

Le rôle de la démographie dans le domaine de la santé

Francine Ouellet et Jean-François Lachapelle

Volume 7, numéro 3, décembre 1978

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/600767ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/600767ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (imprimé)

1705-1495 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Ouellet, F. & Lachapelle, J.-F. (1978). Le rôle de la démographie dans le domaine de la santé. *Cahiers québécois de démographie*, 7(3), 5–23.
<https://doi.org/10.7202/600767ar>

Résumé de l'article

Les approches nouvelles définies au Québec dans le domaine de la santé, particulièrement de la santé communautaire, ont conduit à d'importantes réorientations du rôle de la recherche socio-sanitaire qui devient un instrument de la planification et de gestion. La démographie a su contribuer avantageusement à cet essor : plus d'une vingtaine de démographes travaillent dans des domaines qui sont liés de très près à la santé au Québec.

À partir de deux lois qui sont à la base de la restructuration des services de santé au Québec, on verra quelle importance le législateur a accordé à la recherche socio-sanitaire, et plus précisément, quelle place occupe la démographie au ministère des Affaires sociales du Québec et dans le réseau.

Les liens entre la démographie et la science médicale font l'objet de la seconde partie. Ces liens seront d'abord définis à partir des variables démographiques que l'on passera en revue de façon à préciser leur importance respective comme facteurs de mesure dans le domaine de la recherche socio-sanitaire. Par la suite, nous tenterons de clarifier cette notion de technique ou d'approche démographique qui semble d'une part, voisine de l'épidémiologie et d'autre part, si appropriée par son caractère populationnel à la fonction de planification.

En guise de conclusion, on peut se poser la question à savoir si la démographie possède l'envergure nécessaire pour dépasser le rôle de soutien technique et devenir un véritable instrument de gestion et de planification. Le type de formation reçue en démographie ou la science démographique elle-même serait-elle un obstacle à son expansion?

LE ROLE DE LA DÉMOGRAPHIE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Francine Ouellet *

et

Jean-François Lachapelle **

RESUME

Les approches nouvelles définies au Québec dans le domaine de la santé, particulièrement de la santé communautaire, ont conduit à d'importantes réorientations du rôle de la recherche socio-sanitaire qui devient un instrument de la planification et de gestion. La démographie a su contribuer avantageusement à cet essor: plus d'une vingtaine de démographes travaillent dans des domaines qui sont liés de très près à la santé au Québec.

A partir de deux lois qui sont à la base de la restructuration des services de santé au Québec, on verra quelle importance le législateur a accordé à la recherche socio-sanitaire, et plus précisément, quelle place occupe la démographie au ministère des Affaires sociales du Québec et dans le réseau.

Les liens entre la démographie et la science médicale font l'objet de la seconde partie. Ces liens seront d'abord définis à partir des variables démographiques que l'on passera en revue de façon à préciser leur importance respective comme facteurs de mesure dans le domaine de la recherche socio-sanitaire. Par la suite, nous tenterons de clarifier cette notion de technique ou d'approche démographique qui semble d'une part, voisine de l'épidémiologie et d'autre part, si appropriée par son caractère populationnel à la fonction de planification.

* Département de santé communautaire, hôpital Sacré-Coeur de Montréal.

** Service des affaires sociales, ville de Montréal.

En guise de conclusion, on peut se poser la question à savoir si la démographie possède l'envergure nécessaire pour dépasser le rôle de soutien technique et devenir un véritable instrument de gestion et de planification. Le type de formation reçue en démographie ou la science démographique elle-même serait-elle un obstacle à son expansion?

Introduction

Dans cet exposé, nous tenterons à partir d'une analyse de la situation québécoise, de susciter des réflexions sur l'avenir des démographes et de la démographie dans le domaine de la santé.

Que ce soit dans les services du ministère des Affaires sociales du Québec, dans les différents organismes du réseau de ce même ministère, à l'université ou encore au gouvernement fédéral, plusieurs démographes s'intéressent à la mesure de l'état de santé de la population. Il devient important pour une meilleure compréhension de la portée des outils utilisés en démographie et pour l'orientation de la recherche démographique que l'on se pose des questions sur les particularités de la science démographique et de la formation de démographe dans le monde médical.

