

# 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**

# Perspectives de la mortalité par causes de décès en Roumanie

**Cornelia MURESAN**

Université de Cluj, Roumanie

L'évolution de la mortalité dépend de nombreux facteurs parmi lesquels dominent le niveau des connaissances médicales et la qualité des moyens de prévention et de thérapeutique, principales sources de progrès futurs. Indépendamment du pays pour lequel on anticipe la mortalité, si l'on pose que tous les moyens de prévention et de guérison disponibles sont mobilisés contre la mort, une des hypothèses des plus plausibles consiste en un alignement du calendrier de la mortalité sur celui des pays où les progressions ont été les plus remarquables.

La réalité pourrait cependant être différente. Des périodes de stagnation, voire d'involution, ont souvent caractérisé le cours de la mortalité. On ne peut ignorer ce fait et procéder à de simples projections. L'analyse de la mortalité passée doit tenter d'isoler les causes de décès responsables de la dégradation de la santé de la population et s'efforcer d'identifier celles qui sont susceptibles de générer des progrès. Il faut ensuite déterminer les facteurs responsables de la détérioration observée et évaluer la durée probable de leurs effets. Ce n'est qu'une fois menée à bien cette investigation qu'il est possible de formuler des hypothèses plausibles d'évolution future de la mortalité.

En Roumanie, comme dans la plupart des pays d'Europe centrale et de l'Est, les progrès sur la mort ont connu dans un passé récent un tassement certain. Avant d'élaborer des perspectives de mortalité, il convient d'identifier les sous-populations les plus affectées par les ressauts de la mortalité générale et les causes de décès plus particulièrement responsables.

## 1. La Roumanie dans le contexte international

### 1. Évolution historique des principaux indicateurs

Les études sur la mortalité en Europe mettent systématiquement en évidence la position très en retrait de la Roumanie. En effet, dès début du XX<sup>ème</sup> siècle, les premières tables de mortalité roumaines indiquent une des plus basses espérance de vie à la naissance pour l'époque : en 1900, 36,1 ans pour les hommes et 43,4 ans pour les femmes (table de Sanielevici fondée sur le recensement de 1899, le premier à avoir fourni une structure par âge); seule l'Espagne se situait alors à un niveau plus bas (Ghetau, 1978). Malgré les progrès des décennies suivantes, la Roumanie reste parmi les derniers. Vers 1930, l'Espagne lui passe devant. Notons cependant que plusieurs pays européens n'étaient pas encore constitués dans leurs frontières actuelles, et, pour nombre d'entre eux, nous ne disposons pas des valeurs de l'espérance de vie permettant une comparaison complète. A la fin de la Deuxième Guerre mondiale, seuls le Portugal, la Yougoslavie et l'Albanie ont une durée de vie plus faible (Meslé, 1991). Durant la décennie 1960, les décalages existant entre les pays européens se réduisent considérablement. Au-delà, l'évolution de la mortalité se différencie nettement entre les pays d'Europe occidentale et ceux considérés comme faisant partie de l'Europe de l'Est. Les premiers enregistrent des progrès continus, les autres des progrès plus lents, voire des régressions.

Le tableau 1 retrace l'évolution de l'espérance de vie à la naissance en Roumanie et dans les pays voisins, pour les deux sexes, ainsi que celle observée en France, pays choisi pour illustrer le décalage entre Europe de l'Est et Europe occidentale.

Tous les pays pour lesquels existent des données, ont connu un net recul de la mortalité entre 1956 et 1965. Puis, la tendance s'est caractérisée par un ralentissement des gains de durées de vie chez les femmes et une baisse des âges moyens au décès chez les hommes. En Bulgarie et en Hongrie les hommes ont commencé à voir régresser leur espérance de vie dès 1965; en Roumanie, le phénomène n'a commencé à être observé que dix ans plus tard. Les femmes roumaines ont continué à voir s'allonger leur vie moyenne, mais le retard qu'elles concédaient à leurs consoeurs des pays voisins depuis 1965 est resté le même. La Yougoslavie constitue un cas à part : certes, elle a démarré au niveau le plus bas mais elle n'a pas cessé de progresser, et, en 1990, le calendrier de la mortalité y était nettement plus tardif qu'en Roumanie, un pays où les hommes et les femmes devaient en moyenne escompter vivre 6,2 ans et 7,9 ans de moins que leurs homologues français.

TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN ROUMANIE, DANS SES PAYS VOISINS ET EN FRANCE

	Sexe masculin					Sexe féminin				
	1956	1965	1975	1985	1990	1956	1965	1975	1985	1990
Bulgarie	64,2	68,8	68,7	68,2	68,0	67,7	72,7	73,9	74,4	74,7
Hongrie	63,6	66,6	66,2	65,1	65,1	68,5	71,5	72,5	73,1	73,7
R. Moldavie	-	-	64,2	63,1	65,0	-	-	70,3	69,5	71,8
Ukraine	-	-	65,5	65,9	65,6	-	-	74,2	74,5	74,9
Yougoslavie	59,3	63,4	66,9	67,1	69,1	61,8	66,9	71,7	73,6	74,9
Roumanie	61,5	66,5	67,4	66,8	66,6	65,0	70,5	72,0	72,8	73,0
France	65,2	67,5	69,0	71,3	72,8	71,7	74,7	76,9	79,4	80,9

L'analyse d'un autre indicateur très significatif, le taux de mortalité infantile, conduit à un classement identique. La Roumanie concourt de nouveau pour les dernières places en Europe. Vers 1900, on y observait 197 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 nés vivants, tandis qu'en France le taux n'était déjà que de 162 ‰. Les limites de l'aire de comparaison restreignent l'ampleur des écarts entre la Roumanie et les autres pays. Après la Seconde Guerre mondiale, la mortalité infantile était même plus basse en Roumanie (78,2 ‰) qu'en Bulgarie (82,4) ou en Yougoslavie (112,8).

