



LES DÉCÈS CHEZ LES ENFANTS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

JUIN 2016
CIUSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Auteurs

Emmanuelle Arth, agente de planification, programmation et recherche
Marie-Claude Clouston, agente de planification, programmation et recherche

Révision du contenu

Marie-Hélène Baron, médecin-conseil promotion-prévention
Caroline Benoit, agente de planification, programmation et recherche
Ann Bergeron, médecin-conseil responsable en surveillance de l'état de santé de la population
Martine Fortin, agente de planification, programmation et recherche
Geneviève Minville, médecin-conseil promotion-prévention

Relecture

Audrey Bolduc, adjointe à la direction

Graphisme

Service des communications internes

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean à l'adresse suivante :
www.santesaglac.com

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
Bibliothèque et Archives Canada, 2016
ISBN (version PDF) : 978-2-550-74794-9

Toute reproduction partielle ou total de ce document est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Table des matières

Faits saillants	3
Introduction	3
1 Contexte général	3
2 La mortalité infantile	4
2.1 L'évolution de la mortalité infantile	4
2.2 Des écarts selon le sexe et l'âge	4
2.3 Les causes de décès avant un an	5
2.4 La mortalité périnatale	6
3 La mortalité chez les 1 à 17 ans	7
3.1 L'évolution de la mortalité chez les 1 à 17 ans	7
3.2 Des écarts selon l'âge et le sexe	8
3.3 Les causes de décès chez les 1 à 17 ans	8
4 Encore des gains possibles?	8
4.1 Chez les nouveau-nés	9
4.2 Les traumatismes non intentionnels	10
4.3 L'importance des inégalités sociales	10
Conclusion	10
Bibliographie	11

Liste des tableaux

Tableau 1	
Nombre total et annuel moyen de décès chez les enfants de moins d'un an et taux spécifique (pour 1 000 naissances vivantes) de mortalité infantile, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2007-2011	5
Tableau 2	
Taux spécifique (pour 1 000 naissances) de mortinatalité et de mortalité périnatale, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2007-2011	6
Tableau 3	
Répartition des décès (nombre total, nombre annuel moyen et taux spécifique pour 100 000) selon la cause chez les 1 à 17 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2007-2011	8

Liste des figures

Figure 1	
Évolution du taux spécifique (pour 1 000 naissances vivantes) de mortalité infantile, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 1982-1986 à 2007-2011	4
Figure 2	
Évolution du taux spécifique (pour 1 000 naissances vivantes) de mortalité infantile selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 1982-1986 à 2007-2011	4
Figure 3	
Répartition des décès survenus chez les enfants nés vivants et âgés de moins d'un an selon le nombre de jours de vie, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007-2011	5
Figure 4	
Évolution du taux spécifique (pour 1 000 naissances) de mortalité périnatale et de mortinatalité, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 1982-1986 à 2007-2011	7
Figure 5	
Évolution du taux spécifique annuel moyen de décès (pour 100 000) chez les enfants de 1 à 17 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 1982-1986 à 2007-2011	7

Faits saillants

On dénombre en moyenne chaque année chez les moins de 17 ans :

- 10 mortinaissances;
- 15 décès chez les enfants de moins d'un an;
- 8 décès chez ceux âgés de 1 à 17 ans.

Les principales causes de décès avant un an sont les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques, de même que d'autres affections périnatales, notamment des affections respiratoires, des affections hémorragiques ou des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement.

Chez les enfants de moins d'un an, la majorité des décès surviennent pendant la première semaine de vie.

Après un an, dans près de la moitié des cas, les décès sont attribuables aux traumatismes non intentionnels, plus particulièrement les accidents de véhicule à moteur et les noyades.

Depuis les années 1980, on enregistre une baisse de la mortalité chez les enfants de moins de 17 ans.

Certains de ces décès sont évitables par des mesures de promotion et de prévention ainsi que par la lutte aux inégalités sociales de santé.

Introduction

Au cours des vingt dernières années, les décès d'enfants ont diminué de près de la moitié au Québec (Lefebvre, 2004). La diminution des taux de mortalité, notamment chez les enfants de moins d'un an, s'observe également au Canada et dans la majorité des pays industrialisés (Statistique Canada, 2011). Même si ces tendances sont encourageantes, un décès d'enfant est toujours un décès de trop pour les familles éprouvées et la société en général. D'autant plus que certains de ces décès peuvent être évités, plus spécifiquement par des actions en matière de prévention et de promotion.

Dans cette perspective, le présent document vise à faire le bilan de la mortalité chez les enfants du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui sont âgés de 0 à 17 ans à partir du Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le portrait se divise en quatre sections. Après un survol général de la mortalité chez les 0 à 17 ans, la seconde partie s'intéresse plus spécifiquement à la mortalité infantile, c'est-à-dire aux décès qui surviennent dans la première année de vie. Pour sa part, la troisième section traite des décès chez les enfants âgés de 1 à 17 ans. Une quatrième et dernière partie traite des gains qui sont encore possibles pour réduire la mortalité chez les enfants.

1 Contexte général

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, de 2007 à 2011, on dénombre en moyenne chaque année 51 000 enfants âgés de 0 à 17 ans. Au cours de la même période, la région enregistre en moyenne 2 755 naissances par année. À la naissance de l'enfant, l'âge moyen des mères de la région s'élevait à 27,9 ans soit une année de moins que celles du Québec qui sont en moyenne âgées de 29,4 ans. Toujours lors de la naissance, 3 % des mères de la région avaient moins de 20 ans et 7 % plus de 35 ans.

