

# 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'évolution de la prévalence des anomalies congénitales : une fenêtre d'observation des mutations démographiques

Charles CÔTÉ\*, Marc DE BRAEKELEER\*\*, Marcel MÉLANÇON\*\*\*

\* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (RRSSS-02)

\*\* Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi, Canada

\*\*\* Département de philosophie, Collège de Chicoutimi, Canada

## Les mesures de l'état de santé des populations en sont-elles réellement ?

Le gouvernement québécois dépense annuellement 7 % du produit intérieur brut du Québec à l'atteinte d'un objectif, soit améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Or, de façon paradoxale, les indicateurs couramment utilisés pour mesurer l'état de santé des populations régionales, l'indice comparatif de mortalité (ICM) notamment, sont parfaitement insensibles à des phénomènes qui témoignent de l'extinction même des populations dont on veut améliorer la santé et le bien-être. Comme si la disparition d'une population pouvait compter parmi les stratégies légitimes d'amélioration de son état de santé.

En fait, la procédure utilisée pour élaborer les indicateurs de l'état de santé consiste à standardiser la structure d'âge des populations à l'étude. Ceci a pour effet de neutraliser les faits de réalité qui rendent compte de la capacité des populations d'assurer leur pérennité. Ainsi, ces mesures qui établissent une équivalence entre des populations vieilles qui ont déjà perdu leur capacité de reproduction naturelle, et des populations jeunes qui ont un avenir assuré, peuvent concorder avec des gestes politico-administratifs dont l'aboutissant à l'égard des populations consiste à y éliminer la maladie et la mortalité en éliminant les populations elles-mêmes. Dans le contexte de tels indicateurs, une population pourrait apparaître en bonne santé alors qu'elle est en train de disparaître.

Dans cette perspective, il appert que contrairement aux indicateurs couramment utilisés pour mesurer l'état de santé des populations, l'évolution de certains indicateurs de morbidité pour des anomalies congénitales, reflètent, eux, l'importance des mouvements migratoires propres aux collectivités qui perdent progressivement leur capacité de reproduction naturelle.

## Une fenêtre d'observation sur la santé des populations : l'évolution de la demande d'hospitalisation pour des anomalies congénitales chez les individus âgés entre 0 et 4 ans

À l'échelle individuelle, les anomalies congénitales constituent un phénomène dont on cherche à juguler l'incidence dans les populations. Elles ont pour principales causes étiologiques, des stress environnementaux et des problèmes d'origine génétique; de plus, elles affectent principalement les enfants en bas âge. Ainsi, parmi les groupes d'âges quinquennaux qui stratifient la population totale, celui des 0-5 ans cumule à lui seul entre 45 et 50 % des cas d'hospitalisation en courte durée enregistrés annuellement dans les hôpitaux du Québec, pour cette cause d'hospitalisation.

Par ailleurs, au plan social – c'est-à-dire à l'échelle des populations – l'évolution des cas de courte durée reliés à cette cause d'hospitalisation constitue un indicateur fiable de l'évolution des effectifs démographiques du groupe des 0-5 ans dans les populations, et conséquemment de l'évolution de la capacité de reproduction naturelle des mêmes populations. À cet égard, le graphique 1 montre l'évolution de 1982-83 à 1993-94 du nombre de cas d'hospitalisation en courte durée pour des anomalies congénitales, dans deux ensembles de région du Québec : les régions dites "exportatrices" de population et les régions dites "importatrices"; nous reviendrons un peu plus loin sur cette nomenclature.

D'un point de vue de santé publique, on pourrait se réjouir de la baisse continue de la morbidité reflétée par la baisse de la demande de services attribuables à cette cause, dans les régions exportatrices. À l'inverse, on pourrait déplorer le changement de tendance qu'on observe dans les régions importatrices de population. Au-delà des apparences, ces tendances ont-elles un rapport quelconque avec l'amélioration de la santé des populations ? Comme le montre le graphique 2, la tendance de la demande épouse fidèlement l'évolution des effectifs démographiques des 0-4 ans dans les régions concernées. Ainsi on pourrait croire que les variations de la demande, pour ce genre de services, ne font que refléter les variations des effectifs démographiques du groupe d'âge le plus susceptible d'en consommer.

En réponse à cette hypothèse, le graphique 3 montre, contre toute attente, que l'évolution du **taux de consommation par 1000 enfants** épouse les mêmes tendances dans les deux ensembles de régions, que celles qui caractérisent l'évolution de la demande brute et des effectifs démographiques que l'on vient de voir. On peut en déduire que, depuis 1986, le nombre de cas de courte durée diminue plus rapidement dans les régions exportatrices, que les effectifs démographiques du groupe des 0-4 ans. De façon concomitante, dans les régions importatrices, l'incidence des anomalies affiche un revirement de tendance passant d'une légère diminution de l'incidence des cas d'hospitalisation à une légère augmentation.

