

Hausse de la mortalité infantile en France : ce que Todd nous disait en 1976

Retournement d'un indicateur, épuisement d'une hiérarchie

Support de cours. Données arrêtées au 2 septembre 2026.

Résumé

En 1976, un démographe de vingt-cinq ans tirait de la remontée de la mortalité infantile soviétique le diagnostic d'une décomposition systémique. Cinquante ans plus tard, l'indicateur remonte en France, seul pays de l'Union européenne dans ce cas, et le rapport administratif qui en dresse le constat a été publié le 4 août 2026, huit mois après sa remise. Ce cours propose de prendre au sérieux la méthode de *La Chute finale* en la retournant sur son lieu d'énonciation. Il établit d'abord la série française (4,10 pour mille en 2024, 4,00 en 2025, contre 3,45 en 2011), montre que la hausse est intégralement portée par la mortalité néonatale hospitalière, puis situe ce retournement dans deux géographies : celle des périphéries internes françaises, où Mayotte atteint 10,55 pour mille, et celle d'un système mondial où la Russie, la Chine et l'Europe orientale ont rattrapé ou dépassé la France sur cet indicateur. La thèse défendue est que l'écart de mortalité infantile entre centre et périphéries, qui fournissait au discours développementaliste sa preuve empirique la plus robuste, a cessé d'exister sous la forme qui le légitimait. Une dernière partie expose les objections méthodologiques et politiques qui peuvent être opposées à cette lecture.

Plan

I. Le geste de 1976. II. La série française, 1985-2025. III. Le silence administratif. IV. Géographies internes de la mortalité. V. Le renversement du gradient. VI. Contre-lectures. Conclusion.

Introduction : un indicateur qui a changé de camp

Il existe peu de chiffres dont la charge politique soit aussi immédiate que celle du taux de mortalité infantile. Il ne mesure pas une opinion, il ne dépend pas d'un panel, il ne se prête pas facilement au maquillage comptable. Il rapporte le nombre d'enfants morts avant leur premier anniversaire au nombre d'enfants nés vivants dans la même année, et il agrège en un seul rapport la nutrition des mères, la densité du réseau de soins, la qualité de l'eau, l'accès effectif au système de santé, la capacité d'un appareil hospitalier à réanimer un grand prématuré à trois heures du matin. C'est cette propriété d'agrégation qui en a fait, depuis le XIXe siècle, l'indicateur de référence des hygiénistes, puis des organisations internationales, puis des économistes du développement. Un pays qui fait baisser sa mortalité infantile démontre quelque chose sur sa capacité d'action collective. Un pays où elle remonte démontre autre chose.

En 1976, Emmanuel Todd, alors âgé de vingt-cinq ans et docteur de Cambridge, publie chez Robert Laffont, dans une collection prospectiviste dirigée par Jean-François Revel, un essai dont le titre a été trouvé par ce dernier : *La Chute finale. Essai sur la décomposition de la sphère*

soviétique. L'ouvrage repose sur un pari méthodologique simple et audacieux. Puisque les statistiques soviétiques sont produites par un appareil qui a intérêt à les enjoliver, il faut renoncer aux agrégats de prestige, produit national, production d'acier, rendements agricoles, et lire à la place les séries que le régime n'a pas songé à corriger parce qu'il ne les percevait pas comme politiques. Todd retient les suicides, les homicides, l'alcoolisme, la fécondité, la littérature de science-fiction, et surtout la mortalité infantile, dont il constate qu'elle remonte au début des années 1970. Le fait est, pour lui, anthropologiquement inouï : aucun pays industrialisé ne l'avait jamais connu en temps de paix. Il en tire la conclusion que la structure technique, sanitaire et administrative de l'URSS régresse, et que le système entrera en décomposition.

Cinquante ans plus tard, la France est le seul État membre de l'Union européenne dont le taux de mortalité infantile remonte de façon continue. Il est passé de 3,45 pour mille en 2011 à 4,10 pour mille en 2024, soit une hausse de dix-sept pour cent, avant de s'établir à 4,00 pour mille en 2025 selon les données provisoires de l'Insee. Sur la même période, la moyenne de l'Union européenne a légèrement baissé, de 3,6 à 3,5 pour mille. La France occupait le troisième rang européen en 2000. Elle occupe désormais le vingt et unième ou le vingt-troisième rang sur vingt-sept, selon la source et l'année de référence retenues.

L'objet de ce cours n'est pas d'annoncer une chute finale de l'Occident, prophétie dont on verra qu'elle est fragile, y compris chez Todd lui-même, qui l'a partiellement désavouée en 2024. Il est de faire trois choses. Premièrement, prendre la méthode de 1976 au sérieux comme méthode, c'est-à-dire comme protocole de lecture des séries que les États négligent, et l'appliquer à l'État qui l'a produite. Deuxièmement, montrer que le retournement français n'est pas une anomalie technique mais l'expression, dans le registre le plus intime qui soit, de la manière dont un appareil sanitaire a été réorganisé pendant vingt ans. Troisièmement, en tirer la conséquence internationale, qui est la plus importante : l'écart de mortalité infantile entre les anciennes métropoles et le reste du monde, qui a longtemps fourni au discours développementaliste sa démonstration empirique la moins contestable, s'est effondré. Ce n'est pas la France qui tombe. C'est une hiérarchie qui cesse d'être lisible dans les chiffres qui la fondaient.

I. Le geste de 1976

1. Une méthode indicielle

Ce que fait Todd en 1976 relève de ce que Carlo Ginzburg appellera quelques années plus tard le paradigme indicielle : reconstituer une réalité inaccessible à partir de traces marginales, involontaires, tenues pour négligeables par ceux qui les produisent. La statistique officielle soviétique n'est pas lue comme un compte rendu du réel, mais comme un document dont il faut interroger les silences, les ruptures de série et les catégories. L'objet analytique n'est plus la valeur du chiffre, il est le rapport de l'institution à son chiffre.

Ce déplacement a une portée générale qu'il faut souligner d'emblée, car c'est lui qui rend l'exercice transposable. Alain Desrosières a montré que toute statistique publique est une convention d'équivalence, un accord social sur ce qui doit être compté ensemble, et que cet accord est révisable, négocié, politique. Il s'ensuit qu'un indicateur ne dit jamais seulement l'état du monde : il dit aussi ce qu'un appareil d'État a décidé de tenir pour comparable, et donc pour gouvernable. Todd, sans le formuler ainsi, exploite exactement cette propriété. Il ne demande pas si le chiffre soviétique est vrai. Il demande pourquoi ce chiffre-là, et pas un autre, a cessé d'être publié.