Au chapitre des décès, en moyenne 23 enfants de moins de 18 ans sont décédés annuellement de 2007 à 2011 pour un total de 115 décès sur l'ensemble de la période. Cela représente un taux annuel moyen de 45,0 décès pour 100 000 enfants, un taux qui n'est pas statistiquement différent¹ de ce qui est enregistré au Québec² (39,9 décès pour 100 000 enfants).

En outre, presque deux décès sur trois sont survenus avant que l'enfant n'ait atteint l'âge d'un an. Par conséquent, la prochaine section traite spécifiquement de la mortalité infantile.

1. Lorsque les données proviennent de fichiers administratifs, comme le Fichier des décès, les taux calculés demeurent des estimations qui sont affectées d'une marge d'erreur. En conséquence, il se peut, par exemple, qu'un taux semble plus élevé, mais que cette différence soit due au hasard. Seul un test statistique permet de confirmer à un niveau de confiance de 95 % que la différence observée n'est pas due au hasard. Si tel est le cas, la différence est dite statistiquement significative.
2. En ce qui concerne les comparaisons avec le Québec, celles-ci sont faites systématiquement avec le reste du Québec, mais les données présentées sont celles du Québec dans son ensemble.

2 La mortalité infantile

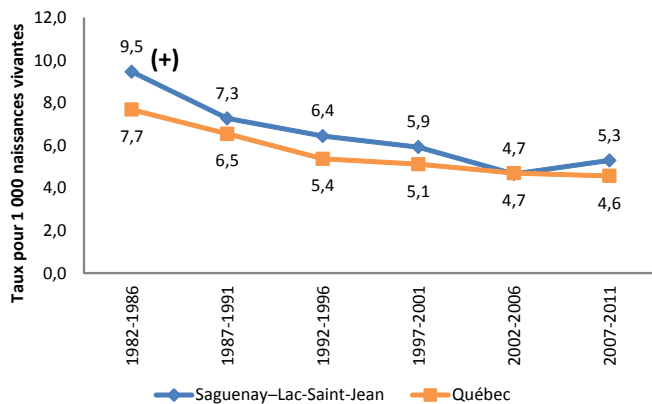
La mortalité infantile, c'est-à-dire les décès qui surviennent dans la première année de vie d'un enfant, est généralement reconnue comme un bon indicateur de l'état de santé d'une population (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Dans la région, 73 enfants de moins d'un an sont décédés de 2007 à 2011, soit en moyenne 15 décès par année. Cela représente 5,3 décès pour 1 000 naissances vivantes³, un taux de mortalité infantile comparable à celui observé pour l'ensemble du Québec (4,6 décès pour 1 000 naissances vivantes).

2.1 L'évolution de la mortalité infantile

La figure 1 montre que la mortalité infantile a diminué depuis le début des années 1980. En 1982-1986, on dénombrait dans la région 214 décès d'enfants de moins d'un an au total, soit un taux de mortalité de 9,5 décès pour 1 000 naissances vivantes. Ce taux était significativement plus élevé que celui du Québec où l'on observait plutôt 7,7 décès pour le même nombre de naissances vivantes.

Dès la période suivante, la mortalité infantile diminue et l'écart avec le Québec n'est plus significatif. À partir de 1987-1991, aucune tendance claire ne se dégage et les taux sont statistiquement comparables dans le temps et avec ceux du Québec. En effet, les données ne permettent pas de conclure à des différences significatives sur le plan statistique, même si au premier coup d'œil, on semble observer une légère baisse des taux.

Figure 1
Évolution du taux spécifique (pour 1 000 naissances vivantes) de mortalité infantile, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Québec, 1982-1986 à 2007-2011



(+) Indique qu'il y a une différence statistiquement significative à un seuil de 5 % entre la région et le reste du Québec.

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès et Fichier des naissances vivantes, Infocentre de santé publique du Québec, 2015.

La mortalité infantile permet d'apprécier « la prestation de soins de santé dans la population, ainsi que l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant » (Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2005).

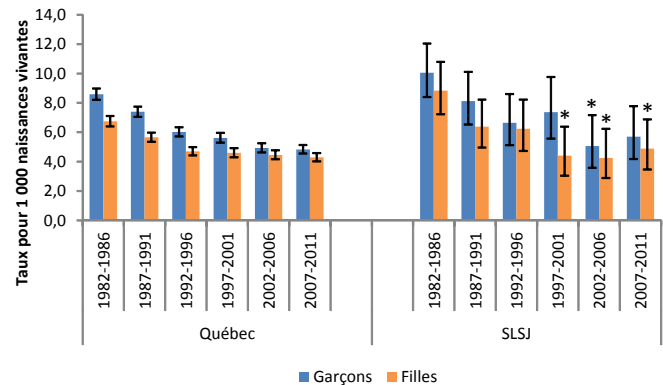
2.2 Des écarts selon le sexe et l'âge

Par ailleurs, des écarts dans les taux de mortalité sont constatés selon le sexe de l'enfant. Au Québec, jusqu'au début des années 2000, la mortalité infantile était plus élevée chez les garçons que chez les filles (figure 2). À partir de 2002-2006, on ne note plus aucune différence statistiquement significative entre les deux sexes.

Ces écarts ne s'observent cependant pas dans la région. Le fait que le taux de mortalité chez les filles de la région soit plus élevé que celui du Québec pour la période 1982-1986 constitue une partie de l'explication. En raison du petit nombre de cas, les données régionales sont également moins précises que celles du Québec. Il est donc plus difficile de confirmer statistiquement des écarts entre les garçons et les filles, même s'il semble y en avoir.

Malgré tout, l'analyse des données régionales selon le sexe de l'enfant permet de constater que les taux de mortalité ont diminué autant chez les filles que chez les garçons. De plus, aucune différence statistiquement significative n'est à noter entre la région et le Québec, hormis celle déjà mentionnée chez les filles pour la période 1982-1986.

