

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Mortalité et politiques socio-économiques : le cas de 4 pays d'Europe centrale et orientale

Véronique HERTRICH et France MESLÉ

INED, Paris, France

Dans les quinze dernières années, de profonds bouleversements ont affecté la vie des populations des pays d'Europe de l'Est. La chute du mur de Berlin en 1989, symbolisant la fin du bloc communiste, était en fait l'aboutissement d'un long processus de dissolution entamé dès la fin des années soixante-dix. Au cours de la décennie quatre-vingt, tous les pays d'Europe centrale et orientale ont connu ces changements mais à des degrés divers. En Pologne, l'émergence du mouvement *Solidarnosc*, en 1980, mènera, malgré le coup de force de 1981, au premier gouvernement non communiste de l'Europe communiste dès 1989. En Hongrie, la tentative d'adaptation en douceur du régime aboutira à son effritement. En Roumanie, le brutal renversement de Ceaucescu sera suivi de troubles intérieurs graves. L'éclatement de la Yougoslavie est à l'origine d'une guerre rappelant à l'Europe un passé qu'elle croyait à jamais révolu. En URSS, enfin, la *perestroïka* et la *glasnost* mises en place par Gorbatchev en 1985 conduiront finalement à l'éclatement de l'Union en 1991.

Dans les années quatre-vingt-dix, la transition vers l'économie de marché est plus ou moins douloureuse selon les pays. La Pologne, la Hongrie et la République tchèque semblent dans les toutes dernières années bien engagées sur le chemin de la croissance, tandis qu'en Bulgarie, en Slovaquie, en Roumanie, mais aussi en Russie ou en Ukraine, la désorganisation socio-économique est encore loin d'être maîtrisée.

Ces profondes mutations se sont produites dans des pays qui connaissaient depuis trois décennies une évolution de l'espérance de vie beaucoup moins favorable que celle observée dans les autres pays développés (Bourgeois-Pichat, 1985; Blum et Monnier, 1989; Meslé, 1991). La vie moyenne stagnait et parfois même diminuait chez les hommes tandis qu'elle ne progressait que très lentement chez les femmes. En quoi, les changements politiques, économiques et sociaux des quinze dernières années ont-ils pesé sur l'évolution récente de la mortalité à l'est de l'Europe ? Nous essayons ici d'apporter quelques éléments de réponse en prenant en exemple deux pays d'Europe centrale, la Hongrie et la Pologne, et deux républiques de l'ex-URSS, la Russie et l'Ukraine.

Notre analyse de l'évolution de la mortalité repose sur la prise en compte des causes de décès. En Hongrie et en Pologne, les statistiques en sont très régulièrement publiées. Nous utilisons ici les données provenant du fichier informatisé de l'OMS. Pour obtenir des séries cohérentes de décès sur une longue période, nous avons toutefois dû déterminer des coefficients de passage permettant de reclasser les décès des années antérieures à 1978 ou 1979⁽¹⁾ dans la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM). Pour ce faire, nous avons repris la méthode de

⁽¹⁾ Les décès étaient classés de 1965 à 1968 selon la liste intermédiaire de la 7^e révision de la CIM, et de 1969 à 1978 (Hongrie) ou 1979 (Pologne) selon la liste intermédiaire de la 8^e révision. Nous avons, d'abord, reclassé les décès classés selon la 7^e révision dans la 8^e révision, puis les décès reclassés ou classés dans la 8^e révision dans la 9^e révision (liste de base pour la mise en tableaux). La cohérence des séries a été vérifiée pour chacune des rubriques à 3 chiffres de la liste de base.

calcul de ces coefficients déjà mise au point pour la France (Vallin et Meslé, 1996), en l'adaptant aux cas particuliers des deux pays⁽²⁾.

Pour la Russie et l'Ukraine, il n'existait pas jusque dans les années les plus récentes de publications régulières de la statistique de décès par causes. Dans le cadre d'une collaboration avec le Centre de démographie et d'écologie humaine de Moscou, nous avons pu accéder aux archives qui détenaient les tableaux de décès par causes pour chacune des républiques de l'ex-URSS. Il a fallu là encore effectuer un patient travail de reconstitution pour obtenir des séries cohérentes de décès sur une longue période⁽³⁾. Ce sont ces données, tout récemment publiées pour la Russie (Meslé *et al*, 1996) et encore inédites pour l'Ukraine, que nous utilisons ici.

Dans une première partie, nous brosserons les grands traits de l'évolution de la mortalité dans les quatre pays choisis et nous soulignerons les âges et les causes qui déterminent principalement cette évolution. Dans une deuxième partie, nous analyserons, pour la catégorie de population la plus touchée, les hommes d'âge actif, les tendances de la mortalité pour certaines causes de décès et nous tenterons de les relier à divers éléments des politiques sanitaires, économiques et socio-politiques.

I. Le poids des différents âges et des principales causes dans la mortalité

Pour illustrer la divergence d'évolution entre l'Est et l'Ouest de l'Europe, la figure 1 compare l'évolution de l'espérance de vie⁽⁴⁾ dans les quatre pays choisis à celle de l'espérance de vie française. Alors que les vies moyennes masculine et féminine ont régulièrement et fortement augmenté en France depuis 1970, dans les pays d'Europe de l'Est, la vie moyenne a, soit très peu augmenté (chez les femmes en Hongrie et en Pologne), soit stagné (chez les hommes en Pologne), soit même régressé (chez les hommes en Hongrie et pour les deux sexes en Russie et en Ukraine).

En Russie, où le recul est le plus marqué, les hommes ont ainsi, en trente ans, perdu près de sept ans d'espérance de vie (de 64,5 ans en 1965 à 57,8 ans en 1994), tandis qu'en France ils en gagnaient plus de 6. Bien que moins spectaculaire, la dégradation de la situation relative des trois autres pays est très nette. Partant d'un niveau à peu près équivalent au niveau français en 1965, aux environs de 67 ans, l'espérance de vie masculine se retrouve à un niveau très inférieur dans les années quatre-vingt-dix (6 ans de moins pour la Pologne, près de 9 ans pour la Hongrie, et 10 ans pour l'Ukraine).

Sur ce fond de dégradation continue, l'espérance de vie a en outre connu d'importantes fluctuations, notamment en Russie et en Ukraine. De 1985 à 1987, elle a nettement augmenté avant de diminuer de nouveau pour retrouver en 1991 son niveau du milieu des années quatre-vingt. Depuis, la baisse s'est encore accélérée ramenant ces deux pays à des niveaux équivalents à ceux des années cinquante. La brutale remontée entamée en 1985-86 est directement liée à la mise en place par Gorbatchev d'une campagne antialcoolique dont les effets se sont peu à peu estompés (Shkolnikov et Nemtsov, 1994). L'accélération de la

⁽²⁾ Dans le cas de la Pologne, nous avons dû résoudre un problème supplémentaire. On ne disposait pas du détail des accidents entre 1972 et 1979 et du détail de l'ensemble des morts violentes entre 1980 et 1982. Pour chaque année, nous avons estimé les décès revenant dans chacune des rubriques à 3 chiffres dédiées aux morts violentes de la liste de base en appliquant la même répartition par âge et sexe que celle observée en 1971 pour les années 1972 à 1979 et que celle observée en 1983 pour les années 1980 à 1982. La cohérence des séries au passage 1979-1980 a été ensuite contrôlée.

⁽³⁾ La période 1965-1994 est couverte par trois révisions successives de la Classification soviétique, différentes de celles de la CIM.

⁽⁴⁾ Nous avons nous-mêmes recalculé les tables de mortalité et les espérances de vie à partir des décès toutes causes et des populations figurant dans les fichiers informatisés de l'OMS, grâce à un programme mis au point par Vladimir Shkolnikov. Calculées à partir de données fournies par groupes d'âges quinquennaux, elles peuvent légèrement différer des espérances de vie publiées par les instituts statistiques nationaux. Elles nous permettent toutefois de disposer d'une évolution annuelle comparable entre ces différents pays.

baisse des années les plus récentes tient davantage à la détérioration socio-économique (Meslé et Shkolnikov, 1995).