2. La série soviétique et son interruption

Les ordres de grandeur méritent d'être rappelés, parce qu'ils conditionnent l'interprétation. Selon les séries alors disponibles, reprises notamment par Hélène Carrère d'Encausse dans *L'Empire éclaté* en 1978, la mortalité infantile soviétique était passée de 182 pour mille en 1940 à 81 pour mille en 1950, 35 pour mille en 1960, 26 pour mille entre 1966 et 1969, 25 pour mille en 1970 et 23 pour mille en 1971. Elle remonte ensuite : 24 pour mille en 1972, 26 pour mille en 1973. Après 1974, l'Union soviétique cesse de publier la donnée.

Deux remarques s'imposent. La première est que le mouvement décrit par Todd est réel mais d'ampleur modeste rapportée au niveau : trois points sur vingt-trois. La seconde, et c'est elle qui porte l'analyse, est que la statistique disparaît. L'événement significatif n'est pas la hausse, il est le retrait. Un État qui cesse de publier une série qu'il publiait depuis vingt ans énonce quelque chose sur lui-même que la série elle-même n'énonçait pas. Todd lit ce retrait comme un aveu. C'est le cœur de sa démonstration, et c'est le point sur lequel il faudra revenir en examinant le cas français.

3. La controverse savante : l'artefact d'enregistrement

Il serait malhonnête de présenter la thèse de 1976 comme une évidence établie. Elle a été discutée pendant vingt ans par une littérature dont un cours sérieux doit rendre compte. Christopher Davis et Murray Feshbach, dans un rapport publié en 1980 par le Bureau du recensement des États-Unis, confirment la hausse et lui donnent une audience internationale. Barbara Anderson et Brian Silver, en 1986, dans *Population and Development Review*, objectent que la définition soviétique de la naissance vivante différait des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, que l'enregistrement des décès de nourrissons s'est amélioré au cours des années 1960 et 1970, notamment dans les républiques d'Asie centrale, et qu'une partie de la hausse observée est un artefact de dénombrement. Ils proposent une correction de l'ordre de quinze à vingt-cinq pour cent, tandis que des travaux russes ultérieurs proposeront des corrections beaucoup plus fortes.

Retenons la structure de cet argument, car elle va resurgir mot pour mot dans le débat français contemporain : lorsqu'un pays enregistre mieux, il compte davantage de décès, et son indicateur

se dégrade sans que la réalité sanitaire se soit dégradée. Une meilleure statistique produit un moins bon chiffre. Cette objection est légitime. Elle n'est pas neutre pour autant : on remarquera qu'elle est mobilisée avec des degrés de vigueur très inégaux selon que le pays examiné se trouve à l'Est ou à l'Ouest, au Sud ou au Nord.

4. Le désaveu de 2024

Un dernier élément doit être versé au dossier, et il est décisif pour la probité de l'exercice. Dans *La Défaite de l'Occident*, paru en janvier 2024, Todd revient sur son propre diagnostic et concède que la remontée de la mortalité infantile soviétique fut temporaire, et qu'elle n'a pas causé la chute de l'URSS. Il attribue désormais celle-ci à l'émergence d'une classe moyenne supérieure éduquée. Autrement dit, l'auteur le plus souvent invoqué pour légitimer une lecture démographique de l'effondrement des systèmes politiques a lui-même retiré le lien causal.

Ce désaveu ne ruine pas l'exercice, il en fixe le périmètre. Ce qui survit de 1976 n'est pas la prophétie, c'est le protocole : chercher l'information là où l'État n'a pas pensé à la mettre en scène, tenir la mortalité des plus fragiles pour le test le plus exigeant de l'efficacité sociale, et considérer le comportement de l'appareil statistique comme une donnée à part entière. C'est ce protocole, et non la prédiction, qui sera appliqué dans ce qui suit.

II. La série française, 1985-2025 : anatomie d'un retournement

1. La grande chute, puis le plancher

La série française est d'abord une réussite spectaculaire, et il faut le dire avant toute critique. En 1985, le taux de mortalité infantile s'établit à 8,31 pour mille. Il tombe à 4,86 pour mille en 1995, principalement grâce à l'effondrement de la mortalité post-néonatale, celle qui survient entre vingt-huit jours et un an, sous l'effet des campagnes de prévention de la mort inattendue du nourrisson lancées au début des années 1990. Le rythme ralentit ensuite, puis la baisse s'arrête autour de 2005 et le minimum historique est atteint en 2011, à 3,45 pour mille.

À partir de là, la courbe se retourne. 3,55 en 2012, 3,72 en 2016, 3,86 en 2017, un creux transitoire à 3,58 en 2020, puis 3,95 en 2022, 4,00 en 2023, 4,10 en 2024, soit environ deux mille sept cents enfants morts avant un an, et 4,00 en 2025 en donnée provisoire, pour deux mille cinq cent cinquante décès. La stabilisation apparente des trois dernières années ne doit pas induire en erreur : elle se fait à un niveau supérieur de dix-sept pour cent au point bas de 2011, dans un pays où le nombre de naissances a chuté de plus de vingt pour cent depuis 2010.

