

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

L'influence des politiques natalistes sur la mortalité et la qualité biologique du nouveau-né en Roumanie, entre 1989 et 1994

Cristiana GLAVCE, Irina POPESCU

Centre de Recherches Anthropologiques de l'Académie Roumaine, Bucarest, Roumanie

L'anthropologie donne, par son interdisciplinarité, la possibilité de relier les aspects politico-socio-culturels et les aspects biologiques caractérisant une population déterminée sur une période définie de temps.

Nous tenterons ici de décrire certaines conséquences du passage brusque d'un état de contrainte dictatoriale, tant sur le plan socio-économique que sur celui de la politique de santé, à la situation d'après décembre 1989, lorsque les leviers d'influence sur ces aspects de la vie individuelle et collective se sont radicalement modifiés. Nous rechercherons en particulier les effets de ces changements sur certains phénomènes démographiques : natalité, croissance démographique, mortalité infantile et maternelle.

Nous comparerons également la situation roumaine à celle des autres pays de l'Europe Centrale et de l'Est, pays choisis tant en raison de la zone politico-géographique, que de la disponibilité de certaines données internationales. L'Autriche a également été incluse, en tant qu'état démocratique appartenant à la même zone et où les droits de l'homme sont respectés.

Nous nous intéresserons ensuite à la qualité biologique du nouveau-né dans la perspective des changements d'après 1990, problème particulièrement intéressant, étant donné que nous avons la possibilité d'analyser deux situations complètement différentes : interdiction officielle de l'avortement et de l'utilisation des moyens contraceptifs et abolition brusque de ces interdictions.

L'étude du nouveau-né, prémisses dans l'interprétation du cycle entier de développement, constitue la base des recherches de l'évolution physique de la population. La croissance et le développement, reflétés par l'évolution des dimensions corporelles tout au long de la vie, représentent un indice global d'état de santé des individus comme des populations. Le déclin de la qualité biologique du nouveau-né, corrélé à la baisse de la fécondité dans les pays en cours de développement, est souvent considéré comme résultant des seules différences culturelles. L'intention de notre étude est de mettre en évidence l'influence des facteurs sociaux, économiques et législatifs, comme par exemple l'interdiction des avortements ou le manque d'un programme national de planning familial.

La natalité en Roumanie enregistre une diminution prononcée, tout au long de la période 1989-1994 mais, la pente décroissante s'atténue depuis 1992. Dans la même période, la mortalité augmente légèrement (Tableau 1).

Dans ces conditions, la croissance démographique présente une pente descendante particulièrement accentuée, surtout durant la période 1989-1991. En 1992, la croissance devient négative (- 0,2%), la baisse continue ensuite même son rythme est plus réduit et la croissance démographique continue à être négative : - 0,6% en 1993, - 0,8% en 1994.

Pour une meilleure compréhension des conséquences des mutations politiques d'après 1989 sur le plan démographique, nous avons analysé plus attentivement une série d'indices de mortalité périnatale tant infantile que maternelle, comme reflet de l'abolition de certaines interdictions, mais aussi de disparition de certains programmes de santé pour la femme et la famille.

TABLEAU 1 : MOUVEMENT NATUREL DE LA POPULATION

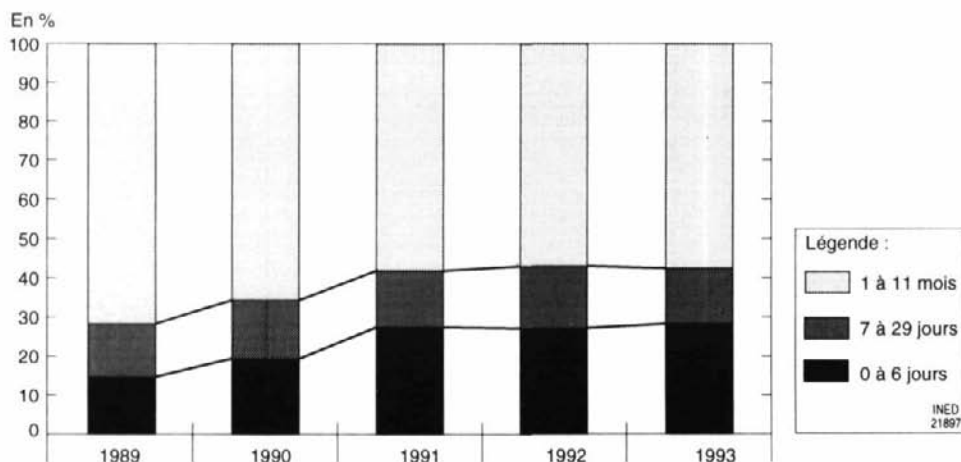
	Valeurs absolues				Taux en %			
	naissances	nombre décès	croissance naturelle	décès infantiles	natalité	mortalité	crois. démog. graph.	mort. infantile
1989	369 544	247 306	122 238	9 940	16,0	10,7	5,3	26,9
1990	314 746	247 086	67 660	8 471	13,6	10,6	3,0	26,9
1991	275 275	251 760	23 515	6 258	11,9	10,9	1,0	22,7
1992	260 393	263 855	- 3 462	6 080	11,4	11,6	- 0,2	23,3
1993	249 994	263 323	- 13 329	5 822	11,0	11,6	- 0,6	23,3
1994	246 736	266 101	- 19 365	5 894	10,9	11,7	- 0,8	23,9

Le nombre des décès au-dessous d'un an, diminue fortement entre 1989-1991, puis plus lentement (Tableau 2, Figure 1).