En Hongrie et en Pologne, l'évolution de l'espérance de vie est également marquée par des fluctuations assez importantes, bien que de moins grande ampleur que celles de leurs voisins russes et ukrainiens. L'analyse de l'évolution de la mortalité par cause devrait pouvoir nous donner quelques pistes pour mieux interpréter ces variations. Cependant, avant d'entrer dans le détail des tendances des causes de décès, voyons d'abord comment ces évolutions globalement défavorables ont affecté les différents groupes d'âges.

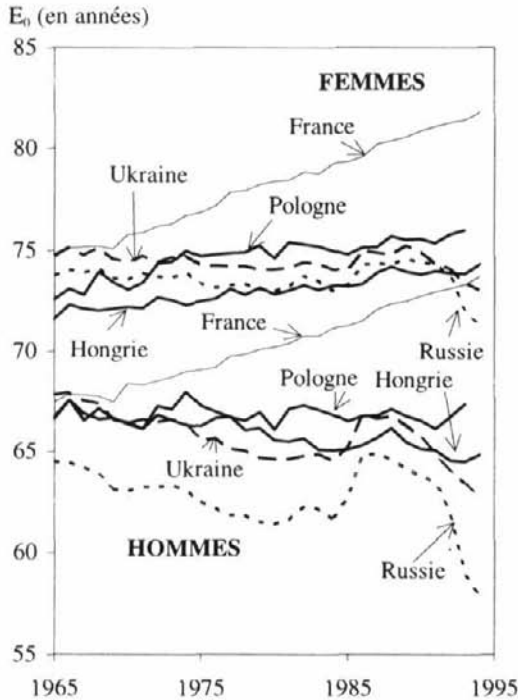


FIGURE 1. ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE SELON LE SEXE EN HONGRIE, EN POLOGNE, EN RUSSIE, EN UKRAÏNE ET EN FRANCE, 1965-1994

A. La hausse de la mortalité masculine aux âges adultes

À la figure 2, nous avons rapporté les quotients quinquennaux de mortalité de 1980 et de 1993 ou 1994 à ceux de 1965. Les changements de structure par âge observés dans les quatre pays présentent de grandes similitudes tout en faisant apparaître quelques caractéristiques propres.

Partout, c'est chez les hommes aux âges adultes que l'augmentation de la mortalité est la plus forte. À l'inverse, la baisse de la mortalité des jeunes enfants est générale. En Hongrie, chez les hommes, les quotients de mortalité ont particulièrement augmenté entre 40 et 50 ans. Cette augmentation a été régulière portant la mortalité de 1994 à un niveau deux fois et demie supérieur à celui de 1965. En Russie et en Ukraine, la détérioration couvre un ensemble d'âges beaucoup plus étendu allant de 10 à 70 ans, mais la hausse est maximale entre 40 et 60 ans. En Russie, l'aggravation est particulièrement marquée entre 1980 et 1994, tandis qu'en Ukraine, une bonne part de la détérioration était déjà acquise en 1980.

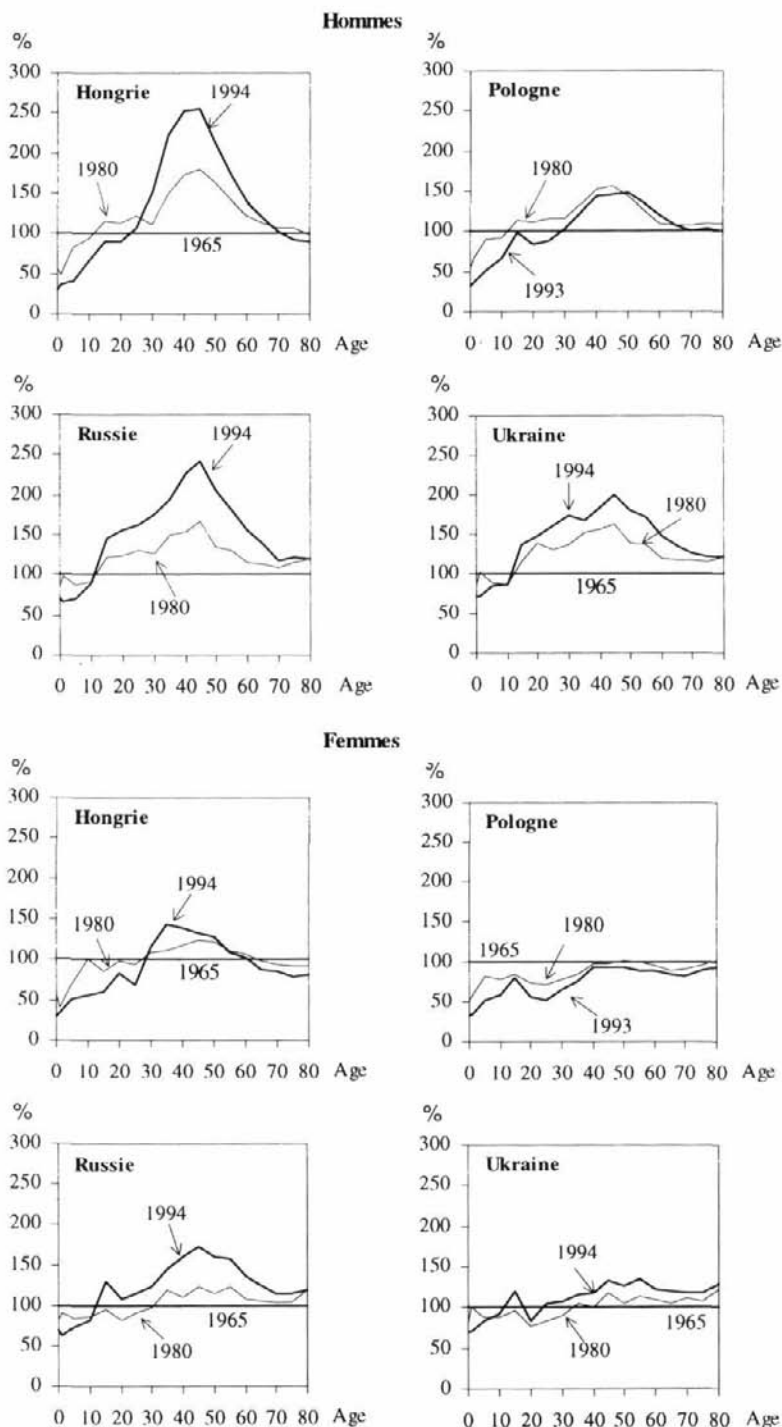


FIGURE 2. RAPPORT DES QUOTIENS QUINQUENNAUX DE MORTALITÉ PAR SEXE DE 1980 ET 1993 OU 1994 AUX QUOTIENS DE LA TABLE DE MORTALITÉ DE 1965, EN HONGRIE, POLOGNE, RUSSIE ET UKRAINE

La Pologne est le seul des quatre pays qui n'a pas subi de nouvelle aggravation de la mortalité depuis 1980. Avant 45 ans, il y a même un recul des risques de décès dans la période la plus récente.

Comme il était prévisible à la vue des tendances de l'espérance de vie à la naissance, les évolutions des quotients de mortalité féminins sont moins défavorables que celles des quotients masculins. On retrouve toutefois la plus grande sensibilité des âges adultes. En Hongrie, en Russie et en Ukraine, la mortalité a augmenté à de nombreux âges et tout particulièrement entre 30 et 60 ans. En Pologne, la mortalité a baissé à tous les âges, mais très faiblement à partir de 40 ans.

B. Le rôle déterminant des maladies cardio-vasculaires et des morts violentes

Touchant plus particulièrement les hommes d'âge adulte, les problèmes sanitaires rencontrés par les pays d'Europe centrale et orientale depuis le milieu des années soixante tiennent évidemment aux évolutions défavorables de certaines pathologies. Le calcul de la contribution des causes de décès aux variations de l'espérance de vie entre deux années⁽⁵⁾ permet de mettre en lumière les causes qui jouent un rôle déterminant dans ces évolutions (figure 3).

