

# Histoire des causes de décès en milieu urbain en

Pr. Sofiane Bouhdiba

Département de sociologie, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de  
Tunis, Université de Tunis, Tunis  
[s.bouhdiba@voila.fr](mailto:s.bouhdiba@voila.fr)

## Résumé

*L'article examine l'évolution des causes de décès dans la population urbaine tunisienne entre le début et la fin du XX<sup>ème</sup> siècle. Il tente d'évaluer dans quelle mesure il y a eu en Tunisie une transition épidémiologique, c'est-à-dire un recul des pathologies infectieuses et parasitaires (peste, typhus, choléra,...) et leur remplacement par de nouvelles causes de décès, les pathologies « sociales », créées de toutes pièces par l'Homme, du fait de son comportement dans la société. Les accidents de la route, les pathologies cardio-vasculaires ou les maladies nerveuses en sont des exemples typiques.*

*Deux phénomènes totalement différents peuvent être à l'origine de cette modification du profil pathologique de la population urbaine : le premier, qui vient naturellement à l'esprit, est l'évolution des comportements et du mode de vie dans les villes, ainsi que les retombées de la modernisation sur l'environnement.*

*Le deuxième phénomène en jeu est l'amélioration de la précision du diagnostic-médical et de l'autopsie, fruits de la modernisation du plateau technique médical, ainsi que l'augmentation des effectifs de médecins hyper-spécialistes en milieu urbain. Certains auteurs vont même jusqu'à qualifier le risque urbain de « production sociale »<sup>1</sup>, en ce sens que l'environnement scientifique et médiatique spécifique des villes ne fait que révéler et mettre en valeur un phénomène qui, en réalité, n'a rien de particulièrement urbain.*

**Mots clé:** Mortalité, cause de décès, Tunis, certificat de décès, transition épidémiologique

## Introduction

Notre propos sera ici, non pas simplement d'observer les indicateurs courants de mortalité, mais bien de tenter de comprendre, à travers des sources officielles, et parfois informelles ou saisies « à la dérobée », pour reprendre l'expres-

sion de Michel Vovelle<sup>2</sup>, les raisons pour lesquelles l'Homme passe de vie à trépas. Nous nous proposons ainsi de tenter d'analyser, dans la mesure de la disponibilité des informations, tout le spectre des causes de décès qui concernent les citoyens en Tunisie.

La plupart des pays développés ont

1. Chaline Claude et Dubois-Mary Jocelyne, (1994), **La ville et ses dangers**, Paris : Masson, p. 2
2. Vovelle Michel, (1983), **La mort et l'occident**, France : Gallimard, p. 13

connu depuis la fin de la 2<sup>de</sup> guerre mondiale une quasi-disparition des pathologies infectieuses et parasitaires. L'éradication de fléaux millénaires tels que la peste ou le choléra aura certainement été une des plus grandes victoires médicales de l'Homme moderne.

De nouvelles causes de décès, non moins redoutables, sont néanmoins apparues : ce sont les pathologies dites « sociales », car iatrogènes, créées de toutes pièces par l'Homme, du fait de son comportement dans la société. Ces maux particuliers, qui étaient au départ le lot exclusif de l'élite, ont ensuite très rapidement touché la masse urbaine. La rapidité des moyens de communications et la forte densité des villes ont en effet créé un terrain favorable à la diffusion horizontale mais également verticale de ces pathologies sociales.

Les accidents de la route, les pathologies cardio-vasculaires ou les maladies nerveuses en sont des exemples typiques. Ce changement opéré dans la structure par cause des décès au sein de nombreuses populations dans le monde est désigné dans la littérature sous le terme de « *transition épidémiologique* ». Nous tenterons de voir, à travers l'observation de la population urbaine tunisienne, ce qu'il en a été de cette transition, qualifiée parfois aussi de *sanitaire*.