TABLEAU 2 : DISTRIBUTION PAR ÂGE DU NOMBRE DE DÉCÈS INFANTILES

Âge	1989	1990	1991	1992	1993
Total	9940	8471	6258	6080	5822
0 - 6 jours	1384	1642	1602	1551	1537
7 - 13 jours	458	483	347	357	349
14-29 jours	831	679	561	574	463
1 mois	1510	1195	926	883	869
2 mois	1410	1029	836	786	751
3 - 4 mois	2128	1540	951	949	901
5 - 6 mois	1096	852	452	439	432
7 - 8 mois	622	524	272	278	267
9 - 11 mois	501	527	311	263	253

FIGURE 1 : FRÉQUENCE DE DÉCÈS INFANTILES, PAR ÂGE



L'analyse de la répartition (en %) des décès de moins d'un an par groupe d'âges met en évidence l'augmentation massive des décès entre 0-6 jours : ils passent de 13,9% des décès infantiles en 1989 à près du double en 1994 (26%). La croissance est plus rapide entre 1989-1991, puis il y a stabilité (Tableaux 3 et 4). Ces décès sont dus en particulier à certaines causes périnatales, influencées probablement par la condition de la femme pendant la grossesse.

TABLEAU 3 : FRÉQUENCE DES DÉCÈS 0-6 JOURS (PAR RAPPORT AU TOTAL DES DÉCÈS INFANTILES)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
% décès 0-6 jours	13,9	19,4	25,6	25,5	26,4	26,0

TABLEAU 4 : FRÉQUENCE DES DÉCÈS INFANTILES (PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL DES DÉCÈS)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
% décès infantiles	4,0	3,43	2,49	2,30	2,21	2,21

L'évolution des décès de moins d'un jour a quelques traits particuliers. On enregistre ainsi une croissance brusque entre 1989-1990, de 186 à 316 décès. Une phase de plateau se situe entre 1990-1991 (320 décès) puis, il y a une légère baisse en 1992 (298 décès). La répartition par sexe suggère que la croissance brusque de 1990 est due aux décès masculins (qui augmentent de 105 à 193), les décès féminins progressant bien moins (de 81 à 119). Pour la période suivante l'évolution de ces décès est parallèle entre les sexes. Ces décès sont principalement dus à certaines causes périnatales, influencés probablement par la condition de la femme pendant la grossesse et surtout aux grossesses indésirables. Il est à remarquer la résistance de la baisse des nouveau-nés de sexe masculin par rapport à ceux à du sexe féminin, en fonction des conditions mesologiques défavorables. Entre 1989 et 1995, la mortalité baisse légèrement avec une pente plus accentuée en 1990-1991. Par rapport au nombre de nouveau-nés, la mortalité est influencée par la baisse plus accentuée de la natalité. Cette baisse paraît plus constante si l'on analyse le nombre des nouveau-nés morts en valeur absolue. En 1989 sont enregistrés 2821 nouveau-nés morts, 2231 en 1990, 1910 en 1991, 1700 en 1992, 1582 en 1993.

L'évolution de la mortalité infantile diffère de celle des décès survenus à moins d'un jour, en valeur absolue.

On enregistre ainsi un plateau entre 1989 et 1990 évalué à 26,9 ‰ : le nombre de nouveau-nés vivants et les décès entre 0-1 an diminuent donc dans cette période au même rythme. Par contre, en 1991 on constate une baisse importante de la mortalité infantile (22,7 ‰), les décès entre 0-1 an diminuent donc à un rythme plus rapide des décès que les accouchements.

En 1992, par rapport à 1991, une croissance de la mortalité infantile survient (23,3 ‰), elle continue jusqu'en 1994, elle atteint alors 23,9 ‰. Considérant la diminution du nombre des accouchements dans cette période, les zones de plateau et surtout la croissance de la mortalité infantile, dénotent une augmentation relative du nombre des décès entre 0-1 an, malgré la baisse de ceux-ci en valeur absolue.

La mortalité infantile connaît une évolution strictement parallèle entre les deux sexes, la mortalité féminine se situant à un niveau inférieur.

Comparativement à la mortalité infantile, la mortalité précoce (0-6 jours) et la mortalité néonatale (0-29 jours) ont une autre évolution, similaire à l'évolution du nombre de décès en valeur absolue. On peut constater une croissance de ces deux indices plus

accentuée entre 1989-1990, plus lente pour les années suivantes, leur évolution étant pratiquement parallèle (Tableau 5).