Malgré des progrès importants au fil du temps (tableau 2), les niveaux observés en Roumanie et chez ses voisins restent très différents de ceux de la France. Dès 1930, le décalage augmente; en 1965, le taux de mortalité infantile roumain est double du taux français; 20 ans après, il est triple; et, en 1994, plus que quadruple (23,9 ‰, contre 5,8). Par rapport aux pays voisins, les écarts sont plus réduits. La Bulgarie et la Hongrie sont les pays où la mortalité infantile a le plus baissé : en 1993, elle représente respectivement 57% et 67% de la valeur observée en Roumanie. En Ukraine, l'ampleur des progrès est sujette à caution car la mortalité infantile des pays de l'ex-URSS est sous-évaluée du fait de l'application d'une définition différente de celle recommandée par l'O.M.S.<sup>1</sup>. V. Shkolnikov, F. Meslé et J. Vallin (1995) proposent de majorer les valeurs de cet

<sup>1</sup> Jusqu'en 1993 en Russie, et en ex-Union soviétique, les enfants nés avant 28 semaines de gestation ou dont le poids était inférieur à 1000 grammes ou qui mesuraient moins de 35 centimètres n'étaient comptés comme naissances vivantes et décès infantiles que s'ils ne décédaient pas avant la fin de leur première semaine de vie.

indicateur de 25%<sup>2</sup> pour toute la période 1958-1993 et pour la plupart des républiques de l'ancienne Union soviétique. Mais, même avec ces corrections, l'Ukraine reste mieux placée que la Roumanie, la Bulgarie et la Hongrie.

TABLEAU 2 : ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (EN POUR 1000) EN ROUMANIE, DANS SES PAYS VOISINS ET EN FRANCE

	1900	1930	1955	1965	1975	1985	1990
Bulgarie	132	138	82,4	30,8	23,1	15,4	14,8**
Hongrie	223	153	60,0	38,8	32,8	20,4	14,8**
R. Moldavie	-	-	60*	43*	37*	27*	25*
Ukraine	-	-	68*	27*	22*	15,9**	13,0**
Yougoslavie	150	153	112,8	71,8	39,8	28,3	20*
Roumanie	197	175,6	78,2	44,1	34,7	25,6	26,9
France	162	78,2	38,6	21,9	13,8	8,3	7,3

Sources :

\* World Population Prospects: the 1994 révision United Nation (données approximatives)

\*\*Crisis in mortality, health and nutrition. UNICEF, Regional monitoring report no.2 1994

## 2. Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 1984 à 1994

L'influence, sur l'espérance de vie, des variations de la mortalité à divers âges et pour diverses causes de décès, n'est pas uniforme. On peut calculer la contribution de tel ou tel groupe de causes ou d'âges en appliquant, par exemple, la méthode proposée par John Pollard (1988). Les valeurs de l'espérance de vie pour lesquelles on saisit les variations doivent être obtenues sur la même base (taux de mortalité spécifiques) que celle utilisée dans le calcul des composantes des variations : on ne peut pas utiliser des taux annuels en combinaison avec des tables de mortalité valant pour des périodes de trois ou cinq ans.

Le tableau 3 donne les durées de vie moyennes des hommes et des femmes durant la dernière décennie telles qu'estimées à partir de taux annuels, d'une part, et telles que calculées pour des périodes triennales par le CNS, d'autre part. Les variations de l'indicateur estimé sont plus prononcées, à juste raison, que celles de l'indicateur officiel, la tendance générale étant toutefois la même. On peut distinguer trois périodes :

– De 1984 à 1987. Malgré les oscillations à la hausse ou à la baisse de l'espérance de vie à la naissance (surtout en variantes annuelles) il y a eu globalement régression, aggravation de la mortalité, pour les hommes comme pour les femmes;

– De 1987 à 1991, les gains sont annuellement d'environ 0,17 an pour les hommes et de 0,37 an, pour les femmes;

– De 1991 à 1994 commencent à se manifester les effets de la transition vers une économie de marché, caractérisée par la détérioration de la nutrition et de la santé avec des conséquences directes sur la durée de vie : en quatre ans, les femmes perdent 3 mois d'espérance de vie à la naissance et les hommes en perdent cinq fois plus (1,22 an); l'écart de durée de vie hommes-femmes atteignant 7,5 ans en fin de période.

En matière de durée de vie, la Roumanie se situe entre la France et la Russie. Les hommes roumains ont une espérance de vie à la naissance inférieure de 7,5 ans à celle des Français mais supérieure de 7 ans à celle des Russes. En Russie les effets négatifs des

<sup>2</sup> Telle est l'estimation de l'incidence, sur la mortalité infantile, d'un accroissement de 50% de la mortalité néonatale précoce.

changements se font davantage encore ressentir. Pour les femmes, l'écart est plus faible avec la Russie, seulement 1,3 ans de plus pour les Roumaines, mais plus important avec la France, plus de 8 ans.