Deux phénomènes totalement différents peuvent être à l'origine de cette modification du profil pathologique de la population urbaine : le premier, qui vient naturellement à l'esprit, est l'évolution des comportements et du mode de vie dans les villes, ainsi que les retombées de la modernisation sur

l'environnement.

Le deuxième phénomène en jeu est l'amélioration de la précision du diagnostic médical et de l'autopsie, fruits de la modernisation du plateau technique médical, ainsi que l'augmentation des effectifs de médecins hyper-spécialistes en milieu urbain. Certains auteurs vont même jusqu'à qualifier le risque urbain de « *production sociale* »<sup>3</sup>, en ce sens que l'environnement scientifique et médiatique spécifique des villes ne fait que révéler et mettre en valeur un phénomène qui, en réalité, n'a rien de particulièrement urbain.

## Revue de la littérature

De nombreux auteurs ont tenté de déterminer, au-delà des causes cliniques immédiates du décès d'un individu, les différents facteurs sociaux, culturels et économiques qui agissent en synergie, car si l'on veut comprendre les ressorts de la mortalité urbaine, il importe de définir avec précision tous les éléments qui en sont à l'origine.

Il serait intéressant, par exemple, en présence d'une épidémie de grippe, de connaître le poids relatif des différents facteurs en cause, tels que le climat, le coût de l'énergie pour le chauffage des habitations, les problèmes financiers spécifiques aux populations urbaines, ou les freins socioculturels à l'accès aux médicaments anti-grippaux.

C'est l'approche privilégiée par Henry Mosley, pour qui : « *Les causes de décès ne doivent pas être considérées comme des déterminants biologiques de la mortalité, mais comme le dernier maillon de la chaîne allant des facteurs socio-*

3. Chaline Claude et Dubois-Mary Jocelyne, (1994), **La ville et ses dangers**, Paris : Masson, p. 2

économiques à la mort, en passant par un certain nombre de variables intermédiaires »<sup>4</sup>.

Jacques Vallin, en traitant de la mortalité infanto-juvénile, reprend à peu près la même idée en ces termes : « La mortalité en bas âge et dans l'enfance est généralement la conséquence finale d'une série d'épisodes morbides (et de leurs synergies biologiques) affaiblissant l'enfant. Elle n'est que rarement le résultat d'un seul épisode isolé de maladie. »<sup>5</sup>.

Sa vision de la mort comme une succession d'états morbides ne se limite pas à la seule enfance, puisqu'il écrit dans un autre ouvrage : « La mort ne peut plus être considérée comme un événement brutal, mais plutôt comme l'aboutissement d'un long processus durant lequel l'individu a souffert, plus ou moins longuement, de maladies ou de handicaps qui, combinés à ses caractéristiques génétiques et physiologiques, ont modifié ses risques de décès »<sup>6</sup>.

Comment, dès lors, distinguer les poids relatifs, les « taux de participation » de chaque cause de décès ? Jacques Vallin propose d'appréhender le risque de décéder comme une véritable fonction pondérée de tous les risques connus durant le vécu de chaque individu. Il avance même, dans un souci de modélisation de la cause de décès, plusieurs possibilités de pondération : « On pourrait, par exemple, caractériser chaque individu, à âge égal, par un indice moyen

de toutes les situations qu'il a traversées. On peut au contraire penser que l'importance des expériences vécues décline à mesure que le temps passe et accorder en conséquence davantage de poids aux expériences les plus récentes. Il est également possible que les conditions et expériences très récentes n'aient pas eu le temps de peser sur la mortalité, et qu'il faille donc au contraire leur accorder un poids plus faible »<sup>7</sup>.

## Données et méthodes

L'étude de la mortalité en Tunisie a réalisé un grand pas en avant avec la publication du décret n° 99-1043 du 17 mai 1999<sup>8</sup>. En effet, ce texte tant attendu a fixé clairement le nouveau modèle de certificat de décès tunisien aujourd'hui en vigueur (voir annexe), et en particulier les mentions qui doivent y figurer, ainsi que le cheminement administratif du document.