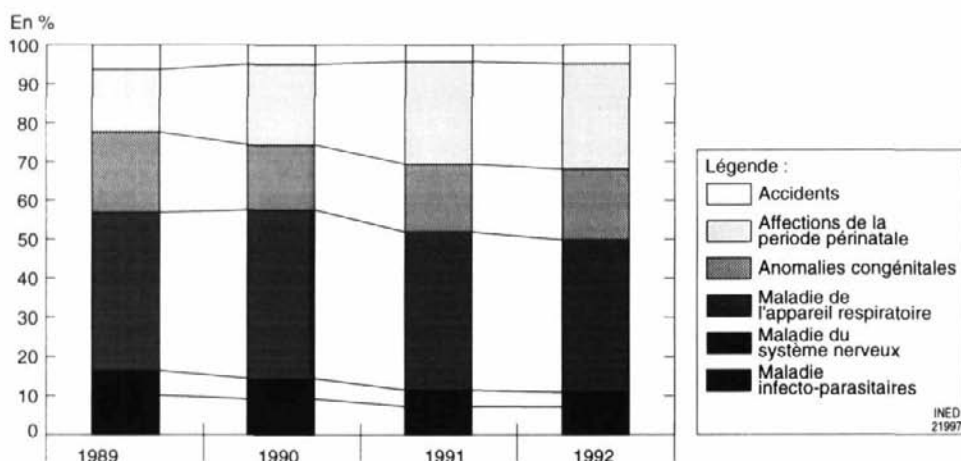
L'évolution des décès infantiles par cause de décès montre une modification de la pathologie plus importante dans la période 0-1 an. Les plus importantes causes de mortalité infantile prises en considération dans les statistiques internationales sont les maladies infectio-parasitaires, les déficiences nutritionnelles, les maladies du système nerveux, les maladies de l'appareil respiratoire, les anomalies congénitales, les affections de la période périnatale, les signes ou symptômes et états morbides mal définis, les accidents.

TABLEAU 5 : ÉVOLUTION COMPARATIVE DE CERTAINS INDICATEURS DE MORTALITÉ INFANTILE

	mortinatalité	Mortalité infantile	Mortalité précoce	Mortalité néonatale
1989	7,6	26,9	3,75	7,23
1990	7,5	26,9	5,22	8,91
1991	6,9	22,7	5,82	9,12
1992	6,5	23,3	5,96	9,53
1993	6,3	23,3	6,15	9,40

Étant à l'origine d'un nombre insignifiant de décès infantiles, les déficiences nutritionnelles et dus aux états morbides mal définis, n'ont pas été prises en compte dans la représentation graphique (Figure 2).

FIGURE 2 : DISTRIBUTION DES DÉCÈS INFANTILES PAR CAUSE DE DÉCÈS



Il y a une modification de la pathologie dans la période 0-1 an après 1990. Les causes de décès qui diminuent sont les maladies infectio-parasitaires, les anomalies congénitales, les affections de la période périnatale, les maladies du système nerveux et les accidents pendant l'accouchement. La seule catégorie en augmentation est celle des maladies de l'appareil respiratoire, surtout la pneumonie.

On peut constater aussi une baisse du poids des décès infantiles par maladies infectio-parasitaires (9,5% en 1989, 6,5 en 1992) et par maladies du système nerveux (5,7% en 1989, 3,5% en 1992).

Les principales causes de décès en dessous de un an sont des maladies de l'appareil respiratoire. Le poids de cette mortalité passe de 40,5% des décès en 1989 à 43,6% en 1990, puis, il y a une lente diminution : 41,0 % en 1991, 39,2 en 1992. Précisons que parmi les maladies de l'appareil respiratoire, la plus virulente est la pneumonie (plus de 90% des décès à cause respiratoire chaque année, Tableau 6). Il y a aussi diminution du poids des décès dus aux anomalies congénitales (36% en 1990, 45 % en 1992) et surtout de ceux dus aux accidents à la naissance : leur part se réduit dans cette période de moitié.

Les décès dus aux affections dans la période périnatale augmentent de façon continue : 16,4% en 1989, 21,6% en 1990, 27,0% en 1991, 27,8 % en 1992. Ces affections sont peu influencées par l'environnement, la qualité bio-génétique de la mère et du produit de la conception étant déterminante.

TABLEAU 6 : MORTALITÉ DUE À LA PNEUMONIE

	1989	1990	1991	1992
Total	3286	3165	2267	2065
% décès par pneumonie par rapport au décès a cause respiratoire	93,90%	95,10%	99,40%	98,20%
Masculin	1897	1753	1247	1160
Féminin	1389	1412	1020	905

Les décès par accidents s'inscrivent dans la tendance générale de baisse, de 6,6% des décès 1989 à 5,0% en 1992. On peut voir là le résultat des soins accrus envers l'enfant désiré par la famille par rapport à celui non désiré.

Quelle que soit la cause, y compris les accidents, les niveaux de mortalité sont plus faibles pour le sexe féminin. La plus grande différence s'observe pour les décès dus aux affections dans la période périnatale où le nombre des décès féminins est presque deux fois moindre.

Ces évolutions résultent de la politique démographique d'avant 1989, lorsque les femmes entre 18 et 45 ans étaient obligées d'accoucher, si elles n'avaient pas déjà 4 enfants vivants. Les moyens contraceptifs modernes étant interdits, on recourait à diverses méthodes empiriques, qui mettaient en danger tant la santé du nouveau-né que celle de la mère. Il est également intéressant de s'intéresser au nombre d'enfants affectés par les pratiques contraceptives utilisées (même si elles n'ont pas été fatales) et au nombre de femmes devenues stériles.

La mortalité maternelle représente le rapport des décès dus à l'accouchement pour mille nouveau-nés vivants. Dans la structure par cause de la mortalité maternelle, entrent en ligne de compte les avortements (code O.M.S. 38), les hémorragies à l'accouchement (code O.M.S. 390), la toxémie gravidique (code O.M.S. 391), les complications puerpérales (code O.M.S. 394), les autres causes obstétricales directes (code O.M.S. 392, 393, 399), les autres causes obstétricales indirectes (code O.M.S. 40, 41). Cet indice diminue sur la période étudiée, la plus forte baisse se situant entre 1989-1990 (Tableau 7).