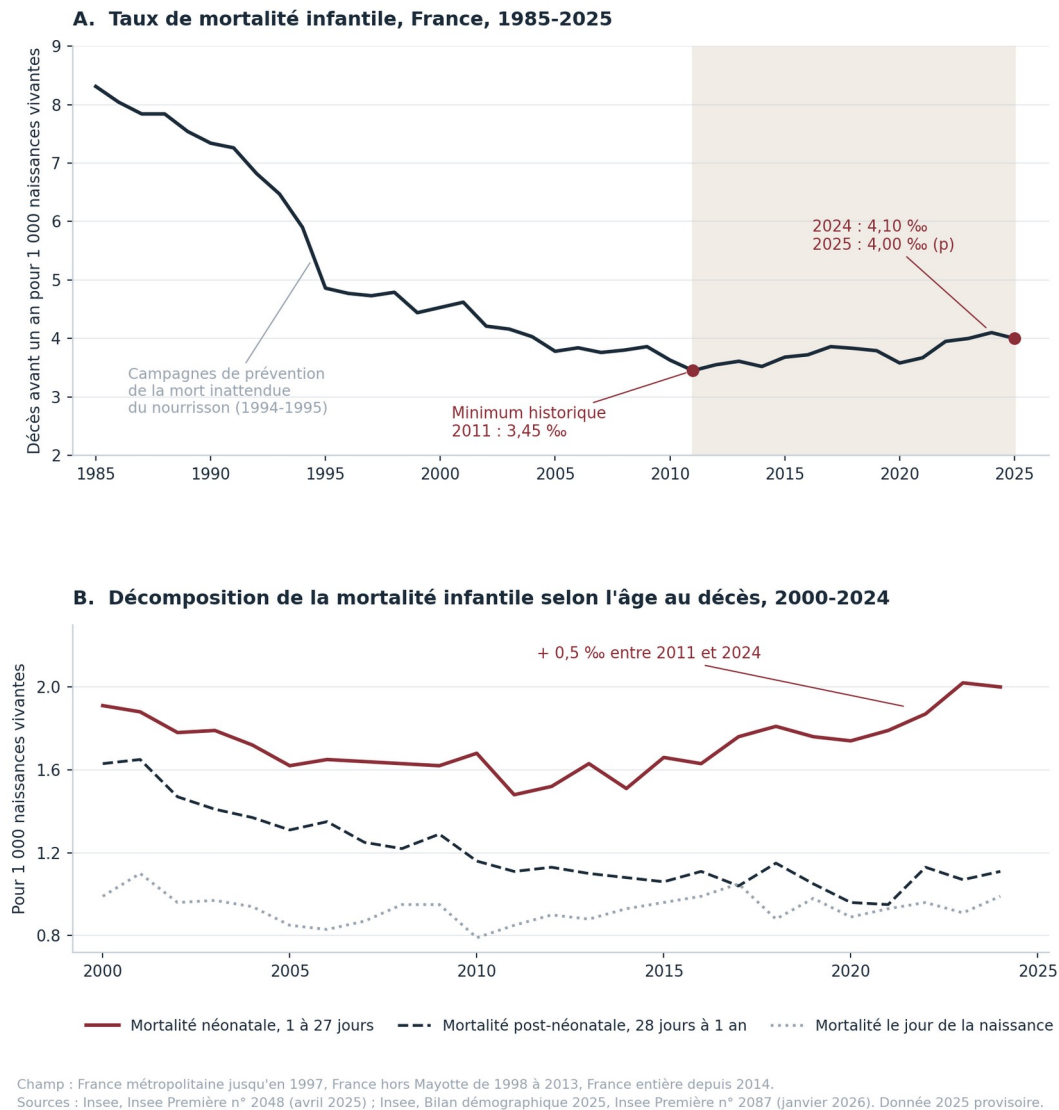


Figure 1. Le retournement français. Panneau A : taux de mortalité infantile, France, 1985-2025. Panneau B : décomposition selon l'âge au décès, 2000-2024.

2. Une inflexion statistiquement établie

Le retournement n'est pas un artefact de lecture graphique. Il a été établi par une analyse de séries temporelles publiée en 2022 dans *The Lancet Regional Health Europe* par Nhung Trinh et ses coauteurs, équipe rattachée à l'Inserm et à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Portant sur les cinquante-trois mille soixante-dix-sept décès infantiles survenus entre 2001 et 2019, l'étude identifie par régression à points de jonction trois régimes distincts : une baisse rapide de 2001 à 2005, une baisse lente de 2005 à 2012, puis une hausse significative à partir de 2012. Les auteurs estiment à environ mille deux cents par an le nombre de décès excédentaires par rapport aux pays à revenu élevé comparables et concluent à la nécessité d'une investigation urgente sur les causes.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales remis en janvier 2026 avance un chiffre construit autrement, plus prudent et plus politique : cinq cent vingt-neuf décès d'enfants de

moins d'un an auraient pu être évités en 2024 si la France avait simplement atteint la moyenne européenne. Cinq cent vingt-neuf décès évitables en une année, dans un pays qui consacrait déjà 9,3 milliards d'euros à la politique de périnatalité en 2021, soit neuf pour cent de plus qu'en 2016, pour un nombre de naissances en recul de cinq pour cent sur la même période.

3. Où meurent les enfants

C'est la décomposition de l'indicateur qui livre l'information la plus dense, et elle interdit plusieurs explications commodes. Entre 2011 et 2024, la mortalité survenant le jour même de la naissance est restée quasi stable, autour de 0,9 pour mille. La mortalité post-néonatale, de vingt-huit jours à un an, est restée stable elle aussi, autour de 1,1 pour mille. La totalité de la hausse provient d'un segment unique : la mortalité entre le premier et le vingt-septième jour de vie, passée de 1,5 à 2,0 pour mille.

Ce segment a une signification institutionnelle précise. Ce n'est pas la mortalité des conditions de vie domestiques, qui relèverait du logement, de l'alimentation ou du couchage. Ce n'est pas non plus la mortalité de la naissance elle-même, qui relèverait de l'accident obstétrical immédiat. C'est la mortalité des trois premières semaines, c'est-à-dire celle des enfants qui ont survécu à l'accouchement et que le système hospitalier n'a pas réussi à maintenir en vie. Elle se joue en néonatalogie et en réanimation néonatale, dans des services dont l'Inspection générale des affaires sociales recommande précisément, en 2026, qu'ils disposent d'au moins un lit de réanimation pour mille naissances, ce qui revient à constater que ce seuil n'est pas atteint.

Santé publique France précise le tableau clinique dans son bilan du 8 juillet 2026 : les décès néonataux sont liés pour 51,8 pour cent d'entre eux, en 2023, à des affections de la période périnatale, et pour 19,5 pour cent à des anomalies congénitales, dont la fréquence, 3,5 pour cent des naissances totales, est supérieure à la moyenne européenne. La mortalité périnatale atteint quant à elle 11,2 pour mille en 2024, son niveau le plus élevé depuis plus de dix ans.

Ce que dit cette décomposition, dans le vocabulaire de 1976, est exactement ce que Todd croyait lire dans la série soviétique : une régression de la capacité technique et organisationnelle d'un appareil, et non une dégradation générale des conditions d'existence.

4. Le déclassement européen

L'indicateur ne prend tout son sens que rapporté à ses voisins, puisque c'est la comparaison qui fait la hiérarchie. En 2024, l'Union européenne à vingt-sept enregistre douze mille trois cent quatre-vingt-douze décès infantiles, soit 3,5 pour mille. Le taux le plus bas est estonien, à 1,4 pour mille, le plus élevé roumain, à 6,6 pour mille. Entre 2014 et 2024, la moyenne européenne a reculé de 3,6 à 3,5 pour mille. Dans le même intervalle, la France est passée de 3,52 à 4,10 pour mille.

