

# Les modes de régulation de la reproduction humaine

## Incidences sur la fécondité et la santé

*Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

**AIDELF**

# **La mortalité maternelle en Italie depuis les années du « baby boom » jusqu'à celles de la croissance zéro. Les incertitudes des statistiques (\*)**

---

**Carlo MACCHERONI**

Université « L. Bocconi », Milan, Italie

## **Introduction**

Le dernier cri d'alarme sur les tendances mondiales de la mortalité maternelle fut lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1988. Le texte dénonçait aussi combien ce risque est, avant tout, un risque « mal partagé » (OMS Annuaire, 1987). La grossesse et l'accouchement tuent, en effet, encore aujourd'hui plus d'un demi million de femmes tous les ans, mais plus de 99 % de ces décès ont lieu dans les pays en voie de développement, où peut s'ajouter à l'effet dévastateur des deuils, une existence encore plus précaire pour ceux qui restent orphelins en bas âge, comme semble l'indiquer l'augmentation du taux de mortalité des concernés.

Quant aux disparités, on peut rappeler que ces décès prématurés touchent une femme enceinte ou récemment accouchée sur 155 en Afrique, 240 en Asie, 370 en Amérique Latine, mais seulement une femme sur 10 000 en Europe Occidentale et en Europe du Nord ; les Etats-Unis, l'Australie, le Japon et la Nouvelle-Zélande ont des niveaux semblables à l'Europe. Il est donc évident que dans le Tiers-Monde la grossesse représente en elle-même un état de danger pour la femme. La fécondité élevée caractérisant ces pays prolonge et amplifie ce danger.

En ce qui concerne les perspectives et malgré l'incertitude liée à la documentation statistique, l'OMS signale que les améliorations qui se produisent dans de nombreux pays en voie de développement ne peuvent être interprétées comme le symptôme d'une inversion de tendance généralisée. En effet, dans les zones où les taux de mortalité sont plus élevés - l'Afrique en est l'exemple - la situation demeure inchangée ; au niveau mondial on pourrait même relever une augmentation ultérieure des décès. Le rapport conclut que si l'on ne poursuit pas les efforts entrepris afin de réduire les risques liés à l'accouchement et à l'avortement illégal et si on ne réalise pas une diffusion plus minutieuse des programmes de planning familial, le nombre de décès de ce type pourrait continuer à croître proportionnellement au nombre de femmes en âge fécond (OMS Annuaire, 1988).

---

(\*) L'auteur remercie M. Francesco Billari pour l'avoir aidé à acquérir la documentation statistique.

Tout ceci est encore plus grave si l'on considère qu'une partie de ces décès pourrait être évitée comme le montre clairement l'expérience des pays industrialisés. L'Italie, en particulier, a été, jusqu'à un passé très récent, l'un des pays où la mortalité due aux complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites des couches, était élevée. La reconnaissance officielle de ce problème de Santé Publique date de décembre 1978 avec l'instauration du Système de Santé National (Sistema Sanitario Nazionale) qui place le secteur materno-infantile parmi ses priorités. Puisqu'il s'agit d'un problème encore relativement récent en Italie, nous nous proposons d'exposer les grandes lignes des tendances de ce phénomène en partant des années du « baby boom », le dernier moment où la demande d'assistance de la part des femmes concernées fut extrêmement élevée.

TABLEAU 1 - MORTALITE PAR COMPLICATION DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES (SIXIEME REVISION) DANS QUELQUES PAYS DE L'EUROPE OCCIDENTALE EN 1959 OU EN 1960  
Taux pour 100 000 - Sexe féminin

Pays	Année	Groupes d'âges		
		15-24	25-44	45-64
Allemagne (Rép. Féd.)	1959	4,7	11,1	0,1
Autriche	1959	3,7	10,6	0,2
Belgique	1959	2,5	5,5	0,1
Danemark	1959	0,9	4,9	-
Finlande	1960	2,4	8,2	0,4
France	1960	2,5	5,9	0,2
Italie	1959	3,9	11,1	0,3
Pays-Bas	1960	1,4	5,4	0,2
Norvège	1959	3,2	3,6	0,2
Portugal	1960	6,2	14,8	0,7
Suède	1959	0,4	2,3	-
Suisse	1959	3,0	6,5	0,2
Royaume-Uni Angleterre et Galles	1959	2,0	3,7	-
Irlande du Nord	1960	0,9	7,2	-
Ecosse	1960	2,7	3,6	-