TABLEAU 7 : ÉVOLUTION DU TAUX DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ENTRE 1989-1994 (‰)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
mortalité maternelle	1,69	0,83	0,66	0,60	0,53	0,60

L'analyse comparée de la mortalité infantile en Roumanie et dans certains pays de l'Europe Centrale et de l'Est, montre que dès le début, notre pays se situe au niveau le plus élevé, malgré sa tendance à la baisse (Tableau 8). Seules l'Albanie et la Bosnie-Herzégovine présentent des mortalités infantiles plus élevées (Figure 3).

Pour la mortalité maternelle, la Roumanie se situe également nettement au-dessus des autres pays choisis, même si cet indice baisse. Même le niveau de 1992, substantiellement réduit par rapport à 1989, est beaucoup plus élevé que celui des autres pays. Un niveau élevé est enregistré dans la Fédération Russe, suivie de la Bulgarie, la Pologne et la Hongrie (qui ont des valeurs proches), l'évolution de cet indice y stagnant avec de petites fluctuations. L'Autriche a la plus faible mortalité maternelle, stable durant les trois premières années de la période, elle accuse une baisse assez importante en 1992 : 0,04‰ (Tableau 9).

TABLEAU 8 : MORTALITÉ INFANTILE DANS DIVERS PAYS ENTRE 1989 ET 1992 (‰)

	1989	1990	1991	1992
Autriche	8,315	7,838	7,482	7,534
Bulgarie	14,37	14,77	16,93	15,93
Fédération Russe	18,06	17,64	18,11	
Pologne	15,96	16,01	14,98	14,45
Roumanie	26,9	26,91	22,73	23,35
Hongrie	15,74	14,82	15,64	14,08

FIGURE 3 : LA MORTALITÉ INFANTILE EN 1994 DANS DIVERS PAYS

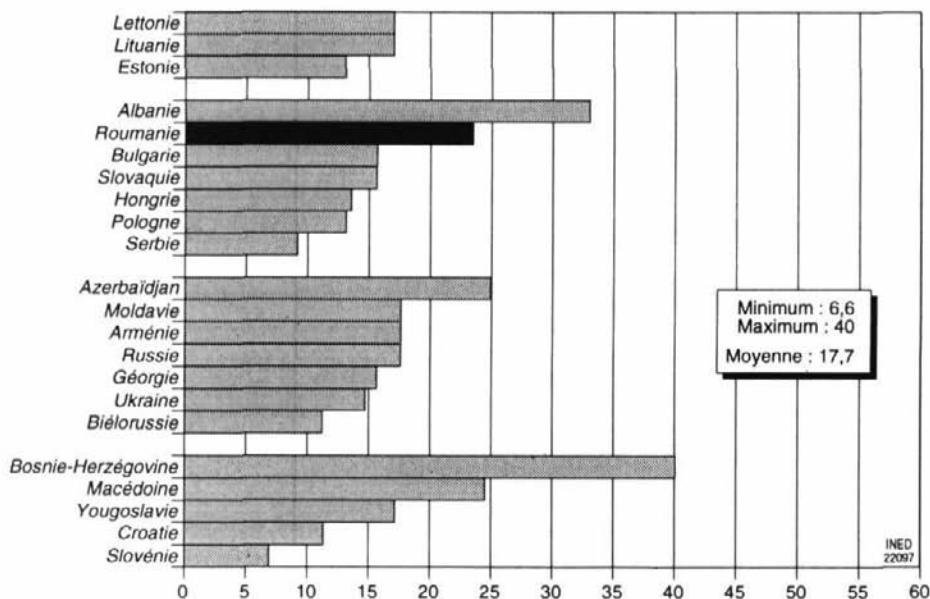
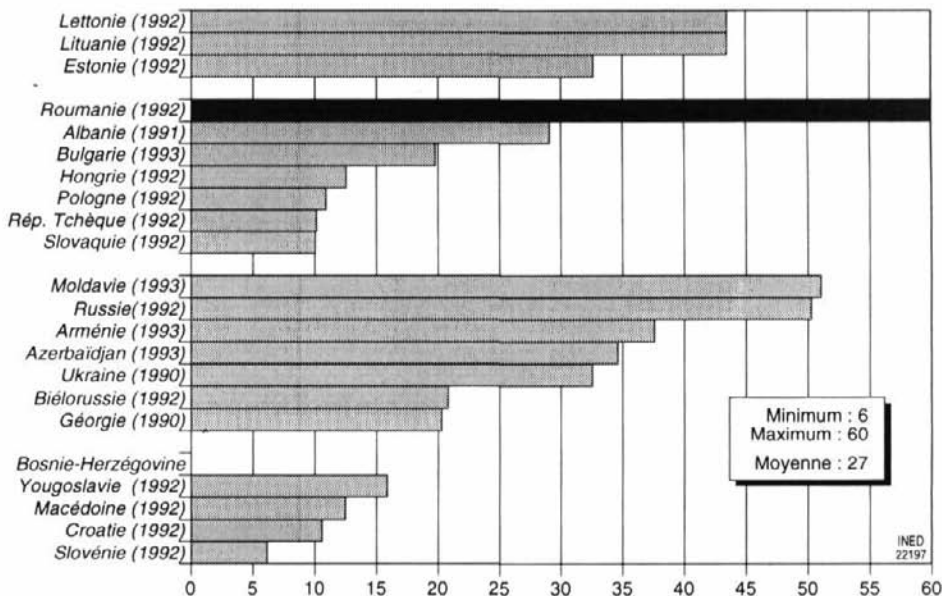