Le déclassement en rang est brutal. Troisième position européenne en 2000, vingt et unième sur vingt-sept selon Santé publique France en 2024, vingt-troisième selon l'Inspection générale des

affaires sociales. L'écart entre ces deux rangs, qui tient à l'année de référence et à la méthode de classement, doit être signalé plutôt que masqué : il rappelle que les palmarès internationaux sont des constructions et non des mesures. Il ne modifie pas le constat de fond. Depuis 2015, la France se situe au-dessus de la moyenne de l'Union, et elle est le seul pays de l'Union dont l'indicateur suit une trajectoire ascendante.

III. Le silence administratif

1. Cesser de publier, ou publier en août

Voici le fait le plus troublant du dossier, et celui qui justifie à lui seul le rapprochement avec 1976. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales intitulé *Organisation de la périnatalité dans les territoires : affirmer une logique de santé publique* a été remis au ministère de la santé en janvier 2026. Il n'a été mis en ligne que le 4 août 2026, après qu'un article du Canard enchaîné en eut révélé l'existence. Trois cents pages, vingt-quatre recommandations, un constat de dégradation continue sur quinze ans, publiées au creux de l'été. La présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes y a vu un choix révélateur de la manière dont sont traitées la périnatalité et la santé des femmes en France. La question de l'organisation des maternités, la plus conflictuelle, a été renvoyée à l'automne 2026.

La comparaison avec le retrait statistique soviétique de 1974 doit être maniée avec rigueur, et il faut immédiatement en marquer les limites, faute de quoi elle devient une facilité rhétorique. En France, aucune série n'a été supprimée. L'Insee publie annuellement, Santé publique France a publié en juillet 2026 un panorama de cent indicateurs, la Drees a publié la même semaine ses résultats sur la mortalité périnatale, des chercheurs publient dans des revues internationales, des parlementaires interrogent le gouvernement, la Cour des comptes a rendu un rapport en mai 2024. Le régime informationnel n'a rien de comparable à celui de l'Union soviétique, et prétendre le contraire serait à la fois faux et politiquement irresponsable.

Mais la comparaison porte sur un autre plan, et c'est là qu'elle tient. Todd ne disait pas que le régime soviétique mentait sur ce chiffre : il disait qu'il cessait de le mettre en circulation. Or c'est bien de circulation qu'il s'agit ici. Un État peut produire une information impeccable et organiser simultanément sa faible saillance : en choisissant le calendrier de publication, en renvoyant l'arbitrage sensible à plus tard, en laissant huit mois s'écouler entre la remise et la mise en ligne. La censure et l'enfouissement produisent des effets voisins sur l'espace public, par des voies institutionnelles entièrement différentes. C'est cette différence de voies qui interdit l'assimilation, et cette proximité d'effets qui rend la comparaison instructive.

2. Faire naître et laisser mourir

Le contexte politique de cet enfouissement en éclaire la logique. En février 2026, un plan de lutte contre l'infertilité assorti de seize mesures a été présenté sous le registre du réarmement

démographique. Publier au même moment un rapport établissant que le pays laisse remonter depuis quinze ans la mortalité de ses nouveau-nés aurait produit une dissonance difficile à tenir.

Cette dissonance n'est pas accidentelle, elle est structurelle, et elle mérite d'être nommée. Une politique se donne pour objectif d'augmenter le nombre de naissances ; une autre, qui relève des mêmes budgets, échoue à maintenir en vie les enfants effectivement nés. La première est un discours sur la population comme ressource collective, adressé à l'opinion. La seconde est une pratique d'allocation de moyens, invisible, distribuée entre des services de néonatalogie sous-dotés et des territoires inégalement pourvus. Michel Foucault décrivait en 1976, l'année même de *La Chute finale*, le passage d'un pouvoir souverain qui fait mourir et laisse vivre à un biopouvoir qui fait vivre et laisse mourir. Le cas français en offre une variante contemporaine assez exacte : un État qui investit dans la production de naissances et laisse se dégrader l'infrastructure qui les maintient en vie. La natalité est un objet de discours ; la survie néonatale est un objet de gestion.

3. Ce que révèle le rapport lui-même

Le contenu de l'expertise administrative confirme, en creux, qu'aucune explication technique isolée ne tient. L'Inspection générale des affaires sociales, contre l'attente de nombreux acteurs, écarte l'idée que les restructurations de l'offre de maternités expliquent à elles seules la dégradation, alors même que deux cent quarante maternités ont fermé en vingt ans, soit une baisse d'un tiers du parc, et que l'Assemblée nationale avait voté en première lecture, le 15 mai 2025, un moratoire sur ces fermetures. Elle recommande en revanche de redonner à la politique de périnatalité la priorité qu'elle a perdue au cours des deux dernières décennies, et propose un plan stratégique pour 2027-2030.

La formule mérite d'être pesée. Une priorité perdue au cours des deux dernières décennies n'est pas un accident, ni une conjoncture, ni un effet de composition démographique. C'est la description d'un arbitrage, prolongé sur vingt ans, entre des usages concurrents de la ressource publique. La Cour des comptes situait déjà la France au vingt-deuxième rang sur trente-quatre pays européens pour la mortalité néonatale en 2024, et relevait qu'une vingtaine de maternités continuaient de déroger au seuil minimal de trois cents accouchements annuels fixé en 1998. Ce n'est pas un système qui manque d'argent : c'est un système dont l'argent a cessé d'aller vers cet objet.

IV. Géographies internes de la mortalité

1. Ce que la moyenne nationale dissimule

Le taux national de 4,10 pour mille est une moyenne, et une moyenne est un instrument politique autant qu'un instrument statistique. Elle produit un sujet unique, la France, là où coexistent des régimes sanitaires distincts.

Sur la période 2004-2022, le taux de mortalité infantile s'établit à 3,5 pour mille en France métropolitaine et à 8,0 pour mille dans les départements d'outre-mer, soit un rapport de un à deux et demi. En 2024, Santé publique France mesure 10,55 pour mille à Mayotte, où quatre-vingt-quatorze nourrissons sont morts pour huit mille neuf cent huit naissances vivantes, et 5,75 pour mille à La Réunion. En 2022, Mayotte se situait à 10,1 pour mille, la Guyane à 9,8, la Martinique à 9,2, La Réunion à 7,0.

