

et

SOCIÉTÉS

Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Économiques, Sociales

La mortalité infantile

IL y a deux siècles, en France, environ 250 enfants sur 1.000 mouraient dans leur première année ⁽¹⁾, nous en sommes à 20. C'est là un fait démographique capital de l'époque contemporaine : baisse des conceptions entraînant celle de la fécondité, allongement moyen de la vie en dérivent plus ou moins. Malgré un tel taux de décès, la France était pourtant en très bonne position en Europe où des taux proches de 500 p. 1.000, notamment en Allemagne, étaient alors fréquents.

En dépit des progrès réalisés, nous n'occupons depuis plusieurs années, et encore en 1965, que le douzième rang dans le monde (et le neuvième rang en Europe) après, notamment, les pays nordiques (voir tableau page 3) et si nous avions atteint le taux suédois, nous aurions gagné 5.200 vies humaines l'an passé ⁽²⁾.

L'abaissement de la mortalité infantile provient conjointement des progrès de la science médicale, de l'équipement médico-social et de l'hygiène, de l'amélioration des niveaux de vie et d'instruction dans la population. Mais les progrès sont plus lents et plus coûteux au fur et à mesure que l'on approche de taux très bas, inférieurs à 20 p. 1.000, qui reflètent davantage des causes de létalité

liées à l'héritage génétique et à la santé de la mère (causes endogènes), que des atteintes du milieu de vie, de l'environnement (exogènes). Aussi, en 1962 et 1963, constate-t-on un ralentissement assez brusque de la baisse enregistrée antérieurement (de 1950 à 1961 on tombait de 52 à 26 p. 1.000) et ceci non seulement en France, mais également en Autriche, en U.R.S.S., aux Pays-Bas ; on notait même une légère remontée dans les pays où le taux était le plus bas, tels la Suède et l'Australie. C'est que, lorsque la mortalité exogène — celle due surtout aux infections respiratoires aux troubles digestifs — est réduite à presque rien (1,8 p. 1.000 en Suède et en Hollande 3,3 p. 1.000 en 1963), des conditions climatiques exceptionnelles, un été trop chaud, un mauvais hiver font remonter ce taux exogène infime alors que les gains très lents en matière de mortalité endogène ne peuvent compenser cette poussée ⁽¹⁾.

Pour mieux estimer les effets de la mortalité sur l'embryon, il faudrait ajouter à cette mortalité infantile les avortements spontanés et les mort-nés. La mortalité (mort-nés) a atteint en France en 1967 15,2 p. 1.000 (soit davantage que les taux de mortalité infantile les plus faibles). Elle dépend principalement de causes endogènes (maladies héréditaires, anomalies génétiques ou non, causes dues à la pathologie de la grossesse et causes obstétricales). A cette mortalité à la naissance proprement dite, il convient d'ajouter les avortements spontanés

(1) D'après une étude parue dans les *Annales de démographie historique*, 1967, de MM. HENRY et BLAYO de l'I.N.E.D., la mortalité infantile, sexes réunis, avait atteint en Anjou-Bretagne, pour 1.000 naissances :

1740-49 : 276	1790-99 : 216
1750-59 : 239	1800-09 : 196
1760-69 : 252	1810-19 : 169
1770-79 : 245	1820-29 : 189
1780-89 : 258	

(2) L'année 1967, on a décompté 14.281 décès de moins de 1 an, dont 62% durant les 4 premières semaines et 15.895 mort-nés. Il est habituel de rapporter les décès de l'année aux naissances de la même année pour calculer le taux de mortalité infantile ; c'est arbitraire dans la mesure où ces décès concernent des enfants nés en partie l'année précédente. L'I.N.S.E.E. tient compte de ces pondérations dans ses calculs de taux.