Source : NU, Annuaire démographique, 1961, Treizième édition (Sujet spécial : Statistiques de la mortalité)

### Le cadre général

Parmi les tables de survie mises à jour après l'Unification de l'Italie, une dernière trace de surmortalité féminine a pu être relevée en 1930-32. Elle se manifeste depuis l'âge de la puberté jusqu'aux années centrales de la période féconde. Les risques liés à la grossesse, à l'accouchement et aux suites des couches, qui pesaient si fortement sur toute la durée de la vie féconde, sont aujourd'hui quasiment négligeables. Les causes

de mortalité qui déterminent le tableau nosologique italien actuel sont, comme dans les autres pays industrialisés, bien différentes : maladies du système circulatoire et tumeurs. Au début des années 60, cependant, en Italie et en République Fédérale d'Allemagne les taux de mortalité féminine due à des causes obstétriques étaient encore loin du niveau atteint par les autres pays européens (à l'exception du Portugal dont les taux étaient les plus élevés) (tableau 1). Depuis les années 60 jusqu'à la seconde moitié des années 80 la baisse a été importante : le taux global enregistre une réduction proche de 98 %. Cette réduction ne peut être attribuée à des changements de la structure par âge au sein de l'intervalle fécond : le taux comparatif indique, en effet, une variation identique et son cours présente une quasi totale concordance linéaire ( $r = 0,996$ ) avec le taux général (tableau 2). On relève, à partir de l'observation des taux spécifiques que l'évolution a été uniforme, avec une variation relative de même ampleur dans toutes les classes d'âge (excepté les classes extrêmes<sup>(1)</sup> où la réduction de la mortalité a été plus irrégulière et semble prendre, dans les dernières années, surtout pour les femmes de plus de cinquante ans, la forme d'un événement rare).

En Italie comme dans tous les pays développés, ce succès est dû aux progrès des connaissances médicales ainsi qu'à l'amélioration de l'assistance et des conditions de vie, mais il est dû aussi à d'importants changements du cycle reproductif.

C'est ce dernier point que nous examinerons d'abord, vu son importance sociale générale. Dans le paragraphe suivant nous prendrons en considération les autres aspects liés à la mortalité maternelle dont l'analyse permet de découvrir quelles sont les conditions à plus grand risque.

Dans la première moitié des années 50, la fécondité en Italie a déjà rejoint un niveau qui permet de placer notre pays dans le contexte de l'Europe Centrale et de l'Europe du Nord ; même si les données nationales présentent une moyenne cachant de profondes différences territoriales (J. L. Rallu, 1983). Ainsi, le Mezzogiorno maintient un régime de haute fécondité alors qu'un régime de basse fécondité s'est instauré dans les régions nord-occidentales et centrales. C'est aussi depuis ce moment que les tendances de la fécondité italienne évoluent au même rythme que celles des autres pays européens. Ici aussi, la conjoncture favorable de la première moitié des années 60 a comme effet (surtout dans le Centre et dans le Nord) une accélération du rythme de formation des nouvelles familles et une anticipation généralisée des naissances (C. Maccheroni, 1979). L'indicateur conjoncturel de fécondité du moment croît jusqu'à atteindre un maximum en 1964. Mais le climat socio-culturel de ces années ne détermine aucune inversion des tendances de fond de la fécondité des générations qui est en baisse : la diminution de la somme des naissances réduites, constante depuis 1965, accélère soudainement son cours dans la seconde moitié des années 70 et tombe au niveau actuel qui est parmi les plus bas du monde<sup>(2)</sup> (F. Munoz-Perez, 1987).

(1) Les limites inférieure (16 ans) et supérieure (54 ans) des classe d'âges extrêmes ont été choisies de manière arbitraire parce que les statistiques ne fournissent pas systématiquement l'âge des mères qui ont moins de 20 ans ou plus de 50 ans.

(2) La somme des naissances réduites, de l'ordre de 2,46 en 1960, augmente jusqu'à 2,73 en 1964 et chute à 1,41 en 1985.