Les rubriques de la CIM et de la Classification soviétique correspondant aux sept grands groupes de causes utilisés, ainsi qu'à quelques pathologies plus spécifiques dont l'évolution sera présentée dans la deuxième partie, sont données au tableau 1.

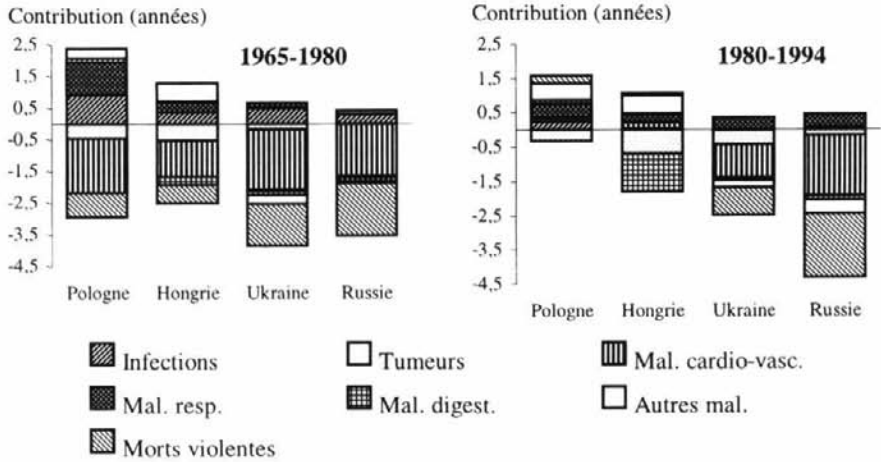
Entre 1965 et 1980, la hausse de la mortalité cardio-vasculaire et celle de la mortalité violente sont les deux principales causes de détérioration de la santé masculine dans les quatre pays. Dans les deux républiques de l'ex-URSS, la perte d'espérance de vie due à l'augmentation de la mortalité pour ces deux groupes de causes n'est que très partiellement compensée par la baisse de la mortalité infectieuse. En Hongrie et surtout en Pologne, le recul de la mortalité par infections, par maladies respiratoires et par autres maladies permet de freiner plus efficacement l'effet négatif des maladies cardio-vasculaires et des morts violentes.

Pour les femmes, dans cette première période, les évolutions de l'espérance de vie tiennent à des facteurs différents entre d'une part la Pologne et la Hongrie et d'autre part la Russie et l'Ukraine. Dans ces deux derniers pays, les tendances défavorables sont dues, comme chez les hommes, à l'augmentation de la mortalité cardio-vasculaire et de la mortalité violente. Le rôle joué par les morts violentes est toutefois beaucoup plus faible que du côté masculin. En Pologne et en Hongrie, les évolutions féminines sont beaucoup plus favorables, le recul de la plupart des causes de décès contribuant à l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. La hausse des maladies cardio-vasculaires en Pologne et des morts violentes en Hongrie freinent légèrement les progrès, mais beaucoup plus modérément que chez les hommes.

Entre 1980 et 1994 (ou 1993 pour la Pologne), les facteurs d'évolution de l'espérance de vie masculine sont beaucoup plus divers selon les pays. Comme pour les femmes, dès la période précédente, les deux républiques de l'ex-URSS forment un bloc à part. Le recul de l'espérance de vie, très marqué, surtout en Russie, reste principalement dû à la montée des maladies cardio-vasculaires et des morts violentes. En Pologne, au contraire, la période 1980-1993 est beaucoup plus favorable que la précédente : les causes jouant positivement

⁽⁵⁾ Nous avons employé ici la méthode de décomposition des différences d'espérance de vie proposée par Andreev (1982).

Hommes



Femmes

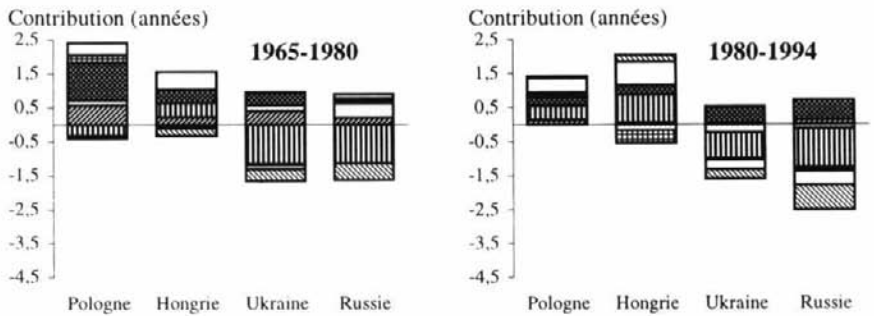


FIGURE 3. CONTRIBUTIONS DE 7 GRANDS GROUPES DE CAUSES AUX DIFFÉRENCES D'ESPÉRANCE DE VIE AU COURS DE DEUX PÉRIODES, 1965-1980 ET 1980-1994 (OU 1993), EN POLOGNE, HONGRIE, UKRAINE ET RUSSIE

TABEAU 1. REGROUPEMENTS DE CAUSES DE DÉCÈS UTILISÉS

Cause de décès	Rubriques de la liste de base de la CIM9	Rubriques de la Classification soviétique
Maladies infectieuses	1 à 7	1 à 44
Tumeurs	8 à 17	45 à 67
<i>cancer des voies aéro-digestives sup.</i>	8	45
<i>cancer de l'estomac</i>	9,1	47
<i>cancer de l'appareil respiratoire</i>	10	52 à 54
Maladies de l'appareil circulatoire	25 à 30	84 à 102
<i>maladies du cœur</i>	25 à 28	84 à 97
<i>autres mal. de l'app. circulatoire, y.c. cérébro-vasculaires</i>	29, 30	98 à 102
Maladies de l'appareil respiratoire	31,32	103 à 114
Maladies du système digestif	33,34	115 à 127
<i>cirrhose du foie</i>	34,7	122, 123
Autres maladies	18 à 24, 35 à 45	68 à 83, 128 à 157
Morts violentes	47 à 56	160 à 175

l'emportent largement. Seule l'augmentation de la mortalité cancéreuse contribue à l'aggravation des différences d'espérance de vie. Même si les progrès sont encore limités, la situation sanitaire masculine semble en voie d'amélioration. En Hongrie, les facteurs contribuant à la détérioration de cette dernière sont totalement différents de ceux qui dominaient dans la période précédente. C'est maintenant la hausse de la mortalité digestive et de la mortalité cancéreuse qui causent la diminution de l'espérance de vie tandis que le recul des autres causes de décès freine sa chute. L'apparition d'une contribution légèrement positive de la mortalité cardio-vasculaire permet même d'espérer que la Hongrie se trouve au seuil d'un retournement de situation. Reste cependant à maîtriser dans ce pays la hausse des mortalités digestive et cancéreuse dans laquelle l'alcool joue probablement un rôle important.

Chez les femmes, les variations de l'espérance de vie dans cette deuxième période sont davantage en continuité avec celles des années 1965-1980. Beaucoup moins touchées que les hommes par l'expansion des cancers et des maladies digestives, ce sont les femmes hongroises qui bénéficient des progrès les plus importants.

Au terme de cette rapide description des évolutions de la mortalité par âge et cause, il apparaît clairement que les problèmes les plus graves touchent les hommes d'âge adulte. Ils tiennent d'une part à la montée des pathologies chroniques telles que les cancers ou les maladies cardio-vasculaires et d'autre part à celle des morts violentes. Dans ce qui suit, nous focaliserons donc l'analyse sur un seul sexe, le sexe masculin, et un groupe d'âges, les 30-59 ans, pour identifier les facteurs responsables de la détérioration de la situation sanitaire en analysant plus en détail les évolutions annuelles des causes de décès.

II. Mortalité par cause des hommes adultes

Au cours des trente dernières années et pour les quatre pays, la mortalité des hommes adultes⁽⁶⁾ est dominée par trois groupes de causes, les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les morts violentes (figure 4). Ces causes comptent toujours pour au moins deux tiers du taux comparatif toutes causes et même pour plus de 80 % dans les années récentes en Russie, Ukraine et Pologne. Les maladies cardio-vasculaires l'emportent nettement en Hongrie et en Pologne tandis que les cancers, talonnés par les morts violentes, occupent la deuxième place. La Russie et l'Ukraine suivent un schéma bien distinct où morts violentes et maladies cardio-vasculaires se partagent le premier rang, la mortalité par cancer se trouvant à un niveau plus faible.