Figure 2
Évolution du taux spécifique (pour 1 000 naissances vivantes) de mortalité infantile selon le sexe, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Québec, 1982-1986 à 2007-2011



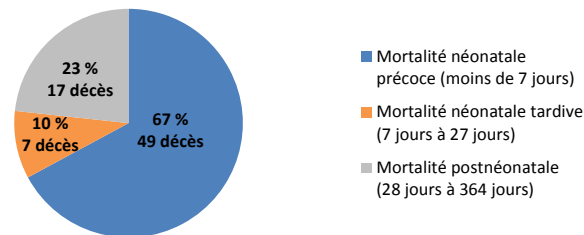
* Dans la région, chez les filles, le coefficient de variation des taux se situe entre 16,66 % et 33,33 % pour les périodes 1997-2001, 2002-2006 et 2007-2011. C'est également le cas pour la période 2002-2006 chez les garçons. En conséquence, ces données doivent être interprétées avec prudence.

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès et Fichier des naissances vivantes, Infocentre de santé publique du Québec, 2015.

3. L'Organisation mondiale de la Santé définit une naissance vivante comme étant « l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché » (2009 : 1271).

Avant l'âge d'un an, la majorité des décès surviennent dans la période néonatale précoce, c'est-à-dire à moins de sept jours de vie (figure 3). Parmi les 73 décès observés de 2007 à 2011, on en dénombre effectivement 49 au cours de la première semaine, représentant plus des deux tiers des décès d'enfants de moins d'un an. Environ un décès sur dix se produit ensuite dans la période néonatale tardive (de 7 à 27 jours de vie), alors qu'un peu moins du quart s'observent plutôt dans la période postnéonatale (de 28 à 364 jours).

Figure 3
Répartition des décès survenus chez les enfants nés vivants et âgés de moins d'un an selon le nombre de jours de vie, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007-2011



Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès et Fichier des naissances vivantes, Infocentre de santé publique du Québec, 2015.

2.3 Les causes de décès avant un an

En 2007-2011, près du deux tiers des décès chez des enfants de moins d'un an sont attribuables à des malformations congénitales ou des anomalies chromosomiques (22 décès) ainsi qu'à d'autres affections périnatales (25 décès), notamment des affections respiratoires, des affections hémorragiques ainsi que des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement (tableau 1). On note également 11 décès en raison d'un faible poids ou d'une courte gestation. Toutes ces causes sont plus fréquentes pendant les périodes néonatales précoce et tardive, alors qu'elles expliquent, avec la détresse respiratoire, presque tous les décès survenus avant 28 jours de vie.

Après 28 jours, on dénombre encore quelques décès pour des malformations congénitales, des anomalies chromosomiques ou des affections périnatales, mais ce sont surtout un amalgame d'autres causes qui expliquent les décès postnéonataux. Il s'agit notamment du syndrome de la mort subite du nourrisson (3 décès), de certaines maladies bactériennes (3 décès), de maladies du système nerveux (2 décès) ou de traumatismes non intentionnels (2 décès) (données non présentées).

Le passage de la 9^e version de la classification internationale des maladies (CIM-9) à la 10^e révision (CIM-10) a entraîné des changements importants dans la classification des causes de décès, rendant difficile, parfois même impossible, le suivi temporel de plusieurs causes de décès.

Pour cette raison, lorsque les données sont analysées selon la cause, généralement aucune donnée antérieure à 2000 n'a été utilisée.

Tableau 1

Nombre total et annuel moyen de décès chez les enfants de moins d'un an et taux spécifique (pour 1 000 naissances vivantes) de mortalité infantile, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Québec, 2007-2011

	Saguenay-Lac-Saint-Jean			Québec		
	Nombre total	Nombre annuel moyen	Taux spécifique	Comparé au reste du Québec ¹	Nombre annuel moyen	Taux spécifique
	n		‰		n	‰
Mortalité infantile (moins d'un an)	73	15	5,3	n.s.	400	4,6
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	22	4	1,6*	+	83	0,9
Autres affections périnatales	25	5	1,8*	n.s.	167	1,9
Courte gestation et faible poids	11	2	0,8*	n.s.	68	0,8
Détresse respiratoire	3	1	0,2**	n.s.	9	0,1
Syndrome de mort subite du nourrisson	3	1	0,2**	n.s.	13	0,2
Autres causes	9	2	0,7*	n.s.	60	0,7

1. Indique que le taux est significativement plus élevé (+), moins élevé (-) ou qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives (n.s.) en comparaison avec le reste du Québec (p<0,05).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès et Fichier des naissances vivantes, Infocentre de santé publique du Québec, 2015.

En comparaison avec le Québec, la région présente, en 2007-2011, un taux plus élevé de décès pour des malformations congénitales et des anomalies chromosomiques. En effet, le taux de mortalité pour cette cause s'élève à 1,6 décès pour 1 000 naissances vivantes, alors qu'il est de 0,9 décès pour le même nombre de naissances vivantes au Québec. Dans cette catégorie, parmi les décès répertoriés dans la région au cours de la période étudiée, les malformations congénitales cardiaques (4 décès), du poumon (4 décès) ou du système ostéo-articulaire et des muscles (3 décès) sont les plus fréquentes.

2.4 La mortalité périnatale

La mortalité périnatale, soit les décès qui surviennent avant la naissance ou dans la première semaine de vie, constitue un autre des indicateurs pouvant être utilisés pour mieux comprendre l'ampleur de la mortalité chez les nouveau-nés.