TABLEAU 9 : ÉVOLUTION (1989-1993) DE LA MORTALITÉ MATERNELLE (%) DANS DIVERS PAYS

	1989	1990	1991	1992	1993
Autriche	0,0789	0,0663	0,074	0,042	
Bulgarie	0,187	0,1426	0,0834	0,1571	
Fédération Russe	0,4902	0,4741	0,5243		
Pologne	0,1067	0,1282	0,1282	0,0993	
Roumanie	1,694	0,8356	0,6648	0,6029	0,532
Hongrie	0,1541	0,2069	0,1258	0,0986	

Sur le graphique suivant on observe à nouveau la situation particulière de la Roumanie concernant le taux de mortalité féminine pour des causes dues à l'accouchement. Avec un taux de 60 décès maternels pour 100 000 accouchements, notre pays se situe au niveau maximum parmi les pays de l'ex-camp du socialisme (Figure 4).

FIGURE 4 : LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS DIVERS PAYS



Nous nous proposons maintenant de mettre en évidence quelques aspects du passage brusque et inattendu d'un état de contrainte très dur par l'interdiction des avortements entre 1967-1989, à celui de l'abrogation de cette loi en janvier 1990.

Les punitions très sévères appliquées en cas de provocation d'avortement ou même d'assistance médicale en cas d'accident dû à une provocation d'avortement, ont abouti maintes fois à des situations désespérées, parfois même à la mort de la femme. Malgré cela, la loi était fréquemment détournée notamment par le personnel spécialiste. De ce fait, le nombre réel d'avortements d'avant 1990 ne peut être connu. Les données existantes dans les archives des hôpitaux ne recensent que les avortements avec des problèmes médicaux graves, les clandestins sans problèmes médicaux particuliers, n'étant pas connu.

Dans ce contexte, nous avons voulu prendre la mesure des modifications de la natalité et implicitement de la qualité biologique du nouveau-né dans cette période très particulière de changements socio-économiques importants.

Les données proviennent des archives de l'Hôpital Universitaire de Bucarest. Ont été étudiées toutes les fiches concernant les avortements et les accouchements entre septembre-décembre 1989 et les mêmes mois de 1990 et 1992, afin de comparer les caractéristiques d'une période située sous l'incidence de la loi des avortements et de deux périodes où l'option de devenir mère ou non, était déjà possible. L'évolution des avortements n'a pu être analysée qu'entre 1989 et 1990 car, ultérieurement, le découpage sanitaire territorial de la ville de Bucarest s'est modifié et des cabinets médicaux privés se sont ouverts, les données de l'Hôpital Universitaire de Bucarest ne sont donc plus représentatives du nombre réel d'avortements.

Les avortements 1989/1990

Dans les quatre mois de l'année 1989 pris en compte, 941 avortements ont été enregistrés, dont seulement 6% (57) sur demande, mais conformément à la loi, les autres (94%, soit 884 cas) étant des avortements provoqués avant l'hospitalisation et présentant des complications. La majorité des femmes (86%) étaient des travailleuses et des ménagères, suivies d'élèves et de techniciennes (14%), il n'y avait aucune étudiante ou intellectuelle. La proportion entre femmes mariées et non mariées hospitalisées à la suite d'une tentative d'avortement était de 1/1,6.

Par rapport à 1989, en 1990 c'est à 18-20 ans que le nombre d'avortements a le plus augmenté, puis dans la catégorie des plus de 35 ans. Si les travailleuses, les ménagères et les techniciennes continuent à être les plus représentées (environ 70%) on trouve désormais des étudiantes et des intellectuelles (30%). Le rapport entre les femmes non mariées et les mariées devient en 1990 de 7/1.

Durant les mêmes mois de 1989, il y eut 878 accouchements, le rapport était donc de 1,07 avortement pour 1 accouchement. Pour la même période en 1990 on a enregistré 5 228 avortements et seulement 422 accouchements, apparemment donc 12,4 avortements pour 1 accouchement. Mais cette évolution catastrophique doit être relativisée car le nombre d'avortements de 1989 ne reflète pas la réalité. Comme on peut le constater, en fonction de la baisse de la natalité entre les deux périodes, le rapport réel est d'environ 2,1 avortements pour 1 accouchement. La majorité des avortements de 1990 étaient sur option, seulement environ 9% étaient dus à une prescription médicale.

La qualité biologique du nouveau-né

La qualité biologique du nouveau-né, est défini ici comme la combinaison de quatre dimensions corporelles qui participent de manière différenciée à la détermination des catégories de nouveau-né : petit, moyen et grand. Ces dimensions, dans l'ordre de leur importance dans la définition des catégories, sont le poids, la longueur, la circonférence thoracique et en dernier lieu la circonférence de la tête qui est plutôt d'ordre héréditaire que mésologique. Les catégories ont été calculées à l'aide de la méthode d'analyse multifactorielle sur la base des quatre paramètres mentionnés.

Dans les périodes prises en compte, on a enregistré un total de 878 accouchements en 1989, 422 en 1990 et 650 en 1992. Comme il s'agit du même hôpital, avec le même personnel médical et le même équipement, et que la même catégorie de population l'a fréquenté en 1989 et en 1990, il est possible de comparer ces deux périodes. Pour 1992, les données sont là à titre d'illustration, compte tenu du nouveau découpage territorial de Bucarest.