TABLEAU 2 - MORTALITE PAR COMPLICATION DE LA GROSSESSE,  
DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES EN ITALIE  
Taux pour 100 000 - Sexe féminin

Année	Groupes d'âges								Taux comparatif
	moins de 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 ou plus	Tous âges	
1960	1,07	6,27	14,39	12,98	13,57	6,62	0,58	7,41	7,41
1961	1,01	6,53	11,56	12,92	12,58	6,96	0,63	6,94	6,93
1962	0,69	6,07	10,36	12,79	11,78	5,73	0,80	6,46	6,44
1963	1,01	5,41	10,28	10,27	10,12	7,01	0,40	5,87	5,94
1964	0,66	4,85	9,52	11,41	10,24	5,85	0,26	5,67	5,75
1965	1,39	5,28	8,09	9,08	9,91	5,48	0,39	5,28	5,35
1966	1,03	3,73	6,53	8,22	7,05	3,94	0,38	4,13	5,08
1967	0,92	5,25	5,73	8,34	8,30	5,01	0,38	4,50	4,56
1968	1,07	4,51	6,26	7,22	8,15	3,61	0,37	4,18	4,21
1969	0,74	4,23	5,51	7,38	7,33	3,69	0,61	3,94	3,96
1970	0,83	2,92	5,32	6,13	6,92	3,36	0,31	3,43	3,42
1971	0,92	3,38	5,09	6,37	5,81	2,71	0,25	3,29	3,22
1972	0,56	3,48	4,26	4,94	5,27	2,72	0,27	2,87	2,80
1973	0,51	3,55	3,62	4,92	4,79	2,14	0,07	2,63	2,53
1974	0,50	2,06	2,36	3,21	3,02	2,09	0,30	1,81	1,33
1975	0,29	1,90	2,29	2,55	2,55	1,40	0,17	1,49	1,44
1976	0,32	1,73	1,88	2,27	2,23	1,20	0,13	1,31	1,26
1977	0,04	0,83	1,67	1,53	1,56	0,65	0,17	0,87	0,84
1978	0,15	1,08	1,71	1,16	1,59	0,43	0,10	0,85	0,80
1979	0,19	0,61	1,16	0,72	0,98	0,48	0,07	0,57	0,54
1980	0,26	0,75	1,16	0,99	0,68	0,37	0,03	0,58	0,55
1981	0,15	0,79	1,11	0,74	0,74	0,63	0,03	0,55	0,54
1982	0,14	0,48	0,73	0,71	0,60	0,32	-	0,40	0,38
1983	-	0,46	0,92	0,57	0,58	0,21	0,03	0,38	0,35
1984	-	0,58	0,35	0,58	0,72	0,49	-	0,35	0,35
1985	0,07	0,26	0,64	0,58	0,50	0,28	-	0,31	0,30
1986	0,04	0,30	0,19	0,42	0,30	0,23	0,03	0,20	0,20
1987	-	0,17	0,33	0,26	0,40	0,06	-	0,16	0,16

Sources : Calculés d'après :

- ISTAT, Annuario di Statistiche sanitarie, années 1960 et suivantes,
- ISTAT, Annuario di Statistiche demografiche, années 1982 et suivantes,
- Ricostruzione della popolazione residente per sesso, età e regione. Anni 1952-1972. Dipartimento di Scienze Demografiche, Fonti e strumenti, 1, Roma, 1983.
- Capocaccia R., Caselli G., Popolazione residente per età e sesso nelle province italiane. Anni 1972-1981. Dipartimento di Scienze Demografiche, Fonti e strumenti 2, Roma, 1990.

