation et des conditions de vie (déjà amorcée dans la seconde moitié du XVIIIe siècle) et aussi à la prévention de la variole ; puis jusqu'à la seconde guerre mondiale, aux progrès en matière de prévention par vaccin, à ceux de la chirurgie et de l'hygiène publique et privée ; enfin, depuis trente ans, à la percée surprenante de la thérapeutique chimique des maladies infectieuses. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance en Europe a-t-elle crû, de 1900 à nos jours, de 25 à 27 années et plus précisément depuis 1930, de 10 à 13 ans pour les hommes et de 13 à 16 ans pour les femmes selon les pays. Aux âges élevés les gains sont moins spectaculaires : ainsi, en France, l'espérance de vie

masculine à 60 ans passe de 13,4 ans en 1899 à seulement 15,6 ans en 1969, celle des femmes s'améliore plus fortement, de 15,2 ans à 20,3 ans. C'est donc surtout l'abaissement énorme de la mortalité de la naissance à 50 ans qui explique l'allongement de la durée moyenne de vie.

Une autre caractéristique de la mortalité en Europe est sa relative homogénéité. M. Hansluwska, rapporteur du sujet à la Conférence, a fourni les données ci-dessous auxquelles nous avons ajouté les chiffres français.

**Espérance de vie à la naissance (en années et dixièmes)**

	H	F
Europe . . . . .	68,1	74,1
Europe du Nord . . . . .	69,3	75,2
Europe de l'Ouest . . . . .	68,2	74,8
Europe du Sud . . . . .	67,8	72,8
Europe de l'Est . . . . .	67,0	72,8
France . . . . .	67,5	75,1

L'Europe de l'Ouest a une mortalité cardio-vasculaire moins élevée que l'Europe du Nord mais plus forte par cancer que l'Europe du Sud.

Le trait qui retient l'attention est le relèvement, depuis dix ans, des taux de mortalité masculine dans les tranches d'âge se situant, selon les pays, entre 35 et 65 ans ; il est plus marqué de 50 à 60 ans et cela quel que soit le niveau général de la mortalité. C'est pourquoi, comme on le constate dans les pays nordiques, l'espérance de vie à la naissance stagne ou diminue, même en la calculant sur plusieurs années pour amortir l'effet des hausses accidentelles dues aux épidémies de grippe.

## Espérance de vie masculine à la naissance

	1956-1960	1961-1965
Norvège . . . . .	71,3	71,0
Danemark . . . . .	70,4	70,3

Cette situation se retrouve dans les pays extra-européens à haut niveau sanitaire comme la Nouvelle-Zélande. Aucune explication indiscutable ne peut être donnée de ce phénomène qui a contribué à accroître la surmortalité masculine.

Celle-ci existe depuis un siècle en Europe, mais l'écart a crû fortement depuis deux ou trois décennies. De 1960 à 1969, entre 15 et 30 ans, les quotients de mortalité masculine sont plus que doubles de ceux des femmes du même âge, alors qu'au début du siècle ils ne les excédaient que de 7 à 8 %. Dans les tranches d'âge de 35 à 60 ans, ils sont un peu supérieurs au double alors qu'au début du siècle ils ne l'étaient que de 30 %.

L'écart d'espérance de vie à 60 ans, en France, entre les deux sexes était de 1,5 an en 1900 et passe à 4,7 ans en 1968 ; en Suisse, les chiffres sont respectivement de 0,94 ans (1901-1910) et 2,92 ans (1958-1963). Pour toutes les maladies communes aux deux sexes, la mortalité est plus forte chez l'homme. Un démographe italien, M. Natale, attribue ce fait à une moindre résistance organique de l'homme aggravée par des facteurs externes (alcoolisme (1), surconsommation alimentaire, cigarettes, accidents). Il s'avère que cette surmortalité augmente partout à mesure que s'abaisse la mortalité générale ; en revanche, dans de nombreux pays du tiers-monde la mortalité féminine de 15 à 35 ans reste encore légèrement supérieure à celle des hommes.