(1) M. BOURGEOIS-PICHAT, en partant du taux de mortalité infantile totale, a trouvé un procédé biométrique qui permet d'évaluer avec une suffisante précision (contrôlée par l'expérience statistique) les parts respectives exogènes et endogènes de cette mortalité. De 1790 à 1829, pour une mortalité infantile, en Anjou-Bretagne de 193 p. 1.000, la part de l'endogène était de 68 p. 1.000, de l'exogène 125 p. 1.000. En 1966, pour un total de 21,7 p. 1.000, l'exogène s'élevait à 8,3 p. 1.000 et l'endogène à 13,4.

entre la conception et la trentième semaine (1). Pour apprécier l'importance relative, désormais considérable dans nos pays occidentaux, de la mortalité endogène il faudrait également ajouter aux données ci-dessus, la part endogène de la mortalité infantile.

Dans la plupart des pays évolués, si l'on ne considérait que les taux moyens, au niveau national, on aurait lieu d'être satisfait et de conclure que la lutte contre la mortalité infantile est pratiquement gagnée en ce qui concerne les dangers venus de l'extérieur, de l'environnement du bébé et que désormais tous les progrès ultérieurs sont liés à la biologie, à la physiologie de la mère et de son produit. Il n'en va plus de même lorsqu'on examine la mortalité infantile sous l'angle géographique ou socio-professionnel.

En France, où déjà le taux moyen est encore supérieur de 5 ou 6 p. 1.000 aux chiffres nordiques, la dispersion des taux est plus grande encore. Ainsi en 1966, cette mortalité s'étagait de 14 p. 1.000 au plus bas (Maine-et-Loire) à 29,6 p. 1.000 (Nord). La surmortalité infantile dans le Nord est assez caractéristique pour qu'on s'y arrête; d'après diverses enquêtes, dont une de l'I.N.E.D., elle présente l'originalité d'être urbaine alors qu'ailleurs les taux les plus forts sont dans les campagnes; on peut l'imputer, à la fois, à une insuffisance de l'équipement médico-social et de l'assistance, et à certaines résistances du milieu humain (connaissances insuffisantes en puériculture, par exemple) car la surmortalité y est essentiellement d'origine exogène (infectieuse et alimentaire) comme d'ailleurs partout où elle subsiste.

Très récemment, le Ministère des Affaires Sociales a pris deux mesures pour lutter contre ces distorsions départementales et sociales dans la mortalité infantile (2).

En matière socio-professionnelle, les différences sont encore plus fortes, ce qui montre à quel point la mortalité infantile, du moins celle appelée exogène, est un phénomène socio-économique et culturel. M.M. Febvay et Croze, de l'I.N.S.E.E., avaient établi qu'en 1950-1951 la mortalité infantile allait de 19,1 p. 1.000 parmi les enfants des professions libérales à 80,4 p. 1.000 pour ceux des mineurs; en 1959-1960, l'éventail s'était resserré allant de 15,6 p. 1.000 pour les enfants des cadres supérieurs et d'industriels à 39,8 p. 1.000 pour ceux des manœuvres, soit un rapport de 1 à 2,5 alors que la part exogène

dans cette mortalité était respectivement de 4,2 p. 1.000 et 24,6 p. 1.000, soit dans le rapport de 1 à 5 !

Il ne faudrait toutefois pas en déduire que la mortalité infantile est exclusivement une affaire de revenus; n'était-elle pas la même chez les ouvriers outilleurs que chez les patrons boulangers (1) !

Bien d'autres considérations pourraient être apportées sur ce sujet de la mortalité infantile: elle est plus forte pour les enfants illégitimes, pour les garçons que pour les filles (3), elle est plus élevée dans les familles nombreuses (y compris pour les premiers-nés), elle augmente avec l'âge de la mère (3). Lorsqu'il y a consanguinité des parents, des études pratiquées en différentes régions (4) ont donné des résultats en sens contraire; tantôt il semblerait que la consanguinité accroisse la mortalité, tantôt non, ce qui est d'ailleurs conforme à la variété des héritages génétiques. Au fur et à mesure que la mortalité exogène est éliminée, la différenciation entre les taux de mortalité endogène montre davantage la dispersion de qualité du patrimoine génétique.