Le taux de mortalité périnatale représente le rapport entre la somme des mortinaissances et des décès d'enfants de moins de sept jours à la somme de l'ensemble des naissances, qu'elles soient vivantes ou non. En 2007-2011, dans la région, ce taux s'élève à 7,3 décès pour 1 000 naissances représentant au total 101 décès ou en moyenne 20 décès chaque année.

La mortalité périnatale exprime « la probabilité qu'un fœtus jugé viable soit mort-né ou meure avant la fin de la première semaine de sa vie. Elle reflète [aussi] les normes de soins obstétricaux et pédiatriques, ainsi que l'efficacité des initiatives de santé publique » (Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2005).

Tableau 2
Taux spécifique (pour 1 000 naissances) de mortinatalité et de mortalité périnatale, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Québec, 2007-2011

	Saguenay-Lac-Saint-Jean			Québec		
	Nombre total	Nombre annuel moyen	Taux spécifique	Comparé au reste du Québec ¹	Nombre annuel moyen	Taux spécifique
	n		‰		n	‰
Mortinatalité ²	52	10	3,8	n.s.	374	4,2
Mortalité périnatale ³ (mortinaissance et décès à moins de 7 jours de vie)	101	20	7,3	n.s.	630	7,2

1. Indique que le taux est significativement plus élevé (+), moins élevé (-) ou qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives (n.s.) en comparaison avec le reste du Québec (p<0,05).

2. Le taux de mortinatalité représente le rapport des mortinaissances aux naissances totales (mortinaissances et naissances vivantes).

3. Le taux de mortalité périnatale représente le rapport de la somme des mortinaissances et des décès d'enfants de moins de sept jours aux naissances totales (mortinaissances et naissances vivantes).

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès et Fichier des naissances vivantes, Infocentre de santé publique du Québec, 2015.

Dans la région, les mortinaissances⁴ constituent environ la moitié (52 %) des décès prénataux, alors qu'ils composent plutôt 59 % de ces décès au Québec. Pour la période 2007-2011, on en dénombre en moyenne 10 par année dans la région. Le taux de mortinatalité s'élève donc à 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes ou non, un taux équivalent à celui du Québec (4,2 pour 1 000).

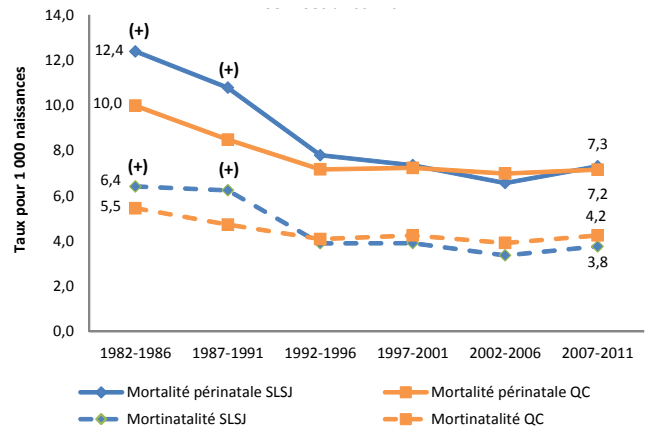
La majorité des mortinaissances, soit 44 des 52 décès de fœtus, peuvent être classées dans la catégorie « autres affections périnatales ». Cette catégorie regroupe notamment tous les fœtus affectés par des troubles maternels et des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Elle comprend aussi les morts fœtales de cause non précisée et les interruptions non volontaires de la grossesse qui représentent respectivement 31 % (16 mortinaissances) et 21 % (11 mortinaissances) des 52 mortalités fœtales répertoriées.

4. Au Québec, les mortinaissances sont enregistrées selon un critère de viabilité défini par un poids d'au moins 500 grammes, peu importe la durée de la gestation. Dans le cas d'une interruption volontaire de grossesse, il y a déclaration d'une mortinaissance si le fœtus pèse au moins 500 grammes. Dans la majorité des autres provinces canadiennes, en plus du poids, l'âge gestationnel constitue un autre critère pour l'inscription d'une mortinaissance. En effet, l'âge gestationnel du fœtus doit atteindre au moins 20 semaines pour être comptabilisé. Ces données ne peuvent donc pas être comparées avec d'autres sources qui présenteraient des données canadiennes (Infocentre de santé publique du Québec, 2012; Agence de la santé publique du Canada, 2013).

Les autres décès (8 mortinaissances) s'expliquent par des affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale (hypoxie intra-utérine et asphyxie obstétricale), des anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus ou encore des malformations congénitales ou des anomalies chromosomiques.

En ce qui concerne l'évolution temporelle, la figure 4 démontre que les taux de mortinaissance et de mortalité périnatale étaient, au début des années 1980, significativement plus élevés dans la région qu'au Québec. Les taux régionaux ont par la suite diminué et sont, depuis le début des années 1990, statistiquement comparables à ceux du Québec. De plus, ils demeurent relativement stables d'une période à l'autre.

Figure 4
Évolution du taux spécifique (pour 1 000 naissances vivantes) de mortalité périnatale et de mortinatalité, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 1982-1986 à 2007-2011



(+) Indique qu'il y a une différence statistiquement significative à un seuil de 5 % entre la région et le reste du Québec.

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès et Fichier des naissances vivantes, Infocentre de santé publique du Québec, 2015.