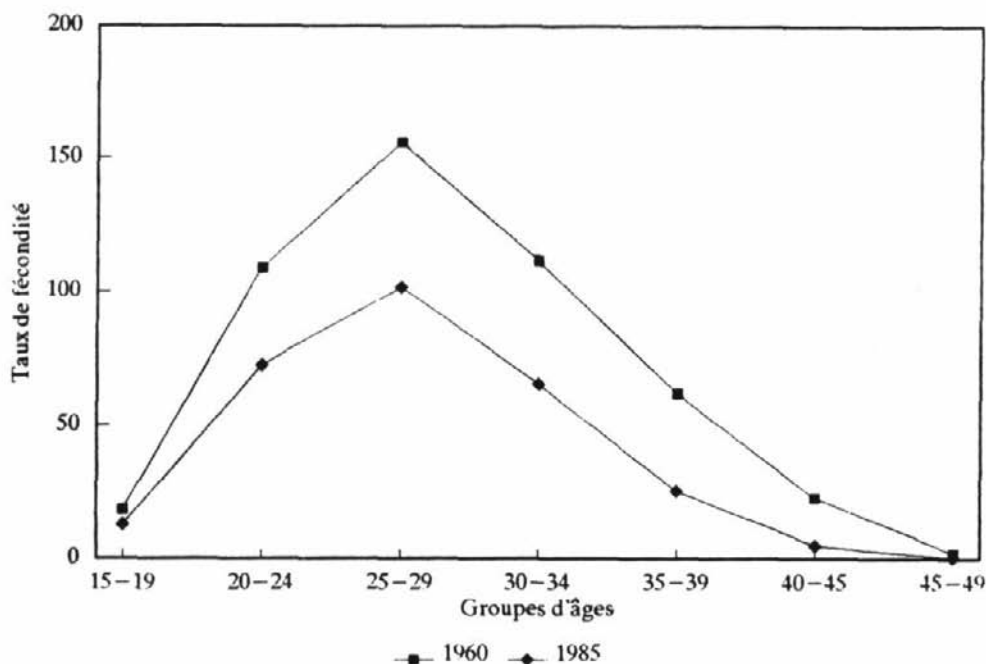


Figure 1 - La fécondité italienne en 1960 et en 1985

En Italie les naissances hors mariage, bien qu'elles aient tendance à augmenter, ont un poids relativement modeste et ce sont donc surtout les changements intervenus dans le cycle reproductif des mariages qui déterminent les variations de la fécondité. Une tendance diffuse à une nuptialité plus précoce se manifeste déjà au début des années 60 et continue jusqu'aux années 80, elle est accompagnée d'une baisse de l'âge moyen à l'accouchement qui est due à la diminution des naissances de troisième rang et à l'écroulement de celles de rangs supérieurs (et non pas à une variation du calendrier reproductif) (N. Federici, 1984). La chute de la fécondité est donc relativement plus importante dans les classes d'âges plus élevées (figure 1). Ceci a certainement favorisé le déclin des taux de mortalité liés à la grossesse, à l'accouchement et aux suites des couches, mais au cours de la première moitié des années 60, caractérisée par une forte croissance des indicateurs de la fécondité du moment, le taux de mortalité baissait déjà au même rythme que plus tard.

### La mortalité maternelle : les incertitudes dans une analyse de longue durée

L'analyse des taux spécifiques de mortalité maternelle par catégorie de causes présente un tableau un peu moins brillant ; l'une des raisons en est que ce domaine offre plus de possibilités de comparaison avec d'autres recherches et, dans ce contexte, les limites et les incertitudes des statistiques officielles apparaissent avec plus d'évidence.

Bien que d'habitude on calcule les taux par rapport au nombre de nés vivants, nous avons préféré faire référence au nombre des accouchements (tableau 3)<sup>(3)</sup> en raison du degré élevé de mortalité périnatale que l'on rencontrait encore en Italie au début des années 60. Les résultats obtenus mettent en évidence une baisse du taux de mortalité, sur l'arc de temps considéré, semblable à celle mentionnée plus haut : plus ou moins 96 %. Ici aussi la dynamique correspondante du taux comparatif (tableau 3) indique que cette amélioration n'est pas due à des changements survenus dans la distribution par âge des mères et quand on compare les taux spécifiques entre eux, on constate que, chose bien connue, le risque de décès augmente selon un rythme presque exponentiel avec l'âge. Au cours de la période étudiée, la baisse du taux de mortalité est du même ordre de grandeur pour toutes les classes d'âges comprises entre 20 et 45 ans, la proportion entre les taux de la classe à plus grand risque et celle à moindre risque ne s'est donc pas beaucoup modifiée ; à fur et à mesure que l'on se rapproche de nos jours, les taux de mortalité avant 35 ans se différencient de moins en moins, tandis que, dans les classes d'âges plus élevées, on recommence à relever à partir des années 80, une variabilité aléatoire dans le nombre de décès<sup>(4)</sup>.