Ces niveaux ne sont pas européens. Un taux de 10,55 pour mille place Mayotte au niveau des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Le département français où l'on meurt le plus avant un an présente un profil sanitaire qui n'a rien de commun avec celui de la France hexagonale, tout en étant intégralement compris dans l'agrégat national. La moyenne fonctionne alors comme un opérateur d'incorporation sans égalisation : les outre-mer entrent dans le total, ce qui permet de les dire français, et disparaissent dans le total, ce qui permet de ne pas les traiter comme un problème distinct.

2. La production coloniale d'un différentiel

La tentation est grande de lire ces écarts comme un retard, c'est-à-dire comme un décalage temporel appelé à se résorber par diffusion du modèle métropolitain. C'est précisément l'opération intellectuelle que la critique postcoloniale a démontée. Un différentiel sanitaire durable à l'intérieur d'un même espace juridique n'est pas un reliquat du passé : c'est un produit du présent, entretenu par une allocation de ressources et une organisation administrative.

Trois références permettent de construire cette lecture. Frantz Fanon, dans *Médecine et colonialisme*, texte inclus dans *L'An V de la révolution algérienne* en 1959, décrit comment le soin, en situation coloniale, cesse d'être un pur bien pour devenir un rapport de pouvoir, et comment la défiance des colonisés envers l'institution médicale, souvent interprétée comme arriération culturelle, est une réponse rationnelle à cette situation. Françoise Vergès, dans *Le Ventre des femmes*, publié en 2017, documente les avortements et stérilisations pratiqués à La Réunion autour de 1970 sur des femmes racisées, au moment même où la métropole menait une politique nataliste : le corps reproductif ultramarin y est gouverné selon une logique inverse de celle qui prévaut dans l'Hexagone, ce qui interdit de parler de retard et oblige à parler de différence de traitement. Achille Mbembe, enfin, avec la notion de nécropolitique, propose de considérer comme un exercice de souveraineté la distribution inégale de l'exposition à la mort.

Appliqué à Mayotte, dont la départementalisation date de 2011 et dont la souveraineté française reste contestée par l'Union des Comores devant les Nations unies, ce cadre décrit une situation où l'intégration juridique n'a pas produit l'égalisation sanitaire, et où la population soignée comprend une part importante de personnes en situation administrative précaire, dont le rapport au système de soins est structurellement empêché. L'Inspection générale des affaires sociales reprend d'ailleurs en 2026 les chiffres de Santé publique France et insiste sur la réduction des inégalités d'accès aux soins, notamment en outre-mer.

3. Les périphéries hexagonales

Le raisonnement ne vaut pas seulement pour l'outre-mer, et c'est ce qui en fait un raisonnement sur la structure sociale et non sur la géographie lointaine. Les données de l'Insee sur 2004-2022 font apparaître un gradient social régulier : 2,2 pour mille pour les enfants de mères cadres, 2,8 pour les professions intermédiaires, 3,5 pour les ouvrières, 3,6 pour les employées, 5,1 pour les mères inactives ou de catégorie sociale inconnue. Le rapport entre le haut et le bas de l'échelle est de un à plus de deux, à l'intérieur d'un même système de santé réputé universel.

Le gradient se lit aussi selon le pays de naissance de la mère : 3,4 pour mille pour les mères nées en France, 3,3 pour celles nées dans un autre pays d'Europe, 3,5 pour l'Asie, 4,6 pour le Maghreb, 7,5 pour les autres pays d'Afrique. Ces écarts persistent à caractéristiques égales. Une part de l'explication est documentée : le taux de suivi de grossesse jugé inadéquat atteint trente-cinq pour cent chez les femmes nées en Afrique subsaharienne, contre dix-sept pour cent chez celles nées en France, selon les travaux de Priscille Sauvegrain et de ses coauteurs publiés dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* en 2017.

Il faut lire ce chiffre correctement, car il est aussi le plus susceptible d'être détourné. Il ne dit pas que ces femmes se soignent mal. Il dit que le système ne les atteint pas : barrières linguistiques, complexité administrative, non-recours aux droits, discontinuité de l'hébergement, discriminations dans la prise en charge. Julian Tudor Hart a formulé en 1971 dans *The Lancet* ce qu'il a nommé la loi inverse des soins : la disponibilité d'une bonne offre de soins tend à varier en sens inverse du besoin de la population desservie. La mortalité néonatale française en offre une illustration métropolitaine, que les travaux de Jennifer Zeitlin et de son équipe sur la Seine-Saint-Denis avaient documentée dès 2016, et que les alertes actuelles retrouvent en Île-de-France, dans le Grand Est et en Centre-Val de Loire.

4. Une conclusion intermédiaire

Il existe donc, à l'intérieur du territoire français, une distribution de la mortalité infantile qui reproduit dans ses grandes lignes la structure centre-périphérie de l'économie-monde décrite par Samir Amin : un centre où l'indicateur reste proche des standards européens, et des périphéries, ultramarines et sociales, où il atteint des niveaux qui, dans un autre État, seraient qualifiés de sous-développement. La différence est que ces périphéries sont juridiquement incluses, ce qui les rend statistiquement invisibles et politiquement inaudibles. La moyenne nationale ne masque pas seulement les inégalités : elle les rend impensables comme rapport de domination interne.

V. Le renversement du gradient

1. L'Est a dépassé l'Ouest

La comparaison internationale produit un résultat que les catégories héritées de la guerre froide rendent presque illisible. L'Estonie, république soviétique jusqu'en 1991, affiche en 2024 le taux

de mortalité infantile le plus bas de l'Union européenne, à 1,4 pour mille, soit près de trois fois moins que la France. La Slovénie, la Tchéquie et la Finlande figurent parmi les meilleures performances continentales. Les pays qui, dans la géographie mentale de 1976, appartenaient à la sphère dont Todd annonçait la décomposition, obtiennent aujourd'hui sur cet indicateur des résultats que la France n'atteint plus.

2. Russie et Chine : la parité

Le cas russe est le plus direct, puisque c'est le successeur de l'État dont la série avait servi de preuve. Rosstat mesure en 2024 un taux de mortalité infantile de 4,1 pour mille, soit exactement le niveau français. Le Groupe interagences des Nations unies pour l'estimation de la mortalité des enfants, dont la méthode est différente, retient 5,2 pour mille. Selon la source retenue, la Russie fait donc aussi bien que la France ou un peu moins bien. Dans les deux cas, l'écart de un à cinq ou six qui séparait les deux pays en 1976 a disparu.

