



# Actualités OFS

## BFS Aktuell

## Attualità UST



14 Santé

Neuchâtel, 3.2012

## Mortinaissances et mortalité infantile 2003–2010

### Evolutions, causes de décès et facteurs de risque

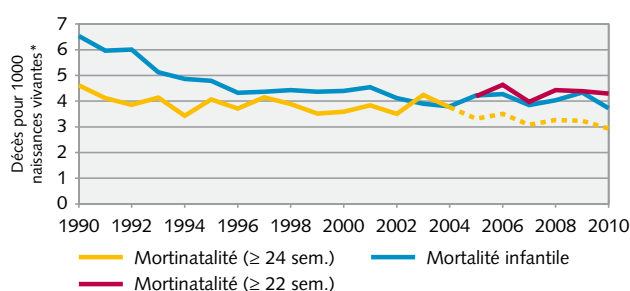
**La mortalité infantile n'a que très faiblement diminué ces dernières années alors que la mortinatalité reste relativement stable depuis le début des années 1990. Qui sont les enfants les plus exposés et les grossesses les plus à risque?**

Si le taux de mortinatalité<sup>1</sup> a été divisé par deux entre 1970 et 1990, il est resté quasiment stable depuis 1990 et le nombre de mortinaissances enregistrées est même en légère augmentation depuis quelques années (G1).

Le taux de mortalité infantile<sup>2</sup> a quant à lui diminué d'environ 40% entre 1990 et 2010. Ce recul devient de moins en moins marqué au fil du temps. Actuellement, moins de cinq enfants pour 1000 décèdent avant leur premier anniversaire (ce qui correspond à 300–330 décès par an), avec une surmortalité d'environ 20% des garçons par rapport aux filles.

**Mortinatalité et mortalité infantile**  
1990–2010

G 1



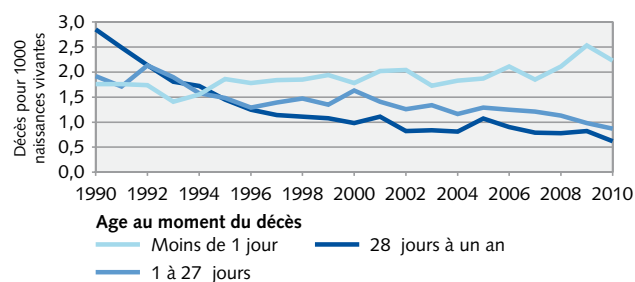
\* Mortinatalité: pour 1000 naissances

© OFS

Cependant, au 1<sup>er</sup> janvier 2005, la limite d'enregistrement des mortinaissances est passée de 24 semaines de gestation à 22, ce qui a logiquement entraîné une hausse du nombre de mortinaissances enregistrées. Actuellement, 340 à 350 mortinaissances sont annoncées chaque année.

**Taux de mortalité selon la durée de vie de l'enfant**  
1990–2010

G 2



© OFS

On constate que les décès durant les premières 24 heures après la naissance sont en légère augmentation, alors que les décès plus tardifs diminuent (G2). Cette diminution est particulièrement marquée pour les décès survenant à 28 jours ou plus, ce qui s'explique principalement par le fort recul des cas de mort subite du nourrisson depuis le début des années 1990. La distribution par âge des enfants décédés a par conséquent changé entre 1990 et 2010. Les décès d'enfants de moins de un jour représentaient environ un quart des cas en 1990 contre près de 60% actuellement.

<sup>1</sup> Nombre d'enfants mort-nés (mortinaissances) pour 1000 naissances (naissances vivantes et mortinaissances).

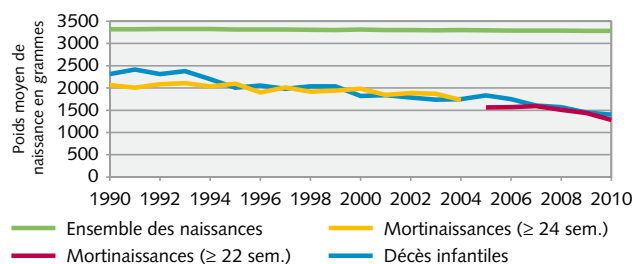
<sup>2</sup> Nombre de décès d'enfants de moins de un an pour 1000 naissances vivantes.