De nombreux facteurs, dans les pays industrialisés, ont contribué à cette évolution. A ceux-ci s'ajoute, en Italie, l'importante diminution, qui se manifeste encore au cours des années 60, de la population féminine travaillant dans le secteur agricole<sup>(5)</sup>. Les facteurs plus généraux sont, notamment : les améliorations de l'alimentation, une plus grande attention portée à la santé de la part de la population, des contrôles médicaux réguliers pendant la grossesse, la surveillance des grossesses présentant des risques, la généralisation des accouchements à l'hôpital, les césariennes plus fréquentes (surtout en cas de pathologies maternelles et/ou fœtales), les progrès des techniques chirurgicales, de l'anesthésie, l'amélioration de l'aide pharmacologique pré et post opératoire et enfin la création de plus nombreuses banques du sang. Tous ces facteurs ont contribué à rendre les accouchements obstétricaux et les césariennes plus sûrs. Ces améliorations ont aussi permis à plus de grossesses à risque d'être menées à terme, mais cet effet ne peut pas être évalué.

Cependant les incertitudes pesant sur les statistiques s'accumulent : à ce propos les résultats obtenus au moyen d'une vaste enquête instituée par la Società Lombarda d'Ostetricia e Ginecologia, nous semblent significatifs. L'enquête fut menée de 1966 à 1970 dans 18 hôpitaux lombards sur les 257 467 hospitalisations pour causes obstétriques qui y eurent lieu et, de 1971 à 1973, dans 47 hôpitaux sur les 227 112 hospitalisations pour les mêmes causes (F. Dambrosio, M. Buscaglia, 1976). La définition de la mortalité maternelle prise comme référence (les décès qui ont lieu dans les circonstances qui vont de la grossesse

---

(3) Le relevé des naissances illégitimes a fourni, surtout dans le passé, des statistiques peu précises. Entre les années 1960 et 1987 le contingent des naissances illégitimes dont l'âge des mères est inconnu, diminue de 23 % à 7 %. Ces cas ont été distribués proportionnellement à la distribution d'âge des mères.

(4) Les décès dans la classe « plus de 50 ans » ne dépassent pas l'unité depuis 1970 et le même phénomène se produit dans la classe entre 45 et 50 ans à partir de 1979.

(5) Les conditions difficiles qu'imposait le travail agricole pouvaient aggraver les conséquences de la grossesse, de l'accouchement et de la suite des couches, surtout lorsqu'il s'agissait de femmes moins jeunes (M. Natale - A. Bernassola, 1973).

TABLEAU 3 - MORTALITE PAR COMPLICATION DE LA GROSSESSE, DE  
 L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES EN ITALIE.  
 TAUX DE MORTALITE MATERNELLE POUR 100 000 ACCOUCHEMENTS.

Année	Groupes d'âges								Taux comparatif
	moins de 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 ou plus	Tous âges	
1960	66,99	57,45	93,35	117,19	217,99	284,62	453,30	113,58	113,58
1961	64,30	57,86	73,37	113,53	201,46	291,45	554,85	104,51	104,70
1962	43,62	52,49	65,42	111,41	188,66	241,68	817,18	96,64	97,23
1963	58,77	44,62	62,82	88,93	162,79	320,85	524,01	87,29	87,99
1964	33,61	36,85	55,79	93,57	157,84	272,13	304,12	79,95	80,81
1965	65,96	39,88	48,93	77,49	158,69	275,80	329,96	76,47	77,20
1966	47,41	28,49	40,03	70,80	112,43	201,35	287,78	73,17	60,60
1967	43,23	40,45	36,18	75,82	141,42	271,39	328,52	67,92	69,55
1968	49,86	35,09	40,37	67,71	143,44	205,56	350,04	63,87	66,19
1969	35,43	32,83	35,28	69,55	127,64	210,54	584,29	60,28	63,17
1970	37,27	22,64	34,97	61,59	129,77	204,25	336,60	54,18	57,62
1971	39,75	25,48	33,03	64,56	111,38	166,65	306,32	51,31	54,66
1972	22,67	26,09	28,04	52,68	108,83	180,10	383,86	45,83	50,27
1973	20,16	26,74	24,41	54,27	104,54	149,25	102,81	42,39	46,78
1974	18,61	15,67	16,16	36,38	68,80	148,82	478,08	22,50	33,99
1975	10,91	14,97	16,63	30,97	63,45	111,22	276,05	25,81	29,68
1976	12,95	14,37	14,55	29,14	61,26	106,84	227,11	24,03	27,82
1977	1,80	7,17	13,49	20,57	47,80	67,78	308,03	16,86	20,67
1978	7,58	9,77	14,30	16,19	52,52	49,32	220,60	17,07	20,35
1979	10,08	5,87	10,09	10,59	35,20	66,26	165,69	12,24	14,99
1980	15,39	7,68	10,51	15,37	26,01	56,26	111,31	13,13	14,97
1981	9,63	8,50	10,20	11,68	28,63	104,11	121,38	13,19	16,09
1982	10,12	5,35	6,77	11,08	23,36	57,12	-	9,55	11,40
1983	-	5,57	8,84	8,96	22,78	41,37	149,15	9,16	10,82
1984	-	7,56	3,47	9,07	28,42	98,40	-	9,21	12,04
1985	7,18	3,66	6,41	8,99	20,12	57,43	-	8,16	9,87
1986	4,18	4,58	2,02	6,58	12,52	46,99	181,18	5,38	7,32
1987	-	2,75	3,51	4,03	16,38	10,87	-	4,34	5,24

