



Études et Résultats

N° 808 • septembre 2012

La mortalité infantile dans les départements français d'outre-mer (2000-2008)

Sur la période 2000-2008, le taux de mortalité infantile, décès avant l'âge d'un an d'enfants nés vivants, reste deux fois plus élevé dans les départements d'outre-mer (7,8 décès pour mille) qu'en France métropolitaine (3,8 pour mille). Cette surmortalité est particulièrement marquée en Guyane avec 11,8 décès pour mille naissances vivantes, contre 6,8 à la Réunion, 7,1 en Guadeloupe et 7,2 en Martinique.

Pour les départements ultramarins comme en métropole, entre 40 et 50 % de ces décès surviennent dans la première semaine de vie et les affections de la période périnatale représentent la principale cause de mortalité infantile. Plus fréquentes dans les DOM, ces affections expliquent les deux tiers de la surmortalité infantile. Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques en expliquent environ 10 %.

Après 28 jours, le taux de décès par maladies infectieuses et morts violentes reste plus élevé dans les DOM qu'en France métropolitaine, mais contribue peu au différentiel car ces causes sont rares.

La proportion de décès pour lesquels la cause n'est pas renseignée varie d'un département à l'autre, signe de différences dans le processus de certification des causes de décès.

Roxane BOULOGNE¹, Lucie GONZALEZ², Albertine AOUBA¹, Sandrine DANET², Eric JOUGLA¹, Grégoire REY¹

1. Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (INSERM - CépидDc)

2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Le taux de mortalité infantile mesure la proportion de décès parmi les enfants de moins d'un an (*cf.* schéma). Cet indicateur caractérise la santé des populations et reflète, pour une zone géographique donnée, non seulement la qualité et l'efficacité du système de santé (prestations de soins, efficacité des soins préventifs, accès aux soins...), mais aussi l'impact de la situation économique et sociale (revenus, environnement social, niveau de scolarité des parents, modes de vie, comporte-

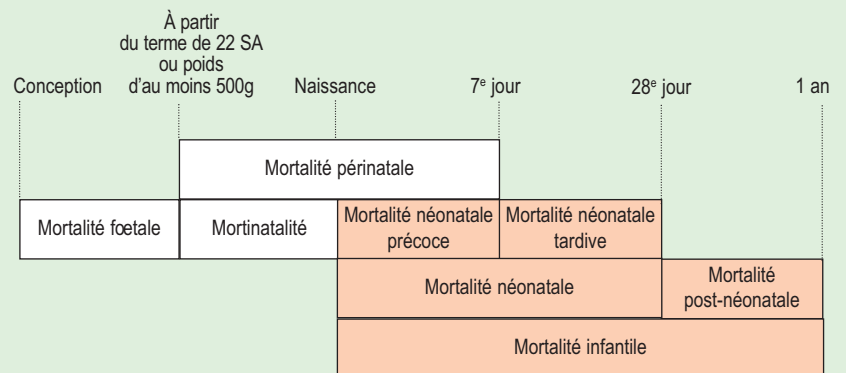
ments individuels) sur la santé des mères et des nouveau-nés.

À la fin des années 1990, on estimait déjà que le niveau atteint par le taux de mortalité infantile français (4,8 pour mille naissances en 1996) était faible, et donc les marges de manœuvre pour le réduire assez minces.

La survie des jeunes enfants pourrait cependant être améliorée par la réduction des différentiels géographiques analysés ci-dessous et des disparités sociales qui restent significatifs (encadrés 1, 2 et 3). Les premières études sur la mortalité

SCHÉMA

Les différentes composantes de la mortalité infantile



Note • Les taux sont calculés comme le nombre de décès à l'âge concerné rapporté à l'ensemble des naissances vivantes de l'année, sauf pour la mortinatalité et la mortalité périnatale où le dénominateur inclut les mort-nés.

Sources • Barbieri M., Catteau C., « L'évolution de la mortalité infantile à la Réunion depuis cinquante ans », *Population*, 58^e année, n°2, 2003, pp.229-251.

ENCADRÉ 1

Les politiques publiques de lutte contre la mortalité infantile depuis les années 2000

Nationalement, des actions de lutte contre la mortalité infantile ont été mises en œuvre depuis les années 2000 et sont évaluées.

