



**HAL**  
open science

# MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLES

Gérard-François Dumont

► **To cite this version:**

Gérard-François Dumont. MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLES. Dumont Gérard-François; Etchelecou André; Parant Alain; Robine Jean-Marie; Sardon Jean-Paul; Yvars Bernard. Démographie et santé, Cudep (Conférence universitaire de démographie et d'étude des populations), pp.117-121, 2010, 978-2-7332-4025-2. 10.13140/2.1.3184.5448 . halshs-00821853

**HAL Id: halshs-00821853**

**<https://shs.hal.science/halshs-00821853>**

Submitted on 14 Dec 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Introduction à la séance

## Morbidité et mortalité différentielles

---

**Gérard-François DUMONT**

Université de Paris-Sorbonne.

Des quatre événements démographiques élémentaires, la naissance, le mariage, la migration et le décès, c'est ce dernier qui a retenu le premier l'attention de la science de la population. Et cela s'est produit avant même qu'elle prît, en 1855, le nom de « démographie » à la suite de l'invention de ce néologisme par Achille Guillard dans le titre de son livre *Éléments de statistique humaine, ou Démographie comparée*. En effet, le premier travail scientifique réalisé en démographie fut publié le 25 janvier 1662 et s'intitulait *Observations Naturelles et Politiques, répertoriées dans l'index ci-après et faites sur les Bulletins de Mortalité* par John Graunt (1620-1673), auteur qui se donnait comme seul titre celui de « citoyen de Londres ». Il partait de l'idée simple et géniale d'étudier les bulletins de mortalité (*bills of mortality*) des paroisses de Londres. Une telle démarche conserve, trois siècles et demi après, toute sa pertinence. Avant de présenter quelques résultats des études contemporaines sur la mortalité figurant dans le présent ouvrage, il n'est pas inutile de préciser la spécificité de l'étude de la mortalité.

### 1. La mortalité au cœur de la naissance de la démographie

Généralement, à l'exemple de John Graunt, l'étude de la mortalité a pu être précoce ou utiliser des sources d'information souvent plus complètes que celles concernant la natalité car la déclaration des décès est normalement plus ancienne et souvent plus exhaustive que celle des naissances : en temps de guerre, elle répond au souci de prévenir la famille tandis que, en temps de paix, elle se rapporte à la santé publique. En effet, la connaissance de la mort est utile pour celle de la cause même du décès et pour prévenir certaines épidémies. C'est ainsi que, au XVI<sup>ème</sup> siècle, les paroisses de Londres enregistrent les décès pour connaître les poussées de mortalité épidémique, la peste notamment, et les prévenir si possible, car l'histoire de la Grande peste du XIV<sup>ème</sup> siècle restait gravée dans les mémoires. Autre motif d'un enregistrement des décès : dès le Moyen Âge, dans divers diocèses de la chrétienté, les autorités religieuses enregistrent les décès afin de pouvoir autoriser le remariage des veufs et des veuves.

Ainsi, avant la transition démographique, les premières études de population attachent une grande importance à l'étude de la mortalité, non dans un seul objectif statistique mais parce que ce type d'étude est un élément essentiel de connaissance des réalités et évolutions sociétales. Cela est clairement indiqué par John Graunt dans le titre complet de son livre, où il précise qu'il s'agit de mettre en rapport les observations sur les bulletins de mortalité « avec le gouvernement, la religion, le commerce, l'accroissement, l'atmosphère, les maladies et les divers changements de ladite cité ». Plus tard, dans l'Europe du XIX<sup>ème</sup> siècle, où s'achève la généralisation de l'état civil, la mortalité est l'indicateur essentiel de l'avancée des populations dans ce que l'on n'appelle pas encore la transition démographique.

Un autre aspect de l'étude de la mortalité tient à ce qu'elle se prête à moins de complexité que la naissance. On sait en effet que l'étude de la natalité doit distinguer les « naissances vivantes » des « enfants sans vie » et, parmi des « naissances vivantes », les « enfants déclarés vivants » et les « mort-nés ayant respiré », appelés aussi les « faux mort-nés ». Ces distinctions, nécessaires à l'étude de la natalité, doivent en outre prendre en compte des changements dans les normes arrêtées pour les décomptes statistiques. Ainsi les statistiques françaises de natalité ont-elles enregistré deux changements en 1977 et en 2002.