Sources : Calculés d'après :

- ISTAT, Annuario di statistiche sanitarie, années 1960 et suivantes,
- ISTAT, Annuario di statistiche demografiche, années 1960 et suivantes.



jusqu'au soixantième jour suivant l'accouchement) tient compte d'une période un peu plus longue que celle recommandée par l'OMS<sup>(6)</sup> ; c'est toutefois celle qui s'en rapproche le plus parmi celles utilisées dans les diverses recherches menées en Italie après les années 60. L'enquête, menée sur la base des fiches médicales des femmes hospitalisées, a fait évaluer les taux de mortalité maternelle pour la Lombardie à 50,83 (1966-1970) et à 36,73 (1971-1973). Ces chiffres sont supérieurs à ceux de l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), qui relèvent des taux de 43,89 et 34,87, de respectivement 16 % et 4 %. Ces différences sont considérables, surtout en ce qui concerne la première période. Les résultats de l'enquête permettent de supposer que la mortalité maternelle est sous-estimée par les statistiques officielles et aussi d'émettre des doutes quant à la fiabilité de la structure des décès par cause que celles-ci fournissent. A la base de ces dernières différences, parfois importantes, il y a, parmi d'autres, le fait que l'enquête a puisé sa documentation dans les fiches médicales alors que les relevés de l'ISTAT ont comme source les certificats de décès. Il faut toutefois remarquer que dans les formulaires de relevé de l'ISTAT aucune définition n'a jamais été précisée et quant à celle recommandée par l'OMS, il manque toute possibilité de vérification de l'intervalle de temps sur lequel se fonde cette définition, puisque le certificat ne demande pas d'indiquer la date à laquelle la naissance a eu lieu, ou celle à laquelle la grossesse a été interrompue. De plus, la réduction du nombre des cas a pour conséquence que d'éventuelles erreurs de classification prennent une importance toujours plus grande, autant du point de vue général que parmi les causes spécifiques. En outre, la mise à jour des classifications des causes de décès ainsi que les changements survenus dans la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse compromettent la possibilité d'effectuer des comparaisons.

En ce qui concerne la période étudiée, nos données de base sont issues de la VII<sup>e</sup> (jusqu'en 1967), de la VIII<sup>e</sup> (de 1968 à 1978), et de la IX<sup>e</sup> (à partir de 1979) Classification Internationale des Maladies. Or, alors que le passage de la première classification à la seconde peut être effectué en maintenant le même degré analytique par sections, le passage de la seconde à la troisième comporte de plus grandes marges d'incertitudes parce que la troisième n'est pas complètement superposable à la précédente (OMS Manuel, 1977). En Italie, une complication supplémentaire est liée à l'entrée en vigueur de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, qui a rendu l'avortement légal en mai 1978. Avant cette date, les données sur le décès dus aux avortements clandestins échappaient forcément à la comptabilisation dans la rubrique prévue à cet effet<sup>(7)</sup>.

Pour montrer donc quelles ont été les tendances de l'évolution par cause de décès, nous ne considérerons, en tenant compte de toutes les limites mentionnées plus haut, que de la période 1960-78 (tableau 4), la VIII<sup>e</sup> révision n'ayant pas introduit d'innovation importante dans les 5 grandes sections dans lesquelles est répartie la mortalité

<sup>(6)</sup> L'OMS définit la mortalité maternelle comme : « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » (OMS, Manuel, 1977, p. 772).