La possibilité accordée à la mère d'accoucher ou non, n'a pas conduit à une vraie amélioration de la qualité biologique de l'enfant par rapport à 1989 : les valeurs moyennes des dimensions anthropométriques étudiées pour les nouveau-nés de l'Hôpital Universitaire de Bucarest ont tendance à baisser. Elles sont significativement plus réduites dans certains cas en 1992 qu'en 1989, les garçons présentant une diminution plus accentuée que les filles (Tableaux 10 et 11).

TABLEAU 10 : LES PARAMÈTRES STATISTIQUES DES DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES - SÉRIE MASCULINE

Paramètres	Échantillon 1989				Échantillon 1990				t 1989/ 1990
	min.	max.	\bar{x}	σ	min.	max.	\bar{x}	σ	
Poids (gr/mm)	2500	4700	3348,2	415,8	2500	4500	3295,2	440,3	-1,50
Longueur	440	590	505,8	15,9	460	555	502,6	18,5	-2,20*
Circ. thorax	290	370	333,4	13,8	290	380	331,9	17,9	-1,38
Circ. tête	300	40	225,8	12,5	290	380	333,2	15,5	-2,21*

Paramètres	Échantillon 1992					
	min.	max.	\bar{x}	σ	t 1989/ 1992	t 1990/ 1992
Poids (gr/mm)	2500	4300	3261,7	420,2	-2,61*	-0,78
Longueur	440	550	501,1	18,6	-3,41*	-0,83
Circ. thorax	290	370	332,4	14,5	-0,88	-0,67
Circ. tête	290	370	334,9	12,7	-0,94	-1,33

* - différence déterminé statistique « t »; Nbr. sujets: 1989 = 414; 1990 = 199; 1992 = 221

TABLEAU 11 : LES PARAMÈTRES STATISTIQUES DES DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES - SÉRIE FÉMININE

Paramètres	Échantillon 1989				Échantillon 1990				t 1989/ 1990
	min.	max.	\bar{x}	σ	min.	max.	\bar{x}	σ	
Poids (gr/mm)	2500	4400	3169	379	2500	4700	3228	400	+1,74
Longueur	440	540	500,1	14,6	450	550	498,9	16,5	-0,87
Circ. thorax	290	390	330,4	13,9	290	370	332,5	15,6	+1,67
Circ. tête	300	370	331	11,5	290	370	330,7	13,3	-0,28

Paramètres	Échantillon 1992					
	min.	max.	\bar{x}	σ	t 1989/ 1992	t 1990/ 1992
Poids (gr/mm)	2500	4800	3178,2	378,6	+0,29	-1,31
Longueur	440	540	497	17,9	-2,21*	-1,14
Circ. thorax	280	400	329,9	16,9	+0,38	+1,69
Circ. tête	290	370	330,1	13,0	+0,86	-0,45

* - différence déterminé statistique « t »; Nbr. sujets: 1989 = 414; 1990 = 199; 1992 = 221

En règle générale, la catégorie des petits enfants croît entre 1989-1992 (Tableau 12). Si l'on tient compte de la profession des mères (Tableau 13), la plus forte proportion s'observe en 1990, puis elle diminue pour se retrouver le plus souvent en dessous du niveau de 1989.

Les intellectuelles ont le pourcentage le plus élevé d'enfants moyens et grands, en comparaison, les ouvrières ont surtout des petits enfants. Cette dernière catégorie est beaucoup plus fréquente chez les mères célibataires que chez les mariées (Tableau 14).

TABLEAU 12 : QUALITÉ BIOLOGIQUE DES NOUVEAU-NÉS (1989, 1990, 1992)

	1989 (%)	1990 (%)	1992 (%)
Enfant petit	9,4	15,2	16,1
Enfant moyen	78,9	69,4	72,5
Enfant grand	11,7	15,4	11,4

TABLEAU 13 : QUALITÉ BIOLOGIQUE DES NOUVEAU-NÉS SELON LA PROFESSION DE LA MÈRE (SEPT. - DÉC. 1989, 1990, 1992)

Profession de la mère	Année	Petit (%)	Moyen (%)	Grand (%)
	1989	15,8	71,8	12,4
Ménagère	1990	24,3	63,1	12,6
	1992	10,9	79,1	10,0
	1989	15,5	65,7	18,8
Ouvrière	1990	18,0	64,0	18,0
	1992	9,7	77,7	12,6
	1989	18,1	65,8	16,1
Technicienne	1990	14,6	75,0	10,4
	1992	7,7	84,6	7,7
	1989	4,8	70,7	24,4
Intellectuelle	1990	4,7	89,1	6,3
	1992	5,1	80,1	14,3

TABLEAU 14 : QUALITÉ BIOLOGIQUE DES NOUVEAU-NÉS PAR L'ÉTAT CIVIL DE LA MÈRE (SEPT.- DÉC. 1989, 1990, 1992)

Qualité biologique du nouveau-né	état civil	1989 (%)	1990 (%)	1992 (%)
petit	mariée	9,1	14,5	15,1
	célibataire	11,8	20,8	24,4
moyen	mariée	78,4	69,1	72,3
	célibataire	81,3	68,7	68,3
grand	mariée	12,4	16,5	12,6
	célibataire	6,8	10,4	7,3

La proportion d'enfant moyen, nettement dominante, présente des variations d'une année à l'autre en fonction de l'âge, de la profession et de l'état civil de la mère, mais elle augmente en 1992 par rapport à 1990, constatation optimiste qui démontre l'importance du facteur optionnel dans le maintien de la grossesse (Tableau 15).