Il s'ensuit que les veuves sont bien plus nombreuses que les veufs (en France, en 1968, 1 veuf pour 4,6 veuves). Comme les hommes épousent des femmes plus jeunes qu'eux, la probabilité de survie de celles-ci est très élevée ; ainsi en France, en 1967, l'âge moyen au premier mariage était de 24,4 ans pour le sexe masculin et 22,4 ans pour les femmes ; compte tenu des espérances de vie à ces âges, l'écart, au profit de l'épouse, était de 9 ans ; il était aussi de 9 ans en 1900, mais avec une différence de 4 ans au lieu de 2 dans l'âge au premier mariage.

L'attention de la Conférence se porta également sur la part croissante de la mortalité accidentelle et périnatale dans l'ensemble des causes de décès. Pour les accidents, une étude présentée sur la Suède apporte des ordres de grandeur certainement généralisables : entre 15 et 24 ans, les décès par accident représentent la moitié des décès ; entre 15 et 59 ans, 13 % ; 700 000 blessures par an nécessitent le recours au médecin ou à l'hôpital où

9 % des journées concernent des accidentés. Pourtant le pourcentage de mortalité par accident pour 100 000 personnes demeure, approximativement, ce qu'il était en 1900, mais le pourcentage des décès pour d'autres motifs a très fortement baissé, d'où la mise en vedette de cette cause.

Contrairement à ce qui se passe pour les accidents, le taux de mortalité « périnatale » a sérieusement baissé depuis 1900, mais la mortalité ultérieure ayant diminué davantage (2), l'importance relative des décès périnataux est plus grande ; cette mortalité, comme il a été indiqué à Strasbourg, excède celle des trente premières années de la vie dans tous les pays européens. Si on pouvait l'abaisser aux niveaux les plus faibles atteints dans les classes et les régions les plus favorisées, les gains en vies humaines seraient nombreux. La mortalité intra-utérine des six premiers mois de gestation, assez mal connue, est évaluée de 20 à 25 % des embryons ayant atteint la quatrième semaine ; si on y ajoute la mortalité fœto-infantile (vingt-huitième semaine de gestation au douzième mois de vie), on aboutit à près de 30 % ; on comprend que l'attention des démographes et spécialistes de la santé se concentre sur la mortalité des débuts de la vie.

L'aspect le plus original des débats fut l'accent mis sur la nécessité de mieux étudier la maladie n'entraînant pas la mort et de mesurer sa fréquence, son intensité et ses effets. Lorsque la mortalité exogène aura été presque éliminée aux âges moyens (ce qui n'est plus éloigné pour les pays nordiques), les taux de mortalité cesseront d'être de bons indicateurs de l'état de la santé ; à ce stade, la recherche d'une bonne santé permanente prend le pas sur la lutte contre la mort puisque celle-ci est inéluctable aux grands âges. De bonnes statistiques sur la morbidité deviennent donc indispensables, mais si leur nécessité est évidente, la façon de les rassembler l'est beaucoup moins. Quelles en sont les sources ? Les congés de maladie là où existe un système d'assurances sociales, les enregistrements des hôpitaux, les enquêtes par sondage, les compagnies d'assurances quand elles assurent la maladie et l'incapacité de travail, enfin les consultations des praticiens.

Les congés de maladie sont une source discutable car l'augmentation des congés de quelque 20 % depuis dix ans à population constante n'est pas significative ; une enquête anglaise a montré que l'augmentation portait sur la fréquence plus que sur la durée des absences, sur des causes relativement bénignes (maux de tête, douleurs, nervosité) plus que sur des maladies graves, si bien que l'absentéisme tout autant que la maladie peut se dissimuler derrière ces chiffres (3).

(2) Voir **Population et Sociétés** No 34 : « La mortinatalité ».