L'annexe à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comporte deux objectifs axés sur la réduction de la mortalité périnatale et la baisse de la mortalité maternelle.

Le Plan périnatalité 2005-2007, qui ne comportait pas de volet spécifique à l'outre-mer, avait pour but d'équilibrer la sécurité de la prise en charge des femmes enceintes et la dimension humaine de l'accouchement. L'évaluation qualitative de ce plan a été menée entre 2009 et 2010, dans quatre régions métropolitaines et un département d'outre-mer (la Réunion). Concernant l'évaluation quantitative de ce Plan, les principaux résultats de la dernière enquête nationale périnatale ont été publiés en octobre 2011¹.

Une note fixant les orientations nationales en matière de périnatalité et de petite enfance a été adressée par le secrétariat général des ministères sociaux à l'ensemble des agences régionales de santé (ARS) en février 2011, incluant un objectif général de réduction de la mortalité et de la morbidité péri et néonatale. Un objectif complémentaire a été fixé aux ARS ultramarines à la suite du Conseil interministériel à l'outre-mer de 2009 : réduire l'écart entre le taux de mortalité infantile ultramarin et le taux métropolitain de 50 % entre 2010 et 2015.

1. Résultats disponibles sur le site du Ministère de la santé <http://www.sante.gouv.fr/perinatalite.html>

infantile dans les DOM ont été menées à partir de résultats d'enquêtes. Elles ont montré une forte baisse de la mortalité entre 1950 et 1995, avec cependant des écarts importants, notamment entre la Réunion et la Guyane.

Une exploitation approfondie des certificats de décès a été réalisée par le CépiDc sur la période 2000-

2008 (encadrés 4 et 5). Stable depuis 2005, le taux de mortalité infantile sur le territoire français s'établissait à 3,8 pour mille en 2008, le taux de mortalité infantile de chacun des quatre DOM étant supérieur à ceux de chacun des départements métropolitains.

Au-delà de la comparaison des taux de mortalité infantile entre les

départements métropolitains et ceux d'outre-mer¹, ces travaux permettent d'analyser la répartition des décès avant un an par causes, en fonction de l'âge de l'enfant au décès.

Si l'on observe globalement une baisse significative des taux de mortalité infantile en France métropolitaine entre 2000 et 2008, les évolutions sont difficilement interprétables pour les DOM. Le nombre de décès annuel moyen varie entre 39 et 99 selon le DOM (tableau 1) et leur impact sur le niveau d'espérance de vie à la naissance est faible. Les fluctuations annuelles sont telles qu'aucune tendance ne se dégage, malgré l'utilisation de méthodes statistiques adaptées à l'analyse d'événements rares. Pour cette raison, les données sont regroupées pour la période 2000-2008, et nous présentons ici une comparaison de la mortalité infantile entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine.

Des taux de mortalité infantile plus élevés dans les DOM qu'en France métropolitaine

Sur la période 2000-2008, la mortalité des enfants de moins d'un an résidant dans les DOM est supérieure à celle observée en France métropolitaine, avec un taux moyen sur la période 2000-2008 de 7,8 décès pour mille naissances vivantes dans les DOM et 3,8 en France métropolitaine². La mortalité est la plus élevée en Guyane³ (11,8 pour mille, soit 3 fois le taux métropolitain) et presque deux fois supérieure dans les trois autres DOM (6,8 à la Réunion, 7,1 en Guadeloupe, 7,2 en Martinique).

Les taux de mortalité infantile des DOM sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine quels que soient le sexe de l'enfant et son âge au décès.

Deux tiers des décès avant un an surviennent au cours du premier mois

Les décès de la première année de vie sont principalement des décès néonataux, survenant au cours des quatre premières semaines : 66 %

1. Données « domiciliées », relatives aux résidents des DOM et non aux territoires.

2. La surmortalité infantile dans les DOM par rapport à la métropole s'observe quelle que soit l'année d'étude.

3. Le chiffre n'inclut pas le nombre important de femmes des pays voisins, dont le niveau de vie est plus bas qui franchissent la frontière pour accoucher en Guyane.