La promulgation de ce décret entre dans le cadre du *Programme national d'information sur les causes médicales de décès*, mis en place par l'Institut National de la Santé Publique. Cet ambitieux programme a pour but premier de constituer une base de données fiable sur les causes de décès au niveau national, ce qui permettra de mieux évaluer l'état de santé de la population tunisienne, et donc d'adapter, gérer et planifier les prestations offertes par les différentes institutions sanitaires

4. Vallin Jacques, D'Souza Stan, Palloni Alberto, (1988), **Mesure et analyse de la mortalité**, France : PUF, p.382
5. Vallin Jacques et Lopez Alan, (1985), **La lutte contre la mort**, France : PUF
6. Vallin Jacques, D'Souza Stan, Palloni Alberto, (1988), **Mesure et analyse de la mortalité**, France : PUF, op. cit., p. 351
7. Vallin Jacques, D'Souza Stan, Palloni Alberto, (1988), **Mesure et analyse de la mortalité**, France : PUF, op. cit., p. 351
8. JORT n° 43 du 28 mai 1999

du pays.

La prochaine étape, recommandée par la *conférence pour la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM)*, sera - nous le souhaitons vivement - l'élaboration d'un certificat de décès périnatal. En effet, les causes de décès périnatals relèvent à la fois de la mère et de l'enfant, et sont trop spécifiques pour être traitées sur le même pied d'égalité que les causes de décès aux âges adultes.

La décision n° 1048 du Ministre de la santé publique, en date du 1<sup>er</sup> août 1991, stipulait clairement que : « *Seul un docteur en médecine est habilité à constater la survenue de la mort* ». Autrement dit, seul un médecin a le droit de remplir et signer un certificat de décès, document auquel inconvient de décrire à ce stade de la réflexion.

Le certificat de décès est un document officiel constatant le décès d'une personne. De ce fait, il remplit trois fonctions principales : il est d'abord un acte d'état civil, qui permettra d'inscrire le décès sur les registres tenus à cet effet par la commune concernée. Il est également un document juridique, qui authentifie les droits de succession, et ouvre une enquête judiciaire en cas de mort violente.

Enfin, il constitue une source de données démographiques, épidémiologiques et médicales unique en son genre, et revêt de ce fait un intérêt scientifique inestimable.

Voyons donc comment se présente le certificat de décès tunisien, et comment il fonctionne - ou comment il devrait fonctionner.

Le nouveau modèle de certificat médical de décès, officiellement introduit en Tunisie par le décret n° 99-1043

du 17 mai 1999 (voir annexe), a été élaboré par un comité national, après consultation de représentants du corps médical. Comme on aura l'occasion de le constater *infra*, il ressemble beaucoup au modèle français (également en annexe), lui-même conforme au modèle international.

Le recto du certificat médical de décès tunisien comporte une partie supérieure nominale et une partie inférieure anonyme qui, une fois cachetée par le médecin ayant constaté le décès, ne peut plus être ouverte que par le médecin de la santé publique.

La partie supérieure comporte deux feuillets, dont l'un est remis à l'état civil lors de la déclaration du décès, et l'autre est conservé par le Ministère de la santé publique. Ce volet, destiné à identifier le décédé, comporte les informations suivantes : nom et prénom, numéro de la carte d'identité nationale, date de naissance, sexe, profession, nationalité, adresse et état matrimonial. Il comporte également le lieu et l'heure du décès, ainsi qu'une identification du médecin.

Le nouveau certificat médical de décès donne toute latitude au médecin qui diagnostique un suicide ou un décès suspect d'empêcher l'inhumation. En effet, en cochant la case prévue à cet effet, il oppose un obstacle médico-légal empêchant la délivrance du permis d'inhumer. Dans ce cas extrême, le processus légal funéraire est suspendu, et le corps reste à la disposition de la justice, jusqu'à ce qu'une autorisation d'inhumer soit délivrée par les autorités.