<sup>(7)</sup> Il s'agit de la rubrique « mortalité causée par d'autres types d'avortements non précisés » qui, unie à la rubrique « avortements effectués sur indication légale » (respectivement les regroupements A115 et A114 de la « Liste intermédiaire pour la mise en tableau » de la VIII<sup>e</sup> révision), formait la catégorie « avortements ». Depuis 1979, la classification ne comporte plus qu'une seule rubrique « grossesses interrompues par avortement ». D'après une étude récente, son importance relative serait autour de 7-10 % depuis les années 50 (F. Parazzini, C. La Vecchia, G. Mezzanotte, 1988).

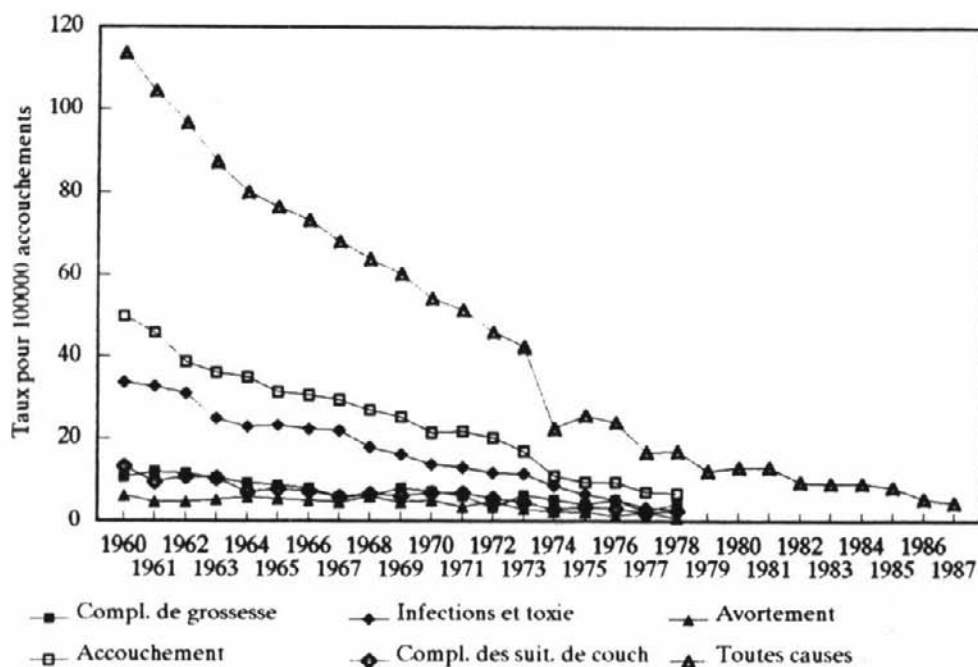


Figure 2 - Mortalité maternelle en Italie d'après la cause

par complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites des couches<sup>(8)</sup>. Il faut souligner entre autre, que pendant cette période la baisse du taux de mortalité a été d'intensité nettement supérieure à celle qui a suivi.

Comme le montre la figure 2, la réduction la plus importante (90 %) concerne les infections de l'appareil génito-urinaire et les toxémies de la grossesse et de la suite des couches ; dans ce groupe les toxémies sont la cause la plus importante et leur réduction est probablement due aux progrès des diagnostics. La baisse est moins importante (presque 61 %) dans la catégorie des complications de la grossesse. Ceci est dû à deux tendances divergentes : le déclin des hémorragies, qui sont, avec celles de la suite des couches, la cause la plus importante de décès, est contrecarré par le ralentissement des grossesses ectopiques peut-être dû à la diffusion du stérilet comme moyen de contrôle des naissances<sup>(9)</sup>. Le déclin du taux de mortalité à l'accouchement (85 %),

<sup>(8)</sup> Les sections sont les suivantes : Complications de la grossesse (630-634) ; Infections de l'appareil urinaire et toxémies au cours de la grossesse et des suites des couches (635-639) ; Avortement (640-645) ; Accouchement (650-662) ; Complications des suites des couches (670-678). Entre parenthèses nous signalons les numéros de code (VIIIème révision) des rubriques regroupées dans les sections.

<sup>(9)</sup> La première hypothèse à ce propos a été formulée en tenant compte, entre autre, de la tendance des taux d'hospitalisation liés à ces causes. (G. Remotti, F. Repetto, C. Besozzi, L. Perletti, 1982).

dû à la chute des taux de mortalité liée aux hémorragies de la suite des couches et aux accouchements dystociques, s'aligne sur les tendances du taux global.