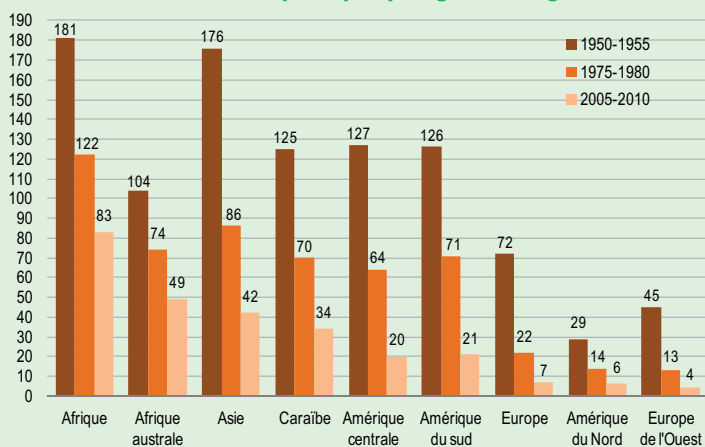
ENCADRÉ 2

Évolution de la mortalité infantile : cadrage historique et comparaisons géographiques

La mortalité infantile en France est en baisse depuis le début du XX^e siècle, où 14 % des enfants mouraient avant leur premier anniversaire. Ce mouvement s'est fortement accéléré après la deuxième guerre mondiale, avec d'abord des progrès enregistrés surtout dans la période post-néonatale puis, à partir de la fin des années soixante, un recul rapide de la mortalité des premiers jours. La baisse de la mortalité post-néonatale serait liée à l'amélioration des conditions de vie de la population et à l'efficacité de la lutte contre les maladies infectieuses et respiratoires. À partir de la fin des années 1960, ce sont la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement et les avancées considérables en matière de néonatalogie qui ont permis à la baisse de se poursuivre.

La baisse de la mortalité infantile est observée dans toutes les zones géographiques (graphique). Dans les pays de l'OCDE, les taux de mortalité infantile ont nettement diminué par rapport à leurs niveaux des années 1970, où ils s'établissaient, en moyenne, à près de 30 décès pour mille naissances vivantes, comparé à 4,4 en 2009, avec peu de variations d'un pays à l'autre¹.

Taux de mortalité infantile pour quelques grandes régions du monde



Source • Meslé F., Toulemon L., Véron J., 2011, *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Armand Colin, 528 p.

Dans les pays développés, les femmes ont plus souvent des enfants tardivement et le nombre de grossesses multiples dues aux traitements contre la stérilité augmente. De ce fait, le nombre de naissances prématurées tend à s'accroître, en lien avec les progrès de l'obstétrique et de la néonatalogie. Selon l'OCDE (2011), dans un certain nombre de pays à hauts revenus, ce phénomène a contribué à interrompre la tendance à la baisse des taux de mortalité infantile ces dernières années. En France métropolitaine, on observe que la mortalité infantile stagne depuis le milieu des années 2000, avec une augmentation des taux de mortalité néonatale, notamment néonatale précoce, alors que la mortalité post-néonatale recule. L'analyse des décès au moment de la naissance est cependant difficile à mener du fait d'une frontière poreuse entre mortinatalité et mortalité néonatale précoce.

D'après les dernières statistiques de l'état-civil de l'INSEE, le taux de mortalité infantile sur le territoire français s'établit à 3,9 pour mille en 2009, soit 3 179 décès (3,6 en 2010 et 3,5 en 2011 - données provisoires).

1. Les variations internationales des taux de mortalité infantile peuvent en partie s'expliquer par des différences de pratiques en matière d'enregistrement des naissances prématurées, la plupart des pays n'appliquant pas de critères d'âge gestationnel ou de poids pour enregistrer la mortalité.

pour la France métropolitaine et entre 63 % en Guyane et 74 % en Martinique pour l'outre-mer (période 2000-2008). Ceux-ci surviennent surtout au cours de la période néonatale précoce c'est-à-

dire entre 0 et 6 jours après la naissance. C'est le cas en France métropolitaine avec 46 % des décès.