Le cas chinois est plus spectaculaire encore, et plus instructif méthodologiquement. La Commission nationale de la santé annonce un taux de 4,0 pour mille en 2024 et de 3,8 pour mille en 2025, soit un niveau inférieur au taux français. Les estimations onusiennes, elles, retiennent 4,5 pour mille en 2023 et 5,7 pour mille en 2024. L'écart entre les deux séries est considérable, et il ne se résorbera pas par simple accumulation de données.

3. L'asymétrie épistémique

C'est cet écart, et non le chiffre lui-même, qui constitue l'objet le plus intéressant pour un cours de méthode. Comparons deux situations.

En 1974, l'Union soviétique publie une série de mortalité infantile qui se dégrade, puis cesse de publier. L'analyse occidentale conclut que la vérité affleure malgré le régime, et qu'il faut donc croire à la hausse, voire la corriger à la hausse. En 2025, la Chine publie une série qui s'améliore. L'analyse occidentale conclut que le régime enjolive, et qu'il faut donc corriger à la hausse.

Dans les deux cas, la correction va dans le même sens : celui qui dégrade la performance du pays non occidental. Le critère opérant n'est pas méthodologique, il est positionnel. Cela ne signifie pas que le doute soit illégitime : les systèmes d'enregistrement chinois présentent des lacunes documentées, notamment dans les zones rurales et pour les populations migrantes internes, et l'écart avec les estimations onusiennes appelle une explication. Cela signifie que le doute est appliqué de façon dissymétrique, et que cette dissymétrie n'est jamais elle-même thématisée.

Le test de symétrie s'impose alors : la France déclare-t-elle ses naissances vivantes selon des conventions plus exigeantes que ses voisins ? Oui, très probablement, et nous y reviendrons. Mais cet argument, invoqué avec insistance pour amortir le déclassement français, est exactement de même nature que celui qu'on refuse d'accorder aux statistiques chinoises. On ne peut pas soutenir simultanément que les conventions d'enregistrement expliquent le mauvais chiffre français et qu'elles n'expliquent pas le bon chiffre chinois.

Le tableau 1, en fin de document, rassemble les niveaux comparés.

4. Ce que la convergence défait

L'enjeu dépasse le classement. La théorie du développement, dans sa version canonique, celle des étapes de la croissance formulée par Walt Rostow en 1960, reposait sur une proposition empirique forte : il existe une séquence unique, dont les sociétés occidentales sont en tête et que les autres parcourront à leur tour. Cette proposition avait besoin d'une preuve, et la mortalité infantile en était la meilleure disponible. L'écart était massif, non contestable, moralement décisif. Il justifiait le transfert de modèles, les conditionnalités, l'expertise, et la position même de celui qui conseille.

Amartya Sen et Jean Drèze avaient déjà entamé la démolition de cette séquence en 1989 en distinguant la sécurité obtenue par la croissance et celle obtenue par le soutien public, et en montrant que le Kerala, le Sri Lanka, le Costa Rica ou la Chine avaient atteint des résultats sanitaires sans rapport avec leur niveau de revenu, par la dépense publique en santé et en éducation. Ce qui se produit aujourd'hui va plus loin : ce n'est plus seulement que des sociétés pauvres font aussi bien que des sociétés riches, c'est qu'une société riche fait moins bien qu'elle-même vingt ans plus tôt, pendant que d'autres progressent.

Samir Amin soutenait que le développement du centre et le sous-développement de la périphérie sont deux effets d'un même processus d'accumulation à l'échelle mondiale, et non deux étapes d'une même trajectoire. La convergence des taux de mortalité infantile ne valide pas mécaniquement cette thèse. Mais elle détruit son adversaire : elle rend intenable la lecture séquentielle, où le Nord aurait simplement de l'avance. Un indicateur qui remonte au centre et descend dans la périphérie n'est pas compatible avec une théorie de l'avance.

Il reste à formuler le point le plus dur, et il est de nature politique et non statistique. Pendant deux siècles, la légitimité du pouvoir européen sur le reste du monde s'est appuyée, dans son registre le plus difficile à contester parce que le plus humanitaire, sur la capacité à faire survivre les enfants. C'est cet argument, et non la puissance militaire ou la richesse, qui donnait à la mission civilisatrice sa force morale, et à l'aide au développement son évidence. Le retournement de l'indicateur en France ne prive pas seulement le pays d'un motif de fierté. Il prive un discours de son socle empirique.

VI. Contre-lectures

Une démonstration qui n'expose pas ses points faibles n'est pas une démonstration. Cette partie rassemble les objections les plus solides opposables à ce qui précède, et il faut les tenir pour sérieuses.

1. L'artefact d'enregistrement, à nouveau

C'est l'objection la plus fondée. La France applique des règles de déclaration exigeantes et réanime activement des enfants nés à des âges gestationnels extrêmes. Un enfant né à vingt-trois semaines, réanimé, et mort à six jours, est en France un décès infantile ; ailleurs, il pourrait être enregistré comme mort-né et n'apparaître dans aucune statistique de mortalité infantile. Paromita Deb-Rinker et ses coauteurs ont montré en 2015 dans *BMC Pediatrics* que les classements internationaux sur cet indicateur sont sensibles à ces conventions. Le réseau Euro-Peristat, référence en la matière, appelle explicitement à la prudence dans les comparaisons.

Cette objection est cependant partiellement réfutée par les données françaises elles-mêmes. L'Insee note que le taux de mortinatalité spontanée a légèrement baissé entre 2012 et 2023, de même que le nombre d'interruptions médicales de grossesse, ce qui a pu contribuer à la hausse des décès dans les premiers jours, mais pour un ordre de grandeur limité, de l'ordre de deux dixièmes de point pour mille chacun. Surtout, l'objection explique un niveau, pas une pente : elle pourrait justifier que la France soit durablement mal classée, elle ne peut expliquer qu'elle se dégrade quand ses voisins s'améliorent, à conventions inchangées. L'étude de Trinh et de ses coauteurs a d'ailleurs conduit des analyses de sensibilité excluant les décès du premier jour, sans que la tendance disparaisse.