En conclusion, on peut dire que les cas de décès dus aux causes examinées sont actuellement assez rares (moins de 50 par an) ; mais ceci ne change pas leur importance en termes de santé publique et en termes sociaux, importance que cependant, les statistiques officielles n'aident pas à évaluer, du moins en Italie. En particulier, elles n'analysent pas l'origine sociale de la femme, même s'il est hors de doute que, depuis toujours, ce facteur joue un rôle dans les risques liés à la grossesse : par conséquent un des plus importants terrains d'intervention est encore négligé.

TABLEAU 4 - MORTALITE MATERNELLE D'APRES LA CAUSE (HUITIEME REVISION) EN ITALIE. TAUX DE MORTALITE MATERNELLE POUR 100 000 ACCOUCHEMENTS

Année	Causes de décès				
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
1960	10,74	33,63	6,07	49,79	13,34
1961	11,91	32,74	4,68	45,72	9,46
1962	11,61	30,91	4,54	38,72	10,87
1963	10,51	24,94	5,26	36,17	10,41
1964	9,36	22,82	5,66	35,00	7,12
1965	8,71	23,22	5,40	31,33	7,81
1966	8,10	22,26	4,96	30,66	7,19
1967	5,97	21,87	4,60	29,51	5,97
1968	6,19	17,94	5,98	27,02	6,73
1969	8,00	16,22	4,59	25,29	6,19
1970	7,17	13,79	4,97	21,30	6,95
1971	6,15	13,07	3,41	21,75	6,92
1972	3,36	11,77	4,82	20,28	5,60
1973	6,27	11,51	2,96	17,09	4,56
1974	5,17	8,61	2,30	11,02	2,87
1975	4,10	6,51	2,17	9,53	3,50
1976	5,11	5,11	1,15	9,46	3,19
1977	2,43	3,24	2,16	7,15	1,89
1978	4,23	2,82	0,71	6,77	2,54

- (A) Complication de grossesse.  
 (B) Infection de l'appareil urinaire et toxémies au cours de la grossesse et des suites de couches.  
 (C) Avortement.  
 (D) Accouchement.  
 (E) Complication des suites des couches.

Sources :

- ISTAT, Annuario di statistiche sanitarie, années 1960 et suivantes,
- ISTAT, Annuario di statistiche demografiche, années 1960 et suivantes.

## BIBLIOGRAPHIE

- DAMBROSIO F., BUSCAGLIA M., 1976. « La mortalità materna in Lombardia e le sue cause. Risultati di un'indagine condotta negli ospedali della Lombardia per gli anni 1966-1973 », *Annali di Ostetricia, Ginecologia, Medicina Perinatale*, XCII, 5, pp. 305-324.
- FEDERICI N., 1984. *Procreazione, famiglia, lavoro della donna*, Torino, Loescher, 176 p.
- MACCHERONI C., 1979. « Struttura e tendenze della riproduttività. Alcune considerazioni teoriche ed un breve esame del caso italiano (1952-1975) », in : *Studi di statistica e di economia in onore di Libero Lenzi*, Milano, Giuffrè, Vol. 1, 467 p.
- MUNOZ-PEREZ F., 1987. « Le déclin de la fécondité dans le Sud de l'Europe », *Population*, 6, pp. 911-942.
- NATALE M., BERNASSOLA A., 1973. *La mortalità per causa nelle regioni italiane*, Roma, Istituto di Demografia, 25, 208 p.
- OMS, 1977. *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, Vol. 1, Genève, OMS, 781 p.
- OMS, 1985. *Manuel d'analyse de la mortalité*, Paris, INED, 164 p.
- OMS, 1988. *Annuaire des statistiques sanitaires mondiales*, Genève, OMS.
- PARAZZINI F., LA VECCHIA C., MEZZANOTTE G., 1988. « Maternal mortality in Italy, 1955 to 1984 », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 159, pp. 421-422.
- RALLU J.L., 1983. « Permanence des disparités régionales de fécondité en Italie ? », *Population*, 1, pp. 29-60.
- REMOTTI G., REPETTO F., BESOZZI C., PERLETTI L., 1982. « Lo stato di salute nel settore materno-infantile in Lombardia », *Annali di Ostetricia, Ginecologia, Medicina perinatale*, CIII, pp. 391-444.