Dans tous les pays, la tendance est à la hausse pour ces trois principales causes de décès mais des différences apparaissent entre les deux anciennes républiques soviétiques d'une part, la Pologne et la Hongrie d'autre part. En Russie et en Ukraine, le retournement de conjoncture de 1985 rompt brutalement toutes les évolutions sauf celle du cancer. C'est la conséquence de la campagne antialcoolique de Gorbatchev. Mais l'amélioration est de courte durée : la hausse de la mortalité reprend de plus belle dès la fin des années quatre-vingt et, au total, la détérioration des trente dernières années est plus importante en Ukraine et en Russie, qu'en Pologne et en Hongrie : la mortalité cardio-vasculaire a été multipliée par 3 en Russie et 2,5 en Ukraine, et la mortalité violente par 2,5 dans les deux pays alors qu'en Pologne et en Hongrie l'augmentation du taux de mortalité est de l'ordre de 90 % pour les maladies cardio-vasculaires et de 70 % pour la mortalité violente. En revanche, la hausse de la mortalité cancéreuse a été bien plus rapide en Pologne et en Hongrie si bien que la mortalité due à cette pathologie a rejoint les niveaux russe et ukrainien, alors qu'elle partait d'un niveau plus bas.

⁽⁶⁾ Il s'agit des taux comparatifs masculins à 30-59 ans, standardisés sur la population type européenne proposée par l'OMS (1992).

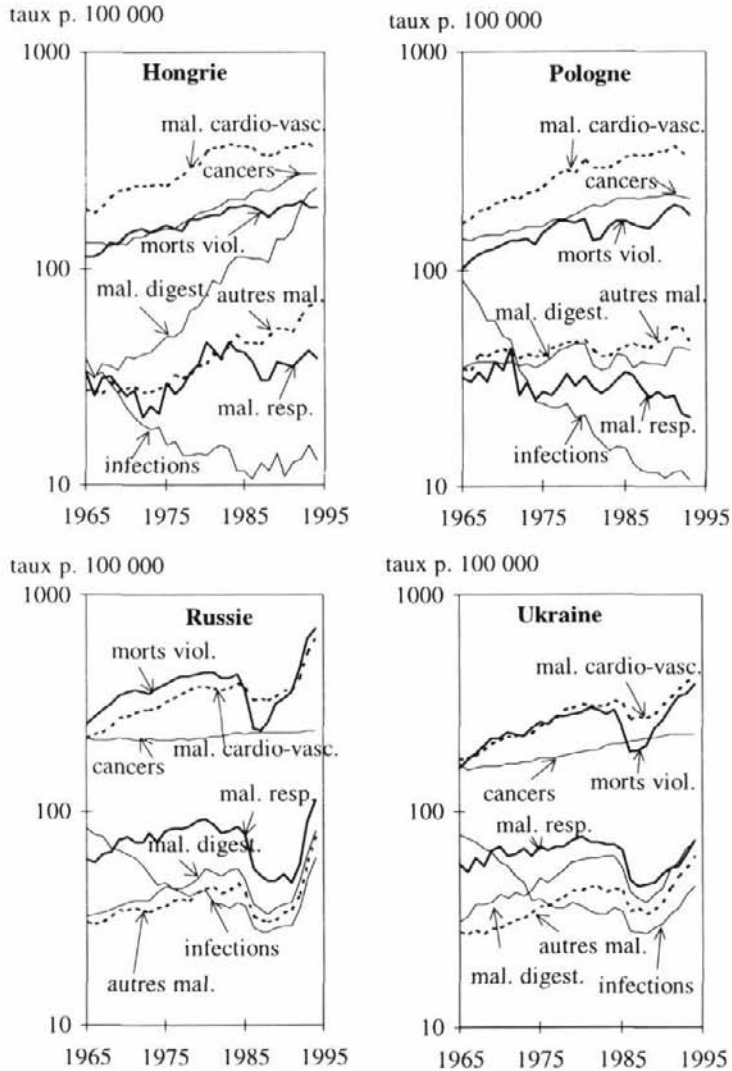


FIGURE 4. ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ POUR 7 GRANDS GROUPES DE CAUSES EN HONGRIE, POLOGNE, RUSSIE ET UKRAINE, 1965-94. HOMMES, 30-59 ANS

Face à cette détérioration, le recul de la mortalité infectieuse est remarquable, particulièrement en Pologne et en Hongrie où ces pathologies n'occupent plus qu'une place tout à fait marginale dans la mortalité (1 % environ du taux toutes causes) alors qu'elles tenaient le quatrième rang en 1965. La baisse a également été considérable en Russie et en Ukraine jusqu'à la fin des années quatre-vingt. Mais un retournement de tendance, particulièrement inquiétant, s'est produit depuis : il résulte en effet essentiellement de la recrudescence spectaculaire d'une maladie associée à des situations de grande précarité, la tuberculose, dont le taux a doublé en Russie et augmenté de 60 % en Ukraine entre 1988 et 1994.

La tendance est moins univoque pour les trois groupes de causes restants : les maladies respiratoires, les maladies digestives et les autres maladies. En Russie et en Ukraine, elles s'alignent assez bien sur le schéma en trois temps déjà décrit pour la mortalité cardio-vasculaire et violente : augmentation jusqu'au milieu des années 1980, retournement associé à la campagne antialcoolique et recrudescence accélérée de la mortalité au début des années quatre-vingt-dix. En Pologne, les maladies respiratoires amorcent un recul depuis le milieu des années quatre-vingt alors que maladies digestives et autres maladies poursuivent leur montée. La Hongrie, en revanche, ne connaît aucun progrès au niveau de ces trois groupes de causes. Elle se caractérise, au contraire par un essor considérable de la mortalité par maladies digestives qui, multipliée par sept depuis 1965, est devenue en 1994 la troisième cause de décès des hommes adultes !

A. L'inadaptation du système sanitaire à la lutte contre les maladies cardio-vasculaires et les cancers

Par leur poids prépondérant dans la mortalité des hommes adultes (1/3 environ du taux toutes causes en 1993-94) les maladies cardio-vasculaires jouent un rôle décisif dans l'évolution de la mortalité totale. De fait, c'est la lutte contre ces pathologies qui a permis aux pays occidentaux de donner un second souffle à la baisse de la mortalité alors que les bénéfices tirés du recul des maladies infectieuses s'épuisaient dans le courant des années soixante. C'est dans l'aggravation de la mortalité cardio-vasculaire que la détérioration de la situation sanitaire en Europe de l'Est trouve l'une de ses principales origines.