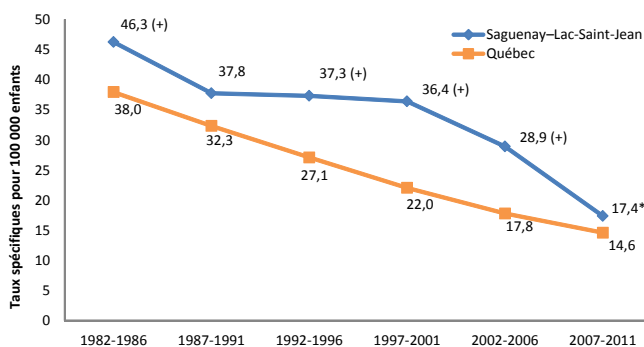
3 La mortalité chez les 1 à 17 ans

3.1 L'évolution de la mortalité chez les 1 à 17 ans

Chez les jeunes âgés de 1 à 17 ans, huit décès surviennent en moyenne par année pour un total de 42 décès pour la période 2007-2011.

Depuis les années 80, les taux spécifiques annuels moyens de décès chez les 1 à 17 ans ont grandement évolué. La figure 5 démontre que les taux ont diminué entre les périodes 1982-1986 et 2007-2011. Ils sont passés d'un taux annuel moyen de 46,3 décès pour 100 000 enfants en 1982-1986 à un taux de 17,4 décès pour 100 000 enfants pour la période 2007-2011, soit une baisse de 62 %, une diminution similaire à ce qui est enregistré au Québec.

Figure 5
Évolution du taux spécifique annuel moyen de décès (pour 100 000) chez les enfants de 1 à 17 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 1982-1986 à 2007-2011



(+) Indique qu'il y a une différence statistiquement significative à un seuil de 5 % entre la région et le reste du Québec.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %, le taux doit être interprété avec prudence.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, Infocentre de santé publique du Québec, 2015.

Cette baisse significative s'explique en grande partie par la diminution importante des décès dus aux traumatismes non intentionnels. En effet, entre les périodes 1982-1986 et 2007-2011, la région est passée d'un taux spécifique de décès suite à un traumatisme non intentionnel de 23,8 décès pour 100 000 enfants à un taux de 7,4 décès pour 100 000 enfants. Plus particulièrement, on remarque que les taux d'accidents de véhicules à moteur ont chuté entre 1982 et 2011. Effectivement, durant la période 1982-1986, le taux d'accidents de véhicules à moteur était de 15,4 décès pour 100 000 enfants, alors qu'il est aujourd'hui de 5,0 décès pour 100 000 enfants, une différence significative entre les deux taux⁵.

Si aujourd'hui les taux de décès ne sont pas significativement différents entre la région et le Québec, cela n'a pas toujours été le cas par le passé. En effet, entre 1982-1986 et 2002-2006, les taux de décès dans la région étaient généralement significativement plus élevés que dans le reste du Québec, excepté pour la période 1987-1991 où le taux régional était similaire au taux provincial.

Ces différences entre les taux régionaux et provinciaux sont dues en grande majorité aux taux d'accidents de véhicules à moteur qui étaient significativement plus élevés dans la région que dans le reste du Québec. Par exemple, durant la période 1982-1986, le taux annuel moyen pour les accidents de véhicules à moteur était de 15,4 décès pour 100 000 enfants de 1 à 17 ans dans la région, alors qu'il était de 10,4 pour 100 000 dans le reste du Québec.

5. Statistique Canada (2005) a démontré qu'au Canada, le passage de la CIM-9 à la CIM-10 a eu un impact mineur sur l'évolution des statistiques relatives aux accidents de véhicules à moteur. Il y a 1,9 % de moins de décès classés dans le groupe des accidents de véhicules à moteur selon la CIM-10 que dans le groupe équivalent selon la CIM-9.

3.2 Des écarts selon l'âge et le sexe

Pour la période 2007-2011, la majorité des décès surviennent chez les 12 à 17 ans (4 par an en moyenne pour un total de 20 sur la période), suivent les décès chez les 1 à 4 ans (3 par an en moyenne pour un total de 16 sur la période), puis ceux survenant chez les 5 à 11 ans (1 décès en moyenne par année, pour un total de 6 décès).

Bien que les jeunes garçons aient un taux spécifique annuel moyen (20,3 décès pour 100 000 garçons) plus élevé que les filles (14,3 décès pour 100 000 filles), la variabilité des données ne permet pas de conclure à une différence significative entre les deux sexes. Par contre, au Québec, on note significativement plus de décès chez les garçons (17,4 décès pour 100 000 garçons) que chez les filles (11,7 décès pour 100 000 filles). On ne note pas de différence significative entre les taux enregistrés chez les garçons et les filles de la région comparativement à ceux et celles du reste du Québec.

3.3 Les causes de décès chez les 1 à 17 ans

En 2007-2011, chez les 1 à 17 ans, dans 42 % des cas, la cause de décès est un traumatisme non intentionnel. On en dénombre un total de 18 sur la période, ce qui correspond à 4 décès par année (tableau 3). La plupart des décès par traumatismes non intentionnels sont des accidents de véhicule à moteur (12 décès au total sur la période, 2 décès en moyenne par année) et des noyades (3 décès au total sur la période).

Aussi, tous les autres décès, soit 24 décès sur la période, ce qui représente environ 5 décès en moyenne par année, sont dus à d'autres causes moins fréquentes. Pour la majorité des cas, il s'agit du cancer (5 décès), des maladies du système nerveux (4 décès) et des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (4 décès). Enfin, 11 décès sont dus à des causes plus rares qui comptabilisent moins de 1 décès par année.

