

1. ÉTAT DE SANTÉ

1.8. Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile, qui mesure la proportion de décès chez les nourrissons de moins d'un an, reflète non seulement l'effet des conditions économiques et sociales sur la santé des mères et des nouveaux-nés mais aussi l'efficacité des systèmes de santé.

En 2007, les taux de mortalité infantile dans les pays de l'OCDE oscillaient entre deux à trois décès pour 1 000 naissances vivantes au Japon, dans les pays nordiques (Danemark excepté), en Irlande et au Luxembourg, jusqu'à 16 et 21 décès respectivement pour 1 000 naissances vivantes au Mexique et en Turquie (graphique 1.8.1). Ces taux étaient également relativement élevés (six décès ou plus pour 1 000 naissances vivantes) aux États-Unis et dans certains pays d'Europe centrale et de l'Est. En mettant à part la Turquie et le Mexique, la moyenne des 28 autres pays de l'OCDE était de quatre décès pour 1 000 naissances vivantes en 2007.

Les deux tiers environ des décès qui surviennent au cours de la première année de vie sont des décès néonataux (survenant entre la naissance et le 28^e jour). Dans les pays développés, les principales causes de mortalité néonatale sont les malformations congénitales, un poids de naissance insuffisant (enfants prématurés) et d'autres problèmes survenant pendant la grossesse. Les femmes ayant leurs enfants de plus en plus tard et le nombre des grossesses multiples augmentant du fait des traitements contre la stérilité, les naissances prématurées tendent à être de plus en plus nombreuses (voir l'indicateur 1.9 « Santé du nourrisson : faible poids à la naissance »). Dans un certain nombre de pays à haut revenu, ce phénomène a contribué à enrayer la tendance à la baisse des taux de mortalité infantile au cours des dernières années. L'augmentation des naissances de bébés de très faible poids a été la principale cause de la première hausse (depuis les années 50) du taux de mortalité infantile aux États-Unis entre 2001 et 2002. Pour les décès de nourrissons de plus d'un mois (mortalité post-néonatale), les causes possibles tendent à être plus variées, les plus courantes étant le syndrome de mort subite du nourrisson, les anomalies congénitales, les infections et les accidents.

Dans tous les pays de l'OCDE, les taux de mortalité infantile ont considérablement diminué par rapport à leurs niveaux de 1970, époque à laquelle la moyenne avoisinait les 30 décès pour 1 000 naissances vivantes (graphique 1.8.3). Cela équivaut à une réduction cumulée de plus de 80 % depuis 1970. Le Portugal a vu son taux de mortalité infantile diminuer en moyenne de plus de 7 % par an depuis 1970. Après avoir été le pays européen à la mortalité infantile la plus élevée, il est devenu en 2007 l'un des pays de l'OCDE où ce taux est le plus bas

(graphique 1.8.2). Des baisses importantes du taux de mortalité infantile ont été également observées en Corée et au Luxembourg. En revanche, la diminution de ce taux a été plus lente aux Pays-Bas et aux États-Unis. Dans ce pays où le taux de mortalité infantile était dans le passé bien inférieur à la moyenne (et à la valeur médiane) de l'OCDE, il est désormais supérieur à la moyenne (graphique 1.8.3).

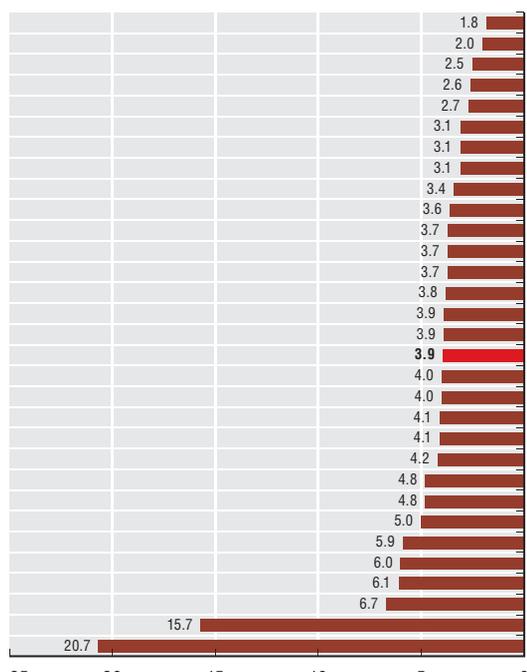
De nombreuses études ont utilisé le taux de mortalité infantile comme indicateur sanitaire pour examiner l'effet de divers déterminants médicaux et non médicaux de la santé (par exemple, Joumard *et al.*, 2008). Bien que la plupart des analyses montrent l'existence d'une relation globalement négative entre la mortalité infantile et les dépenses de santé, le fait que certains pays ayant un niveau élevé de dépenses de santé n'affichent pas nécessairement de faibles taux de mortalité infantile a conduit certains chercheurs à en conclure que l'amélioration des résultats ne passe pas nécessairement par une augmentation des dépenses de santé (Retzlaff-Roberts *et al.*, 2004). Un vaste corpus de recherches donne également à penser que de nombreux facteurs autres que la qualité et l'efficacité du système de santé, tels que les inégalités de revenus, l'environnement social, les modes de vie et les comportements individuels influent sur les taux de mortalité infantile (Kiely *et al.*, 1995).