2. La composition plutôt que l'institution

Deuxième objection : la hausse s'expliquerait par la transformation de la population des mères, et non par une défaillance du système. Les facteurs de risque ont effectivement progressé : recul de l'âge à la maternité, obésité préconceptionnelle, diabète gestationnel, maladies chroniques, tabagisme en cours de grossesse resté élevé. La mortalité des enfants issus d'accouchements multiples a nettement augmenté, de 16,4 à 18,7 pour mille entre 2010-2014 et 2015-2022.

L'objection se heurte à deux limites. La première est comparative : l'âge maternel a reculé partout en Europe, sans que la mortalité infantile y remonte. La seconde est quantitative, et elle mérite d'être soulignée parce qu'elle contredit un usage politique fréquent de ces chiffres. L'Insee a mesuré l'effet de la modification de la structure des naissances selon le pays de naissance de la mère, dont la part est passée de 19,5 à 23,6 pour cent entre les deux périodes : cet effet de composition explique 0,1 point pour mille sur une hausse totale d'environ 0,6 point. Il est donc responsable d'environ un sixième du mouvement. Attribuer la dégradation périnatale française à l'immigration est, sur les données disponibles, quantitativement faux.

3. Ce que l'expertise administrative refuse d'accorder

Troisième objection, interne au dossier : l'Inspection générale des affaires sociales écarte l'explication par les fermetures de maternités, qui est pourtant la plus mobilisée dans le débat public et syndical. Elle constate qu'il n'existe pas de modèle type d'organisation territoriale optimale. Ce résultat contrarie un récit simple, celui de la désertification sanitaire, et il faut

l'accepter comme tel plutôt que de le contourner. Il ne disculpe pas pour autant l'organisation du système : il déplace la responsabilité de la carte des établissements vers la densité en réanimation néonatale, la continuité du suivi de grossesse et la stabilité des équipes, ce qui reste un enjeu d'allocation de moyens.

4. La surdétermination toddienne

Quatrième objection, la plus profonde : l'indicateur unique. Faire porter à un seul rapport la charge d'un diagnostic civilisationnel est un vice de méthode, et Todd en fournit lui-même la démonstration en se rétractant en 2024. Il faut mesurer les ordres de grandeur : la hausse française représente environ 0,6 décès supplémentaire pour mille naissances. Un enfant sur deux cent cinquante meurt avant un an en France, contre un sur deux cent quatre-vingt-dix en 2011. C'est grave, c'est anormal parmi les pays comparables, ce sont des centaines de morts évitables par an, et cela reste très éloigné d'un effondrement sanitaire. Pendant la même période, l'espérance de vie française a continué de progresser, atteignant 85,9 ans pour les femmes et 80,3 ans pour les hommes en 2025, au-dessus de la moyenne européenne. Un système qui régresserait globalement ne produirait pas ce résultat.

L'honnêteté commande donc une formulation restrictive : ce qui se dégrade en France est un segment précis de la chaîne du soin, celui qui concerne les nouveau-nés fragiles, et non l'appareil sanitaire dans son ensemble. C'est un symptôme localisé, mais il est localisé à l'endroit le plus révélateur, celui qui exige le plus de coordination, de personnel qualifié et de moyens permanents pour un bénéfice statistique invisible à l'échelle des grands agrégats.

5. Les usages nativistes de l'indicateur

Cinquième objection, politique. La mortalité infantile est déjà mobilisée par des courants qui n'en tirent pas les mêmes conclusions : dénonciation de la fermeture des maternités rurales au nom d'une France périphérique blanche, imputation de la dégradation aux populations immigrées, appel au réarmement démographique. Toute analyse critique de cet indicateur circule dans cet espace saturé et risque d'y être capturée. La seule protection disponible est l'exactitude quantitative, d'où l'importance du point établi plus haut : l'effet de composition migratoire pèse un sixième de la hausse, et les taux plus élevés observés chez les mères nées en Afrique subsaharienne s'expliquent par un défaut d'accès au suivi, non par une caractéristique des personnes.

6. Critique de l'Occident n'est pas apologie de ses concurrents

Sixième objection, et la plus nécessaire pour la cohérence de l'ensemble. Le fait que la Russie et la Chine aient rattrapé la France sur cet indicateur n'en fait pas des modèles politiques, et l'on remarquera que Todd lui-même, dans sa production récente, glisse d'une critique de l'Occident vers une lecture culturaliste et conservatrice qui doit être tenue à distance. La convergence sanitaire ne dit rien des libertés publiques, du traitement des minorités ou du droit du travail. Elle

dit seulement que l'argument sanitaire ne peut plus servir d'adossement empirique à la hiérarchie mondiale.

Le contre-exemple cubain doit être versé au dossier pour la même raison. Longtemps citée comme démonstration qu'un pays pauvre et soumis à un embargo pouvait égaler les performances sanitaires du Nord, Cuba voit son taux remonter à 8,6 pour mille en 2024 selon l'Unicef, sous l'effet conjugué de la crise économique, de la pénurie de médicaments et de l'émigration du personnel de santé. Une position pro-Sud rigoureuse ne consiste pas à retourner le palmarès, ce qui reviendrait à en accepter la logique. Elle consiste à établir que le classement lui-même a cessé de désigner ce qu'il prétendait désigner.

Conclusion

Ce que Todd nous disait en 1976 n'était pas que l'Union soviétique allait s'effondrer, puisqu'il a lui-même retiré ce lien causal en 2024. Il nous disait trois choses, et elles se transportent.

La première est de méthode : les indicateurs les plus fiables sur l'état réel d'une société sont ceux que personne n'a intérêt à mettre en scène, et la mortalité des nouveau-nés est de ceux-là, parce qu'elle intègre tout et ne se négocie pas.

La deuxième est d'ordre institutionnel : le comportement d'un État vis-à-vis de ses propres chiffres est une donnée. L'Union soviétique cessait de publier ; l'État français publie tout et enfouit ce qui dérange sous huit mois de délai et un calendrier d'août. Les procédures sont incomparables et les effets sur le débat public sont voisins. C'est cette nuance qu'il faut tenir, et non l'assimilation facile.

La troisième est la plus lourde de conséquences pour ceux qui travaillent sur le développement. La mortalité infantile a été, pendant deux siècles, l'instrument par lequel l'Europe se mesurait au monde et se trouvait en avance. En 2026, la France se situe au-dessus de la moyenne de l'Union européenne, à parité avec la Russie, au niveau annoncé par la Chine, très loin derrière l'Estonie, et abrite un département, Mayotte, dont le taux est celui d'un pays à revenu intermédiaire. L'écart qui fondait la hiérarchie a disparu, et il n'a pas disparu parce que le monde a rattrapé un modèle : il a disparu par les deux bouts, par le progrès des uns et par la régression de l'autre.