TABLEAU 3 : ESPÉRANCES DE VIE À LA NAISSANCE ESTIMÉES SUR UNE BASE ANNUELLE ET PUBLIÉES PAR LE CNS

Séries annuelles			Séries triennales CNS		
Période	Hommes	Femmes	Période	Hommes	Femmes
1984	67,1	72,8	1983-1985	66,8	72,7
1985	66,5	72,5	1984-1986	66,8	72,8
1986	66,7	72,8	1985-1987	66,6	72,6
1987	66,1	72,0	1986-1988	66,3	72,3
1988	66,4	72,3	1987-1989	66,5	72,4
1989	66,5	72,6	1988-1990	66,6	72,7
1990	66,5	73,0	1989-1991	66,6	73,1
1991	66,8	73,4	1990-1992	66,6	73,2
1992	66,0	73,2	1991-1993	66,1	73,2
1993	65,8	73,2	1992-1994	65,9	73,3
1994	65,6	73,1			

## 2. Évolution de la structure de la mortalité

Entre 1900 et 1994, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de quelque 83% pour les hommes et de 99% pour les femmes. Ces progrès étaient déjà totalement réalisés pour les hommes en 1970 et l'étaient à plus de 90% pour les femmes. En raison d'un recul de la mortalité observable à certains âges seulement, les progrès marquent un net fléchissement.

### 1. A certains âge des progrès, aux autres des régressions

La figure 1 met en lumière la complexité des mouvements qui ont affecté la mortalité durant les dernières décennies, tout particulièrement chez les hommes. Les progrès les plus importants ont concerné la mortalité infantile, grâce aux victoires contre les maladies infectieuses. Même si aux âges adultes quelques groupes progressent régulièrement, l'amplitude des gains est plus faible et surtout, des régressions commencent à se manifester dès le milieu des années 70. Côté masculin, les quotients de mortalité entre 35 et 60 ans sont plus élevés (jusqu'à 20%) en 1976 qu'en 1956. Ce phénomène prend ensuite plus d'ampleur : extension des sous-populations affectées (en 1994, il atteint les 30-70 ans) et intensité accrue. Ainsi, de 40 à 44 ans, la probabilité de décéder est presque 70% plus forte en 1994 qu'en 1956. Côté féminin, le phénomène de l'élévation des quotients de mortalité aux âges adultes se manifeste plus tard. Il englobe les 35-59 ans et s'intensifie lui aussi en fin de période, mais pas au point toutefois de favoriser, comme pour les hommes, un retour à la situation de 1956. La régression ne dépasse jamais 10%. Un nouveau groupe à risque de décès croissant, pour les deux sexes, est celui des 5-9 ans. Sur la dernière période (1991-1994), les quotients de mortalité ont augmenté, reflet de l'accroissement du nombre de décédés contaminés par le SIDA.

Entre 1984 et 1987 les hommes ont perdu 0,96 an d'espérance de vie et les femmes 0,75 an. La moitié des pertes tient à une remontée de la mortalité infantile qui est passée de 23,4 1000 à 28,9; les autres hommes les plus affectés ayant de 30 à 59 ans. Chez les

femmes, la reprise de la mortalité a principalement concerné les enfants - de moins d'un an et de 1 à 14 ans - ainsi que les adultes de 30 à 59 ans.

FIGURE 1 : RAPPORT DES QUOTIENS QUINQUENNAUX DE DÉCÈS DE QUELQUES TABLES DE MORTALITÉ À LA TABLE DE 1956 (BASE 100)

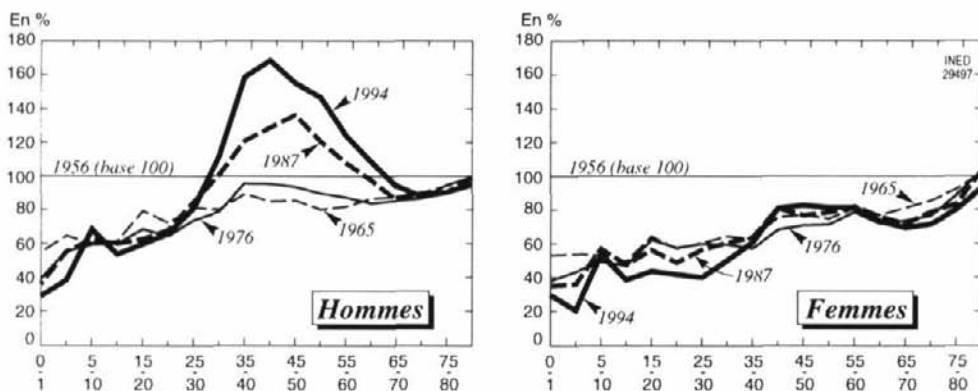


TABLEAU 4 : CONTRIBUTION DES 6 GRANDS GROUPES D'ÂGES À LA VARIATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DE 1984 À 1994 (EN CENTIÈMES D'ANNÉE)

Groupe d'âges	Sexe masculin			Sexe féminin		
	1984-87	1987-91	1991-94	1984-87	1987-91	1991-94
0 an	-42	47	-5	-34	38	-10
1-14 ans	-8	15	2	-12	24	4
15-29 ans	-5	6	-3	-1	9	3
30-59 ans	-30	-9	-88	-15	20	-20
60-74 ans	-10	2	-27	-7	25	-4
75 ans et +	-	5	-1	-6	15	3
Total	-96	66	-122	-75	131	-24

La période de recul de la mortalité des années 1987-1991 a entraîné chez les hommes la récupération, de près de 70%, des pertes de la période précédente, et chez les femmes une récupération totale plus un accroissement de la durée de vie d'une demie d'année par rapport à 1984. La mortalité infantile est revenue aux valeurs précédant son accroissement et les progrès en deçà de 15 ans ont concerné les enfants des deux sexes. Chez les femmes, tous les groupes d'âges ont peu ou prou contribué à l'accroissement de la durée de vie. Pour les hommes, non seulement les progrès ont été systématiquement plus modestes, mais encore les âges adultes ont contribué négativement, ajoutant encore aux pertes d'espérance de vie de la période précédente, 0,09 an.