Dans les DOM, on observe une proportion plus élevée des décès néonataux précoces en Martinique et

à la Réunion (autour de 53 %) et plus faible en Guadeloupe (39 %).

Une part variable de décès de causes inconnues ou mal définies

La hiérarchie des causes de décès avant un an diffère peu entre les départements ultramarins et métropolitains, à l'exception des causes inconnues ou mal définies – leur part est faible à la Réunion (5 %) et forte en Guyane (16 %), proche de celle mesurée en France métropolitaine (14 %) – et d'une proportion de décès par maladies infectieuses supérieure en Guadeloupe à celle des morts violentes. Les décès par causes inconnues ou mal définies sont principalement ceux pour lesquels la cause n'est pas renseignée. Des différences dans la certification des causes de décès sont possibles selon les départements, probablement en rapport, pour certains, avec les moyens de diagnostic. Les disparités de décès par mort subite du nourrisson⁴ (qui fait partie des causes inconnues ou mal définies) pourraient ainsi s'expliquer par des notifications différentielles entre départements. Elles sont plus fréquentes dans les départements métropolitains et pourraient être liées à des investigations plus courantes dans les centres de référence, plus nombreux que dans les DOM. Pour autant, il n'y a pas que les décès par mort subite, survenant en majorité pendant la période post-néonatale qui pourraient être sous-estimés dans les DOM. En témoigne par exemple la forte proportion de décès de causes inconnues pour la période néonatale précoce en Guyane : 107 pour 100 000 naissances contre 12 en France métropolitaine.

Les affections de la période périnatale : principale cause de mortalité infantile

La majeure partie de la mortalité infantile est due à une affection de la période périnatale⁵ : 48 % en France métropolitaine sur la période 2001-2008, entre 47 % en Guyane et 60 % à la Réunion. La deuxième

4. Désormais le terme de mort inattendue du nourrisson (MIN) est utilisé afin de prendre en compte tous les cas de mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait la laisser prévoir (Haute Autorité de santé, 2007 - Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson)

5. Codes P00-P969 de la CIM 10 comprenant les troubles maternels, complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement, les anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus, les hypoxies intratérines et asphyxies obstétricales, les affections respiratoires, les infections spécifiques de la période périnatale, les affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né et les entérocolites nécrosantes.

TABLEAU 1

Naissances vivantes, décès et taux de mortalité avant un an

	Naissances vivantes Total sur 2000-2008	Décès avant un an Total sur 2000-2008	Nombre moyen annuel de décès avant un an	Répartition des décès selon l'âge du bébé au décès (en %)			Taux de mortalité pour 1000 naissances vivantes			
				0-6 jours	7-27 jours	28-365 jours	0-6 jours	7-27 jours	28-365 jours	avant un an
Guadeloupe	63 975	455	51	39,3	27,0	33,6	2,8	1,9	2,4	7,1
Guyane	51 337	607	67	45,5	17,6	36,9	5,4	2,1	4,4	11,8
Martinique	48 792	354	39	51,7	22,6	25,7	3,7	1,6	1,9	7,2
Réunion	131 645	895	99	52,6	20,1	27,3	3,5	1,4	1,9	6,8
DOM	295 749	2 311	257	48,0	21,2	30,8	3,7	1,7	2,4	7,8
Métropole	6 976 170	26 743	2 971	45,7	20,1	34,3	1,7	0,8	1,3	3,8

Champ • Départements d'outre-mer et métropole, période 2000-2008.

Sources • INSEE, certificats de décès INSERM-CépiDc

ENCADRÉ 3

Des conditions sociales plus défavorables dans les départements d'outre-mer

Les départements français d'outre-mer présentent de fortes disparités géographiques et démographiques. Ils partagent également des conditions socioéconomiques plus défavorables qu'en France métropolitaine, ce qui explique probablement une partie de la surmortalité infantile dans les DOM. La précarité et la pauvreté y sont plus répandues, avec plus d'un quart de la population bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2009 contre moins de 6 % en France métropolitaine. Les taux de chômage dépassent 20 % de la population active (contre 10 % en France métropolitaine) et la part des bénéficiaires du RMI (aujourd'hui RSA) dans la population est de 3 à 6 fois supérieure à celle de la métropole.