La question qui se pose alors n'est pas celle du déclin français, catégorie usée et politiquement encombrée. Elle est de savoir ce que peuvent encore décrire les catégories héritées du développementalisme lorsque l'indicateur qui les fondait ne les valide plus. Un enfant qui meurt à Mamoudzou et un enfant qui meurt à Moroni ne relèvent pas de deux mondes différents parce que l'un est français. Ils relèvent de la même géographie de l'inégal accès au soin, dont la frontière ne passe plus entre le Nord et le Sud, mais à l'intérieur de chacun d'eux. C'est cette redistribution, et non un effondrement, que la série française donne à lire.

Encadré méthodologique

Définition. Le taux de mortalité infantile rapporte le nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire au cours d'une année au nombre d'enfants nés vivants la même année. Il se décompose en mortalité néonatale précoce (jour 0 à jour 6), néonatale tardive (jour 7 à jour 27) et post-néonatale (jour 28 à jour 364). L'Insee publie une décomposition légèrement différente, isolant le jour de la naissance, la période de 1 à 27 jours et la période de 28 jours à un an.

Champ. Les séries françaises couvrent la France métropolitaine jusqu'en 1997, la France hors Mayotte de 1998 à 2013, et la France entière depuis 2014. Toute comparaison longue doit tenir compte de ces ruptures de champ, qui jouent à la hausse depuis l'intégration des départements d'outre-mer.

Précautions comparatives. Les conventions d'enregistrement des naissances vivantes et des enfants nés sans vie varient d'un pays à l'autre. Le seuil français d'enregistrement d'un enfant sans vie est de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou cinq cents grammes depuis 2001, sans limite depuis 2008. Le réseau Euro-Peristat recommande la prudence dans l'interprétation des classements internationaux.

Statut des données 2025 et 2026. Les données 2025 publiées par l'Insee en janvier 2026 sont provisoires. Aucun taux annuel 2026 n'est disponible à la date de rédaction : les chiffres présentés comme les plus récents sont ceux publiés au cours de l'année 2026 et portant sur 2024 et 2025.

Tableau 1. Taux de mortalité infantile comparés, dernières données disponibles

Territoire ou pays	Taux (‰)	Année	Source
Estonie	1,4	2024	Eurostat
Union européenne (27 pays)	3,5	2024	Eurostat
Chine (données nationales)	3,8	2025	Commission nationale de la santé
France entière	4,0	2025 (p)	Insee
Russie (données nationales)	4,1	2024	Rosstat
France entière	4,1	2024	Insee, Santé publique France
Chine (estimation onusienne)	5,7	2024	Unicef, groupe interagences
La Réunion	5,75	2024	Santé publique France
Roumanie	6,6	2024	Eurostat
Cuba	8,6	2024	Unicef
Mayotte	10,55	2024	Santé publique France

Lecture : les taux nationaux chinois et russes proviennent des appareils statistiques nationaux ; l'estimation onusienne pour la Chine repose sur une méthode distincte. L'écart entre les deux lignes chinoises est commenté en partie V.

Sources et références

Insee, *Bilan démographique 2025*, Insee Première n° 2087, janvier 2026.

Blanpain N., *Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France*, Insee Première n° 2048, avril 2025.

Papon S., *Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne*, Insee Focus n° 301, juin 2023.

- Inspection générale des affaires sociales, *Organisation de la périnatalité dans les territoires : affirmer une logique de santé publique*, janvier 2026, mis en ligne le 4 août 2026.
- Santé publique France, *Santé périnatale en France : dix années d'évolutions contrastées*, 8 juillet 2026.
- Drees, La part d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des sept premiers jours de vie s'élève à 11 pour 1 000 naissances en 2024, *Études et Résultats* n° 1378, juillet 2026.
- Cour des comptes, *La politique de périnatalité*, rapport public thématique, mai 2024.
- Trinh N. T. H., de Visme S., Cohen J. F., Bruckner T. et al., *Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019*, *The Lancet Regional Health Europe*, vol. 16, 2022, 100339.
- Sauvegrain P., Stewart Z., Gonthier C. et al., *Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées*, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 19-20, 2017.
- Zeitlin J. et al., *Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis*, rapport final, Inserm, 2016.
- Eurostat, *Mortality and life expectancy statistics*, données 2024, mise à jour 2026.
- Deb-Rinker P., León J. A., Gilbert N. L. et al., *Differences in perinatal and infant mortality in high-income countries: artifacts of birth registration or evidence of true differences?*, *BMC Pediatrics*, 2015.
- Euro-Peristat, *European Perinatal Health Report 2015-2019*, novembre 2022.
- Todd E., *La Chute finale. Essai sur la décomposition de la sphère soviétique*, Robert Laffont, 1976.
- Todd E., *La Défaite de l'Occident*, Gallimard, 2024.
- Carrère d'Encausse H., *L'Empire éclaté*, Flammarion, 1978.
- Davis C., Feshbach M., *Rising Infant Mortality in the USSR in the 1970s*, US Bureau of the Census, Series P-95 n° 74, 1980.
- Anderson B. A., Silver B. D., *Infant Mortality in the Soviet Union: Regional Differences and Measurement Issues*, *Population and Development Review*, vol. 12, 1986.
- Amin S., *L'Accumulation à l'échelle mondiale*, Anthropos, 1970.
- Drèze J., Sen A., *Hunger and Public Action*, Clarendon Press, 1989.
- Fanon F., *Médecine et colonialisme*, in *L'An V de la révolution algérienne*, Maspero, 1959.
- Vergès F., *Le Ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme*, Albin Michel, 2017.
- Mbembe A., *Nécropolitique, Raisons politiques*, n° 21, 2006.
- Tudor Hart J., *The Inverse Care Law*, *The Lancet*, vol. 297, 1971.
- Desrosières A., *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, La Découverte, 1993.
- Foucault M., *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France, 1976, Gallimard-Seuil, 1997.
- Rostow W. W., *The Stages of Economic Growth: A Non-Communist Manifesto*, Cambridge University Press, 1960.
- Commission nationale de la santé de la République populaire de Chine, communiqués sur la santé maternelle et infantile, avril 2025 et juin 2026.
- Unicef, base de données sur la mortalité des enfants, estimations du Groupe interagences des Nations unies, mise à jour 2026.