Il faut souligner au départ que notre propos touchera principalement la santé communautaire ou ce domaine de la pratique du monde de la santé que l'on définit comme "l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires" (1). De même, notre analyse portera principa-

(1) ROCHON, Jean, La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux, Annuaire du Québec 1975/1976, p. 470

lement sur la recherche de type appliquée et liée surtout à la planification des programmes de prévention sanitaire.

Nous parlerons d'abord de l'état de la recherche sanitaire en sciences sociales et de la situation des démographes dans le domaine québécois de la santé. En second lieu, nous nous attacherons à étudier les liens de la démographie avec la science médicale en considérant à la fois les variables et la technique démographiques. La description du contexte dans lequel évoluent les démographes de même que l'analyse plus théorique des liens unissant démographie et santé nous permettront de dégager des perspectives d'avenir.

LA RECHERCHE SOCIO-SANITAIRE ET LES DEMOGRAPHES

Dans cette première partie de l'exposé, nous voudrions situer la place occupée par la recherche sociale et plus particulièrement la démographie dans le domaine de la santé au Québec. Pour ce faire, nous avons tenté d'évaluer l'importance que le ministère des Affaires sociales accordait à la recherche à même les budgets de fonctionnement. Notre intervention se limitera à la recherche sociale, sans toucher à la recherche clinique. De plus, nous passerons volontairement sous silence la recherche faite dans les universités ou dans d'autres organismes qui s'en préoccupent.

Voyons d'abord à travers les deux principales lois qui concernent la santé au Québec, ce que le législateur a bien voulu inscrire concernant la recherche. Signalons que les deux lois dont il est question sont relativement récentes; il s'agit des lois qui sont à la base même de la restructuration des services de santé au Québec.

Il n'est guère surprenant de constater que les lois sont peu bavardes à l'endroit de la recherche et somme toute très peu

explicites. D'une part, il est souhaitable qu'il en soit ainsi pour que la recherche ne soit pas restreinte à un cadre trop rigide. D'autre part, il peut être préjudiciable aux chercheurs de se trouver dans une situation passablement obscure.

Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q. 1971, ch. 48) celle qui chapeaute la structure des établissements de santé et l'organisation des soins, on mentionne que le ministère des Affaires sociales a le pouvoir de promouvoir la recherche et l'enseignement.

On précise également que l'on doit s'appliquer "à mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible" (1).

Dans les règlements qui ont été adoptés pour rendre cette loi applicable, on demande au chef de département de santé communautaire qui existe dans certains centres hospitaliers "de faire participer les professionnels oeuvrant dans le département à des études sur les besoins de la population dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale" (2).

Dans une autre loi du ministère des Affaires sociales du Québec, soit la Loi de la protection de la santé publique (L.Q. 1972, ch. 42), on demande au ministre "d'établir et de maintenir un système de collecte et d'analyse de données sociales, médicales et épidémiologiques et de compiler pour fins démographiques des données sur les naissances, les mariages, les divorces, les nullités de mariage et les décès; d'instituer un système de collecte et d'analyse de données

(1) L.Q. 1971, ch. 48, art. 3.

(2) AC 3322-72 du 9 nov. 1972, art. 4.5.2.3.

sur la fréquence et la répartition de la maladie et en particulier des maladies à répercussion sociale ..." (1). Dans cette même loi, on parle de l'élaboration de programmes d'éducation populaire, de formation et de recherche dans les domaines de la prévention, du dépistage et du traitement des maladies, de la réadaptation et de la santé publique en général.

Dans une brochure expliquant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère des Affaires sociales précise bien qu'il veut favoriser la recherche et l'enseignement non pas seulement pour encourager l'acquisition de nouvelles connaissances mais pour que les découvertes ou les connaissances acquises qui en découlent, servent à des fins utiles pour la population.

La façon dont le législateur précise la dimension recherche dans les textes de lois est peu élaborée en comparaison de l'importance accordée aux détails dans d'autres domaines. On peut cependant se réjouir car c'est probablement la première fois que cette dimension apparaît dans des lois qui pourtant concernent un domaine où la recherche a une grande importance. Par exemple, la Loi de l'hygiène publique, qui a précédé la Loi de la protection de la santé publique dont il est question plus haut, ne parlait que de collecte des données de l'état civil alors que dans la récente loi, la fonction recherche apparaît.

Même si dans deux importantes lois sur la santé, l'Etat québécois a fait référence à la recherche sociale, il n'a pas pour autant créé d'organisme qui regroupe uniquement des chercheurs.