Nous n'hésitons pas à mentionner ces faits pour montrer combien il faut être prudent dans le domaine des sciences humaines lorsqu'on exploite, ou interprète les résultats d'études, même les plus sérieuses; tant de facteurs, tant de paramètres interviennent dans n'importe quel phénomène étudié, ils sont si inextricablement emmêlés et solidaires qu'il devient souvent très difficile d'apprécier l'influence réelle de chacune des causes possibles lorsqu'on en examine les effets.

En conclusion, nous constaterons que la mortalité infantile a d'abord été un phénomène plus

(1) Une enquête anglaise (SPICER et LIPWORTH) portant sur la mortalité infantile (en distinguant l'endogène), sur la mortalité, et comparant des données de 1950 et de 1964 confirme absolument ces enseignements: baisse importante (de 42 à 58%) entre ces deux dates de la mortalité après les premiers mois; baisse plus faible de la mortalité (de 21 à 41% selon les régions et les groupes sociaux); différences sensibles entre les régions géographiques et les catégories socio-professionnelles, entre les enfants légitimes et illégitimes.

(2) La mortalité fœtale paraît être supérieure de 20% pour l'embryon mâle et, s'il naît 105 garçons pour 100 filles, à 1 an le rapport passe à 103,5.

(3) Dans l'enquête anglaise précitée, où les divers facteurs ont été isolés, on voit que la mortalité croît avec l'âge de la mère; la mortalité des 4 premières semaines est plus forte si la mère a de 25 à 29 ans qu'avant et après ces âges; quant à celle de 1 à 12 mois, exogène, elle est plus forte avant 25 ans (inexpérience) et va en diminuant au-dessus de 30 ans.

(4) Une enquête de 1948 dans le Morbihan (Dr SUTTER et L. TABAH) montrait que la mortalité exogène chez les couples consanguins s'élevait à 38 p. 1.000 contre 29 p. 1.000 dans le groupe témoin. Quant aux mort-nés ils étaient 2 fois et demie plus nombreux parmi les consanguins; en revanche, une très récente enquête dans les Vosges (M.M. GEORGES et JACQUARD), révèle des écarts très faibles, non significatifs, entre consanguins et témoins.

(1) La probabilité de mort de l'embryon au cours des 8 premiers jours est supérieure à 15% d'après des enquêtes américaines, quant aux avortements spontanés, en France, ils sont évalués à 150.000 d'après les tables de FRENCH et BIERMANN.

(2) Primes d'allaitement maternel et suppression du ticket modérateur pour les enfants de moins de 1 an dans les départements où le taux dépasse la moyenne nationale.

social qu'individuel, dépendant surtout du milieu dans lequel était placé l'enfant à sa naissance. Dans nos pays industrialisés, évolués, les progrès obtenus depuis un demi siècle ont consisté à éliminer les causes externes relevant de l'alimentation, de l'hygiène, des attaques infectieuses. Dans les pays de pointe sur ce terrain, comme la Suède, cette mortalité infantile exogène est pratiquement supprimée, il en va de même en France dans certaines régions et certains milieux sociaux ; dans d'autres où la mortalité infantile reflète encore trop la pyramide des revenus et des niveaux de culture, nous avons encore une dizaine d'années de retard sur les pays têtes de file et un gros effort peut et doit être fait ; la rapidité des progrès lorsqu'une

action vigoureuse est entreprise pour apporter à la fois l'équipement socio-sanitaire et l'information prouve que l'obtention d'aussi bons résultats qu'en Suède ou en Norvège serait rapidement accessible.

En revanche, la part endogène de la mortalité infantile opposera, comme la mortalité, une bien plus forte résistance. Cette mortalité avant, pendant et juste après la naissance, dépasse désormais de beaucoup la mortalité exogène (puisqu'en 1966 elle était trois fois plus élevée). Mais la très forte mortalité infantile d'autrefois avait dû jouer un rôle important dans la sélection des plus aptes. Il faudrait y songer en attaquant la mortalité endogène.