Les quatre dernières années ont coïncidé avec une nouvelle baisse de la durée de vie, extrêmement élevée chez les hommes (1,22 an) et plus modeste chez les femmes (0,24 an). La grande partie de ce recul a été le fait des hommes âgés de 30 à 75 ans et des femmes de 30 à 59 ans. La mortalité infantile a désormais un rôle moins important et côté féminin les 1-30 ans et les plus de 75 ans voient leur situation s'améliorer.

L'analyse plus approfondie de la mortalité infantile de 1991 à 1994 révèle une évolution divergente de la mortalité néonatale et de la mortalité postnéonatale. Si la



dernière a baissé de 18 ‰ en 1987-1990 à 14 ‰ en 1991-1994, la mortalité néonatale a augmenté de 8 ‰ à 9,3 ‰ sur la même période. Le risque de mortalité infantile touche principalement les nouveau-nés de moins de 2500 grammes (101,7 ‰; contre 16,5 ‰ pour ceux ayant un poids supérieur). Or, le pourcentage des nouveau-nés de moins de 2500 grammes est plus élevé en Roumanie que dans d'autres pays européens, et a tendance à augmenter : 10,6% en 1994 contre 7,0% en 1981. Les deux principales causes du maintien à un niveau élevé de la mortalité infantile sont l'âge élevé de la mère (particulièrement au-dessus de 40 ans, avec une mortalité de 50,2 ‰) et le faible niveau d'éducation (39% des mères des décédés de moins d'un an n'ont qu'un niveau d'études primaires).

## 2. La contribution des causes de décès aux variations de l'espérance de vie à la naissance

Par recours à la même méthode, on peut chercher à estimer la contribution des principales causes de décès aux variations de l'espérance de vie à la naissance entre le début et la fin des périodes marquées par des changements de tendance.

TABLEAU 5 : CONTRIBUTION DES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS À LA VARIATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DE 1984 À 1994 (EN CENTIÈMES D'ANNÉE).

	Mal. infectieuses	Tumeurs	Mal. cardio-vasc.	Mal. cérébro-vasc.	Mal. respiratoires	Maladie digestives	Autres mal.	Morts violentes	Total
<b>Hommes</b>									
1984-87	-14	-14	-	-13	-21	-14	-11	-9	-96
1987-91	6	-3	-10	5	45	15	15	-5	66
1991-94	-17	-17	-8	-46	7	-26	-8	-8	-122
<b>Femmes</b>									
1984-87	-11	-1	-1	-15	-6	-15	-19	-6	-75
1987-91	9	-3	23	15	39	17	30	1	131
1991-94	-6	-7	35	-41	4	-13	-	4	-24

Le tableau 5 illustre cette décomposition et montre que presque toutes les causes de décès, sauf les maladies cardio-vasculaires pour les deux sexes, et les cancers pour le sexe féminin, ont contribué à la baisse de la durée de vie entre 1984 et 1987.

Le redressement de la période 1987-1991 a principalement résulté de la baisse de la mortalité par maladies respiratoires (0,45 an gagné par les hommes et 0,39 an par les femmes). La lutte contre les maladies cardio-vasculaires des femmes continue à enregistrer des progrès significatifs, lesquels se sont poursuivis durant la sous-période suivante. Les femmes ont ainsi gagné, entre 1987 et 1994, plus d'une demi-année de vie moyenne par la meilleure maîtrise de ce seul groupe de maladies. Chez les hommes, le même groupe de causes a, au contraire, contribué à un raccourcissement de la durée de vie.

Malgré les progrès réalisés par le sous-groupe des maladies cardio-vasculaires, les maladies de l'appareil circulatoire, dans leur ensemble, continuent, après 1991 à jouer de façon négative dans l'évolution de l'espérance de vie à la naissance, par accentuation du poids des décès par maladies cérébro-vasculaires : pour les 4 dernières années, cette cause est à l'origine d'un déclin de plus de 0,4 an pour les deux sexes. Les autres maladies ayant une même incidence négative sont les maladies digestives, les tumeurs et les maladies infectieuses. Il faut voir là le signe clair de la crise sanitaire qui accompagne la crise généralisée de la période actuelle. La plus grande maîtrise des maladies respiratoires,

débutée en 1987, continue à jouer après 1991 un rôle positif. Pour les hommes, seul ce groupe de causes atténue quelque peu l'évolution globalement négative.

Une analyse, selon l'âge, de la contribution des causes de décès aux variations de l'espérance de vie à la naissance sur la période 1991-1994 révèle, entre autres, que :

- La mortalité infantile joue le rôle le plus important, tant dans la détérioration de 1984-1987 que dans la récupération de 1987-1991; depuis 1991, son rôle dans la baisse de la durée de vie est cependant plus faible. Les causes principales sont les décès périnataux, les anomalies congénitales et leurs complications. Elles contribuent pourtant à la hausse de l'espérance de vie des 1-4 ans, montrant le déplacement des complications après la première année de vie.

- Chez les enfants et les jeunes, on note une recrudescence des maladies infectieuses au cours des quatre dernières années. D'autre part, l'incidence des décès dus aux morts violentes chez ces catégories a tendance à régresser.

- La contribution des adultes à la détérioration de la vie moyenne des hommes observée de 1984 à 1987 vient au second rang après la mortalité infantile. Pendant la décennie 1990, c'est l'origine première du déclin constaté. Mais, les causes de décès responsables diffèrent entre adultes jeunes (30-44 ans) et les adultes plus mûrs (45-69 ans) : si pour les premiers, les maladies digestives et infectieuses sont de plus en plus virulentes, pour les derniers ce sont les cancers. Les accidents de la circulation, les lésions et les traumatismes, avec leur tendance continue à la hausse, ont aussi une part de responsabilité non négligeable.