### Poids de naissance, âge gestationnel et naissances multiples

Le poids de naissance des enfants mort-nés et des enfants décédés avant un an s'est également modifié depuis 1990 (G3). Alors que le poids moyen de l'ensemble des naissances a diminué d'une trentaine de grammes entre 1990 et 2010, le poids de naissance moyen des enfants décédés avant un an est passé d'un peu plus de 2300g à moins de 1500g. Le poids des enfants mort-nés a connu une évolution similaire, l'abaissement de la limite d'enregistrement accentuant encore un peu le phénomène.

**Poids de naissance**  
1990–2010

G 3



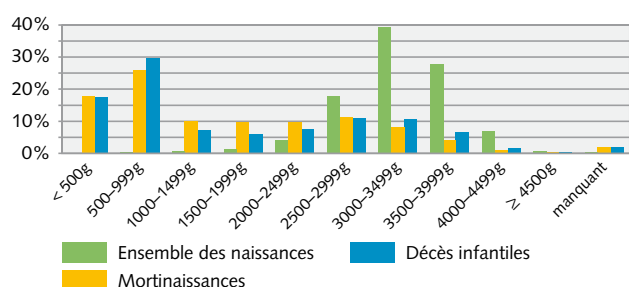
© OFS

La répartition du poids parmi les mortinaissances et les enfants décédés avant un an est très différente de celle que l'on observe pour les naissances dans leur ensemble (G4). Globalement, plus de 80% des enfants pèsent entre 2500g et 4000g à la naissance. Plus de 40% des mortinaissances et décès infantiles concernent des enfants avec un poids de naissance de moins de 1000g, alors que cette catégorie de poids ne représente que 0,4% de l'ensemble des naissances. La proportion de naissances avec un poids extrêmement faible parmi les mortinaissances et les enfants décédés avant un an a très fortement augmenté depuis 1990, ce qui explique la diminution de leur poids moyen.

### Répartition du poids: toutes naissances, mortinaissances et décès infantiles

2003–2010

G 4



© OFS

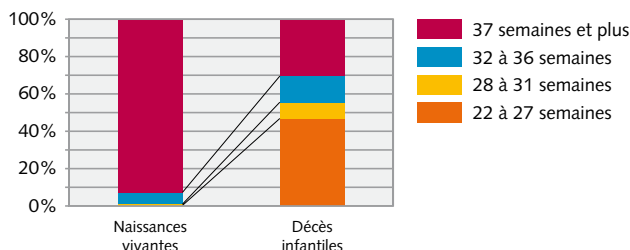
Le taux de mortinatalité et de mortalité infantile est extrêmement élevé dans les catégories de poids les plus basses et chez les enfants présentant une prématurité importante. Près d'une naissance sur deux avec un poids inférieur à 500g est une mortinaissance, une sur quatre entre 500 et 1000g. Près d'un tiers des enfants nés vivants avec un poids inférieur à 1000g décèdent avant leur premier anniversaire, le plus souvent dans les heures suivant la naissance. A titre de comparaison, ce risque est d'un pour mille pour les enfants pesant au moins 2500g à la naissance.

Le poids de l'enfant croît au cours de la grossesse et les enfants nés prématurément ont par conséquent en moyenne un poids de naissance inférieur aux enfants nés à terme. L'augmentation de la proportion de nouveau-nés avec un poids extrêmement faible parmi les mortinaissances et décès infantiles est donc liée à une augmentation de la proportion de naissances présentant une prématurité importante.

### Répartition des naissances vivantes et des décès infantiles selon l'âge gestationnel

2007–2010

G 5



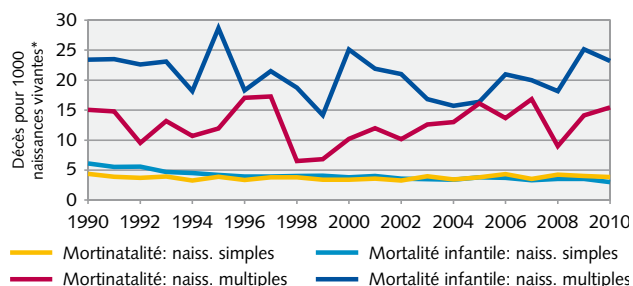
© OFS

Les naissances prématurées représentent 7,7% de l'ensemble des naissances, mais une majorité des cas de mortinaissance et décès infantiles. Trois quarts des mortinaissances se produisent avant terme et près de 70% des cas de décès infantile concernent des enfants prématurés. Plus la prématurité est importante et plus la mortalité augmente. C'est en particulier le cas des naissances avant 28 semaines qui représentent moins de 0,4% des naissances vivantes entre 2007 et 2010, mais 47% des décès infantiles pour la même période (G5). Le risque de décès infantile est de près de 50% chez les enfants nés avant 28 semaines alors qu'il est d'environ un sur mille pour les enfants nés à terme.