P. LONGONE

QUELQUES CHIFFRES

Quelques mortalités infantiles dans le monde

Taux pour 1 000 naissances vivantes

	1901-05	1926-30	1936-38	1952	1963	1966
Etats-Unis	100 (a)	68	54	29	25,2	22 (d)
Japon	152	151	106	49,4	23,2	18,5 (e)
Suède	91	58	44	20	15,4	12,6
Pays-Bas	136	56	38	24	15,8	14,7
Norvège			37	24	16,9	16,8
Danemark	119	82	64	29	19	16,9
Suisse	134	54	45	29	20,5	17,8 (e)
France	139	94	71	45,2	25,6	20,5 (d)
Allemagne fédérale .	199	94	63	48,3	26,9	23,5
Italie	167	119	105	63,4	40,1	35,6
Yougoslavie		149 (b)	139 (c)	105	77,5	61,3

a) 1911-15 b) 1925-29 c) 1935-38 d) 1967 e) 1965

Mortalité infantile française

Taux pour 1 000 naissances vivantes

1861-1870	178	
1891-1900	164	
1901-1910	132	
1926-1930	89	
1936-1939	65	
1950	42	(rectifié)
1966	21,7	»
1967	20,5	»

Les taux rectifiés intègrent les nouveau-nés décédés avant la déclaration mais ayant respiré, ils augmentent de 3 à 4 points le taux non rectifié. Ceci explique l'écart entre les chiffres français pour 1936-38 dans les deux tableaux.

PROBLEMES SOCIAUX

Les citadins âgés

Résultat d'une longue évolution démographique, le vieillissement a pris en France une importance particulière. Quelques chiffres le montreront de façon frappante.

Un pays qui compte ainsi

12,4 p. 100 de personnes âgées (ou 17,7 p. 100 si on prend 60 ans comme limite inférieure) se trouve nécessairement confronté à des problèmes difficiles à résoudre, que ce soit dans le domaine des ressources, de la santé, du logement ou de la vie sociale et culturelle. En arrivant au troisième âge et surtout à la grande vieillesse, les ressources fondent, la

santé fléchit, le logement devient inadéquat, les relations sociales s'estompent.

Sur ce dernier point, notons que l'isolement guette une fraction notable de vieillards : la faible fécondité d'avant-guerre et les guerres elles-mêmes se sont conjuguées et il n'est pas surprenant d'observer que 1 027 200 couples dans lesquels le chef de ménage a 65 ans et plus n'ont pas ou n'ont plus d'enfants (dont 615 940 en ville) ou encore que 1 423 920 hommes et femmes âgés vivent seuls (dont 647 880 ont plus de 75 ans !).

Malgré l'ampleur numérique de cette population, la *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse* (Commission Laroque) a dû

Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus	1962		1968	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
(ménages ordinaires)	2 209 440	3 347 200	2 368 500	3 868 100
dont 80 ans et plus	5 556 640		6 236 600	
	990 320		1 110 600	

constater l'insuffisance et l'hétérogénéité de la documentation disponible en 1961 sur les conditions de vie des personnes âgées. Sous son impulsion, des enquêtes ont été effectuées. Pour sa part, l'I.N.E.D. a lancé trois enquêtes, formant un tout, auprès des citadins, des agriculteurs et des ruraux non-agricoles. Les résultats du premier volet de ce tryptique sont présentés dans un cahier qui est sous presse et qui doit sortir au mois de janvier (1).

Les 2 779 personnes interrogées dans des agglomérations de 25 000 habitants et plus, situées sur l'ensemble du territoire métropolitain (à l'exception de la Seine qui avait déjà fait l'objet d'une étude) ont fourni de précieuses indications aux responsables de la politique sanitaire et sociale. Confrontées aux réponses des deux enquêtes rurales, elles donneront une image d'ensemble au moment où s'amorcera la préparation du VI^e Plan.

Parmi les nombreuses constatations et conclusions de l'enquête en milieu urbain, nous pouvons relever des éléments positifs et des éléments négatifs. S'il est, par exemple, satisfaisant d'apprendre que 19 p. 100 des enquêtés de plus de 75 ans jugent très bon ou assez bon leur état de santé, ou que 65 p. 100 des enquêtés de plus de 65 ans sortent chaque jour de chez eux (52% après 75 ans), se maintenant ainsi directement en contact avec le monde extérieur, ou encore que 48 p. 100 ne nourrissent aucune inquiétude quant à leur avenir, il est, en revanche, préoccupant de savoir que 10 p. 100 ne sortent pas du tout, que 30 p. 100 n'ont pas ou plus d'enfants, que 38 p. 100 ne fréquentent jamais leurs voisins et que 23 p. 100 sont inquiets pour leur santé et leurs ressources, sans parler du risque d'isolement qui les menace. Cet isolement fait d'ailleurs l'objet d'un chapitre particulier.