- Pour les femmes adultes, on ne note aucune reprise des maladies infectieuses ou des morts violentes. Tel n'est pas le cas pour les tumeurs. Le principal facteur de diminution de la durée de vie moyenne pendant la dernière période résulte des maladies de l'appareil circulatoire, d'origine cardiaque ou cérébrale. L'analyse met en lumière le rôle de plus en plus négatif joué par les maladies cérébro-vasculaires avec l'avance en âge, pour les deux sexes.

- De 1984 à 1987, comme de 1991 à 1994, les groupes d'âges les plus élevés (70 ans et plus) ont, en général, moins contribué que les moins d'1 an à la détérioration de l'espérance de vie à la naissance. Les contributions négatives les plus importantes ont même nom que chez les adultes : maladies cérébro-vasculaires; puis tumeurs. Par contre, les autres maladies de l'appareil circulatoire, celles d'origine cardiaque, ont commencé dès 1987, à être plus efficacement traitées par la médecine roumaine. Celles-ci, avec les maladies de l'appareil respiratoire semblent être les principaux porteurs des progrès futurs de la durée de vie.

### 3. La nature de la crise des dernières années

La Roumanie traverse une incontestable période de crise relativement à la santé de sa population; en attestent l'analyse de la mortalité précédente, diverses autres recherches (UNICEF, 1994; Ghetau, 1994) et les statistiques du CNS. La crise est commune à tous les pays d'Europe centrale et de l'Est, mais elle se manifeste avec une virulence plus ou moins forte. Comparativement à celle de la Russie (Shkolnikov, Meslé, Vallin, 1995), la détérioration en Roumanie connaît une amplitude plus faible et certaines différences de structure existent : les morts violentes contribuent nettement moins à la baisse, et le nombre des décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire est générateur de progrès et non pas de régression comme en Russie. Restent communes l'inefficacité de la lutte contre les maladies cérébro-vasculaires, contre les cancers et plus généralement contre les maladies de la société.



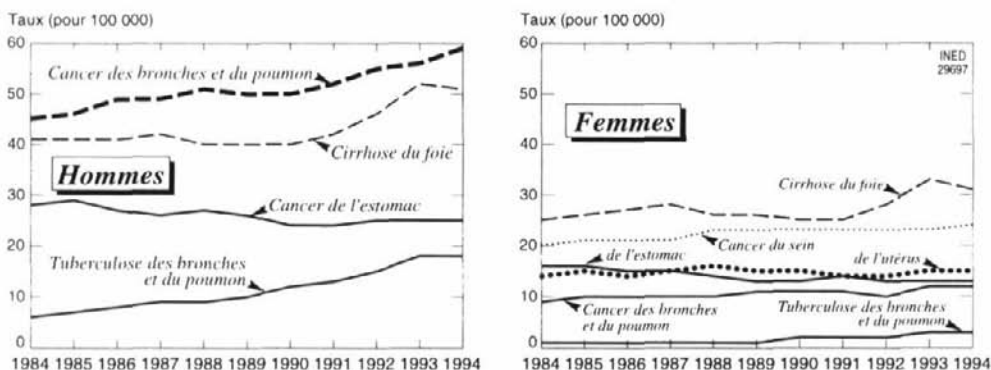
Une prévision de la mortalité pour les années qui viennent requiert une analyse de la nature de la dégradation. Dans quelle mesure peut-on imputer celle-ci à la crise du système sanitaire, ou à la crise socio-économique traversée par le pays ? Faut-il y voir sinon l'effet d'un mode de vie peu propice à la santé, étroitement dépendant du niveau d'éducation et du niveau culturel du peuple roumain ?

La baisse de la durée de vie est en liaison directe avec la dégradation du système de protection sanitaire. Les années de vie perdues à cause de l'accroissement de l'incidence des maladies infectieuses, parasitaires et des maladies de l'appareil digestif pourraient être évitées si la mobilisation du système sanitaire était plus efficace. La proportion des décès due à ces causes a cru de 1,5 point chez les hommes et de 0,7 point chez les femmes, représentant en 1994 pratiquement 7% du total des décès contre moins de 6% en 1991. L'aggravation du poids des décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire et aux tumeurs était, en fait, prévisible étant donnée la généralité du principe de la transition de la mortalité vers des structures aujourd'hui spécifiques aux pays industrialisés. Les décès par maladies de l'appareil circulatoire représentent, en 1994, quelque 55% du total de décès chez les hommes et 68% chez les femmes. La deuxième place est occupée par les cancers avec une responsabilité accrue de 0,5 point. Il ne faut pas cependant trop incriminer le système de protection sanitaire pour ces deux groupes de causes; on a pu constater que les maladies cardio-vasculaires ont eu un apport positif (substantiel même chez les femmes) à la réduction des pertes en particulier aux âges élevés. Toutefois, les âges adultes ont moins profité. Une publication du Ministère de la Santé (Muresan et al., 1995) avance que la baisse de la mortalité dépend du secteur de la protection de la santé à hauteur de 10% seulement, le reste s'expliquant par le niveau de vie matériel et culturel de la population. De fait, le coefficient de corrélation entre espérance de vie à la naissance et PNB par habitant, calculé pour 25 pays européens sur la base de données publiées dans l'Annuaire statistique de la Roumanie en 1995, confirme cette affirmation. Sa valeur (0,87) est nettement supérieure à la corrélation entre espérance de vie et nombre d'habitants par lit d'assistance médicale (0,35) ou par médecin (0,11). La corrélation avec la qualité de l'assistance médicale ni même avec le montant des dépenses par assisté n'a pu être calculée par manque des données idoines.