La catégorie des grands enfants décroît en général en 1990 et en 1992 par rapport à 1989. Cette décroissance peut être due à plusieurs facteurs; mentionnons la croissance des primipares à des âges plus avancés, dans les catégories professionnelles plus favorisées la

grande concentration des accouchements à des âges très jeunes, l'absence d'amélioration des conditions matérielles depuis 1989, l'augmentation du stress ...

Le pourcentage d'enfants nés à terme croît et le nombre de prématurés diminue de moitié en 1990, cette réduction continuant en 1992. Il faut voir là une amélioration des conditions liée au droit optionnel de garder ou non l'enfant (Tableau 16). Les prématurés, signes de grossesses difficiles, sont un bon indice de l'état général de la population des femmes enceintes.

TABLEAU 15 : QUALITÉ BIOLOGIQUE DES NOUVEAU-NÉS SELON L'ÂGE DE LA MÈRE
(SEPT.- DÉC. 1989, 1990, 1992)

Âge de la mère	Qualité biologique du nouveau-né								
	petit			moyen			grand		
	1989	1990	1992	1989	1990	1992	1989	1990	1992
24 ans	11,1	18,4	15,9	78,1	69,4	72,5	10,8	12,2	11,5
25-34 ans	6,1	13,1	14,3	82,5	67,5	74,8	10,6	19,4	10,8
35 ans	14,1	5,5	27,6	64,8	77,8	58,6	6,1	16,6	13,8

TABLEAU 16 : ÉTAT DE MATURITÉ DES NOUVEAU-NÉS (SEPT.- DÉC. 1989, 1990, 1992),

État de maturité	1989 (%)	1990 (%)	1992 (%)
à terme	89,2	93,2	94,6
prématuré	10,8	6,8	4,4
total accouchements	100=890	100=449	100=650

L'occupation de la mère est un facteur déterminant. Si, en 1989, la plupart des prématurés étaient nés de travailleuses, en 1990 et en 1992, ce sont surtout des enfants nés de ménagères, provenant en particulier des très jeunes (14-24 ans) et avec un pourcentage plus élevé de non mariées. Les intellectuelles ont la proportion de prématurés la plus faible, durant les deux périodes, avec une décroissance en 1992. Mais la diminution la plus spectaculaire s'observe en 1990 et en 1992 chez les techniciennes (Tableau 17).

TABLEAU 17 : FRÉQUENCE DES PRÉMATURÉS SELON LA PROFESSION DE LA MÈRE
(SEPT.- DÉC. 1989, 1990, 1992)

Profession	1989 (%)	1990 (s%)	1992 (s%)
Ménagère	27	50	59
Ouvrière	32	29	21
Technicienne	22	8	13
Intellectuelle	19	13	7
Nbre total prématurés	90 = 100	24 = 100	31 = 100
% du total des nouveau-nés	10,25 (890 = 100)	5,7 (449 = 100)	4,8 (650 = 100)

Il y a une étroite interdépendance entre âge de la mère et fréquence des nouveau-nés prématurés (Tableau 18). Ainsi, en 1989 le plus grand nombre de prématurés s'observe dans les groupes d'âge ayant la plus grande fréquence d'accouchement, lorsque l'option de garder ou non l'enfant a une grande importance pour la mère (20-24 ans et 30-34 ans). En 1990 et en 1992, grâce à la possibilité d'avorter, les prématurés deviennent surtout le fait des groupes d'âges très jeunes et jeunes. Leur part se réduit ensuite de manière substantielle à cause de la maturation biologique de l'organisme féminin, de la conscience acquise de

l'importance d'un régime adéquat pendant la grossesse et de l'amélioration des conditions socio-économiques avec l'âge (réduction du pourcentage de mères non mariées, meilleures catégories sociales des deux partenaires).

Même si les résultats obtenus sur cet échantillon ne peuvent pas s'appliquer à l'ensemble du pays, ils reflètent quant même la situation d'une grande zone de Bucarest. Les conclusions qui en résultent concernant l'influence des modifications socio-économiques sur la natalité, le statut de la femme enceinte et la qualité biologique du nouveau-né, peuvent être utilisées dans une tentative d'améliorer l'état de santé de toute la population.

TABLEAU 18 : FRÉQUENCE DES PRÉMATURÉS PAR L'ÂGE DE LA MÈRE
(SEPT. - DÉC. 1989, 1990, 1992)

Âge de la mère	1989 (%)	1990 (s%)	1992 (s%)
14-19 ans	17	33	38
20-24 ans	32	33	29
25-29 ans	17	13	19
30-34 ans	26	13	9
35-39 ans	8	8	3
40 ans et plus	0	0	0
Nbre total prématurés	90 = 100	24 = 100	31 = 100
% du total des nouveau-nés	10,25 (890 =100)	5,7 (449 =100)	4,8 (650 =100)

Conclusions

Les modifications survenues les dernières années dans la société roumaine se reflètent aussi sur le plan de la bio-pathologie humaine à travers le nouveau-né, donnant naissance à des phénomènes qui produiront leurs effets, partiellement prévisibles, à court, mais surtout de long terme. C'est une des raisons de nos recherches dans cette direction. Après l'étude effectuée sur le matériel sélectionné d'un hôpital représentatif de Bucarest (l'Hôpital Clinique Universitaire de Bucarest) il semble nécessaire d'étendre cette analyse à l'ensemble du pays. De notre étude il en résulte que :