Au ministère des Affaires sociales et dans le réseau, on retrouve des personnes qui sont employées à des tâches reliées à la recherche dans plusieurs endroits plus ou moins isolés les uns des autres. Au ministère même, on retrouve des démographes dans les

(1) L.Q. 1972, ch. 42, art. 2.

services de recherche et de statistique, aux études épidémiologiques et au registre de la population. Nous passons volontairement sous silence les contrats accordés à l'extérieur.

Dans le réseau des Affaires sociales, il existe certains établissements où se fait de la recherche démographique. Les conseils régionaux de santé et de services sociaux (C.R.S.S.S.) se sont vus attribuer des fonctions que l'on peut assimiler à de la recherche sociale en tant qu'analyste des besoins de la population. Il en est de même des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) qui assument certaines recherches bien qu'ils existent en premier lieu pour administrer les soins et services de première ligne. L'importance de la fonction recherche dans ces établissements varie selon l'orientation que prend chacun des établissements.

Dans le réseau des Affaires sociales, les départements de santé communautaire comptent parmi les endroits privilégiés où s'effectue de la recherche en santé plus particulièrement en santé communautaire.

Rappelons que les départements de santé communautaire sont des départements rattachés à des centres hospitaliers du Québec. Ils sont au nombre de trente-deux et sont connus sous le sigle D.S.C. Leur responsabilité est d'assumer sur un territoire donné la planification et souvent la distribution des programmes de santé communautaire en collaboration avec les autres intervenants au niveau local et régional, soit les centres locaux de services communautaires et le centre régional de santé et de services sociaux.

Il appartient à ces départements de santé communautaire de faire des études sur les besoins de la population dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale, ceci en vertu des règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux comme on l'a mentionné plus haut. A cet effet, on retrouve un conseiller en recherche à l'emploi de chacun des départements de

santé communautaire. Il convient de signaler que plusieurs d'entre eux ont choisi des personnes formées en démographie. En effet, plus du quart des trente-deux postes de conseillers en recherche sont occupés par des démographes.

On peut conclure sur cette partie de l'exposé en rappelant que, jusqu'à une époque toute récente, les efforts de recherche dans le domaine des Affaires sociales étaient orientés presque exclusivement vers le secteur bio-médical qui a particulièrement été choyé dans le passé. Cependant, les approches nouvelles définies par le Québec dans le domaine de la santé, particulièrement dans le domaine de la santé communautaire, ont conduit à d'importantes réorientations de la politique de recherche. Ces réorientations se sont traduites par une accentuation de la recherche sociale, celle-ci devenant de plus en plus un instrument de gestion.

Il ne fait pas de doute que le nombre relativement élevé, soit une vingtaine de démographes impliqués dans le domaine de la santé au gouvernement, dans les divers établissements du réseau des Affaires sociales ou dans les universités aura un effet important sur l'orientation de la recherche et sur l'organisation des services.

A cause du fait que ces organismes sont en général compartimentés, les chercheurs se retrouvent quelque peu isolés et parfois même placés en situation de concurrence assez vive. Cette situation de concurrence peut engendrer une saine stimulation mais l'isolement peut être préjudiciable. C'est pourquoi les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé et qui s'intéressent à la démographie devraient pouvoir établir des liens entre eux.

DEMOGRAPHIE ET MESURE DE LA SANTE

Dans cette seconde partie, nous passerons en revue les différentes variables démographiques de façon à préciser leur

importance respective comme facteurs de mesure dans le domaine de la recherche socio-sanitaire; nous tenterons ensuite de clarifier cette notion de technique ou d'approche démographique qui semble d'une part, voisine de l'épidémiologie et d'autre part, si appropriée par son caractère populationnel à la fonction de planification.

A - Les variables démographiques

Les variables démographiques telles la population, la structure d'âge, la répartition par sexe, la fécondité, la mortalité et les migrations sont des facteurs qu'il faut considérer dans l'évaluation de l'état de santé d'une population.

La population

La demande en services de santé est d'abord influencée par le volume de la population. De ce point de vue, les perspectives de population provinciale et régionale sont fort utiles. Cependant, certains organismes de santé tels, les départements de santé communautaire et les centres locaux de services communautaires desservent des bassins locaux de population dont il serait intéressant de connaître l'évolution future. Or, il n'existe à peu près pas de perspectives pour ces petits ensembles.