La crise économique des dernières années et ses conséquences (la détérioration continue du revenu salarial réel - en 1994 il ne représentait que 59,1% de celui de 1990 - l'apparition du chômage et l'accroissement continu de son taux (12,9% en 1994)) ont eu de profondes répercussions sur l'état de santé de la population. La figure 2 reflète l'évolution de la mortalité due à quelques maladies sensibles à la dégradation générale.

La tuberculose de l'appareil respiratoire est considérée en général comme une maladie de la pauvreté. Elle se développe en Roumanie et à un rythme qui s'accélère. Outre la consommation du tabac, la pollution de l'air constitue un indéniable facteur favorisant, comme d'ailleurs dans le cas du cancer des bronches et du poumon. L'économie de marché dans le secteur pharmaceutique a entraîné un accroissement des coûts des médicaments et un affaiblissement de l'industrie médicale et pharmaceutique autochtones. Une partie croissante de la population est incapable de faire face à la hausse des prix des médicaments, et la pénurie des vaccins entraîne l'apparition et la propagation des épidémies; la grippe et l'hépatite infectieuse étant parmi les plus redoutées. Une partie de l'accroissement de la mortalité péri et néonatale peut être mise en liaison avec la pauvreté et la fragilisation de la santé de la femme enceinte. Une autre partie incombe à l'insuffisance des connaissances en matière de prévention des risques, qui caractérise une fraction importante des mères des nouveau-nés décédés.

FIGURE 2 : ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ POUR QUELQUES CAUSES DE DÉCÈS, 1984-1994



Le manque ou les carences d'éducation sanitaire, nutritionnelle et de prévention des maladies est un facteur particulièrement important de l'accroissement de la mortalité en Roumanie. A défaut de pouvoir isoler les causes des décès liées à l'alcoolisme, on peut considérer la mortalité par cirrhose du foie comme un indicateur de l'évolution de ce fléau. Le niveau élevé de la mortalité par cette cause en Roumanie, pour les deux sexes, beaucoup plus élevé que ceux d'autres pays européens (seule, la Hongrie présente un niveau du même ordre), et son vif accroissement entre 1991 et 1994 (de 42 à 51 hommes décédés pour 100.000 habitants, et de 25 à 31 pour les femmes, voir figure 2) révèlent la gravité du phénomène. Le tabagisme est un autre facteur comportemental nocif ayant une incidence accrue. Il contribue non seulement à l'accroissement des risques de maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose, cancer), mais encore de l'appareil circulatoire (les maladies ischémiques, les accidents cérébro-vasculaires). L'alimentation défectueuse à base de viande de porc, carencée car pauvre en fruits et légumes, mais riche en pâtes et sucreries, constituent un autre facteur de risque dû au mode de vie. L'avortement, pratiqué depuis longtemps en Roumanie (Muresan, 1996) et utilisé comme principal moyen de régulation des naissances, est un autre travers comportemental qui a conduit à la dégradation de la santé des femmes avec des conséquences sur leur descendance. L'accroissement de la mortalité infantile néonatale et par cancer des organes de l'appareil reproductif (figure 2) n'est pas étranger à cette pratique.

Signalons toutefois un fait positif relativement aux comportements à risque. Le taux comparatif pour les morts violentes (accidents, suicides, homicides) a baissé pour les femmes et n'a pas augmenté pour les hommes. La proportion de ce groupe de causes a diminué de 0,25 point entre 1991 et 1994, ceci - il faut le rappeler - sur fond de baisse de l'espérance de vie à la naissance.

#### 4. Perspectives pour l'an 2000

Les réformes en cours, en Roumanie, se limitent souvent au traitement économique et financier de la crise. Elles s'accompagnent d'une aggravation de la situation sanitaire, déjà très mauvaise pour une grande partie de la population. Dans les conditions actuelles, il est quasiment impossible d'anticiper la mortalité à long terme : nous ne pouvons ni accepter une prolongation des tendances actuelles, ni prévoir le moment du retournement d'orientation de la réforme sanitaire susceptible de favoriser l'amélioration de l'état de santé de la population. L'on peut simplement isoler toutes les tendances positives, aussi minces soient-elles (quel que soit l'âge ou la cause de décès), observées durant les dernières

années, et recomposer avec elles une nouvelle table de mortalité. Celle-ci va être considérée comme parfaitement tangible, pour l'an 2000, en l'absence de changement radical des politiques sanitaire et économique. On peut, de même, construire une autre table intégrant toutes les tendances négatives des mêmes années, et la considérer comme tout aussi tangible.

Ceci a été le principe de la construction des deux premières variantes des tables de mortalité projetées. La variante A obtenue sur la base des taux de décès les plus faibles de la période 1989-1994 et la variante B issue des taux de décès les plus élevés. L'année 1989 a servi de point de départ afin de rester dans le contexte actuel de crise et de prendre en compte les tendances (positives ou non), manifestées durant l'année précédant le changement de régime politique. Les deux autres variantes de projections sont des extrapolations tendanciennes des taux de mortalité par groupes d'âges quinquennaux : la variante C prend pour référence la période 1990-1994<sup>3</sup> et la variante D la totalité de la période 1984-1994.