Jusqu'en 1977, l'Insee considérait les enfants nés vivants, mais décédés avant leur déclaration à l'état civil comme des enfants mort-nés. Aussi la statistique dépendait-elle de la promptitude des déclarants. Si l'enfant était déclaré rapidement dans les heures suivant sa naissance, puis s'il décédait dans les deux jours suivants, il faisait partie des naissances vivantes enregistrées. En revanche, si l'entourage attendait le délai de trois jours pour déclarer l'enfant et si celui-ci décédait entre temps, l'enfant n'était pas inclus dans les statistiques de naissances vivantes. En 1977, pour supprimer le caractère aléatoire de ce cas, l'Insee a décidé d'inclure dans la série des naissances vivantes, désormais appelés *nés vivants*, ces enfants dits « faux mort-nés ». Cette série a donc été révisée à la hausse d'environ 3 000 par an avec effet rétroactif, additionnant donc depuis les enfants déclarés vivants et les mort-nés ayant respiré (ou faux mort-nés).

Un nouveau changement dans les statistiques de naissances est intervenu en 2002 en France, avec comme conséquence une forte augmentation du nombre des « enfants sans vie » entre 2001 (3 741 pour la France métropolitaine) et 2002 (6 259). En réalité, ce quasi-doublement ne s'explique qu'en raison d'un changement législatif. Une circulaire de novembre 2001 a décidé d'appliquer la définition d'enfant sans vie non plus à 26 semaines, mais au terme de 22 semaines d'aménorrhée ou à un poids de 500 g, critères se substituant au délai de 180 jours de gestation prévu dans l'état civil.

Ce qui précède montre que, comparé à la naissance, le décès est plus simple à décompter et il n'est nullement nécessaire de parler de « morts décédés ». La mort est par nature un phénomène subit et facile à enregistrer<sup>1</sup>.

## 2. Le caractère systémique des facteurs des différences territoriales de mortalité

Depuis les premiers travaux en science de la population, et aujourd'hui encore, l'étude de la fréquence des décès dans une population livre des enseignements essentiels sur la réalité d'une société et peut permettre de répondre à de nombreuses interrogations, que l'on considère un pays dont le régime démographique est au delà de la période de transition démographique<sup>2</sup>, donc en période post-transitionnelle, ou dans la période transitionnelle. Concernant les premiers, une question possible est la suivante : un pays à politique sanitaire nationale, où les mêmes règlements s'appliquent dans toutes les régions, peut-il connaître des différences de mortalité selon ses territoires ? En étudiant finement, au niveau départemental, l'exemple de la France, Virginie Dufossé et Pierre-Jean Thumerelle livrent deux enseignements essentiels : d'une part, les durées moyennes de vie sont très variables. Ainsi, aux 78,3 ans de l'arrondissement de Gex (Ain) s'opposent les 69,7 ans de celui de Lens (Pas-de-Calais), soit la même différence qu'entre l'Islande et la Roumanie ou la France et la Biélorussie. Une seconde question consiste à se demander si, au fil du temps, ces écarts de durées moyennes de vie se réduisent. L'étude sur une période longue ne permet pas de répondre positivement à cette question puisque, en France métropolitaine, nous avons passé d'un écart maximal de 6,6 ans pour l'espérance de vie masculine par zones d'emploi en 1975, à 10,3 ans en 1990, puis 8,8 ans

---

<sup>1</sup> En France, historiquement, la loi du 20 septembre 1792, qui a nationalisé l'état civil, prévoyait que l'officier public chargé de constater l'état civil se transportait au lieu où la personne était décédée (art. 2 du Titre V), signifiant ainsi implicitement qu'il n'y a pas besoin de compétences particulières pour constater un décès. Dans le cas des naissances, l'enregistrement était plus compliqué puisque l'enfant devait être porté à la maison commune, sauf en cas de péril imminent.

<sup>2</sup> Il n'est pas inutile de rappeler la définition de la transition démographique – période de durée et d'intensité variables, pendant laquelle une population passe d'un régime démographique de mortalité et de natalité élevées à un régime de basse mortalité, puis de faible natalité – puisque le terme transition se trouve désormais employé à tort et à travers. Ainsi, certains, considérant les pays en période post-transitionnelle, parlent d'une « nouvelle transition » alors que, compte tenu de la grande variété des régimes démographiques de ces pays, il est impossible de les rapporter à un schéma commun.

en 1999. Après l'examen de tels résultats, nos auteurs, à la recherche d'une explication des inégalités spatiales de mortalité en France, montrent qu'il n'est pas possible d'isoler un facteur déterminant. C'est plutôt un faisceau de facteurs qui fait système, dont la combinaison explique donc localement les conditions de la mortalité.