L'étude des bassins hospitaliers est un domaine peu exploré par les démographes. Les hôpitaux qui accaparent à eux seuls un peu plus du sixième du budget provincial connaissent une période de restriction budgétaire et sont de plus en plus contraints à rationaliser leurs dépenses. Aussi, la description socio-démographique de leur clientèle et l'établissement de leur bassin potentiel de population en fonction des diagnostics d'hospitalisation figurent parmi les données de base nécessaires aux administrateurs hospitaliers.

En plus du volume de population, l'âge nous apparaît comme une variable-clef en planification et recherche socio-sanitaire. Les comportements sanitaires, les besoins et les problèmes de santé diffèrent d'un groupe d'âges à l'autre. C'est ainsi que, chez les cliniciens, il y a des pédiatres, des gériatres, des obstétriciens. Dans le domaine de la santé communautaire, les programmes s'adressent à des groupes-cibles: il y a les femmes enceintes, les nourrissons (0-2 ans), les enfants d'âge pré-scolaire (2-5 ans), les enfants qui fréquentent la maternelle et le primaire (5 ans, 6-11 ans), les adolescents (11-18 ans), la population adulte (18-65 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus).

Il y a place pour des études approfondies portant sur l'évolution de la demande en services de santé en regard de l'évolution de la structure d'âge de la population. Par exemple, on sait que les personnes âgées sont d'importants utilisateurs de lits hospitaliers: le taux d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus était en 1973 au Québec de 240 0/00, soit presque le double du taux observé chez les moins de 65 ans. Les personnes âgées sont aussi les principaux clients des services de soins à domicile et absorbent une grande proportion de la vente des médicaments. Il serait intéressant de pousser les études visant à convertir l'accroissement des personnes âgées en demande de services sanitaires.

La répartition par sexe est un autre facteur qui caractérise fortement le portrait sanitaire d'une population. Pour des raisons biologiques, d'origine chromosomique et hormonale et aussi parce qu'ils ont des genres de vie encore quelque peu différents, les femmes et les hommes ne meurent pas aux mêmes âges, ne sont pas tous atteints des mêmes maladies et ne fréquentent pas de la même façon les services de santé. Les hommes meurent davantage dans les accidents de la route ou au travail, sont plus atteints par les

maladies cardio-vasculaires ou les cancers pulmonaires. Une bonne proportion des femmes succombent au cancer des organes génitaux; elles utilisent davantage les services médicaux et sont plus sensibles aux maladies mentales. Chez les personnes de plus de 65 ans, on observe une proportion de 133 femmes pour 100 hommes. Là encore la démographie peut apparaître comme un instrument fort utile dans la prise de décision à condition qu'elle ne se limite pas à quantifier la variable sexe mais que, de façon plus dynamique, elle en mesure l'influence sur l'aspect sanitaire.

La mortalité

Si la mortalité est la variable démographique que l'on associe le plus souvent à la santé d'une population, elle n'est cependant qu'une variable parmi tant d'autres pouvant contribuer à la mesure de la santé. La définition si souvent citée que donne l'O.M.S. de la santé, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social ne se caractérisant pas uniquement par l'absence de maladie ou d'infirmité, souligne bien l'aspect social de la santé et se rattache à une conception positive de la santé.

De même, René Dubos dont les études ont particulièrement contribué à préciser la notion de santé la définit en fonction de la perception que les gens se font de leur propre santé à partir de leur personnalité, leurs expériences passées et des idéologies de la société dans laquelle ils vivent.

La notion de santé est donc une notion complexe, multidimensionnelle dont la mortalité n'est qu'un indicateur plus spécifiquement relié à l'aspect médical ou négatif de la santé. De plus, la mortalité ne mesure que la fin du long processus de la maladie dont les étapes sont la présence de facteurs à risque, la morbidité ressentie, la morbidité diagnostiquée, la non-disparition de la morbidité diagnostiquée.

C'est ainsi que l'espérance de vie a considérablement augmenté suite à la baisse de la mortalité sans que ne diminue pour autant la proportion des personnes atteintes d'un handicap quelconque, laquelle proportion est estimée à environ 10%. Une certaine partie des enfants qui seraient morts en période périnatale sans les découvertes médicales et une autre proportion non moins importante de rescapés chirurgicaux contribuent sans doute à maintenir constante la prévalence des handicapés malgré l'amélioration des conditions de vie.