Le nouveau document permet également au médecin de préconiser la mise en bière immédiate, en cas de

pathologie contagieuse, telle que le choléra, la rage, le SIDA, la fièvre hémorragique virale et les hépatites virales - sauf l'hépatite A confirmée<sup>9</sup>.

Le certificat de décès comporte par ailleurs un volet anonyme destiné aux informations exclusivement médicales. Ce dernier mentionne la liste des épisodes ayant entraîné la mort, selon un ordre chronologique, en partant de la cause (a) ayant entraîné directement la mort, et en suivant une chaîne de causalité, jusqu'à une cause (d), que l'on pourrait qualifier de « cause générique ». L'intervalle de temps écoulé entre deux épisodes doit également être mentionné.

Le nouveau certificat médical de décès prévoit enfin d'autres informations, telles que le lieu de décès (hôpital, domicile, voie publique,...), l'état éventuel de grossesse, ou la possibilité de considérer la cause de la mort comme un accident de travail.

Le verso du certificat de décès rappelle quelques exemples de successions d'épisodes morbides ayant conduit au décès, destinés à faciliter la tâche du médecin constatant le décès, ainsi que quelques extraits de textes juridiques.

## Résultats

L'examen des causes de décès urbains en Tunisie, en suivant une démarche chronologique, depuis le début du XXème siècle jusqu'à nos jours, a

donné les résultats suivants.

### 1 Historique : les causes de décès à Tunis au début du XXème siècle

L'étude scientifique des causes de décès dans les villes tunisiennes remonte au début du 19<sup>ème</sup> siècle. En 1806 déjà, Louis Frank, médecin du Bey de Tunis Hamouda Pacha, écrivait dans ses notes, qui seront publiées par la suite par son ami J.J. Marcel dans son *Histoire de Tunis*<sup>10</sup> : «Une maladie cutanée, que j'avais vue également chez les nègres au Kaire, où elle est nommée vulgairement *Eech-el-Medynéh* (mot à mot style de vie de la ville), sans doute parce qu'on la regarde comme un effet de l'acclimatement et du changement que subissent les nègres dans leur manière de vivre et leur nourriture... ».

Il aura fallu attendre encore un siècle encore pour que les premières statistiques de causes de décès soient publiées. C'est le *Bulletin sanitaire de la ville de Tunis*, établi par le *Bureau d'hygiène*, qui nous présente, pour le mois de mars 1911<sup>11</sup>, la première ébauche de structure par cause de décès suivante, selon les ethnies :

Une première remarque vient à l'esprit en observant ces chiffres : sur les 482 décès constatés durant le mois de mars, 300 cas (soit 62.2 % du total des décès du mois) concernent des musulmans, et 32 cas seulement (soit 6.6 % du total des décès du mois) concernent des français.

9. Décret n° 97-1326 du 26 juillet 1997, relatif aux modalités de préparation des tombes et les règles d'inhumation et d'exhumation

10. **La revue maghrébine d'endocrinologie-diabète et de reproduction** n°4, volume 3, Tunis, Décembre 1997, p.137

11. **Tunisie médicale** n° 64, Tunis, mai 1989, p.175

**Décès selon la cause et l'éthnie à Tunis en Mars 1911**

<b>Cause de décès</b>	<b>Français</b>	<b>Musulmans</b>	<b>Israélites tunisiens</b>	<b>Italiens</b>	<b>Anglo-maltais et autres</b>	<b>TOTAL</b>
Typhus exanthématique	0	2	0	0	0	2
Fièvre typhoïde	0	3	1	3	0	7
Rougeole	0	9	0	9	0	18
Variole	0	16	2	1	1	20
Coqueluche	0	10	1	6	3	20
Diphthérie	1	1	1	0	1	4
Pneumonie	1	5	0	2	0	8
Tuberculose	7	51	3	6	3	70
Scarlatine	0	0	0	0	0	0
Grippe	0	2	0	0	0	2
Cancer	1	1	1	1	0	4
Fièvre méditerranéenne	0	0	0	0	0	0
Affections puerpérales	0	4	0	1	0	5
Paludisme	0	0	0	1	0	1
Dysenterie	0	0	0	0	0	0
Gastro-entérite	0	17	3	4	1	25
Méningite	0	6	4	2	1	13
Congestions et hémorragies cérébrales	0	3	3	2	0	8
Néphrites	0	11	4	2	1	18
Morts violentes	0	3	0	2	0	5
Suicides	0	0	0	0	0	0
Autres causes	21	145	23	30	5	224
Mort-nés	1	11	5	9	2	28
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>300</b>	<b>51</b>	<b>81</b>	<b>18</b>	<b>482</b>
Mortalité au-dessous de 2 ans	3	94	20	34	10	161