Hors la variante la plus pessimiste (B), on note (figure 3) une baisse des probabilités de décéder en deçà de 30-35 ans. Les âges vulnérables restent toujours ceux au delà de 35 ans chez les hommes et de 40 ans chez les femmes. Exceptée la variante la plus optimiste (A), aucune ne conduit à la baisse des quotients de décès des hommes au-dessus de cet âge (seule légère exception, à partir de 70 ans dans la variante D). Chez les femmes la variante A montre une baisse des quotients à tous les âges, mais en général plus faible que chez les hommes. Des progrès, mineurs, pourraient les concerner dans la variante D (au-delà de 55 ans).

Une estimation des espérances de vie à la naissance, à 30 ans et à 60 ans est donnée par le tableau 6 : le maximum, pour les hommes, est de 67,8 ans, et, pour les femmes, de 74,4 ans (variante « optimiste », A); soit un accroissement, respectivement égal à 2,26 ans et 1,24 ans entre 1994 et 2000. Cette hausse tiendrait à un déclin général de la mortalité par maladies vasculaires et digestives (à l'exception des maladies d'origine cardio-vasculaire chez les femmes). Les progrès seraient plus manifestes aux âges adultes; les plus de 60 ans bénéficiant plutôt d'avancées concernant les maladies cérébro-vasculaires.

La variante « tendances de longue durée » (D) offrirait les pertes minimales chez les hommes (-0,3 an de  $e_0$ ; -0,42 an de  $e_{30}$ ; -0,04 an de  $e_{60}$ ) et même des progrès chez les femmes (+0,54 ans de  $e_0$ ; +0,30 ans de  $e_{30}$ ; +0,27 an de  $e_{60}$ ).

Le moteur du progrès résiderait alors dans la lutte contre les maladies de l'appareil respiratoire (hormis celles de nature infectieuse), et, pour les femmes seulement, contre celles de nature cardio-vasculaire.

La variante « pessimiste » (B) donne, pour les hommes, des résultats meilleurs que la variante « tendances récentes » (C); en revanche, elle est vraiment la plus pessimiste pour les femmes. Les hommes adultes pourraient perdre plus de 2 ans d'espérance de vie à 30 ans si les tendances des années 1990-1994 devaient perdurer; et les femmes 1,75 an.

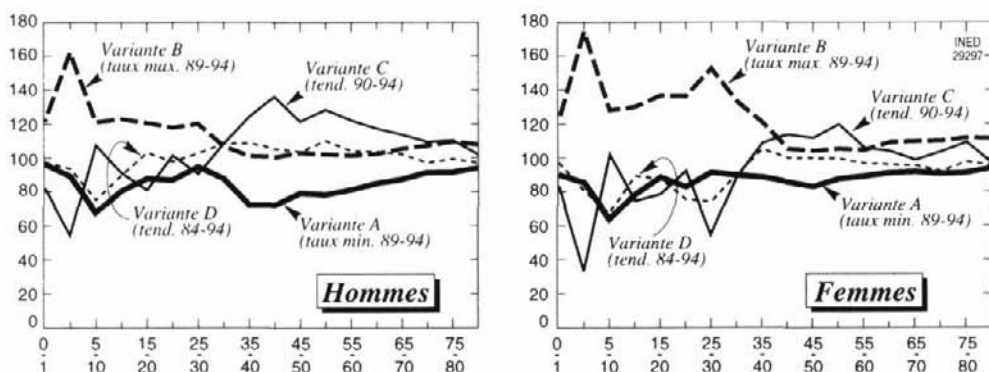
---

<sup>3</sup> Nous avons exclu l'année 1989 de la variante des « tendances récentes » pour mieux mettre en évidence les tendances spécifiques de la période de transition vers une économie de marché.

TABLEAU 6 : ESPÉRANCES DE VIE PROJETÉES POUR L'AN 2000 À LA NAISSANCE, À 30 ANS ET À 60, ET CONTRIBUTION DES CAUSES DE DÉCÈS PAR RAPPORT AU NIVEAU OBSERVÉ EN 1994, SELON LA VARIANTE (EN ANNÉES)