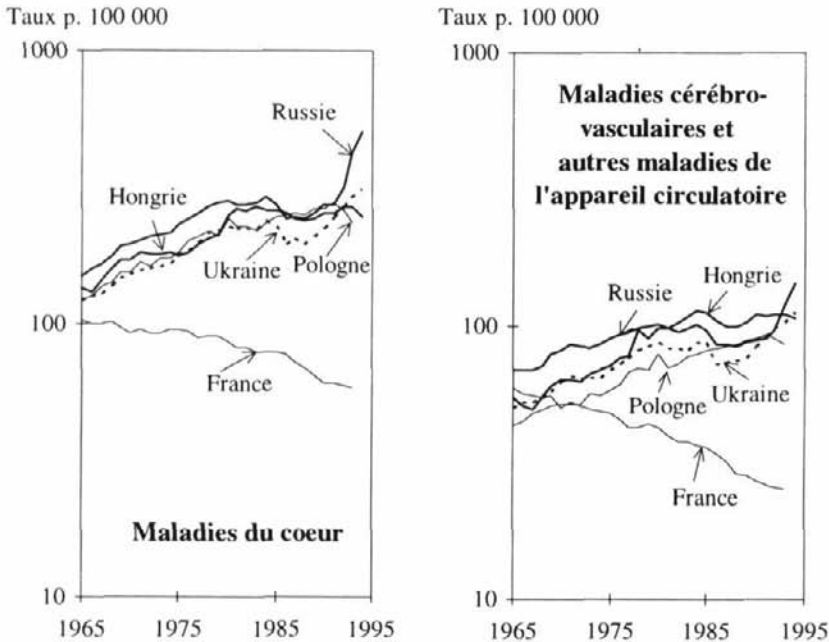


FIGURE 5. ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU CŒUR ET PAR MALADIES CÉRÉBRO-VASCULAIRES ET AUTRES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN HONGRIE, POLOGNE, RUSSIE, UKRAINE ET FRANCE, 1965-1994. HOMMES, 30-59 ANS

Les quatre pays traités présentent à cet égard des tendances remarquablement proches qui contrastent avec l'évolution française (figure 5). Qu'il s'agisse des maladies du cœur ou des maladies cérébro-vasculaires et autres maladies circulatoires, le taux de mortalité était, en 1965, à un niveau tout à fait comparable au niveau français⁽⁷⁾. Mais depuis l'écart s'est régulièrement accru, la mortalité cardio-vasculaire diminuant pour les Français mais augmentant pour les Polonais, Hongrois, Russes et Ukrainiens. Aujourd'hui, la mortalité cardiaque comme la mortalité cérébro-vasculaire et d'autre origine cardio-vasculaire est 4 fois plus forte dans ces pays qu'en France.

Les progrès accomplis par les pays occidentaux dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires résultent de divers changements dans la pratique sanitaire, en termes curatif (prescription de médicaments nouveaux et de traitements de longue durée) mais surtout préventif (dépistage et traitement systématique de l'hypertension et des hypercholestérolémies, développement de la diététique, réduction du tabagisme, ...) et d'organisation des soins (développement des services d'urgence), qu'une réelle mobilisation de l'ensemble des acteurs (pouvoirs publics, médecins et patients) a permis de mener à bien (Meslé, 1995).

L'accroissement de la mortalité cardio-vasculaire en Europe de l'Est traduit l'incapacité des pays à se doter d'un tel système sanitaire mais aussi la détérioration du système existant et le manque d'une réelle volonté politique en matière de santé. Okolski (1985) décrit, pour le cas de la Pologne, un système de santé « vieilli, surchargé et inefficace » dès la fin des années 1970, sujet à des pénuries en médicaments et en personnel de plus en plus fréquentes et dont les infrastructures ne perdurent qu'au prix d'une contribution financière croissante du secteur privé.

L'augmentation de la mortalité cardio-vasculaire tient également au développement de certains comportements nocifs, en particulier le tabagisme qui accroît le risque de maladies ischémiques du cœur et la consommation d'alcool qui favorise les accidents vasculaires cérébraux. Enfin, un régime alimentaire déséquilibré (consommation excessive de graisses animales et apport insuffisant en fruits et légumes frais) a pu aggraver le tableau.

Un retournement de tendance attestant d'un début de maîtrise des maladies cardio-vasculaires est-il pour autant totalement exclu dans le proche avenir ? Le cas de la Hongrie et celui de la Pologne apportent une note d'optimisme. La hausse de la mortalité cardio-vasculaire paraît en effet s'y amortir depuis le début des années 1980, signe sans doute que la phase de détérioration a touché à sa fin et, peut-être, que les instruments d'une nouvelle étape de la transition sanitaire s'y mettent en place ...

Après celle des maladies cardio-vasculaires, la maîtrise des cancers est l'enjeu majeur des progrès sanitaires. Les évolutions de la mortalité par tumeurs des différents pays sont décalées dans le temps (figure 6). D'un côté la France où le retournement de tendance au milieu des années 1980 atteste d'une maîtrise croissante dans la lutte contre ces maladies, surtout aux âges relativement jeunes. De l'autre, la Hongrie, la Pologne et l'Ukraine qui subissent de plein fouet l'essor de ces maladies de société. Malgré le niveau plus élevé et l'évolution plus lente qu'y connaît la mortalité par cancer, la Russie se situe, comme ces pays, dans une logique ancienne par rapport à ces pathologies. Ce sont, en effet, les cancers de l'estomac, probablement liés aux régimes alimentaires (faible diversité, excès de glucides, salaisons, consommation d'alcool), qui sont en grande partie responsables du niveau particulièrement élevé de la mortalité par tumeurs jusqu'aux années 1980.

⁽⁷⁾ L'écart que l'on observe en 1965 entre le taux de mortalité cardiaque de la France et ceux des autres pays tient au niveau particulièrement bas de ces pathologies en France (Meslé et Vallin, 1992). Si, par exemple, on avait pris l'Angleterre en référence, cet écart disparaîtrait complètement (Shkolnikov et al. 1995).

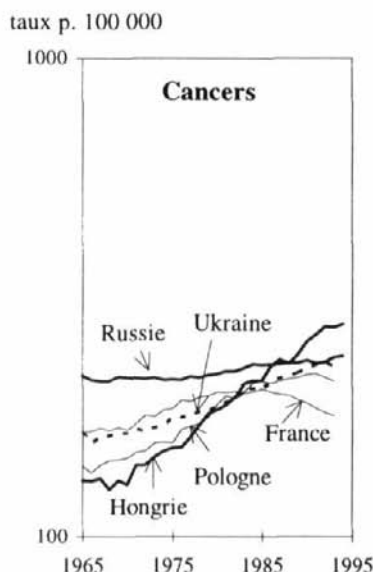


FIGURE 6. ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CANCER EN HONGRIE, POLOGNE, RUSSIE, UKRAINE ET FRANCE, 1965-1994. HOMMES, 30-59 ANS

La figure 7 présente l'évolution de la mortalité pour trois localisations tumorales : l'appareil respiratoire, l'estomac et les voies aéro-digestives supérieures. Les cancers respiratoires et gastriques occupent les deux premiers rangs dans tous les pays à l'exception de la Hongrie où les cancers des voies aéro-digestives supérieures tiennent la seconde place, derrière les cancers respiratoires.

La distinction entre les pays de l'ex-URSS et les deux autres pays de l'Est apparaît une nouvelle fois, en particulier pour la mortalité par cancer de l'appareil respiratoire qui connaît un essor considérable en Pologne (triplement) et en Hongrie (quadruplement) depuis 1965 alors que la dégradation est plus modeste et comparable à celle de la France en Russie et en Ukraine (augmentation de 50 % à 80 % selon le pays). La pratique du tabagisme (en terme de quantité et de qualité du tabac) est probablement le principal facteur explicatif des tendances et différences observées, le rôle de la pollution étant assurément plus marginal.

La position des différents pays est plus diverse face au cancer des voies aéro-digestives supérieures. La Russie, l'Ukraine et la Pologne partagent une hausse considérable qui, d'un niveau 4 à 7 fois inférieur en 1965, les amènent à une situation proche de la situation française, particulièrement mauvaise. La Hongrie se distingue par une dégradation plus catastrophique encore qui, au terme d'un décuplement, porte le cancer des voies aéro-digestives supérieures au second rang des causes de décès par tumeur. Le développement du tabagisme et de l'alcoolisme sont ici directement en cause.

La régression du cancer de l'estomac, associée à l'amélioration des régimes alimentaires, est de mise dans tous les pays. Les rythmes de baisse étant relativement proches (la baisse entre 1965 et 1993-94 se situe entre 40 % et 60 % selon les pays), les différences de niveau entre pays se maintiennent, la Russie et, dans une moindre mesure, l'Ukraine présentant les situations les plus défavorables.