(source : *Tunisie médicale*)

Une première remarque vient à l'esprit en observant ces chiffres : sur les 482 décès constatés durant le mois de mars, 300 cas (soit 62.2 % du total des décès du mois) concernent des musulmans, et

32 cas seulement (soit 6.6 % du total des décès du mois) concernent des français.

Cela souligne bien l'existence, en cette période trouble de l'histoire

tunisienne, d'une véritable ségrégation ethnique entre, d'une part une population surprotégée et bénéficiant d'une infrastructure médicale d'un niveau proche de celui de la métropole, et de l'autre une population indigène mal soignée dont les enfants sont fauchés par les maladies contagieuses, telles que la variole, la coqueluche ou la rougeole. Ces deux dernières sont pourtant des affections bénignes qui, bien soignées, disparaissent rapidement.

Le manque d'hygiène, l'ignorance des méthodes simples de lutte contre ces affections de la petite enfance, associés à la promiscuité caractéristique des populations urbaines, sont certainement les causes principales de la forte prévalence de ces pathologies dans les familles tunisiennes habitant la capitale.

Le tableau indique par ailleurs que 31.3 % des décès de musulmans ont lieu avant le deuxième anniversaire (94 cas déclarés), et que la proportion de décès de mort-nés est relativement importante (3.7 % des cas).

Enfin, la faible part des décès par cancer est probablement dûe à la méconnaissance des symptômes et au manque de fiabilité des diagnostics de ces décès.

Après cette première approche historique, essayons à présent de voir comment a évolué la situation une

quarantaine d'années plus tard, en examinant les statistiques de décès par cause de la ville de Tunis entre 1947 et 1950.

## 2 Historique des causes de décès à Tunis à la fin des années 1940

Il n'existe aucune statistique concernant la mortalité au niveau national avant 1960, c'est pourquoi nous sommes contents, pour avoir une idée de la situation à la fin des années 1940, des chiffres relatifs à la seule ville de Tunis. Mais voyons d'abord si les statistiques de décès publiées à cette époque étaient véritablement fiables, avant de les commenter.

### a. La fiabilité des statistiques de décès

Le Service Tunisien des Statistiques, ancêtre de l'Institut National des Statistiques (INS) actuel, publiait séparément les statistiques relatives aux trois communautés qui vivaient alors à Tunis, les chrétiens (essentiellement des français, des italiens et des maltais), les juifs et les musulmans. C'est cette dernière population, composée essentiellement de tunisiens, qui retiendra notre attention.

Les taux de mortalité à Tunis selon l'ethnie, figurant dans les annuaires statistiques de 1947, sont un exemple de l'incertitude des chiffres :

**Taux de mortalité selon l'ethnie à Tunis, de 1919 à 1947**

Année	Taux de mortalité (‰)		
	européens	musulmans	israélites
1919-1923	16.6	16.3	21.9
1924-1928	16.9	18.1	19.8
1929-1933	15.4	17.3	18
1934-1938	14.1	16.6	17
1939-1944	16.6	18.8	23.5
1945-1947	11.9	15	16.2

(source : INS, annuaires statistiques de la ville de Tunis, 1947)

Le faible écart - à peine plus de 3 points pour la dernière période - entre les taux de mortalité des populations européenne et musulmane est surprenant. En effet, les niveaux de vie des deux populations étant très différents, la mortalité des musulmans aurait dû être très nettement supérieure à celle des européens.