### Mortinatalité et mortalité infantile: naissances simples et multiples

1990–2010

G 6



\* Mortinatalité: pour 1000 naissances

© OFS

La proportion de naissances multiples augmente régulièrement et est passée de 23 enfants sur 1000 en 1990 à 37 enfants sur 1000 en 2010. Cela s'explique par l'élévation de l'âge des mères et par un recours plus fréquent à la médecine de la reproduction. Le risque de mortinaissance est 3 à 4 fois plus élevé parmi les naissances multiples que parmi les naissances simples et le risque de décès avant un an 5 à 6 fois plus élevé (G6). Les enfants issus d'une grossesse multiple naissent 3 à 4 semaines plus tôt et pèsent en moyenne 1kg de moins à la naissance, ce qui explique leur mortalité plus importante. Cependant, pour un même poids ou un même âge gestationnel, la mortalité des naissances multiples est souvent inférieure ou équivalente à celle des naissances simples.

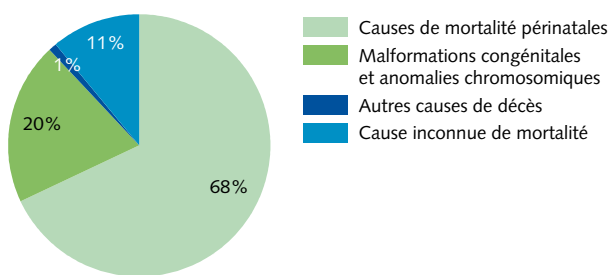
Parmi les naissances simples, celles présentant un retard de croissance intra-utérin<sup>3</sup> (appelé aussi hypotrophie néonatale ou SGA pour «small for gestational age») ont un risque 5 fois plus élevés d'être des mortinaissances et 3 fois plus élevé de déboucher sur un décès avant un an que celles ne présentant pas de retard de croissance.

### Causes de décès

Les mortinaissances sont le plus souvent liées à une cause de mortalité périnatale (G7). Les causes de mortalité périnatales les plus fréquentes sont une complication concernant le placenta, le cordon ombilical ou les membranes, une mort fœtale de cause inconnue, une affection liée à une hypertension de la mère ou une rupture prématurée des membranes. Environ une mortinaissance sur cinq est causée par une malformation ou une anomalie chromosomique.

**Causes de décès des mortinaissances**  
2007–2009

G 7

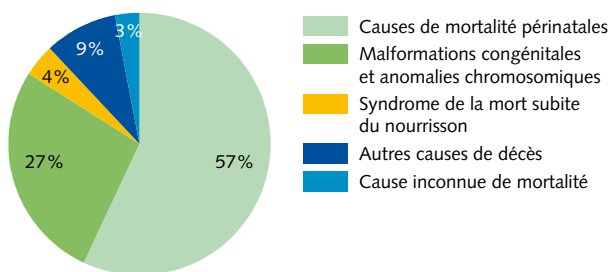


© OFS

Actuellement, plus de la moitié des décès avant un an font suite à une cause de décès directement liées à la grossesse et à la naissance. Il s'agit par exemple de la rupture prématurée des membranes, d'une infection de la cavité amniotique, d'un accouchement prématuré, d'une asphyxie obstétricale ou d'une détresse respiratoire du nouveau-né. Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques sont à l'origine d'un peu plus d'un quart des décès. 4% des décès sont dus au syndrome de la mort subite du nourrisson et les autres décès se répartissent entre d'autres types de cause (9%) ou une cause qui n'a pas pu être déterminée (G8).

**Causes de décès infantiles**  
2007–2009

G 8



© OFS

<sup>3</sup> Naissance présentant un poids inférieur au 10<sup>e</sup> percentile du poids à la naissance d'une population de référence, du même sexe et au même âge gestationnel.