Tableau 3

Répartition des décès (nombre total, nombre annuel moyen et taux spécifique pour 100 000) selon la cause chez les 1 à 17 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2007-2011

	Saguenay–Lac-Saint-Jean			Québec		
	Nombre total	Nombre annuel moyen	Taux spécifique	Comparé au reste du Québec ¹	Nombre annuel moyen	Taux spécifique
	n		pour 100 000		n	pour 100 000
Total	42	8	17,4*	n.s.	211	15,1
Traumatismes non intentionnels	18	4	7,4*	n.s.	73	5,1
Accidents de véhicules à moteur	12	2	5,0*	n.s.	41	2,8
Noyades	3	1	1,2**	n.s.	39	2,7
Cancers	5	1	2,1**	n.s.	35	2,4
Maladies du système nerveux	4	1	1,7**	n.s.	19	1,3
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4	1	1,7**	n.s.	11	0,8
Autres causes	11	2	4,6**	n.s.	73	5,1

1. Indique que le taux est significativement plus élevé (+), moins élevé (-) ou qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives (n.s.) en comparaison avec le reste du Québec ($p < 0,05$).

* Coefficient de variation supérieur ou égal à 16,66 % et inférieur à 33,33 %, le taux doit être interprété avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur ou égal à 33,33 %, le taux est présenté à titre indicatif seulement.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, Infocentre de santé publique du Québec, 2015.

4 Encore des gains possibles?

Si, dans les années 80, la mortalité chez les enfants était plus élevée dans la région qu'au Québec, aujourd'hui les décès d'enfants n'y sont pas plus fréquents. Mais, peut-on encore faire des gains? Cette question demeure pertinente surtout dans un contexte où certaines études démontrent que le Canada tendrait à enregistrer des taux de mortalité infantile et de mortalité chez les 1 à 17 ans plus élevés que d'autres pays industrialisés, notamment certains pays européens (Statistique Canada, 2011; Wilkins et Houle, 1999; Gagné, 2006).

Même si on peut difficilement intervenir pour les décès qui sont attribuables à des causes génétiques ou biologiques et qu'une proportion importante des mortinaissances demeurent inexpliquées (Agence de la santé publique du Canada, 2008; Cnattingius et Stephansson, 2002), il est tout de même possible de renforcer des mesures de santé publique qui peuvent permettre de réduire un certain nombre de ces décès.

4.1 Chez les nouveau-nés

Plusieurs facteurs de risque, modifiables ou non, peuvent être associés à la mortalité chez les enfants de moins d'un an et, plus spécifiquement, aux décès qui surviennent dans la période périnatale. On pense notamment aux antécédents de mortinaissance, à l'âge avancé de la mère, à la primiparité, au tabagisme pendant la grossesse, au retard de croissance intra-utérine, aux grossesses multiples, au poids élevé de la mère avant la grossesse ou au désavantage socioéconomique (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Naître de façon prématurée ou avec un faible poids accroit également le risque de mortalité chez le nouveau-né tout comme les risques de complications, d'hospitalisation, de handicap, de séquelles ou de retard de développement. En 2007-2011, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, 7 % des bébés nés vivants ont vu le jour de façon prématurée, c'est-à-dire avant 37 semaines complètes de gestation. Cela représente en moyenne 193 bébés par année, la majorité (155) étant née entre 33 et 36 semaines. En ce qui concerne l'insuffisance pondérale, 5,2 % des bébés de la région nés entre 2007 et 2011 pesaient moins de 2 500 grammes. Dans la région, la proportion de naissances prématurées ou de faible poids est relativement la même depuis les années 1990.

En combinant l'âge gestationnel et le poids, il est aussi possible de déterminer si un nouveau-né présente un retard de croissance intra-utérine (RCIU). Il y a retard de croissance intra-utérine lorsque le poids du bébé issu d'une naissance simple est insuffisant pour la durée de la gestation. Dans la région, de 2007 à 2011, 7,6 % des naissances simples présentaient un tel retard. Au Québec, cette proportion était un peu plus élevée et se chiffrait plutôt à 8,4 %. La proportion de bébés nés avec un retard de croissance intra-utérine a graduellement diminué dans les dernières décennies. En 1982-1986, 13,8 % des bébés de la région étaient nés avec un tel retard, comparativement à 9,1 % en 1992-1996 et à 7,7 % en 2002-2006.

Par ailleurs, des habitudes alimentaires saines et un niveau approprié de vitamines et de minéraux aident au développement normal du fœtus. La prise d'acide folique peut plus spécifiquement jouer un rôle dans la prévention des anomalies congénitales. La consommation quotidienne d'un supplément d'acide folique avant la conception et au début de la grossesse aide en effet à réduire les risques de malformations du tube neural. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, les dernières données disponibles sur les habitudes de vie des femmes enceintes sont celles de l'Enquête québécoise sur l'allaitement maternel 2005-2006. Selon cette enquête, les mères de 45 % des nouveau-nés du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont déclaré avoir pris de l'acide folique pendant les trois mois précédant leur grossesse. Cette proportion grimpe à 82 % pendant les trois premiers mois de la grossesse.

Toujours au sujet des habitudes de vie, la consommation d'alcool pendant la grossesse en est une qui peut être nocive pour le développement du fœtus. Consommer de l'alcool pendant la grossesse peut notamment augmenter le risque de croissance intra-utérine ou causer une fausse couche, un bébé mort-né ou un accouchement prématuré (Institut national de santé publique du

Québec, 2016). En 2005-2006, les mères de 38 % des bébés nés dans la région avaient affirmé avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse. Les informations relatives à la quantité et à la fréquence de la consommation d'alcool n'étaient toutefois pas disponibles dans l'Enquête québécoise sur l'allaitement maternel 2005-2006.