*b. Les principales causes de décès à Tunis à la fin des années 1940*

À la fin des années 1940, et au vu des données du service tunisien des statistiques<sup>12</sup>, la population musulmane de Tunis présentait le profil épidémiologique suivant :

#### **Structure par cause des décès de Musulmans de la ville de Tunis entre 1947 et 1950**

Cause de décès	Proportion (%)
Maladies infectieuses et parasitaires	26.1
Cancers et tumeurs	1.1
Maladies du système nerveux et des organes des sens	4.5
Maladies de l'appareil circulatoire	6.8
Maladies de l'appareil respiratoire	18.2
Maladies de l'appareil digestif	28.4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	4.5
Vices de conformation et débilité congénitale	10.2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

(Source : Service tunisien des statistiques, (1952), **Situation sanitaire et démographique de la ville de Tunis, analyse décennale portant sur la période 1940 à 1950**, Tunis)

Les causes mentionnées sur ces bulletins de décès étaient, le plus souvent, la cause immédiate du décès, et non pas celles qui ont « *fait le lit de la maladie* ». Par ailleurs, n'ont pas été pris en considération les décès classés dans les rubriques « *autres causes déterminées* » et « *causes indéterminées* ».

Plus du quart des habitants décédés dans la ville de Tunis mouraient des suites de maladies infectieuses et parasitaires (dont 67 % de cas de tuberculose, et notamment la tuberculose

respiratoire).

Par ailleurs, il semblerait que les maladies infectieuses et respiratoires affectaient surtout les hommes, puisque pour ces pathologies on observe une surmortalité masculine de 1.56<sup>13</sup>. En particulier, les cas de tuberculose se manifestaient surtout dans les quartiers à forte densité et les ghettos, et frappaient essentiellement les familles les plus démunies, car deux facteurs créaient un terrain favorable à ce mal : la sous-alimentation et la promiscuité.

12. Service tunisien des statistiques, (1952), **Situation sanitaire et démographique de la ville de Tunis, analyse décennale portant sur la période 1940 à 1950**, Tunis

13. Service Tunisien des Statistiques, (1951), **Situation sanitaire et démographique de la ville de Tunis-analyse décennale portant sur la période 1940 à 1950 inclus**, Tunis : STS, p. 10



L'autre grande cause de décès dans la ville de Tunis - avec 28 % des cas de décès - est représentée par les maladies de l'appareil digestif. Il s'agit essentiellement (à 87 %) des diarrhées et des entérites, qui font de véritables ravages chez les enfants de moins de un an.

Les maladies de l'appareil respiratoire représentaient plus de 18 % des cas de décès constatés dans la seule ville de Tunis ; il s'agissait, dans 60 % des cas, de pneumonie, et dans 29 % des cas, de bronchite.

Notons enfin le faible poids des « *maladies de l'appareil circulatoire* » - dont 96 % sont des maladies cardiaques - et des « *maladies du système nerveux et tumeurs* », qui représentaient seulement 12.4 % des causes de décès.

Le faible poids des cancers et tumeurs - seulement 1.1 % - s'explique probablement par l'état relativement archaïque de la médecine, qui ne permettait pas à l'époque de diagnostiquer avec suffisamment de précision les tumeurs. De ce fait, de nombreux décès par cancer étaient certainement classés dans les rubriques « *sénilité* » ou « *causes mal déterminées* ». Par ailleurs, la population était probablement plus jeune qu'elle ne l'est aujourd'hui, et les individus qui atteignaient les âges à risque étaient plus rares.

Ainsi, la ville de Tunis présentait, à la fin des années 1940, une structure par cause des décès « primitive », en ce sens que l'on mourait essentiellement des suites d'un environnement malsain, c'est à dire une promiscuité excessive et une hygiène exécrable. Tunis était donc dangereuse, puisqu'elle favorisait les maladies infectieuses et parasitaires,

ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire et digestif.