(3) Taylor a montré qu'en Angleterre des facteurs personnels ou sociaux (nature des régimes de couverture du risque) peuvent tripler l'absentéisme dans des groupes ayant le même niveau objectif de morbidité.

(1) M. Ledermann, de l'INED, avait magistralement démontré, pour la France, le rôle décisif de l'alcoolisme et de l'alcoolisation exagérée.

La meilleure source d'informations serait l'enregistrement opéré par les consultants de médecine générale. Il se heurte à deux difficultés : l'une technique, la normalisation de la nomenclature, l'autre psychologique, l'individualisme d'une profession libérale par ailleurs de plus en plus harassée par les tâches administratives à mesure que la médecine se « socialise » davantage.

Un exemple assez remarquable a été présenté à Strasbourg, celui du « *Royal College of General Practitioners* », en Grande-Bretagne ; les médecins membres ont mis au point, de leur propre chef, un système de formulaires-types susceptibles d'exploitation sur ordinateur qui permet de retracer et de suivre l'histoire médicale des malades donc, collectivement, de la maladie. Ainsi ont-ils pu entreprendre une enquête dans leur clientèle sur les effets à long terme de l'utilisation des contraceptifs oraux en « couplant » utilisatrices et non-utilisatrices.

Comme toutes les questions touchant l'homme, le problème de la santé peut être étudié sous deux éclairages : les points d'application les plus efficaces pour améliorer le bien-être de chacun et le coût social de cette politique.

La Conférence de Strasbourg a répondu sur le premier point en recommandant au Comité des ministres (européens) « *d'inviter les instituts de recherche à développer les études de mortalité périnatale, des grossesses non venues à terme, des différences socio-économiques de la morbidité et de la mortalité, des maladies mentales et cardiovasculaires, des tumeurs malignes et des accidents et d'encourager les recherches sur la mortalité par génération* » (4).

Quant au rapport du coût de la politique de la santé à ses résultats et aux ressources, le Dr H. E. Hansluwska, rapporteur, donna une première réponse : « *Avec l'industrie de la santé qui joue un rôle régulièrement croissant dans l'économie nationale, une planification prudente et une évaluation des programmes et activités de santé sont indispensables pour une politique de la santé qui doit s'inscrire à l'intérieur des limites budgétaires définies par le développement national.* »

P. LONGONE.

(4) Il s'agit d'étudier maladies et mortalité des personnes nées une même année pour comparer ces facteurs par et entre générations.

## IDÉES ET REVUES

### Les enfants du service d'Aide sociale à l'enfance

Traditionnellement appelés enfants de l'Assistance publique, leur nombre s'élevait, au 1er janvier 1969, pour la France entière, à 226 208, soit 1,3 % de la population totale des 0 à 21 ans. Une étude statistique effectuée dans le département de la Seine permet de préciser les grands traits de leur évolution de 1946 à 1968 (1).

Entre ces deux dates, les effectifs globaux de la Seine se sont accrus de 26 %, passant de 20 485 à 25 848, mais l'évolution est différente selon qu'il s'agit des pupilles, des enfants en garde ou des recueillis temporaires.

Les **pupilles**, c'est-à-dire les enfants abandonnés et les orphelins, dont la tutelle appartient à l'Aide sociale, représentaient, en 1946, 80 % des enfants admis. Cette proportion est tombée à 30 % en 1968. Le nombre annuel d'admissions, qui varie

entre 500 et 800 depuis 1958, est actuellement à peine supérieur de 10 % à celui de 1946, alors que la population du département s'est accrue d'un million depuis cette date.

En revanche, les effectifs des **enfants en garde** sont passés de 1 282 à 5 765 entre 1946 et 1966 et, fait encore plus marquant, pour 65 admissions annuelles après la guerre on en compte aujourd'hui plus de 2 200. Les enfants en garde sont confiés à l'Aide sociale, définitivement ou provisoirement, **mais la tutelle est laissée aux parents**.