- A l'alarmante décroissance de la natalité enregistrée entre 1990-1992 fait suite une stagnation dans les années 1993-1994 mais à un niveau très bas. Dans le même temps, la mortalité générale augmente pratiquement constamment. La croissance démographique a donc une pente descendante plus accentuée entre 1989-1994, et est négative après 1991.
- L'évolution de la mortalité infantile varie selon la période étudiée mais avec une réelle tendance à la baisse entre 1989 et 1994. Il y a une croissance massive des décès entre 0-6 jours, en contradiction avec l'évolution du poids des décès infantiles dans le total des décès. On note aussi une croissance de la mortalité précoce et néonatale, plus accentuée entre 1989 et 1990, plus lente ensuite, l'évolution de ces indices étant pratiquement parallèle.
- La mortalité maternelle présente une courbe descendante durant la période étudiée, avec une pente particulièrement accentuée en particulier entre 1989 et 1990.
- Au point de vue de la qualité biologique, on constate une réduction de la catégorie des grands nouveau-nés et, dans une moindre mesure, des moyens, en faveur des petits nouveau-nés. Ces évolutions varient selon la classe d'âge, l'état civil et la catégorie socio-économique de la mère. On peut voir là la conséquence de la croissance du nombre des mères très jeunes et jeunes et des primipares à l'âge optimal de fertilité. De plus, les conditions de vie ne se sont pas significativement modifiées de sorte qu'elles n'entraînent pas une nette amélioration du développement physique du nouveau-né.

- La forte réduction (environ 50%) de la proportion de nouveau-nés prématurés entre 1990-1992 et 1989 traduit l'élimination des grossesses indésirables par avortement, ces enfants soulevant souvent de difficiles problèmes aux pédiatres. En outre, si en 1989, la plupart des prématurés étaient nés de travailleuses, en 1990 et en 1992 ces enfants ont principalement pour mères des ménagères, des très jeunes (14-24 ans) et des non mariées.
- Par rapport à certains pays de l'Europe Centrale et de l'Est la Roumanie se singularise par sa plus forte baisse de la natalité, son niveau extrêmement élevé de mortalité infantile et maternelle, bien que ces indices soient légèrement en baisse depuis 1990.

Ces résultats conduisent à conclure que le fond biologique de la population est affecté. La chute particulièrement rapide de la natalité associée à l'augmentation de la mortalité générale va impliquer un accroissement du décalage entre les générations et un important vieillissement de la population, phénomènes qui s'accroîtront si aucune mesure ne sont prises. Le passage d'un régime basé sur une politique pro-nataliste forcée et agressive à un état sans politique de population consciemment soutenue, aura de fortes répercussions tant dans le domaine biologique que social ou économique.

BIBLIOGRAPHIE

- DRAGOMIRESCU L., GLAVCE C., 1991, « Contributions à l'appréciation de la distance génétique dans le développement somatique des adolescents et des jeunes », *Ann. Roum. Anthropol.*, 28, pp. 27-32.
- ENĂCHESCU Th., POP S., 1957, « Variabilitatea dimensională a nou-născutului în funcție de condițiile de mediu », *Probl. de antropol.*, vol. III, pp. 233-245.
- ENĂCHESCU Th., GLAVCE C., 1983, « Étude comparative du niveau de développement physique et confirmatif des nouveau-nés européens et négroïdes », *Ann. Roum. Anthropol.*, 20, pp. 27-34.
- GLAVCE C., ENĂCHESCU Th., ROIBU G., 1987, « Some aspects of the newborn's constitution relative to its parents », *Ann. Rou. Anthropol.*, 24, pp. 3-17.
- GLAVCE C., ALEXANDRESCU M., DRAGOMIRESCU L., 1993, « Calitatea biologică a nou născutului în 1990 față de 1989 », *Ștudiul și cercet. antrop.*, 30, pp. 15-22.
- GLAVCE C., RUS R., 1995, « Influența condițiilor socio-economice actuale din România asupra calității biologice a nou-născuților », *Calitatea Vieții*, anul 6, nr. 1-2/1995, pp. 95-106.
- LEGENDE L., LEGENDE P., 1979, « Écologie numérique », tome 2, Masson, Paris.
- LEVI-STRAUSS C., 1978, « Antropologie structurală », Ed. Politică, București.
- LEVY M-L, 1990, « A propos de la Roumanie » in *Populations et sociétés*, no. 243, pp. 10-12.
- TREBICI V., 1979, « Demografia », Ed. Științifică și Enciclopedică, București.
- TREBICI V., 1981, « La transition démographique dans les pays de l'Europe de l'Est : le cas de la Roumanie » in *Collana di studi e monografie della Società italiana di economia e statistica*, Nuova serie, nr. 7.
- TREBICI V., 1991, « Populația Terrei, Demografie mondială », Ed. Științifică, București.
- Demographic Yearbook 1991 (*Ann. démographique 1991*), United Nations, New York (1992) Tableaux de caractères générales, vol 43.
- UNFPA, 1993, « Readings in Research Methodology of Population ».
- WORLD HEALTH Statistics Annual 1989-1992, (1990 - 1993), Genève.
- « Examen et évaluation du plan d'action mondial sur la population », Rapport 1984 (*Études démographiques* no. 99), Nations Unies, New York, 1986.