Les conditions de déroulement des grossesses et la santé à la naissance diffèrent fortement entre la métropole et les DOM. D'après l'enquête nationale périnatale réalisée en 2003, en outre-mer 29 % des mères avaient moins de 25 ans, dont 9 % moins de 20 ans, contre respectivement 19 % et 3 % en France métropolitaine. 19 % des mères résidant dans les DOM avaient un niveau d'étude supérieur au bac, contre 43 % en France métropolitaine. 37 % des femmes vivaient seules à la naissance (contre 7 %) et 12 % des femmes n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse (contre 3 %). La surveillance prénatale minimale recommandée était moins souvent assurée dans les DOM qu'en métropole : 8 femmes sur 10 avaient eu au moins 7 consultations et 88 % au moins 3 échographies pendant leur grossesse (respectivement 91 % et 97 % en métropole). Les interventions à la naissance et les caractéristiques des nouveau-nés indiquaient la présence de complications et d'un état de santé plus fragile : les hospitalisations prénatales étaient plus fréquentes (28 %, contre 19 %) et les césariennes également (24 % versus 20 % en métropole). Le taux de prématurité et d'enfants de petit poids de naissance (12 % chacun) était environ deux fois plus élevé qu'en métropole parmi les naissances vivantes (respectivement 6 % et 7 %).

Concernant l'offre de soins, la situation des DOM par rapport à la métropole est contrastée. Si la densité de médecins généralistes libéraux par habitant dans les DOM est nettement en dessous de la moyenne nationale, elle est au-dessus pour les infirmières libérales, sauf en Guyane. Quant à l'offre hospitalière, le nombre de lits et places par habitant en soins aigus est proche de la moyenne nationale aux Antilles mais en deçà en Guyane et à la Réunion ; le nombre de lits pour 1 000 accouchements est, en 2009, supérieur à la moyenne nationale (22) en Martinique (31) et en Guyane (24) et inférieure à la Réunion (18) et en Guadeloupe (19). En Guyane, la faiblesse des réseaux de communication et l'enclavement de certaines zones renforcent les inégalités d'accès aux dispositifs sanitaires, notamment préventifs.

cause des décès correspond aux malformations congénitales ou anomalies chromosomiques⁶ : 21 % en France métropolitaine et 16 % en moyenne dans les DOM. Les décès par morts violentes⁷ et maladies infectieuses⁸ arrivent en dernière position.

Cette hiérarchie des causes ne diffère pas pour la période néonatale. Après le premier mois de vie, la prédominance des affections de la période périnatale n'est plus aussi nette du fait d'une hausse de la proportion de décès par maladies infectieuses (de 5 % pour la Réunion à 12 % pour la Guyane), par mort violente (de 7 % en Guadeloupe à 13 % en Guyane) et par mort subite du nourrisson. Si le ratio global DOM/France métropolitaine pour les décès post-néonataux est plus faible (inférieur à 2) que pour les décès néonataux (supérieur à 2), on observe une plus forte dispersion entre les DOM pour la mortalité post-néonatale, dont le niveau, selon certains auteurs, refléterait

davantage les effets du milieu socio-économique que ceux de l'environnement médical.

Deux tiers de la surmortalité infantile dans les DOM dus à des affections de la période périnatale

La surmortalité infantile des DOM est surtout attribuable aux décès dus à une affection de la période périnatale⁹ (tableau 2). Quel que soit le DOM, la mortalité infantile par affections de la période périnatale est supérieure à celle de la France métropolitaine, allant de 419 pour 100 000 naissances en Guadeloupe et à la Réunion à 551 en Guyane, pour un taux métropolitain de 182. Ceci est particulièrement vrai pour la période néonatale précoce : les différentiels de mortalité par affections de la période périnatale représentent la majeure partie de l'écart de mortalité avec la France métropolitaine des 0-6 jours (62 % de l'écart pour la Guyane et 91 % pour la Réunion). Au total, les affections de

la période périnatale expliquent les deux tiers de la surmortalité dans les départements d'outre-mer.