Ce glissement de la catégorie des pupilles (baisse de moitié des effectifs) vers celle des enfants en garde (effectifs multipliés par cinq) s'explique par une évolution de la politique suivie en matière de protection de l'en-

fance dont le but était de freiner les abandons (allocations et secours aux mères en difficulté) mais aussi d'éviter de rompre le lien entre l'enfant et sa famille en ne privant les parents que du droit de garde mais en leur laissant la tutelle (ordonnances des 22 et 23 décembre 1958).

Autre trait de l'évolution révélé par l'enquête, l'accroissement important du nombre d'**enfants recueillis temporaires** en raison d'une incapacité provisoire des parents (maladie, manque de ressources ou incarcération) : 2 777 enfants en 1946, 11 240 en 1966.

On observe aussi des différences dans la structure par âge et la répartition par sexe de ces trois catégories. La baisse des admissions depuis 1959 a entraîné un vieillissement des pupilles, parmi lesquels les plus de 14 ans repré-

### Quelques définitions

Mortalité infantile rectifiée	: mortalité de la première année, y compris les faux mort-nés
Mortalité intra-utérine	: mortalité in utero quelle que soit la durée de gestation
Mortinatalité	: mortalité in utero de fœtus ayant plus de six mois
Mortalité fœto-infantile	: décès de la première année plus vrais mort-nés
Mortalité néo-natale	: décès des 28 premiers jours ou du premier mois selon les pays
Mortalité post-néo-natale	: décès de un à onze mois.
Mortalité périnatale	: mortinatalité plus décès de la première semaine.

(1) **Population**, 1971, No 5, Nicole Dubrulle : « Les enfants du service d'Aide sociale à l'enfance ».

sentent 54 % des effectifs ; au contraire, les recueillis temporaires sont jeunes : 86,6 % ont moins de 14 ans ; les enfants en garde sont à peu près en nombre égal dans chaque classe d'âge.

Il y a plus de garçons que de filles parmi les pupilles (56 %) et les recueillis temporaires (54,5 %), alors que les deux sexes sont également représentés chez les enfants en garde.

Il faut enfin noter que les adoptions, bien qu'en légère augmentation, ne concernent qu'un petit nombre de pupilles : 2,7 % des effectifs en 1966, soit 215 adoptions.

Ch. MICHEL.

## MIGRATIONS

### L'attitude des Français face à l'immigration

Depuis un siècle, l'immigration joue un rôle important dans l'histoire de la démographie française : déjà, en 1881, on comptait un million d'étrangers et 77 000 naturalisés ; en 1901, 1 040 000 et 222 000 ; en 1931, 2 715 000 et 361 000 ; enfin, au recensement de 1968, 2 668 000 étrangers et 1 316 000 naturalisés. Actuellement, les étrangers sont plus de 3 millions et près de 10 millions de Français ont un ou plusieurs étrangers parmi leurs ascendants des quatre générations antérieures.

Aussi a-t-il semblé utile à la section de psycho-sociologie de l'Institut national d'études démographiques de mener à nouveau, comme elle l'avait fait dans le passé, une enquête représentative sur l'attitude des Français à l'égard des immigrés ; effectuée en décembre 1970 et janvier 1971, elle a touché 2 693 personnes en reprenant certaines des questions posées dans des sondages antérieurs pour permettre des comparaisons ; ses résultats font l'objet d'un article de M. A. Girard, dans le numéro 5 de la revue « Population ».

Les enquêtés sous-estiment aujourd'hui légèrement l'effectif des étrangers en France ; une fois informés du chiffre réel,

41 % le trouvent convenable ou pas assez élevé et 52 % trop ou beaucoup trop élevé ; les réponses à une autre question relative au solde migratoire annuel (100 000 environ) confirment que les enquêtés considèrent comme trop important l'apport étranger (37 % trouvent ce solde convenable ou insuffisant et 53 % trop ou même beaucoup trop élevé).