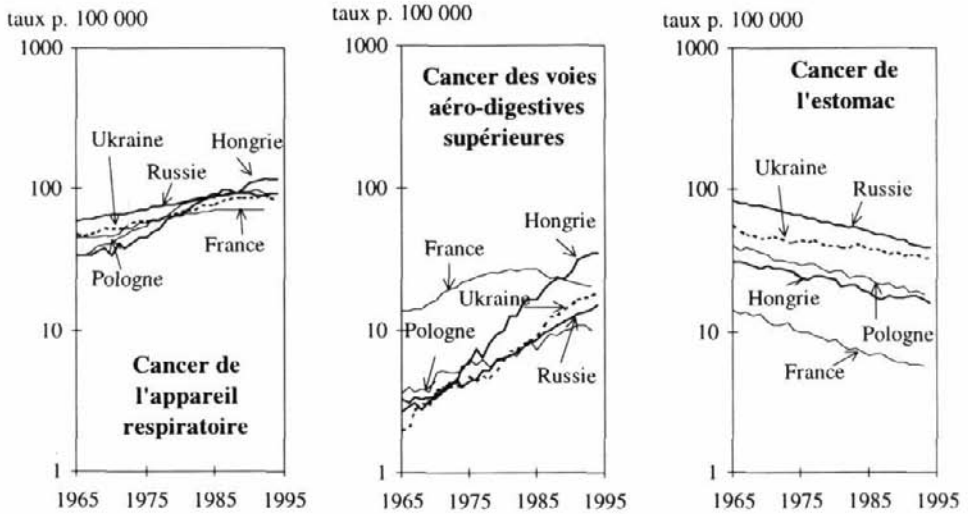


FIGURE 7. ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CANCER DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES ET DE L'ESTOMAC EN HONGRIE, POLOGNE, RUSSIE, UKRAINE ET FRANCE, 1965-1994. HOMMES, 30-59 ANS

B. Les effets incontestables mais éphémères des politiques anti-alcooliques sur la mortalité

Alors que la mortalité cardio-vasculaire et la mortalité par cancer s'inscrivent dans des tendances lourdes, dépendantes d'une politique sanitaire à long terme, la mortalité violente - dernière des trois principales composantes de la mortalité des hommes adultes - est, elle, bien plus sensible, à la conjoncture. Même ponctuelles, certaines actions restreignant les comportements à risque peuvent avoir des effets spectaculaires sur les morts violentes. C'est le cas des campagnes ou des mesures visant à réduire la consommation d'alcool. Celle-ci est, en effet, fortement liée à la mortalité violente dans les quatre pays, comme en témoigne la figure 8 qui reprend, aux côtés des taux comparatifs, les données fournies par l'OMS⁽⁸⁾ sur la consommation officielle d'alcool depuis 1970 (1984 pour l'Ukraine). Il faut attendre les années récentes pour observer une divergence d'évolution entre les deux indicateurs mais elle est fallacieuse, traduisant en fait la sous-estimation croissante de l'indicateur officiel de consommation d'alcool à mesure que le contrôle du commerce d'État sur les ventes diminue. Pour la Russie, les estimations disponibles sur la consommation réelle (Shkolnikov et Nemtsov, 1994) montrent que le parallélisme se poursuit sur les années récentes.

Chacun des quatre pays a connu une période (au moins) de recul de la mortalité violente associée à une réduction de la consommation d'alcool. Le phénomène est impressionnant en Russie et en Ukraine dans la deuxième moitié des années 1980, la mortalité violente y ayant respectivement diminué du tiers et de près de la moitié en trois ans (de 1984 à 1987) tandis que la consommation officielle d'alcool a été divisée par trois.

⁽⁸⁾ Ces données proviennent de la base de données statistiques HFA (Health for all), disponible sur internet.

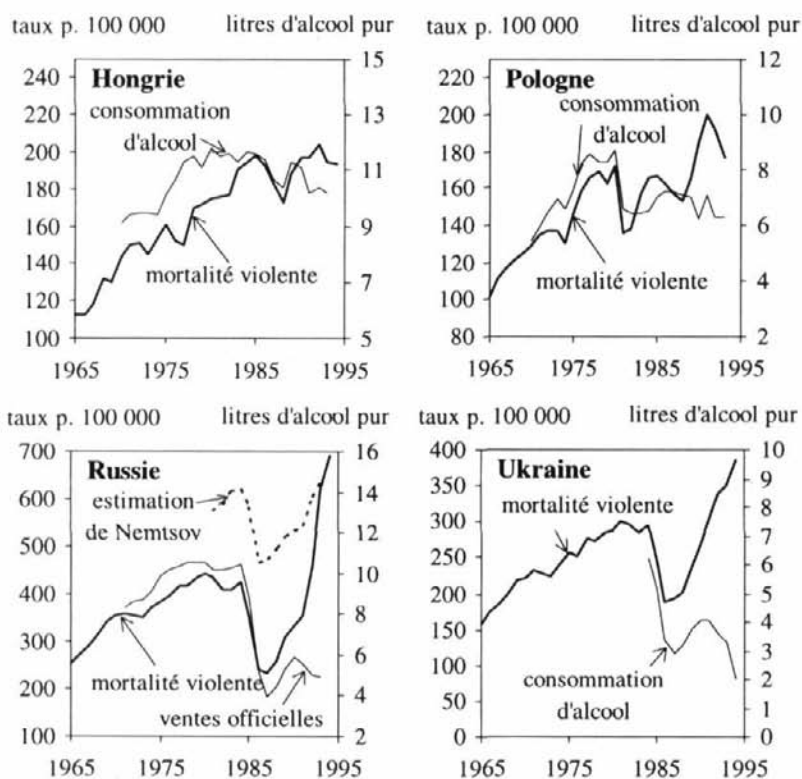


FIGURE 8. ÉVOLUTION ANNUELLE COMPARÉE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL (EN LITRES D'ALCOOL PUR PAR PERSONNE) ET DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ VIOLENTE DES HOMMES DE 30-59 ANS EN HONGRIE, POLOGNE, RUSSIE, UKRAÏNE ET FRANCE, 1965-1994

Il est à rapporter aux mesures antialcooliques mises en place par Gorbatchev en 1985 : réduction de la production et de la vente d'alcool contrôlées par l'État, augmentation des prix, restriction de la distillation privée, développement de services médicaux spécialisés (Shkolnikov et Nemtsov, 1994). Mais cette campagne a été interrompue deux ans plus tard et la mortalité violente est aussitôt remontée en flèche. Les niveaux atteints en 1993-94 dépassent apparemment le cadre spécifique des conséquences de l'alcoolisme. En Pologne, la chute de la mortalité violente, en 1981-82, a été de l'ordre de 20 % et présente le même caractère réversible. Le recul de la consommation d'alcool pendant cette période particulièrement agitée de l'histoire polonaise récente tient sans doute, dans un premier temps, à la forte influence de *Solidarnosc* et, à travers lui de l'Église, qui stigmatisait l'alcoolisme. Dans un deuxième temps, le coup de force de Jaruzelski et la proclamation de l'état de guerre, en limitant les mouvements des personnes, ont forcément réduit les possibilités d'alcoolisation. S'y sont probablement ajoutées des mesures de restriction de la production et des ventes d'alcool⁽⁹⁾. En Hongrie, on observe également un net recul de la mortalité violente en 1987-1988, associé à une baisse de la consommation d'alcool. Nous n'avons pas retrouvé mention, ces années-là, de mesures particulières mais il est possible que la Hongrie ait voulu suivre, avec deux ans de décalage, l'exemple soviétique. Tous ces

⁽⁹⁾ Przewozniak et Zatonski (1993) évoquent les restrictions de la production et des ventes de tabac imposées dans les années 1980-83. Des mesures semblables ont peut-être été prises pour l'alcool.

cas de figures rendent compte de la remarquable efficacité à court terme de mesures sanitaires ciblées sur des comportements à risque, mais aussi de la grande fragilité des progrès qui leur sont dus.