Le lien démontré entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et certaines issues indésirables de la grossesse réaffirme par ailleurs la nécessité d'apporter une attention particulière au tabagisme chez les femmes enceintes (Fretts, 2005). En effet, consommer du tabac pendant la grossesse aurait des conséquences à long terme sur la santé des enfants notamment sur le risque de développer certains types de cancer ou de vivre avec des problèmes de santé respiratoire en raison d'un déficit du développement des voies respiratoires ou de la fonction pulmonaire (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Le tabagisme accroît en plus le risque de naissance prématurée, de faible poids, de retard de croissance intra-utérine, de mortinaissance ou de syndrome de mort subite du nourrisson (Agence de la santé publique du Canada, 2008; Cnattingius et Stephansson, 2002; Varner et Esplin, 2005).

Selon l'Enquête québécoise sur l'allaitement maternel 2005-2006, pour 27 % des enfants nés dans la région pendant la période couverte par l'enquête, la mère avait déclaré avoir consommé du tabac pendant la grossesse. Aucune information n'était cependant disponible quant à la durée et à la fréquence de la consommation, alors qu'on sait que ces éléments ont une influence sur les risques évoqués précédemment. Malgré tout, il s'agissait d'une proportion supérieure à celle qui prévalait pour le Québec (18 %). Comme le tabagisme pendant la grossesse constitue un facteur de risque évitable, il demeure donc un enjeu important de santé publique.

L'exposition à la fumée secondaire constitue aussi une problématique de santé publique, particulièrement chez les jeunes enfants. En effet, la fumée de tabac est plus nocive pour eux, notamment parce que leurs poumons sont encore en croissance, qu'ils passent plus de temps à l'intérieur et qu'ils sont plus souvent en contact avec des objets contaminés par la fumée en les portant à leur bouche. L'exposition à la fumée est entre autres reconnue comme étant l'un des principaux facteurs de risque pour le syndrome de mort subite du nourrisson (Lévesque et Tremblay, 2011).

Concernant la mort subite du nourrisson, il est également reconnu que l'allaitement maternel en réduirait les risques (Santerre et Fortin, 2011). Selon l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006, 73 % des nouveau-nés du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui ont vu le jour entre les mois de mai et d'octobre 2005 ont été allaités pendant leur séjour au centre hospitalier ou à la maison de naissance. Par la suite, les taux d'allaitement exclusif ou non diminuent avec l'âge de l'enfant. Ainsi, 64 % des bébés recevaient encore du lait maternel après une semaine, alors que c'était le cas pour 42 % des enfants de 4 mois et 30 % des enfants de 6 mois. En comparaison avec le reste du Québec, ces taux sont significativement plus faibles pour toutes les durées d'allaitement.

Parce qu'un surpoids chez la mère avant la grossesse, et plus spécifiquement l'obésité, est associé à un risque accru de complications lors de la grossesse telles que le diabète gestationnel, la prééclampsie et l'éclampsie, l'augmentation de la prévalence du surpoids chez les femmes en âge d'avoir des enfants est un autre enjeu de santé publique (Cnattingius et Stephansson, 2002; Fretts, 2005). Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la prévalence de l'obésité chez les femmes adultes, déterminée selon l'indice de masse corporelle (IMC), a effectivement augmenté de 2000 à 2012, passant de 9,3 % à 17 %. Plus spécifiquement, en 2012, la prévalence de l'obésité était estimée à 13 % chez les femmes âgées de 18 à 44 ans.

4.2 Les traumatismes non intentionnels

Chez les enfants de plus d'un an, les traumatismes non intentionnels constituent la première cause de décès. Ces décès représentent, si on peut dire, la pointe de l'iceberg. Si les traumatismes non intentionnels ne précipitent pas le décès chez un enfant, ils peuvent provoquer des incapacités provisoires ou permanentes. Aussi, comme le mentionne Gagné (2006), « ils occasionnent alors des limitations d'activités, de nombreuses consultations auprès des professionnels de la santé et une consommation considérable de services dans les établissements de soins de santé, de même qu'une souffrance physique et une détresse psychologique qui sont difficiles à quantifier (Grivna, 2001) ».

Plusieurs facteurs peuvent expliquer et aider à comprendre les raisons pour lesquelles les jeunes subissent des traumatismes non intentionnels mortels. Ces facteurs peuvent être liés à l'environnement physique ou social, mais aussi à diverses caractéristiques associées aux individus. En effet, de la naissance à l'âge adulte, les enfants connaissent des changements développementaux, des expositions aux risques différentes et des habiletés diverses à gérer les risques (Gagné, 2006). Même si le présent document ne l'a pas démontré formellement, au Québec, de manière générale, les garçons présentent un risque accru de décès par traumatisme, en raison des différences de comportement et de perception du risque.

4.3 L'importance des inégalités sociales

Au regard des caractéristiques du milieu de vie des individus, Hamel et Pampalon (2002) ont démontré que les traumatismes non intentionnels sont sensibles à la défavorisation matérielle des milieux de vie, cela se vérifie aussi chez les jeunes (Institut national de santé publique du Québec, 2008). Ce constat est aussi observé dans l'analyse des taux d'années potentielles de vie perdues (APVP), qui quantifient la mortalité prématurée dans une population. Au Québec, on note un gradient marqué de la mortalité selon le niveau de défavorisation matérielle. Les personnes vivant dans un milieu plus défavorisé matériellement affichent un taux d'APVP (donc de mortalité prématurée) de 2,5 fois supérieur à celui des personnes les plus nanties (Institut national de santé publique du Québec, 2008).