L'attachement au logement, phénomène bien connu, est attesté par les chiffres recueillis, mais l'intérêt pour les nouvelles formules de résidence est plus net qu'on ne l'aurait cru, à condition qu'un minimum d'information soit donné à leur sujet. La situation actuelle, comme les besoins en matière de santé, d'activité,

(1) Paul PAILLAT et Claudine WIBAUX, *Les citadins âgés*, Presses Universitaires de France.

Mortinatalité et mortalité infantile

taux pour 1 000 naissances

		Suède	Norvège	Hollande	Suisse
Mortalité infantile	1880	93	96	218	178
	1938-40	40,4	38,8	36,2	43,9
	1960	16,6	18,7	16,5	21,2
	1966	12,6	16,8 (a)	14,7	17,8 (a)
Mortinatalité (mort-nés)	1880	29,4	35,2	50,8	38,6
	1938-40	25,2	20,5	24,6	20
	1960	13,9	14,1	15,1	11,5
	1966	10	11 (a)	13,1	10

a) 1965

Partout où la mortalité infantile a baissé par élimination de sa part « exogène » (causes extérieures dues au milieu), ses taux se rapprochent singulièrement de ceux de la mortinatalité qui, elle, est principalement d'origine endogène (la nature biologique de cette dernière létalité la conditionne, non l'environnement).

de ressources, de logement et de relations sociales, sont analysés en tenant compte, non seulement de l'âge et du sexe, mais de quantité de variables sociologiques, telles que l'état matrimonial, l'activité actuelle ou antérieure, au prix de quelque 200 tableaux de croisement. Pour terminer, signalons que cette enquête a servi de base à trois travaux analogues, menés à l'échelon régional, par des Caisses de la Sécurité sociale.

Paul PAILLAT

EN PAYS SOCIALISTES

Expérience sur le vif en Roumanie.

Jusqu'en 1966, l'avortement légal était possible en Roumanie dans la plupart des cas de grossesse ; le taux de natalité, l'un des plus bas d'Europe, était tombé à 14,3‰ en 1966. Devant cette situation démographique inquiétante pour l'avenir, le gouvernement modifia profondément la législation par la loi du 1-11-1966 : l'avortement légal n'est plus possible que pour les mères d'au moins 4 enfants et pour les femmes de 45 ans, la loi étant assortie de sévères sanctions. L'effet a été stupéfiant : en juillet 1967, le taux de natalité passait à 40‰ et, en fin d'année, il était encore supérieur à 30‰. Cette inflation soudaine de bébés laisse à penser qu'avant 1966, il y avait en Roumanie deux avortements pour une naissance ; elle suggère également que l'extrême libéralisme en matière d'avortement avait eu pour effet de retarder beaucoup,

du moins considérées à l'échelle européenne, l'information et les pratiques contraceptives.

Cette expérience vécue illustre bien l'élasticité d'une planification démographique selon les législations appliquées. Elle s'est traduite en fin d'année par 527.800 naissances vivantes contre 273.700 en 1966.

J. MERCIER

SOMMAIRE DE POPULATION n° 1, janvier 1969

- J. DUPAQUIER Du rôle des Tailles à la démographie historique.
- P. PAILLAT Les citadins âgés. Présentation d'un cahier de l'I.N.E.D.
- N. DUBRULLE et G. GONTIER Les désirs d'activité professionnelle des femmes mariées, chargées de famille.
- Y. BLAYO Nouveaux imprimés pour le dépouillement de l'Etat Civil ancien.
- R. PRESSAT Interprétation des variations à court terme des taux de natalité.
- A. GIRARD et H. BASTIDE Orientation et sélection scolaire.