Ces améliorations ne sont en effet que des parenthèses à l'échelle des trois dernières décennies. Par delà les fluctuations, les tendances de la mortalité liée à l'alcool sont incontestablement à la hausse, comme l'illustrent le cas de la mortalité violente, de la cirrhose du foie et du cancer de l'œsophage (figure 9). Le mouvement est le même dans les

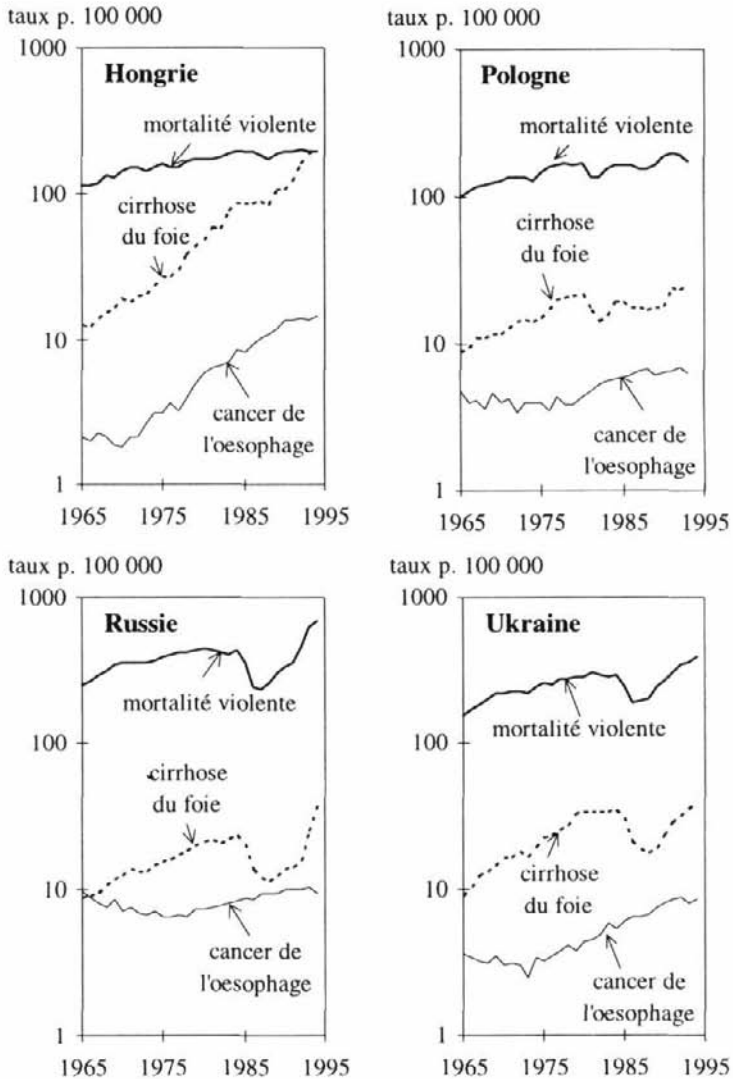


FIGURE 9. ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ VIOLENTE, DE MORTALITÉ PAR CIRRHOSE DU FOIE ET PAR CANCER DE L'ŒSOPHAGE EN HONGRIE, POLOGNE, RUSSIE ET UKRAINE, 1965-1994. HOMMES, 30-59 ANS

quatre pays, avec des rythmes variables. Le cas de la Hongrie est assurément le plus inquiétant : la mortalité par cancer de l'œsophage a été multipliée par 7 entre 1965 et 1994 et la mortalité par cirrhose du foie (aujourd'hui aussi élevée que la mortalité violente) par 16. On retrouve là confirmation du rôle joué par l'alcool dans l'évolution récente de la mortalité hongroise, rôle déjà évoqué au vu des évolutions de la mortalité digestive (figure 4) et de la mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures (figure 7). La situation polonaise laisse la place à un peu plus d'optimisme : la mortalité par cirrhose s'est stabilisée depuis une dizaine d'années, suivie de la mortalité par cancer de l'œsophage. L'évolution de la mortalité liée à l'alcool conforte ainsi celles de la mortalité cardio-vasculaire et par cancer, laissant à penser que les principales composantes de la détérioration sanitaire sont en train d'y être maîtrisées. Premier pays du bloc communiste à s'engager dans les réformes socio-politiques, la Pologne est à l'évidence aussi le pays le plus engagé sur la voie du progrès sanitaire.

C. bouleversements socio-économiques et mortalité

Dans les années quatre-vingt-dix, les quatre pays ont vécu le passage d'une économie socialiste à une économie de marché. Cette transition, qui n'est pas encore achevée, ne s'est pas faite sans dommages pour certaines couches de la population qui ne disposaient pas des moyens d'adaptation nécessaires. L'accélération du recul de l'espérance de vie observée en Ukraine et en Russie dans les années 1993-1994 est sans aucun doute à mettre sur le compte de ces bouleversements socio-économiques.

En Russie, il est encore difficile d'apprécier les conséquences du changement des systèmes sociaux, et notamment de la création du Fonds d'assurance médicale obligatoire, sur l'état de santé de la population russe (Lefèvre, 1995). Il est toutefois certain que se faire soigner en Russie revient de plus en plus cher. Si les consultations dans les polycliniques (dispensaires) restent gratuites, l'accès à l'hôpital ou l'achat de médicaments sont devenus très coûteux. Dans une conjoncture de réduction des revenus d'une grande part de la population, une telle évolution du système de santé ne peut être que préjudiciable.

La forte hausse de mortalité de 1993, qui s'est poursuivie en 1994, est le révélateur de la baisse du niveau sanitaire de la population et probablement de l'exclusion croissante d'une partie de celle-ci. Les affections spécifiques pour lesquelles la mortalité a le plus augmenté en 1993-94 sont instructives à cet égard. Les hausses les plus marquées s'observent pour les causes de décès liées directement à la consommation d'alcool comme la psychose alcoolique ou le syndrome de dépendance alcoolique dont la mortalité a quintuplé entre 1992 et 1994, ou la cirrhose alcoolique du foie dont la mortalité a quadruplé, mais aussi pour un certain nombre de maladies infectieuses plutôt liées à des conditions de vie insalubres comme les maladies infectieuses intestinales (la mortalité par dysenterie a été multipliée par 5, celle par salmonellose par 2,5), l'anthrax ou les pneumonies aiguës. Même si l'alcool joue encore un rôle très important dans la poursuite de la détérioration, il accompagne désormais l'augmentation de la pauvreté. La résurgence de maladies infectieuses (choléra, diphtérie) qu'on pouvait penser disparues en Russie témoigne également de la particulière sensibilité d'une catégorie de population aux conditions de vie précaires.

Quelquefois, cependant, l'héritage du passé sanitaire a pu aggraver les conséquences de la crise. Ainsi l'exemple de la recrudescence de la diphtérie est assez révélateur. Pratiquement éradiquée dans les années soixante-dix, cette maladie a commencé à réapparaître au début des années quatre-vingt. Le nombre de décès par diphtérie, qui n'avait jamais dépassé 10 entre 1971 et 1981, s'élève à 26 en 1983, 32 en 1989 puis passe brusquement à 124 en 1992, 482 en 1993 et 1136 en 1994. Dans les premières années de reprise de la maladie, ces cas concernaient essentiellement des enfants pour lesquels on peut

penser qu'il y avait eu relâchement de la vaccination systématique. Mais dans les années les plus récentes, la plus grande partie des décès touchent des personnes d'âge actif, notamment entre 40 et 50 ans. On retrouve là la particulière sensibilité de ces groupes d'âges, mais aussi probablement l'héritage d'un défaut de vaccination (mauvaise qualité des vaccins ou absence de rappel) bien antérieur.

En Ukraine, le recul de l'espérance de vie est moins important, mais, comme en Russie, l'augmentation de la mortalité par maladies infectieuses intestinales, l'érysipèle ou la diphtérie, est particulièrement marquée.

La Pologne et la Hongrie n'ont pas connu dans les années les plus récentes la même crise que leurs voisins de l'ex-URSS. Toutefois, certaines causes de décès y ont particulièrement augmenté. La figure 10 prend en exemple deux causes d'origine sociale : la tuberculose et les homicides. La recrudescence de la mortalité tuberculeuse chez les hommes de 30-59 ans est manifeste en Russie et en Ukraine. En 1994, cette maladie a retrouvé son niveau de mortalité du début des années soixante-dix. À un niveau beaucoup plus bas, il est vrai, la Hongrie connaît la même évolution défavorable dans les dernières années. Seule la Pologne semble épargnée par l'augmentation de la mortalité par tuberculose, une maladie qui dépend de nos jours étroitement des conditions de vie. Sur le plus long terme, toutefois, l'évolution polonaise elle-même est moins favorable que l'évolution française : elles sont orientées toutes deux à la baisse mais le rythme est plus rapide en France, et, en 30 ans, l'écart s'est creusé.