Néanmoins, puisqu'il est celui qui le plus souvent demeure accessible aux planificateurs, la mortalité demeure un indicateur sanitaire important dans le processus de planification. A cet égard, la distribution de la mortalité par cause et par âge, les tables de mortalité toutes causes et par causes spécifiques établissent les tendances actuelles et futures de la mortalité et permettent par conséquent d'établir les orientations générales des politiques en matière de santé.

Le nombre d'années potentielles de vie perdues par cause est une mesure que les planificateurs utilisent beaucoup. L'espérance de vie demeure un indicateur important de la situation de la mortalité dans une population et permet par conséquent des comparaisons intéressantes entre les populations ou à l'intérieur d'une population (sexe, groupe socio-professionnel, migrants).

La fécondité

A cause de la planification familiale, la fécondité n'est plus dans nos sociétés un indicateur de la santé de notre population; parce qu'il y a peu de familles nombreuses on ne peut plus dire que la fécondité a une influence sur la détérioration de la santé de la population. La fécondité demeure cependant à divers

points de vue une donnée de base en planification et recherche socio-sanitaire.

Puisqu'à l'occasion de la naissance d'un enfant, on utilise de façon particulière les services curatifs et préventifs, (visites médicales, cours prénatals), il devient très intéressant de connaître le nombre annuel des naissances. De même, les répartitions des naissances selon certains facteurs de risque de nature démographique tels l'âge de la mère ($\ll 18$ ans, $\gg 35$ ans), la parité (0, $\gg 4$) l'état matrimonial et l'intervalle intergénérisique (< 24 mois) sont des données essentielles en planification. Ces derniers facteurs peuvent expliquer au même titre ou davantage que les découvertes médicales ou que l'amélioration de la pratique médicale la baisse récente de la mortalité périnatale et infantile. Soulignons les récents travaux qui ont permis, en mettant en relation deux variables démographiques, soit la natalité et la mortalité, de ramener à de réelles proportions la rentabilité de tout un arsenal médical imposant en instrument de réanimation de toute sorte pour le nouveau-né.

La fécondité actuelle et future étudiée par les démographes souligne à juste titre la baisse en chiffres absolus et relatifs du groupe des enfants dans la population. Jusqu'à présent, la majeure partie de l'action en santé communautaire a porté sur les enfants, soit dans les cliniques de nourrissons ou à l'école. On peut se demander si les données démographiques seront suffisamment convaincantes pour faire effectuer par les professionnels de la santé le tournant pourtant nécessaire vers la population des adultes et des personnes âgées.

Les migrations

Les immigrants ont des comportements socio-sanitaires et une morbidité souvent différentes de ceux de la population du pays

d'accueil. La migration peut être en elle-même un facteur de risque à la santé par l'isolement social qu'elle entraîne parfois. Les immigrants enfin ont tendance à se regrouper en colonie et peuvent modifier de façon spectaculaire le portrait de la zone urbaine où ils se sont concentrés. Il est donc important de connaître les mouvements migratoires de même que les caractéristiques socio-démographiques de ceux qui y participent.

La connaissance des migrations internes peut aussi être fort utile en planification sanitaire. Celles-ci peuvent changer la structure d'âge d'une zone de planification ou son portrait socio-économique. De plus, dès lorsqu'en prévention sanitaire, un des principes de base est d'assurer à l'individu un suivi de sa naissance à sa mort, les taux de migration dans la population à desservir deviennent des éléments intéressants à connaître.

Enfin il y a place pour des études de l'influence des migrations sur les variations de la mortalité par âge, par sexe et par cause.

Avec les migrations se termine notre revue des variables démographiques et de leur intérêt dans le domaine de la santé.

Nous voudrions souligner ici le malaise qui accompagne souvent l'utilisation des indicateurs démographiques par les planificateurs du fait que ceux-ci ne peuvent être facilement traduits en services à offrir ou en besoins à répondre. Ce malaise est sans doute causé par la nature plutôt globale et descriptive de ces indicateurs. Il est probable qu'avec l'utilisation de techniques plus raffinées, on en arrivera à cerner davantage les besoins.

De plus, si l'emploi des données démographiques est relativement facile à l'échelle provinciale ou régionale, on rencontre

certaines obstacles quand il s'agit d'études locales. En effet, les données ne sont pas toujours disponibles: jusqu'à tout récemment il était difficile de se procurer des données d'état civil pour certaines parties de territoire situées dans les grandes villes comme Montréal et Québec. Quant aux données concernant l'état de la population, elles ne sont pas à jour: il est impensable que l'on doive en effet planifier en 1978 avec les données du recensement de 1971, surtout que pour les petits ensembles les extrapolations sont souvent hasardeuses.