Voyons à présent ce qu'il en est un demi-siècle plus tard, dans une Tunisie urbanisée, indépendante et moderne, en observant les causes de décès urbains en milieu hospitalier.

### 3 Les causes de décès en milieu urbain hospitalier en Tunisie

Il s'agira ici d'observer les résultats d'une enquête réalisée en 1998 par le Ministère de la Santé Publique<sup>14</sup>, portant sur 3 422 décès urbains (2 005 hommes et 1417 femmes) constatés dans les hôpitaux régionaux de la République. Nous avons également consulté les registres de décès et les cahiers d'actes de décès des archives centrales du centre hospitalo-universitaire Charles Nicolle.

Les registres de décès sont des cahiers sur lesquels sont portées à la main les informations suivantes : un n° d'ordre, les prénom et nom du décédé, son matricule, le service où a lieu le décès, la date et l'heure précise du décès (à la minute près), la date et l'heure de la sortie du corps de l'établissement, ainsi que le numéro d'acte du décès. Pour retrouver la cause du décès, il faut consulter un deuxième document interne, tenu par chacun des services de l'hôpital : il s'agit des *cahiers d'actes de décès*, carnets à souche sur lesquels la cause médicale du décès est inscrite par le médecin soignant.

#### a. Les causes de décès selon l'enquête morbidity et mortalité hospitalière dans les hôpitaux régionaux

Le tableau suivant reprend quelques résultats de l'Enquête morbidité et mor-

14. Ministère de la santé Publique, *Enquête morbidité et mortalité hospitalière dans les hôpitaux régionaux*, Direction Etudes et Planification, Tunis, mars 1999

*talité hospitalière dans les hôpitaux régionaux*, réalisée en 1998 par la Direc-

tion Etudes et Planification au Ministère de la Santé Publique :

**Taux de mortalité hospitalière urbaine par cause en Tunisie en 1998**

Cause de décès	Taux de mortalité hospitalière urbaine (‰)
Affections périnatales	203.1
Malformations congénitales	116.9
Maladies de l'appareil circulatoire	81.4
Tumeurs	38.9
Maladies du système nerveux	36.2
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme	32.4
Maladies infectieuses et parasitaires	27.9
Maladies de l'appareil respiratoire	19.7
Troubles mentaux et du comportement	16.5
Maladies de la peau	15.9
Traumatismes et empoisonnements	15.7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	15.1
Maladies de l'appareil digestif	9.9
Grossesses, accouchements et puerpéralité	5.9
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	5.8
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	1.3
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1
Maladies de l'œil et ses annexes	0.2
<b>Moyenne</b>	<b>27</b>

(source : *Enquête morbidité et mortalité hospitalière dans les hôpitaux régionaux*, Direction Etudes et Planification, Ministère de la Santé Publique, Tunis, mars 1999)

Le taux de mortalité le plus élevé dans l'échantillon est celui des affections périnatales, ce qui confirme l'idée que la mortalité des enfants constitue encore le noyau dur de la mortalité urbaine en Tunisie. Les décès par malformations congénitales et les maladies de l'appareil circulatoire représentent les taux de mortalité les plus élevés après les affections périnatales.

**b. Les causes de décès selon les registres**

**de décès du chu Charles Nicolle**

Nous avons également consulté les registres de décès et les cahiers d'actes de décès des archives centrales du centre hospitalo-universitaire Charles Nicolle de l'année 2000. Durant cette année, 748 décès avaient été constatés au sein des différents services de l'hôpital (contre 695 décès l'année précédente). Les résultats figurent dans le tableau suivant:

### Causes de deces au chu Charles Nicolle en 2000

Cause de deces	Proportion (%)
Insuffisance Respiratoire Aiguë	8,2
Insuffisance rénale	13,1
Traumatisme (accident de la route, accident domestique, violence)	6,6
Diabète	6,6
Pathologie cardio-vasculaire	31,1
Maladies infantiles	3,3
Choc septique	6,6
Autre	24,5
TOTAL	100

(source : archives centrales du CHU Charles Nicolle)

Les pathologies cardio-vasculaires représentent la majeure cause des décès observés à l'hôpital Charles Nicolle. La forte fréquence de décès par insuffisance rénale est due au fait que cet établissement soit l'un des seuls hôpitaux à Tunis à comprendre un service de traitement des insuffisants rénaux. Par ailleurs, la faible mortalité infantile s'explique probablement par la proximité de l'hôpital d'enfants de la Rabta, vers lequel sont orientés les enfants malades.