Néanmoins, 68 % pensent que la présence d'étrangers sur notre sol rend des services au pays (le pourcentage n'était que de 50 % en 1951). Lesquels ? demandait-on dans le questionnaire. Aucune réponse en faveur de « l'accroissement de la population » ; l'aspect démographique échappe donc entièrement aux enquêtés mais 53 % mentionnent l'apport d'une main-d'œuvre pour les travaux pénibles, le bâtiment, les mines et les travaux publics ; 34 % des réponses envisagent l'apport de main-d'œuvre en général. Pour 76 % des enquêtés, les étrangers occupent des emplois dont les Français ne veulent pas.

Deux questions posées pour apprécier les opinions sur la faculté d'adaptation à la vie française et sur le degré de sympathie envers les diverses nationalités révèlent une grande similitude entre les deux classements effectués : Belges, Italiens, Espagnols, dans l'ordre, seraient ceux qui s'adapteraient le mieux en même temps que les plus sympathiques ; viennent en queue de liste des dix nationalités proposées, les Africains du Nord ou les Noirs d'Afrique. Les enquêtés, pour ce qui concerne l'adaptabilité, placent les Portugais après les Allemands et les Polonais ; cette préférence, jointe au fait que les nationalités considérées comme les plus adaptables sont celles dont l'immigration est la plus ancienne (1), incline à penser que les opinions sont très influencées par l'expérience et l'habitude.

En matière de mariages mixtes, la majorité des enquêtés est indifférente, mais 29 % d'entre eux pensent que c'est une bonne chose qu'un Français épouse une

(1) En 1901, les étrangers en France comportaient notamment 330 000 Italiens, 323 000 Belges, 89 000 Allemands et 80 000 Espagnols.

étrangère et 16 % que c'est mauvais ; en revanche, le mariage entre une Française et un étranger est désapprouvé par 27 %, approuvé par 21 % (37 % d'indifférents).

Par comparaison avec une enquête faite en 1951, les attitudes ont évolué dans un sens favorable aux étrangers et pourtant un courant malthusien persiste : en croisant les réponses aux questions sur les étrangers avec celle relative à la natalité actuelle, apparaît une corrélation entre l'attitude de réserve à l'égard de l'immigration et la crainte d'une natalité trop élevée. Posée régulièrement et dans les mêmes termes à toutes les enquêtes de l'INED, cette question sur la natalité révèle une modification récente : en 1966, 45 % des enquêtés trouvaient la natalité trop élevée ; en 1971, 23 % seulement. En 1966, elle n'était pas assez élevée pour 6 %, elle le devient pour 15 %.

Bien d'autres questions sur les seuils de tolérance, dans l'immeuble, à l'école, sur les naturalisations, sur l'immigration par familles (70 % des enquêtés y sont favorables), cernent des attitudes quelque peu nuancées fondées qu'elles sont, tantôt sur la générosité et la sensibilité, tantôt sur la crainte de la concurrence en ce qui concerne le travail. Mais la croissance récente de l'immigration n'a pas accentué les attitudes de la population française dans le sens d'une plus grande réticence.

P. L.

#### En vente à l'INED

— *L'Exode rural*, par Pierre MERLIN, suivi de *deux études sur les migrations*, par Robert HERIN et Robert NADOT.

Collection  
« Travaux et Documents »

INSTITUT NATIONAL  
D'ÉTUDES  
DÉMOGRAPHIQUES,  
PRESSES UNIVERSITAIRES  
de FRANCE

350 pages. Prix 33 F + T.

— *Analyse de « l'exode rural » sous ses aspects quantitatifs et qualitatifs, ses conséquences démographiques, économiques et sociales. Suivie de deux études : « les travailleurs saisonniers d'origine étrangère en France », « l'immigration étrangère depuis la guerre ».*