Nous voudrions terminer cette partie sur les variables démographiques en adressant deux critiques à l'égard du système de cueillette et de diffusion des données concernant la maladie ou la santé.

- a) L'absence quasi-totale d'un système structuré de cueillette et de diffusion des données concernant la morbidité; il faudrait que les données soient colligées selon des unités géographiques locales et non pas selon le dispensateur de services, (médecin, hôpital, etc...)
- b) Un manque de souplesse dans les systèmes actuels, c'est-à-dire l'incapacité des données de répondre à d'autres questions que celles qui ont été prévues à l'origine; il faut que les données puissent s'adapter à beaucoup de types de recherche et à des situations qui se développent rapidement.

B - La technique démographique

La démographie peut encore être une discipline privilégiée dans le domaine de la recherche et de la planification socio-sanitaire par les différents aspects qu'elles partagent en

commun avec l'épidémiologie et par l'approche populationnelle qui la caractérise.

L'épidémiologie est cette discipline de la science médicale qui se penche sur l'état de santé de l'ensemble de la population. On en distingue deux composantes. L'épidémiologie descriptive s'attache à dresser le portrait sanitaire d'une population; l'épidémiologie analytique recherche les causes et facteurs associés à l'apparition et au développement des maladies considérées comme processus de masse et fait l'étude des moyens d'intervention contre les maladies. La démographie est la soeur jumelle de l'épidémiologie descriptive; elle a certaines affinités avec l'épidémiologie analytique.

Pour établir le portrait sanitaire d'une population, l'épidémiologie descriptive étudie certains facteurs socio-démographiques qui conditionnent l'état de santé des individus. Plusieurs de ces facteurs tels l'âge, le sexe, l'état matrimonial, la fécondité, l'origine ethnique sont l'objet de la discipline démographique. L'épidémiologie descriptive étudie aussi la distribution dans le temps et dans l'espace de la mortalité et de la morbidité. La démographie fournit les techniques d'analyse et les résultats liés à l'étude de la mortalité; les instruments d'analyse utilisés par l'épidémiologie pour l'étude de la morbidité sont apparentés aux techniques de la démographie.

Enfin, les notions de prévalence et d'incidence si souvent utilisées en épidémiologie pour étudier la maladie, se rapprochent respectivement du taux et du quotient démographiques. La prévalence représente le nombre total de cas de maladie dans une population à un moment donné; l'incidence se réfère au nombre de nouveaux cas dans une population pendant une période donnée.

Pour étudier les causes des maladies et les moyens

d'intervention, l'épidémiologie analytique fait appel principalement à la méthode de l'essai thérapeutique, dite méthode expérimentale. Cette méthode consiste en gros à constituer de façon rétrospective ou prospective deux groupes, l'un expérimental et l'autre de contrôle, qui se ressemblent sur tous les points essentiels susceptibles d'être liés à la maladie sauf pour le facteur dont on veut mesurer l'association ou l'effet sur la maladie.

On mesure ensuite par différents indices ou taux (risques relatifs, fréquence étiologique du risque) l'influence du facteur étudié. L'utilisation classique de la méthode expérimentale dans le domaine clinique est l'étude de l'efficacité des médicaments; dans le domaine préventif, l'étude la plus souvent citée est celle portant sur la cigarette comme facteur associé à l'apparition de cancer pulmonaire. En santé communautaire, l'étude de l'impact des interventions de nature préventive sur l'état de santé ou les comportements sanitaires fait souvent appel à cette méthode qui somme toute renferme les principes de base de la recherche. Les problèmes que soulève son application tels la fiabilité des mesures, le contrôle des variables pouvant apporter un certain biais ne sont donc pas étrangers au chercheur des sciences sociales. Le démographe en particulier se retrouve en terrain familier puisque les groupes à l'étude sont en quelque sorte formés d'une ou de plusieurs cohortes qu'il s'agit de suivre dans le temps.

C - Démographie et science des taux

Dans ce dernier paragraphe nous voudrions souligner un dernier aspect par lequel la démographie devient une discipline privilégiée dans le domaine de la santé. Il s'agit de l'approche populationnelle.