Les causes de décès les plus fréquentes après les pathologies cardio-vasculaires et les insuffisances rénales sont les insuffisances respiratoires aiguës, les traumatismes, le diabète et les chocs septiques.

### Discussion

On sait qu'en démographie, les chiffres doivent être considérés avec une grande prudence, surtout si l'on essaie de remonter loin dans le temps. Lorsqu'il s'agit d'étudier la mortalité, il faut redoubler de prudence, car la régularité et la sincérité des déclarations des décès à l'état civil de l'époque sont dou-

teuses.

Par ailleurs, l'explication de l'évolution des statistiques de mortalité tient d'abord à l'évolution intrinsèque du phénomène. On l'a vu ici, la transition épidémiologique qui s'est opérée en Tunisie entre le début et la fin du XX<sup>ème</sup> siècle est le résultat d'un changement de comportement des citoyens, valorisant l'hygiène, ainsi que l'amélioration de l'infrastructure sanitaire urbaine. Mais il faut y voir également une amélioration des diagnostics, qui permettent par exemple d'identifier des cancers, là où autrefois on aurait conclu à un simple sénilité.

### Conclusion

L'ensemble de ces observations sur les causes de décès en Tunisie nous permet de constater qu'il y a eu effectivement une transition épidémiologique entre le début et la fin du XX<sup>ème</sup> siècle.

Le pays est ainsi passé d'une situation dominée par les maladies infectieuses et parasitaires pendant les années d'occupation, à une situation dominée par les pathologies modernes telles que les cancers ou les maladies

cardio-vasculaires.

Les raisons de cette transition inédite sont liées au changement des comportements, davantage orientés vers des préoccupations d'hygiène, mais également à l'amélioration de l'infrastructure sanitaire, en particulier en milieu urbain. Il serait intéressant ici de poursuivre des recherches en vue d'examiner ce qu'il en est dans le milieu rural tunisien.

## Bibliographie

Chaline Claude et Dubois-Mary Jocelyne, (1994), **La ville et ses dangers**, Paris : Masson

Gouvernement tunisien, Décret n° 97-1326 du 26 juillet 1997, relatif aux modalités de préparation des tombes et les règles d'inhumation et d'exhumation

Institut National des Statistiques (1947), **Annuaire statistique de la ville de Tunis**

JORT n° 43 du 28 mai 1999

Ministère de la santé Publique, *Enquête morbidité et mortalité hospitalière*

*dans les hôpitaux régionaux*, Direction Etudes et Planification, Tunis, mars 1999

*Revue maghrébine d'endocrinologie-diabète et de reproduction* n°4, volume 3, Tunis, Décembre 1997

Service Tunisien des Statistiques, (1951), **Situation sanitaire et démographique de la ville de Tunis-analyse décennale portant sur la période 1940 à 1950 inclus**, Tunis : STS

Service tunisien des statistiques, (1952), **Situation sanitaire et démographique de la ville de Tunis, analyse décennale portant sur la période 1940 à 1950**, Tunis

*Tunisie médicale* n° 64, Tunis, mai 1989

Vallin Jacques, D'Souza Stan, Palloni Alberto, (1988), **Mesure et analyse de la mortalité**, France : PUF

Vallin Jacques et Lopez Alan, (1985), **La lutte contre la mort**, France : PUF

Vovelle Michel, (1983), **La mort et l'occident**, France : Gallimard.