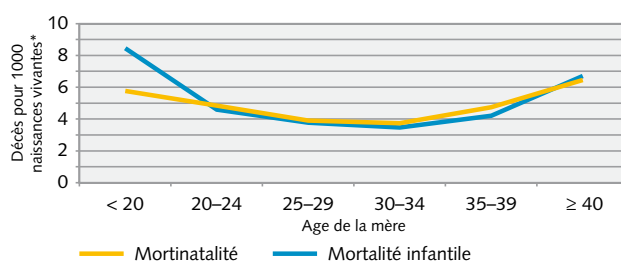
Chez les prématurés nés avant 28 semaines, les causes de décès périnatales sont les plus fréquentes, alors que les enfants nés à terme décèdent plutôt en raison d'une malformation congénitale ou d'une anomalie chromosomique.

### Facteurs de risque maternels

Le risque de mortinaissance ou de décès infantile varie en fonction de l'âge des mères concernées. Le risque est plus élevé chez les mères les plus jeunes et chez les plus âgées (G9). Le nombre de naissances est relativement faible dans ces catégories d'âge. Entre 2003 et 2010, les enfants de femmes ayant moins de 20 ans, ou 40 ans et plus, constituaient respectivement 1,3% et 4% des naissances.

**Mortinatalité et mortalité infantile selon l'âge de la mère**  
2003–2010

G 9



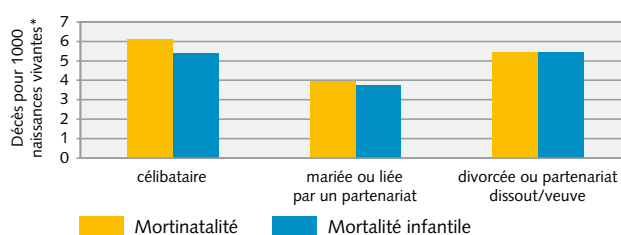
\* Mortinatalité: pour 1000 naissances

© OFS

La mortalité infantile varie selon le rang de naissance. Lorsqu'il s'agit du premier enfant ou du deuxième, le risque de décès était d'environ 4 sur 1000 entre 2003 et 2010. Il était légèrement plus faible pour le troisième enfant (3,7/1000), mais plus élevé pour les enfants de rang plus élevé: 4,4/1000 pour le quatrième enfant et 5,4/1000 pour les enfants de rang supérieur qui représentent 3,5% des naissances.

**Mortinatalité et mortalité infantile selon l'état civil de la mère**  
2003–2010

G 10



\* Mortinatalité: pour 1000 naissances

© OFS

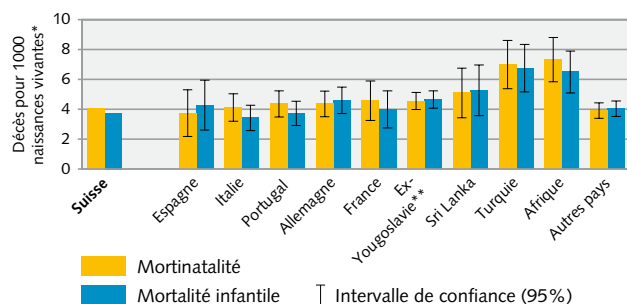
Les taux de mortinatalité et de mortalité infantiles sont plus élevés chez les femmes célibataires et chez celles qui sont divorcées ou veuves que parmi celles qui sont mariées ou liées par un partenariat enregistré (G10). Cet effet de l'état civil sur le risque de décès s'observe également à l'intérieur d'une même classe d'âge ou pour un même rang de naissance. La surmortalité des nouveau-nés de mères célibataires par rapport à ceux de femmes mariées est passée de plus de 70% au début des années 1990 à environ 50% à la fin des années 1990 et s'est stabilisée depuis.

On observe aussi des variations de mortalité selon la nationalité<sup>4</sup> de la mère. La mortalité est comparable entre les enfants de mères suisses et ceux de mères espagnoles, italiennes, allemandes et françaises (G11)<sup>5</sup>. Elle est légèrement plus élevée pour les enfants dont la mère est originaire d'un pays d'Ex-Yougoslavie et clairement plus importante parmi les enfants de mères turques ou africaines. Pour les mères sri-lankaises, la différence observée n'est pas statistiquement significative.

### Mortinatalité et mortalité infantile selon la nationalité de la mère

2003–2010

G 11



\* Mortinatalité: pour 1000 naissances

\*\* Bosnie, Croatie, Kosovo, Macédoine, Monténégro, Serbie et Slovénie

© OFS

### Sources des données et remarques méthodologiques

Les données utilisées proviennent de la statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) basée notamment sur le registre Infostar des offices d'état civil.