Or cette tendance qui caractérise les changements d'incidence est susceptible de révéler – au-delà des modifications démographiques qui caractérisent les populations, des modifications du patrimoine génétique – même des populations concernées; plus précisément des modifications qui montreraient une baisse de la prévalence des anomalies congénitales dans les régions exportatrices et une augmentation de cette prévalence dans les régions importatrices.

Des modifications qui, en raison de l'étiologie des anomalies congénitales, caractérisent les populations **de porteurs de gènes déficients**, c'est-à-dire les bassins de **parents** d'enfants hospitalisés.

### **Les mouvements migratoires des 15-29 ans comme facteur de variation du nombre d'enfants, et de l'incidence des maladies congénitales dans les populations.**

Au Québec comme ailleurs, environ 95 % des bébés naissent d'une mère âgée entre 20 et 34 ans. Or, les mouvements migratoires interrégionaux qui ont caractérisé ce groupe d'âge en particulier, y ont été continus et très importants au cours des 25 dernières années. Ils ont même altéré la capacité de reproduction naturelle de plusieurs populations régionales. On peut dès lors énoncer l'hypothèse que l'évolution de l'incidence d'anomalies congénitales dans les régions, reflète les mouvements migratoires des porteurs d'anomalies congénitales eux-mêmes à l'échelle interrégionale.

Pour apprécier l'importance de ces mouvements migratoires interrégionaux, nous avons comparé pour les deux ensembles de régions retenues – soit les régions importatrices et exportatrices – et pour 4 périodes quinquennales consécutives comprises entre 1971 et 1991, les effectifs démographiques des 15-29 ans en début de période (1971 par exemple) aux effectifs des 20-34 ans en fin de période (1976). Le solde reflète l'influence combinée

des bilans migratoires et de la mortalité, celle-ci étant cependant un facteur négligeable pour cette cohorte d'âge particulière.

Puis en reproduisant la même comparaison pour chacune des 4 périodes, nous avons ainsi dressé une estimation des mouvements migratoires des parents potentiels et réels, dont certains sont présumément porteurs de facteurs de susceptibilité à certaines anomalies congénitales.

Le tableau 1 illustre pour 2 régions, soit une région exportatrice et une région importatrice de population, les soldes calculés pour chacune des 4 périodes.

TABLEAU 1: SOLDES MIGRATOIRES DE LA COHORTE DES 15-29 ANS  
DANS DEUX RÉGIONS DU QUÉBEC, POUR QUATRE PÉRIODES CONSÉCUTIVES

Périodes	Le Saguenay-Lac-Saint-Jean(02) (région exportatrice)	La Montérégie (16) (région importatrice)
1971 - 76	- 8,500	+ 34,195
1976 - 81	- 4,820	+ 16,900
1981 - 86	- 10,575	- 9,620
1986 - 91	- 7,685	+ 18,450
TOTAL 1971-91	- 31,580	+ 59,925

À titre illustratif, le tableau 2 montre l'importance globale et relative des bilans sur 20 ans pour les 5 régions exportatrices et les 4 régions importatrices retenues. Ces bilans sont établis en proportion des effectifs des 15-29 ans de 1971 pour chacune de ces régions.

### Conclusion

Les constats qui précèdent placent en parallèle plusieurs phénomènes.

A. D'une part, certaines populations courent à leur extinction et ce, au profit de certaines autres.

B. Ce phénomène contribue directement à créer une baisse absolue et relative de problèmes de santé spécifiques, en l'occurrence les anomalies congénitales. Cette contribution est attribuable, d'une part, à la baisse du nombre d'enfants découlant de la migration des géniteurs. Elle dépend, d'autre part, de la modification des bassins génétiques en découlant : ce qui s'observe à travers l'évolution des taux.

La perte de la capacité de remplacement naturel des populations manifestée par une diminution des effectifs âgés entre 0-4 ans s'accompagnerait d'une amélioration de l'état de santé de la population de ce groupe d'âge dans les régions exportatrices de population, alors que pour leur part les régions importatrices afficheraient les tendances inverses. Cette situation apparaît tout à fait compatible avec cette autre où l'éradication des populations elles-mêmes constituerait le moyen le plus efficace d'éliminer la mortalité et la maladie dans les populations, de même que toute autre calamité qui les affectent comme le chômage, la pauvreté, etc.

Il s'agit là d'une situation paradoxale qui, au plan de l'éthique, met en conflit deux niveaux de réalité : le niveau individuel et le niveau social.