Variante de projection	Sexe masculin			Sexe féminin		
	e0	e30	e60	e0	e30	e60
Valeurs 1994	65,6	39,0	15,7	73,1	45,8	19,0
A. Variante « optimiste »	67,8	41,1	16,6	74,4	46,7	19,6
Maladies infectieuses	0,23	0,14	0,01	0,10	0,02	0,01
Tumeurs	0,23	0,22	0,10	0,16	0,13	0,05
Maladies cardio-vasculaires	0,48	0,46	0,09	0,05	0,04	-
Maladies cérébrovasculaires	0,53	0,53	0,34	0,47	0,47	0,37
Maladies de l'appareil respiratoire	0,10	0,06	0,01	0,10	0,03	0,01
Maladies du système digestif	0,33	0,29	0,05	0,17	0,13	0,04
Autres maladies	0,14	0,10	0,02	0,13	0,05	0,03
Morts violentes	0,21	0,14	0,03	0,07	0,03	-
<i>TOTAL différences</i>	<i>+2,26</i>	<i>+1,96</i>	<i>+0,67</i>	<i>+1,24</i>	<i>+0,90</i>	<i>+0,52</i>
B. Variante « pessimiste »	64,2	38,4	15,1	71,4	44,8	18,2
Maladies infectieuses	-0,08	-0,01	-	-0,07	-0,01	-
Tumeurs	-0,04	-0,02	-	-0,06	-0,04	-
Maladies cardio-vasculaires	-0,29	-0,26	-0,21	-0,55	-0,52	-0,45
Maladies cérébrovasculaires	-0,03	-0,02	-0,01	-0,05	-0,04	-0,04
Maladies de l'appareil respiratoire	-0,43	-0,15	-0,13	-0,37	-0,15	-0,12
Maladies du système digestif	-0,10	-	-	-0,11	-0,02	-0,01
Autres maladies	-0,15	-	-	-0,37	-0,02	-
Morts violentes	-0,23	-0,04	-	-0,15	-0,04	-0,01
<i>TOTAL différences</i>	<i>-1,37</i>	<i>-0,50</i>	<i>-0,37</i>	<i>-1,75</i>	<i>-0,90</i>	<i>-0,65</i>
C. Variante « tendances récentes »	64,0	36,8	14,7	73,2	45,3	18,8
Maladies infectieuses	-0,16	-0,16	-0,02	-	-0,02	-0,01
Tumeurs	-0,28	-0,29	-0,14	-0,12	-0,13	-0,06
Maladies cardio-vasculaires	-0,41	-0,42	-0,06	+0,44	+0,42	+0,46
Maladies cérébrovasculaires	-0,76	-0,76	-0,49	-0,78	-0,78	-0,63
Maladies de l'appareil respiratoire	-0,34	+0,10	+0,15	+0,38	+0,16	+0,15
Maladies du système digestif	-0,37	-0,40	-0,07	-0,15	-0,19	-0,07
Autres maladies	-0,04	-0,06	-0,01	+0,08	+0,03	-0,01
Morts violentes	+0,12	-0,05	-0,02	+0,17	+0,01	+0,02
<i>TOTAL différences</i>	<i>-1,54</i>	<i>-2,03</i>	<i>-0,66</i>	<i>+0,01</i>	<i>-0,51</i>	<i>-0,19</i>
D. Variante « tendances de longue durée »	65,3	38,5	15,6	73,6	46,0	19,2
Maladies infectieuses	-0,05	-0,09	-0,01	+0,02	-0,01	-
Tumeurs	-0,13	-0,13	-0,04	-0,04	-0,04	-
Maladies cardio-vasculaires	-0,19	-0,19	-0,05	+0,18	+0,17	+0,15
Maladies cérébrovasculaires	-0,08	-0,08	-0,04	-0,03	-0,03	-0,03
Maladies de l'appareil respiratoire	+0,26	+0,17	+0,12	+0,33	+0,21	+0,17
Maladies du système digestif	+0,03	-	-	+0,03	-	-
Autres maladies	-	-	-	+0,09	+0,03	-0,01
Morts violentes	-0,13	-0,11	-0,02	-0,04	-0,04	-0,01
<i>TOTAL différences</i>	<i>-0,30</i>	<i>-0,42</i>	<i>-0,04</i>	<i>+0,54</i>	<i>+0,30</i>	<i>+0,27</i>

FIGURE 3 : RAPPORTS DES QUOTIENTS DE DÉCÈS DES TABLES DE MORTALITÉ PROJÉTÉS À LA TABLE DE 1994 (BASE 100), SELON DIFFÉRENTES VARIANTES.



Les maladies à l'origine de cette baisse maximale seraient, pour les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire et les tumeurs; et, pour les femmes, les maladies cardio-vasculaires, celles de l'appareil respiratoire et la catégorie « autres » (qui, dans ce cas, inclut principalement les complications de la grossesse et de l'accouchement). La contribution élevée des taux de mortalité liés aux « autres maladies » à la baisse de l'espérance de vie dans la variante pessimiste met en évidence, une fois de plus, l'importance de l'élimination de la maternité forcée par la libéralisation de l'avortement et l'accès à la contraception.

Pour l'essentiel, il ressort de cette brève investigation du futur que les différentes causes de décès sont tout autant des moteurs de progrès que des sources de régression. Les facteurs principaux d'élévation de l'espérance de vie, restent, très vraisemblablement, l'investissement dans l'éducation<sup>4</sup> préventive pour la santé, la diversification et l'élargissement des missions et des activités des médecins généralistes, la promotion du travail en équipe des professionnels de la santé et du publique.

<sup>4</sup> Le coefficient de corrélation entre espérance de vie à la naissance et nombre d'étudiants pour 100.000 habitants calculé pour 25 pays européens en 1993 est plus élevé (0,66) que la corrélation entre espérance de vie à la naissance et nombre de lits d'assistance médicale ou de médecins pour 100.000 habitants (0,35 et 0,11 respectivement).

**BIBLIOGRAPHIE**

- GHETAU V., 1978 - Speranta de viata a populatiei din Romania (Espérance de vie de la population de la Roumanie), Viitorul Social, 1, pp. 142-157.
- GHETAU V., 1994 - Tranzitia si impactul sau demografic (La transition et son impact démographique), Cercetari Sociale, 1, pp. 38-42.
- MESLE F., 1991 - La mortalité dans les pays d'Europe de l'Est, Population, 3, pp. 599- 649.
- MURESAN C., 1996 - L'évolution démographique en Roumanie. Tendances passées (1948-1994) et perspectives d'avenir (1995-2030), Population, 4-5, pp. 813-844.
- MURESAN P., 1995 - Principalele aspecte demografice in Romania 1975-1994 (Les principaux aspects démographiques en Roumanie 1975-1994), Ministère de la Santé, 28 p.
- POLLARD J., 1988 - Causes de décès et espérance de vie : quelques comparaisons internationales, in Mesure et analyse de la mortalité (Travaux et Documents, cahier no.119), Paris INED/PUF, 458 p.
- SHKOLNIKOV V., MESLE F., VALLIN J., 1995 - La crise sanitaire en Russie, Population, 4-5. pp. 907-943.
- UNICEF, 1994 - Crisis in mortality, health and nutrition, Regional monitoring report no.2, 110 p.