Pour les données 1990 à 2006, la liaison entre naissances vivantes et décès infantiles a été effectuée à l'aide d'une méthode probabiliste (93% d'appariements). Dès 2007, c'est le numéro STAR qui a été utilisé comme clé de liaison (plus de 99% d'appariements).

Le taux de mortalité infantile est généralement calculé en divisant le nombre de décès d'enfants de moins d'un an enregistrés durant une année civile par le nombre de naissances vivantes de la même année. Il peut aussi être calculé sur une cohorte de naissance. Dans ce cas, on relève les décès infantiles concernant les naissances vivantes d'une année, que ces décès aient lieu la même année ou l'année suivante. Cette méthode est employée lorsque l'on calcule des taux de mortalité en fonction d'une caractéristique enregistrée à la naissance comme le poids de naissance, l'âge gestationnel ou l'état civil de la mère. C'est donc cette méthode qui est utilisée ici.

<sup>4</sup> La nationalité est liée à un certain nombre de facteurs sociodémographiques qui peuvent agir en tant que déterminants de santé.

<sup>5</sup> Ces taux sont calculés sur la population résidente permanente et ne comprennent donc pas les mères requérantes d'asile, qui sont au bénéfice d'un séjour de courte durée ou qui ont accouché en Suisse, mais qui résident à l'étranger et ceci quelle que soit leur nationalité.

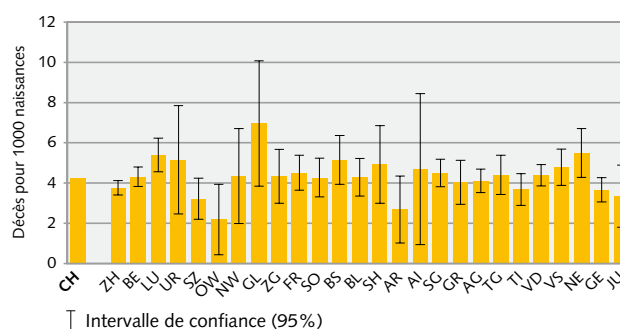
### Différences inter-cantoniales

Les taux de mortinatalité et de mortalité infantile varient entre les cantons. D'un point de vue statistique, il n'y a que le canton d'Obwald qui se distingue par un taux de mortinatalité inférieur à la moyenne suisse, ainsi que les cantons de Lucerne et de Neuchâtel par des taux supérieurs. Pour la mortalité infantile, des taux inférieurs à la moyenne sont enregistrés dans les cantons de Vaud et Genève, alors que Zurich présente un taux supérieur (G12 et G13).

### Mortinatalité selon le canton de domicile

2003–2010

G 12



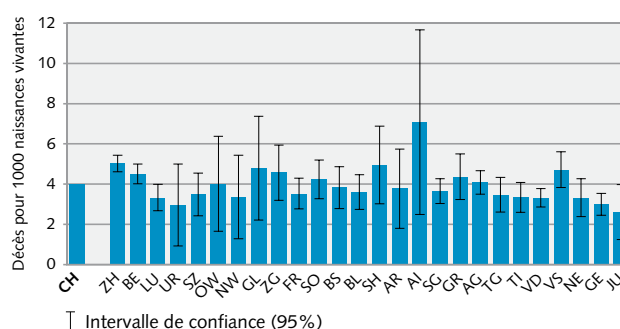
Intervalle de confiance (95%)

© OFS

### Mortalité infantile selon le canton de domicile

2003–2010

G 13



Intervalle de confiance (95%)

© OFS

### Autres informations sur Internet

Données concernant la mortalité infantile :

www.statistique.admin.ch &gt; Thème &gt; 14-Santé &gt; Procréation,

santé des nouveau-nés &gt; Mortalité infantile

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/01.html>

### Impressum

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Conception, rédaction: Sylvie Berrut

Série: Actualités OFS

Domaine: 14 Santé

Layout: OFS, Section DIAM, Prépresse / Print

Traductions: Services linguistiques OFS

Langues: disponible comme fichier pdf en allemand et français

Renseignements: Office fédéral de la statistique, Service d'information

Santé: tél. 032 713 67 00, e-mail: [gesundheit@bfs.admin.ch](mailto:gesundheit@bfs.admin.ch)

Commandes: N° de commande: 1243-1000-05, gratuit

tél.: 032 713 60 60, e-mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch), fax: 032 713 60 61