On a souvent qualifié la démographie de science des

taux. Cette particularité de la démographie est peut être celle qui est la plus utile à ceux qui s'intéressent à la santé communautaire. Lorsque dans le calcul d'un taux, on rapporte un ensemble d'événements qui se sont produits au cours d'une période à une population susceptible de les subir, il nous apparaît que l'établissement de cette relation événement-population répond aux préoccupations des responsables de la santé communautaire qui se doivent d'aborder les problèmes de l'ensemble de leur population. On retrouve dans le calcul d'un taux un lien entre des aspects sanitaires qui sont traduits par des événements (naissances, maladies, décès, etc...) et le milieu social, soit la population correspondante (femmes en âge d'avoir des enfants, individus ayant diverses caractéristiques, etc...).

En général, les professionnels de la santé sont rompus aux techniques de l'intervention auprès des individus et ne possèdent pas ce sens des proportions qui caractérise la pratique de la démographie.

PERSPECTIVES D'AVENIR

L'analyse que nous venons de faire à propos de la place de la démographie et ses démographes dans le domaine de la santé nous rend confiant à divers points de vue. Nous avons vu en effet que la recherche socio-sanitaire avait connu un essor important depuis l'apparition des nouvelles orientations en matière de santé et que la démographie a su contribuer avantageusement à cet essor. Nous pouvons affirmer aussi que l'intervention des démographes en santé repose sur des bases plus solides qu'un intérêt passager. En effet, les liens existants entre la démographie et la santé sont inscrits dans la définition des différentes variables que la démographie étudie; il y a même à divers points de vue une certaine

similitude entre la démographie et cette discipline des sciences médicales qu'est l'épidémiologie. C'est sans doute pour ces raisons qu'on a toujours inclus dans la formation des hygiénistes, praticiens de la santé publique, un cours portant sur la démographie. Enfin, la démographie dont l'une des préoccupations majeures est de chiffrer, de quantifier et de ramener les phénomènes à de réelles proportions est la bienvenue dans un domaine où l'on tente de fixer des priorités, de rationaliser les dépenses et de répondre aux besoins de la population.

Au début de cette phase d'expansion, il est important d'identifier les domaines à explorer et les écueils à éviter de manière à ce que le développement de la discipline démographique se fasse de façon la plus harmonieuse possible. Différentes avenues de recherche ont été soulignées précédemment dans notre texte. Nous avons relevé en effet la nécessité de raffiner l'analyse démographique dans l'étude de la mortalité, l'à-propos des recherches portant sur la relation de la mortalité avec les migrations, la fécondité, la structure d'âge, l'opportunité de nous impliquer dans les études de bassins hospitaliers et de morbidité.

Du côté de la cueillette des données, on doit continuer à être exigeant et veiller à ce que les données soient à jour et adaptées aux besoins.

Nous voudrions enfin terminer en exposant quelques problèmes qui, à notre avis, soulèvent des interrogations.

Au cours de l'exposé, nous avons énuméré les différents endroits où on retrouvait des démographes au ministère des Affaires sociales et dans les établissements du réseau. Un des éléments qui ressortait clairement de ce relevé, c'est l'isolement géographique de la majorité de ces chercheurs. En effet, on en retrouve dans plusieurs établissements différents relativement éloignés

les uns des autres. En ce qui concerne les échanges sur le plan scientifique, le cloisonnement de ces divers organismes n'est guère propice à l'établissement de contacts soutenus. Si on ajoute à ces chercheurs ceux qui sont dans les universités, le phénomène est encore plus accentué. Cet isolement peut être préjudiciable aux démographes et à la diffusion des connaissances en démographie. La question qui se pose est de savoir s'il y a lieu d'établir des liens entre les démographes, de déterminer le type de liens à établir et de la meilleure façon de le faire.

En second lieu nous voulons soulever un problème de base à savoir si la formation reçue en démographie et la science démographique elle-même permettent d'élargir le champ d'activité réservé actuellement aux démographes qui travaillent dans le domaine de la santé: comment la démographie dont le domaine d'études est très spécialisé peut-elle permettre à ses tenants d'avoir une vue d'ensemble des phénomènes socio-sanitaires?

On peut se demander enfin comment le démographe peut être d'une part fidèle à la rigueur scientifique que lui impose la démographie et d'autre part intervenir dans la réalité sociale où par ailleurs persistent beaucoup d'incertitudes.