Parmi les décès dus à des affections de la période périnatale, les décès par détresse respiratoire sont plus de trois fois plus fréquents dans les DOM, même s'ils sont peu nombreux et contribuent peu à l'écart avec la France métropolitaine.

Le groupe des malformations congénitales et anomalies chromosomiques vient ensuite, expliquant 13 % de l'écart avec la France métropolitaine. Les taux varient de 110 pour 100 000 en Martinique à 184 pour la Guyane, contre 79 en France métropolitaine¹⁰.

Les décès par maladies infectieuses et parasitaires sont rares et contribuent peu au différentiel avec la France métropolitaine. Ils représentent en effet moins de 2 % des causes de décès en France métropolitaine (7 décès pour 100 000 naissances) contre 5 % en Guyane (57) et ils surviennent surtout après le 1^{er} mois de vie.

■ TABLEAU 2

Causes médicales des décès avant un an

Taux pour 100 000 naissances

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Réunion	Métropole	Contribution à l'écart entre l'ensemble des DOM et la métropole
Affections de la période périnatale	419	551	428	420	182	64 %
anomalies durée gestation, croissance du fœtus	35	58	33	58	19	
autres affections respiratoires	33	37	56	35	16	
complications grossesse	13	52	28	44	12	
complications placenta, cordon ombilical, membrane	25	52	16	44	20	
détresse respiratoire	30	49	33	23	8	
entérocolite nécrosante	9	15	19	9	5	
hypoxie intra-utérine	44	39	44	36	21	
affections hémorragiques et hématologique du fœtus et du nouveau-né	58	47	63	43	24	
infections spécifiques de la période périnatale	59	71	58	45	15	
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	121	184	110	124	79	13 %
anomalies chromosomiques	20	15	14	11	9	
malformation congénitale de l'appareil circulatoire	59	76	52	50	34	
malformation congénitale de l'appareil respiratoire	16	7	7	11	4	
malformation congénitale du système nerveux	5	32	14	20	10	
malformation congénitale du système ostéoarticulaire et des muscles	5	15	5	9	10	
Maladies infectieuses et parasitaires	23	57	14	11	7	4 %
Causes inconnues ou mal définies	73	191	97	38	52	7 %
mort subite du nourrisson	27	24	30	26	33	
Mort violente	18	63	14	25	11	4 %
Autres causes	57	128	56	78	43	9 %

Champ • Départements d'outre-mer et métropole, période 2001-2008.

Sources • Certificats de décès INSERM-CépiDc

6. Codes Q00-Q999 de la CIM 10 comprenant les malformations congénitales du système nerveux, de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, du système ostéo-articulaire et des muscles et les anomalies chromosomiques.

7. Les morts violentes correspondent ici aux causes externes au sens de la CIM-10 : codes V01-Y89 comprenant les accidents notamment ceux affectant la respiration (W75-W849).

8. Codes A00-B999 de la CIM 10.

9. Le poids relatif de chacune des causes dans l'écart entre la mortalité de chaque DOM et celle de la France métropolitaine a été estimé en divisant l'écart des taux par causes à l'écart des taux toutes causes confondues.

10. A noter que l'écart avec la France métropolitaine n'est pas significatif au seuil de 5% pour la Martinique.

L'enregistrement des décès avant un an

L'étude de la mortalité infantile et des causes de décès correspondantes se fonde sur des données issues de la partie médicale du certificat de décès rempli par les médecins lors des constats de décès. En France, il existe deux types de certificats de décès pour les enfants nés vivants :

- **Après 28 jours de vie, le certificat à remplir correspond au certificat général.** Un premier volet destiné à la mairie puis à l'INSEE comporte les nom, prénom, date de naissance, sexe, lieu de domiciliation du défunt ainsi que les date, lieu et heure du décès. La présence ou non d'un obstacle médico-légal et diverses informations sur la mise en bière ou le don d'organe sont également spécifiées. Un second volet anonyme permet de spécifier les causes médicales du décès. Il comporte certains renseignements individuels (sexe, date de naissance et de décès), les causes du décès notifiées selon le modèle international préconisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des informations complémentaires sur le décès (autopsie, lieu du décès...). Il doit être clos afin de préserver la confidentialité. Il est destiné aux agences régionales de santé puis au CépiDc chargé de l'analyse des causes médicales des décès.
- **Depuis 1998, pour les décès survenus entre la naissance et 27 jours révolus, le médecin doit remplir un certificat de décès néonatal.** La partie anonyme de ce dernier renseigne les deux origines possibles du décès, c'est à dire les pathologies de l'enfant mais aussi les causes maternelles et obstétricales le cas échéant. Il comporte certaines informations sur l'enfant (rang dans la fratrie, âge gestationnel, poids à la naissance...) et sur ses parents (âge de la mère,