Dans le même ordre d'idées, plusieurs études soulèvent le fait que même si on observe une diminution importante de la mortalité chez les enfants, et ce, même chez ceux qui sont désavantagés

sur le plan socioéconomique, des inégalités persistent entre les différents groupes socioéconomiques. Au Québec, un portrait traitant de la pauvreté et de ses répercussions sur la santé des jeunes (ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, 2007) révèle effectivement que chez les garçons de moins de 18 ans, les taux de mortalité sont presque trois fois plus élevés dans le groupe le plus défavorisé en comparaison de celui le plus favorisé. Chez les filles, ces mêmes taux sont presque deux fois plus élevés. Au Canada, Wilkins et Houle (1999) concluent aussi que les taux de mortalité infantile des quartiers urbains qui se classent dans le quintile inférieur de revenus (6,5 décès pour 1 000 naissances) dépassent d'environ les deux tiers ceux du quintile supérieur (3,9 décès pour 1 000 naissances).

À partir des données de la période 2000-2004, l'Institut national de santé publique du Québec (2008) a démontré que la prévalence de bébés nés prématurés avec un faible poids ou un RCIU augmentait en gradient avec la défavorisation matérielle et sociale. En effet, les proportions de naissances prématurées, de faibles poids ou de RCIU se chiffraient respectivement à 8,8 %, 7,2 % et 10,3 % chez les mères du quintile le plus défavorisé, alors qu'elles étaient plutôt de 6,7 %, 4,5 % et 6,2 % chez celles du quintile le plus favorisé.

Faute de données régionales récentes et précises, la question des inégalités sociales de santé n'a pas pu être traitée dans le présent document. On peut tout de même supposer que la région suit les mêmes tendances que celles documentées à l'échelle québécoise ou canadienne. Puisque cette question s'inscrit en toile de fond du Programme national de santé publique (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015), une analyse régionale plus approfondie mériterait d'être réalisée lorsque des données seront éventuellement mises à la disposition des régions pour documenter cette problématique (Institut national de santé publique du Québec et autres, 2014).

Conclusion

Heureusement, la très grande majorité des enfants de la région grandissent et se développent pour prendre ainsi leur place dans la société. Bien que la région ait enregistré un recul important des décès chez les enfants, certains décès persistent néanmoins.

Près du deux tiers des décès chez des enfants de moins d'un an sont attribuables à des malformations congénitales ou des anomalies chromosomiques ainsi qu'à d'autres affections périnatales, notamment des affections respiratoires, des affections hémorragiques ainsi que des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement. Après un an, dans 42 % des cas, les principales causes de décès sont des traumatismes non intentionnels, plus particulièrement des accidents de véhicule à moteur et des noyades. Viennent ensuite des décès dus au cancer, aux maladies du système nerveux et aux maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.

Chez l'ensemble des enfants, plusieurs études soulèvent que des inégalités persistent entre les différents groupes socioéconomiques. Les groupes plus désavantagés connaissent des taux de décès plus élevés que chez les groupes avantagés. La majorité des décès peuvent néanmoins être évités. Des gains sont donc encore possibles en maintenant ou en renforçant les efforts de promotion et de prévention.

Bibliographie

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2013). Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013 : Un rapport du système canadien de surveillance périnatale, Ottawa, 84 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). Rapport sur la santé périnatale au Canada, Ottawa, 336 p.

CNATTINGIUS, S., et O. STEPHANSSON (2002). "The Epidemiology of Stillbirth", *Seminars in Perinatology*, vol. 26, no 1, février, p. 25-30.

FRETTS, R. (2005). "Etiology and Prevention of Stillbirth", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, no 193, p. 1923-1935.

GAGNÉ, M. (2006). La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes Québécois de moins de 20 ans. Une comparaison internationale, Institut national de santé publique du Québec, 120 p.

GRIVNA, M. (2001). "Injuries among Children – Some Cost Considerations in USA", *Central European Journal of Public Health*, vol. 9, p. 109-112.

HAMEL, D., et R. PAMPALON (2002). Traumatismes et défavorisation au Québec, Institut national de santé publique du Québec, Québec.

INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012). La mortalité périnatale, Fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique du Québec à l'Institut national de santé publique du Québec, 5 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2015). Mieux vivre avec notre enfant de la naissance jusqu'à deux ans, Institut national de santé publique du Québec, 780 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et autres (2014). Suivre les inégalités sociales de santé au Québec – Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec, Institut national de santé publique du Québec, 81 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). Inégalités sociales de santé – Santé physique, <http://www.inspq.qc.ca/santescope/>, consulté le 15 juin 2015.

LEFEBVRE, C. (2004). Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.

LÉVESQUE, S. ET TREMBLAY, M. (2011). Tabac, Institut national de santé publique du Québec, Portail d'information périnatale, <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale>, site consulté le 3 février 2016.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2007). Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Riches de tous nos enfants – La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans, ministère de la Santé et des Services sociaux, 162 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 85 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2009). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, vol. 1, Tableau analytique, édition 2008, Paris, 1279 p.

SANTERRE, M.-J. ET FORTIN, C. (2011). Allaitement, Institut national de santé publique du Québec, Portail d'information périnatale, <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale>, site consulté le 3 février 2016.

STATISTIQUE CANADA (2011). « Mortalité, aperçu 2007 », Rapport sur l'état de la population au Canada, composante du produit no 91-209-X au catalogue de Statistique Canada, 9 p.

STATISTIQUE CANADA (2005). Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada, no 84-548-XIF au catalogue de Statistique Canada, 61 p.

STATISTIQUE CANADA et INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2005). Indicateurs de la santé, vol. 2005, no 3, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-221-XIF (produit électronique).

VARNER, M.W., et M.S. ESPLIN (2005). "Current Understanding of Genetic Factors in Preterm Birth", *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 112, supplément 1, mars, p. 28-31.

WILKINS, R., et C. HOULE (1999). « L'état de santé des enfants », Rapports sur la santé, vol. 11, no 3, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue de Statistique Canada, p. 27-38.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean**

Québec 