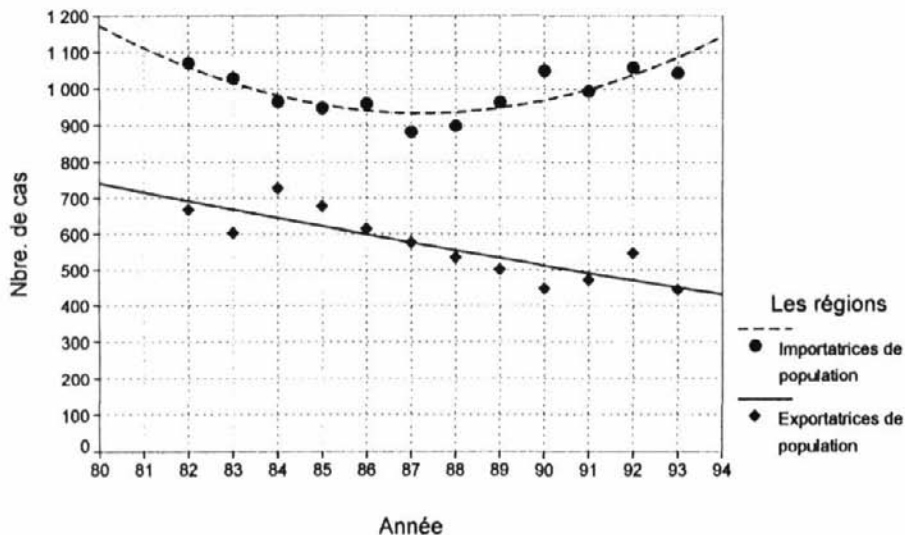
TABLEAU 2 : IMPORTANCE ABSOLUE ET RELATIVE DES SOLDES MIGRATOIRES  
DES 15-29 ANS DANS NEUF RÉGIONS DU QUÉBEC ENTRE 1971 ET 1991

Les régions	Soldes migra- toires de 1971 à 1991 A	Effectifs des 15-29 ans, en 1971 B	Indice, en pourcentage C
Régions exportatrices			
Bas-St-Laurent (01)	- 30,055	60,320	- 50 %
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	- 31,580	78,895	- 40 %
Abitibi-Témiscamingue (08)	- 12,705	40,230	- 32 %
Côte-Nord (09)	- 8,815	30,190	- 29 %
Gaspésie (11)	- 19,225	31,725	- 61 %
SOUS-TOTAL	- 102,380	241,360	- 42 %
Régions importatrices			
Laval (13)	+ 8,670	55,365	+ 16 %
Lanaudière (14)	+ 14,700	64,035	+ 23 %
Laurentides (15)	+ 52,420	45,565	+ 115 %
Montérégie (16)	+ 59,925	221,700	+ 27 %
SOUS-TOTAL	+ 135,715	386,665	+ 35 %

### REMERCIEMENTS :

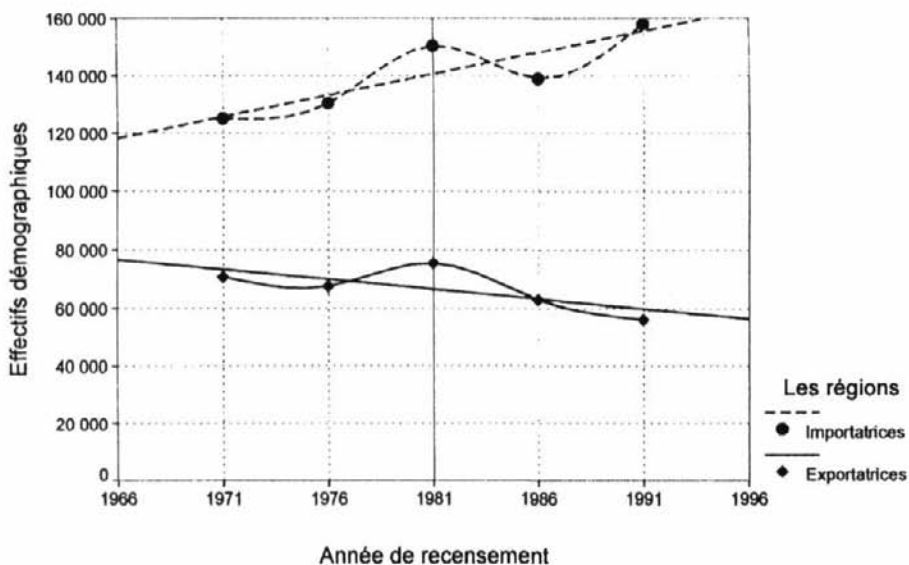
Les auteurs remercient l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et l'association des universités et collèges du Canada (AUCC) pour leur support.

### Évolution de la demande chez les 0-5 ans pour des anomalies congénitales ( Diag. 14 ) ( Exprimé en cas d'hospitalisation en courte durée )



Source: le fichier MED-ÉCHO

### Évolution des effectifs de la population âgée de 0-4 ans dans les principales régions « exportatrices » et « importatrices de population »



Les régions exportatrices retenues: 1,2,8,9 et 11

Les régions importatrices retenues: 13,14,15 et 16

## Évolution de l'incidence des cas d'hospitalisation chez les enfants âgés de 0 à 4 ans, dans deux ensembles de régions du Québec