groupe social du père et de la mère, état matrimonial...), peu exploitées à ce jour car assez mal renseignées. Une cause initiale du décès est ensuite déterminée pour chacun des décès enregistrés. Elle est définie comme étant la maladie ou le traumatisme à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès. Elle est sélectionnée selon les règles de la classification internationale des maladies de l'OMS 10ème révision (CIM-10).

Pour les enfants mort-nés, avant 2001, aucun acte n'était établi si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). À partir de 2001, un acte d'enfant sans vie pouvait être établi dès 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pesait au moins 500 grammes. Depuis août 2008¹, sur production d'un certificat médical d'accouchement, tout enfant mort-né ou né vivant mais non viable peut donner lieu à un enregistrement à l'état civil. Ces changements législatifs pourraient avoir eu des effets différentiels sur l'enregistrement des mort-nés et des enfants nés vivants et décédés le premier jour de vie et donc un impact sur les niveaux des indicateurs mesurés. Avec 3 181 enfants décédés avant un an et 7 999 enfants nés sans vie en 2006 en France métropolitaine, on mesure la portée de l'imprécision éventuelle de la frontière entre mortinatalité et mortalité infantile sur l'estimation de la mortalité infantile.

¹ Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil et arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

ENCADRÉ 5

Méthodologie d'analyse de la mortalité

Les données sur les décès proviennent de la base nationale des causes médicales de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc) pour les années 2000-2008. Comme les causes de décès ne sont pas disponibles en Guyane pour l'année 2000, l'étude des causes de décès a été restreinte à la période 2001-2008.

Les données de naissances vivantes sont issues des fichiers d'état civil de l'INSEE. L'enquête nationale périnatale contient des informations détaillées sur cette période. Elle repose sur un échantillon représentatif de naissances, les dernières éditions datant de 2010 et 2003. La faible taille de l'échantillon ne permet cependant pas une analyse au niveau de chacun des DOM. En outre, la Martinique a bénéficié d'une extension d'échantillon en 2003 mais n'a pas participé à l'édition 2010 de l'enquête.

Pour en savoir plus

- Aouba A., Péquignot F., Bovet M., Jouglu E., 2008, « Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 3-4, 22, janvier.
- Barbieri Magali, 1998, « La mortalité infantile en France », *Population*, 53^e année, n° 4, pp.813-838.
- Blondel B., et al., 2005, Enquête périnatale 2003 - situation en 2003 et évolution depuis 1998, DGS - DREES - INSERM.
- Blondel B., Kermarrec M., 2011, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 - Enquête nationale périnatale 2010, DREES-DGS-INSERM U 953, mai.
- DREES, 2011, Recueil d'indicateurs régionaux - Offre de soins et état de santé, mars.
- Mazuy M., Prioux F., Barbieri M., 2011, « L'évolution démographique récente en France. Quelques différences entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine », *Population-F*.
- Meslé F., Toulemon L., Véron J., 2011, Dictionnaire de démographie et des sciences de la population, Armand Colin.
- OCDE, 2011, Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE.
- Pison G., 2010, « Le recul de la mortalité des enfants dans le monde : de grandes inégalités entre pays », *INED, Population et Sociétés*, n° 463, janvier.
- Vilain A., et al., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *DREES, Études et Résultats*, n° 383, mars.
- INPES, 2009, Promouvoir la santé dans les DOM, La Santé de l'homme n° 403, septembre-octobre et n° 404, novembre-décembre.
- ORS de Martinique, 2006, Enquête périnatale en Martinique. Situation en 2003 et évolution depuis 1998, septembre.