Définition et écarts

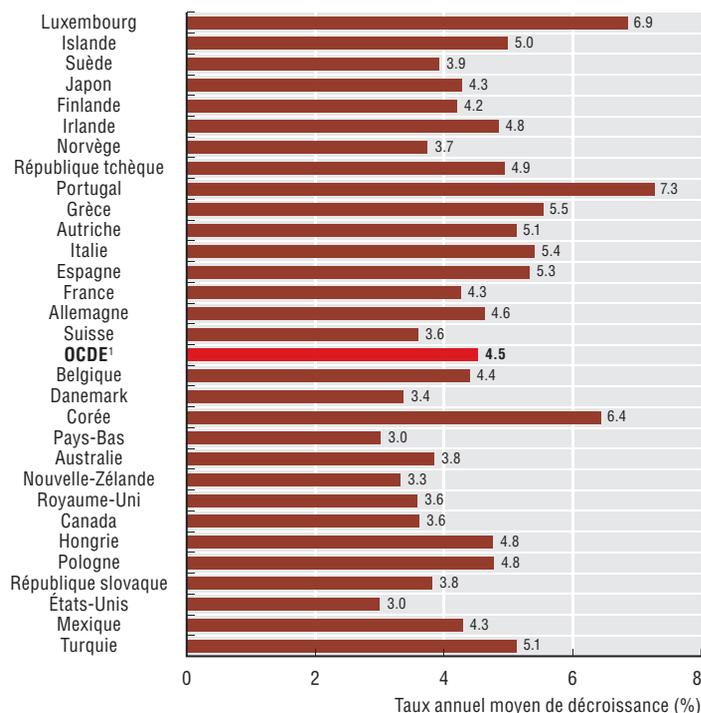
Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes, au cours d'une année. La mortalité néonatale est le nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours.

Certaines variations internationales des taux de mortalité infantile et néonatale peuvent s'expliquer en partie par les différentes manières d'enregistrer les prématurés. La plupart des pays ne prennent pas en considération l'âge gestationnel ou le poids pour l'enregistrement de la mortalité. En Norvège, pour être compté comme décès après naissance vivante, l'âge gestationnel doit dépasser 12 semaines. En République tchèque, en France, aux Pays-Bas et en Pologne, les conditions sont un âge gestationnel d'au moins de 22 semaines et/ou un minimum de poids de 500 g.

1.8.1 Taux de mortalité infantile, 2007 (ou dernière année disponible)

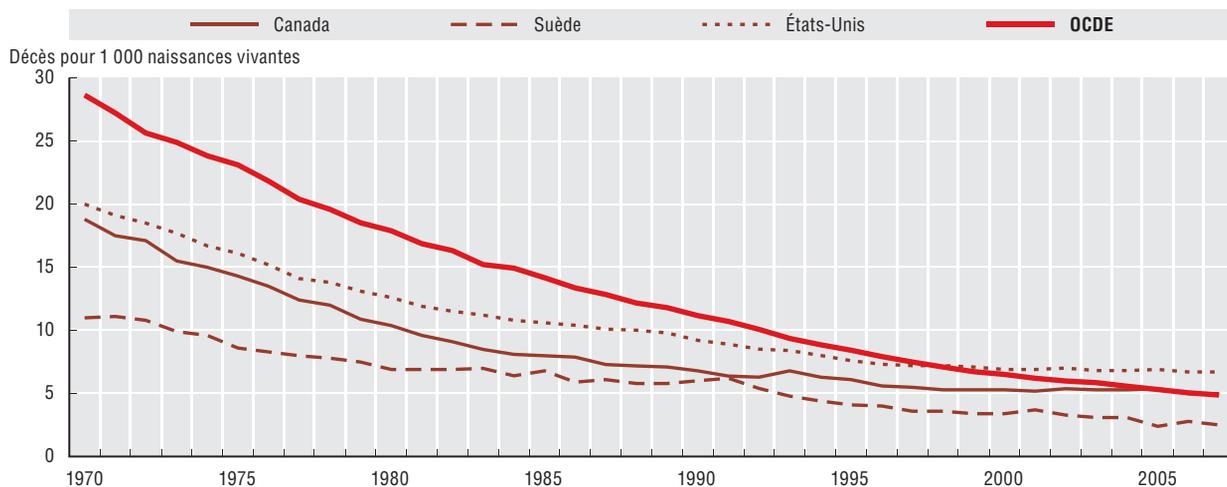


1.8.2 Déclin des taux de mortalité infantile, 1970-2007 (ou année la plus proche)



1. La moyenne OCDE exclut le Mexique et la Turquie en raison des taux élevés dans ces deux pays.

1.8.3 Taux de mortalité infantile dans quelques pays de l'OCDE, 1970-2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/721151848011>



Extrait de :
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2009), « Mortalité infantile », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-10-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.