### **3. L'effet des migrations sur la mortalité différentielle territoriale**

L'analyse de la mortalité en Belgique, portant sur un pays à l'histoire et aux institutions publiques pourtant fort différentes de celles de la France, livre des réponses assez semblables. Thierry Eggerickx et Jean-Paul Sanderson soulignent l'opposition régionale entre la Flandre et la Wallonie, qui marque l'histoire ancienne et actuelle de la mortalité en Belgique, puisque « l'inégalité face à la mort porte surtout l'empreinte des contrastes socioéconomiques entre les deux grandes régions du pays, mais d'autres facteurs entrent en jeu, tels que des habitudes alimentaires différentes, le lourd passé industriel de la Wallonie ou encore l'environnement (relief et configuration du réseau routier, par exemple) ». Néanmoins, il ne faudrait pas limiter la question de la mortalité différentielle en Belgique à la distinction Flandre-Wallonie. Un des apports essentiels de leur étude consiste à mettre en évidence le rôle des changements de peuplement, liés aux migrations internes et internationales, dans les résultats territoriaux de mortalité. Ainsi cette dernière se différencie-t-elle clairement, avec des écarts en augmentation, entre des milieux urbains en difficulté, qui cumulent des handicaps sociaux, économiques et environnementaux, et des milieux périurbains favorisés. Cette étude, facilitée par le système statistique belge qui dispose de registres municipaux de population, permet donc d'analyser de façon fine les effets des courants migratoires sur la mortalité des territoires.

Le cas de la Suisse confirme les résultats des analyses conduites sur la France et la Belgique, même si le travail de Michel Oris, Philippe Wanner, Gilbert Ritschard et Jean-Michel Bonvin consiste non à livrer des résultats finaux, mais à présenter le socle des réflexions qui justifie d'entreprendre une étude détaillée sur la mortalité et la longévité différentielle en Suisse. Les auteurs soulignent également l'avantage qu'ils ont de pouvoir recourir à une riche base de données. On les félicitera aussi de leur démarche critique lorsqu'ils se demandent s'il n'est pas hautement « probable que la plus forte amplitude des différentiels sociaux de mortalité en France qu'en Angleterre et Pays de Galles puisse être attribuée, au moins en partie, à la manière dont les statisticiens britanniques et français définissent la structure sociale en fonction de leurs propres traditions nationales ».

Dans des pays qui n'ont pas encore terminé leur transition démographique, et donc caractérisés par des mortalités infantile et juvénile élevées, il est logique de s'interroger tout particulièrement sur le niveau et l'évolution de ces dernières. Dans un pays d'Afrique orientale comme le Rwanda, où l'état civil reste insuffisant et parfois laconique, il convient d'abord de préciser, comme le fait à juste titre Lise Beck, les moyens utilisés et donc, en l'espèce, le recours aux résultats d'enquêtes réalisées pour reconstituer les tendances de la mortalité. L'analyse montre combien les évolutions des mortalités infantile et juvénile sont très dépendantes des conditions économiques ou politiques. La géopolitique interne, les troubles politiques que le pays a traversés depuis l'indépendance, et notamment le génocide de 1994, forment des éléments explicatifs des variations de mortalité. Néanmoins, la mortalité infantile est moins sensible aux facteurs de géopolitique interne grâce à l'effet protecteur de l'allaitement. En revanche, l'évolution des conflits et des troubles politiques influence largement les variations de mortalité juvénile, davantage même que les évolutions dans la production agricole.

#### 4. Les différentiels géographiques de morbidité

Dans des pays où l'on dispose de données plus précises sur l'état sanitaire des populations, il est possible d'étudier la morbidité<sup>3</sup>, c'est-à-dire le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné. La morbidité conduit à raisonner en flux ou en stocks, c'est-à-dire à examiner d'une part l'incidence des maladies, c'est-à-dire les nouveaux cas d'une maladie intervenue pendant une période étudiée, et, d'autre part, la prévalence, c'est-à-dire la somme cumulée de tous les cas d'une maladie dans une population donnée.