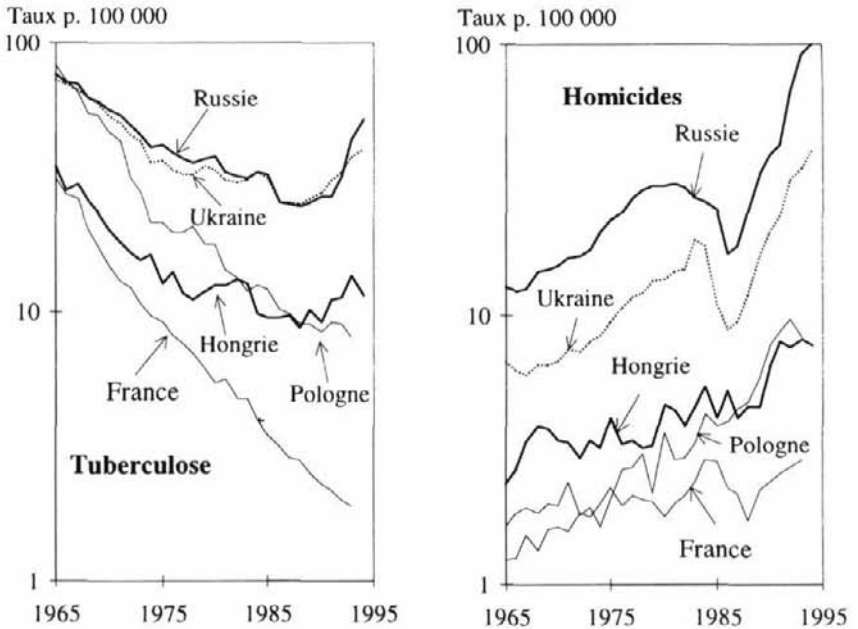


FIGURE 10. ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE ET PAR HOMICIDE EN HONGRIE, POLOGNE, RUSSIE, UKRAINE ET FRANCE, 1965-1994. HOMMES, 30-59 ANS.

D'une toute autre nature, mais également révélatrice des problèmes sociaux d'une population, la mortalité par homicide connaît une évolution dramatique en Russie et en Ukraine. La hausse continue de cette cause de décès a été brusquement inversée en 1985 à la suite des mesures antialcooliques pour reprendre vigoureusement dès 1988 et s'accélérer encore en 1993-94. Cette montée spectaculaire reflète là encore la dégradation des

conditions de vie liée aux réformes économiques, à la désorganisation administrative et aux incertitudes politiques.

La Hongrie et la Pologne n'échappent pas totalement à cette montée de la violence, mais à un niveau beaucoup plus bas que les niveaux ukrainien et russe. La divergence avec l'évolution française apparaît encore clairement pour cette cause de décès.

*
* *

Très souvent évoqué, le lien entre politiques sanitaires, sociales, économiques et mortalité n'est jamais facile à mettre en évidence. L'analyse de l'évolution de la mortalité par cause dans quatre pays d'Europe centrale et orientale soumis depuis une quinzaine d'années à de profonds bouleversements socio-politiques nous a permis ici de mettre en lumière quelques facteurs déterminants.

L'alcool est dans ces pays le moteur essentiel des fluctuations de la mortalité. L'expérience des républiques de l'ex-URSS montre qu'une vigoureuse campagne antialcoolique orchestrée par les autorités peut avoir un effet positif spectaculaire sur l'espérance de vie, mais elle montre aussi que cet effet ne peut être qu'éphémère en l'absence d'une réelle politique d'éducation soutenue.

La crise économique traversée par ces mêmes pays dans les années les plus récentes a eu des conséquences désastreuses sur la santé des populations. Seuls l'assainissement économique et la stabilité politique pourront sans doute enrayer ces tendances très négatives. De ce point de vue, les situations hongroise et polonaise apparaissent nettement moins préoccupantes.

Dans tous ces pays toutefois, il n'en restera pas moins à traiter le problème de fond de l'adaptation du système sanitaire à la nouvelle donne épidémiologique. Les évolutions des 15 dernières années laissent peut-être présager un prochain décollage en Pologne et en Hongrie, notamment grâce à l'amorce d'un retournement de tendance de la mortalité cardiovasculaire. Il reste à le confirmer et à maîtriser, surtout en Hongrie, la montée des pathologies liées à l'alcool. En Russie et en Ukraine, il n'existe pour l'instant aucun signe précurseur de progrès imminents. Ceci est d'autant plus inquiétant qu'on peut craindre que les programmes sanitaires ne figurent pas au nombre des priorités des gouvernements de ces pays.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANDREEV (Evgueny), 1982. Metod komponent v analize prodolzhitelnosti zhizni [Méthode d'analyse des composantes de l'espérance de vie]. *Vestnik Statistiki*, n° 3, March, pp. 42-47.
- BLUM (Alain) et MONNIER (Alain), 1989. Recent mortality trends in the USSR : new evidence. *Population Studies*, vol. 43, n° 2, p. 211-241.
- BOURGEOIS-PICHAT (Jean), 1985. L'évolution récente de la mortalité dans les pays industrialisés. In : *La lutte contre la mort*, éd. par Vallin (Jacques) et Lopez (Alan), p. 489-521. Paris, INED, PUF. (Travaux et Documents, Cahier 108).
- LEFEVRE (Cécile), 1995. Le système de protection sociale russe : héritages et transformations. *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 4, p. 25-54.
- MESLÉ (France), 1991. La mortalité dans les pays d'Europe de l'Est. *Population*, vol. 46, n° 3, pp. 599-650.
- MESLÉ (France), 1995. La mortalité en France : le recul se poursuit. *Population*, vol. 50, n° 3, p. 743-776.
- MESLÉ (France) et SHKOLNIKOV (Vladimir), 1995. La mortalité en Russie : une crise sanitaire en deux temps. *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 4, p. 9-24.
- MESLÉ (France), SHKOLNIKOV (Vladimir), HERTRICH (Véronique) et VALLIN (Jacques), 1996. *Tendances récentes de la mortalité par cause en Russie, 1965-1994*. Paris, INED, 70 p. + 2 disquettes (Données statistiques n° 2).
- MESLÉ (France) et VALLIN (Jacques), 1992. *Évolution de la mortalité par cancer et par maladies cardio-vasculaires en Europe depuis 1950*. Paris, INED, 46p. (Dossiers et Recherches n° 34).
- OKOLSKI, 1985. Le cas de la Pologne. In : *La lutte contre la mort : influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*, éd. par Vallin (Jacques) et Lopez (Alan), chap. 5, p. 427-444. Paris, INED-PUF. (Travaux et Documents, Cahier 108).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1992. *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1992*. Genève
- PRZEWOZNIAK (Krzysztof) et ZATONSKI (Witold), 1993. Tobacco smoking in Poland in the years 1923-87. *Polish Population Review*, n° 3, p. 103-124
- SHKOLNIKOV (Vladimir), MESLÉ (France) et VALLIN (Jacques), 1995. La crise sanitaire en Russie. II. Évolution des causes de décès : comparaison avec la France et l'Angleterre (1970-1993). *Population*, n°4-5, p. 945-982.
- SHKOLNIKOV (Vladimir), et NEMTSOV (Alexander), 1994. *The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality*. Moscou, Centre de démographie et d'écologie humaine (Institut des prévisions économiques), 22 p. (Communication présentée au séminaire "Mortality and adult health priorities in the New Independent States", Washington, 17-18 novembre 1994).
- VALLIN (Jacques) et MESLÉ (France), 1996. *Comment suivre l'évolution de la mortalité par cause malgré les discontinuités de la statistique ? Le cas de la France de 1925 à 1993*. Paris, INED, 45 p. (Dossiers et Recherches n° 53).