Empruntant ce champ de recherche, Béatrice Valdes s'applique à étudier non seulement l'incidence régionale du SIDA en France, mais celle des SIDA en distinguant d'abord les sexes, puis les différents modes de contamination : transmission homosexuelle ou bisexuelle, transmission par usage de drogues injectables, transmission hétérosexuelle, et enfin les nationalités (française/étrangère). Elle met ainsi en évidence le rôle des modes de transmission et de l'inégale répartition géographique de la population étrangère sur les fortes différences géographiques existantes. Finalement, elle démontre toute l'importance d'appliquer le principe de subsidiarité, c'est-à-dire de mettre en œuvre des campagnes spécifiques de prévention selon les populations concernées et selon les régions.

L'Alsace prouve d'ailleurs la pertinence de cette conclusion puisque Marie-Noëlle Denis montre que la volonté des politiques publiques d'améliorer la situation sanitaire relative de l'Alsace, entre la seconde moitié des années 1990 et la première moitié des années 2000, s'est traduite par des résultats concrets prouvant la possibilité de progrès. Néanmoins, sa conclusion reste nuancée car les facteurs structurels qui avaient expliqué la relative surmortalité de l'Alsace par rapport à la moyenne de la France métropolitaine restent encore à l'œuvre et leurs effets ne peuvent être enrayés que s'il y a pérennité des actions de dépistage et de prévention entreprises.

#### 5. Des inégalités géographiques à la reproduction des inégalités sociales

De son côté, l'étude de Pierre Surault sur la morbidité conduit également à des enseignements mettant en évidence certaines permanences. L'objectif est moins de montrer des permanences géographiques que des permanences dans la reproduction des inégalités sociales de santé mentale. Mais, en même temps, ces permanences peuvent avoir un caractère géographique en fonction de la mobilité résidentielle, ou plutôt de l'absence de mobilité résidentielle des générations qui se succèdent.

L'ensemble de ces travaux sur la mortalité et la morbidité différentielles donne envie de conclure « tout change, rien ne bouge ». En effet, la mortalité générale peut connaître d'importants changements au fil du temps. Dans l'histoire contemporaine de l'Europe occidentale, selon les trois pays étudiés, France, Belgique et Suisse, la longévité s'est incontestablement accrue au fil des dernières décennies. Dans un pays en voie de développement et dont l'indépendance est récente comme le Rwanda, la mortalité générale varie considérablement, notamment au fil des événements de géopolitique interne. À l'analyse d'une maladie récemment mise en évidence comme le SIDA, les incidences annuelles se sont considérablement modifiées sous l'effet des progrès médicaux et pharmaceutiques. D'autres changements relatifs peuvent, comme en Alsace, s'expliquer par des actions volontaristes spécifiques.

---

<sup>3</sup> Notons que ce terme ne figurait pas dans le *Dictionnaire de démographie* de Roland Pressat, Paris, PUF, 1979.

## 6. Permanence des identités sanitaires territoriales relatives ?

Pourtant, « rien ne change ». Les identités territoriales relatives de morbidité et de mortalité restent très fortes, et à un échelon fin. Ainsi l'exemple de la Belgique montre-t-il l'importance de souligner les grandes différences communales qu'un regard exclusif sur la frontière linguistique pourrait négliger. En France, l'analyse à l'échelle des bassins d'emploi accuse les différences mesurées au seul échelon des régions ou des départements. Autrement dit, chaque territoire se caractérise par une forte identité sanitaire. Ses résultats de mortalité et de morbidité peuvent évoluer de façon absolue en raison des différents facteurs qui les influencent, mais cela ne signifie nullement qu'ils évoluent de façon relative par rapport à d'autres territoires pourtant *a priori* placés dans des conditions générales sanitaires semblables.

Certes, des actions spécifiques ou le jeu des migrations, internes, par exemple entre des villes-centres et des communes para urbaines, ou internationales, peuvent faire évoluer l'identité sanitaire des territoires. Mais aucune des études conduites ne permet de conclure qu'il puisse se produire, au sein d'un pays, de grands changements dans l'identité sanitaire relative des territoires, au moins sur une trentaine d'années. Cette permanence de l'importance de la géographie conduisant à différencier la mortalité et la morbidité selon les territoires ne doit pas conclure au pessimisme : elle rappelle que la nature même de la géographie consiste à établir l'existence d'inégalités territoriales. Le phénomène inégalitaire, qui est le propre de la géographie, ne doit pas être ressenti comme une fatalité mais, bien au contraire, comme un stimulant de politique sanitaire territoriale, ne serait-ce que pour ne pas régresser dans sa position relative.