

EPIFEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION DANS  
LA REGION DU NORD-CUEST QUEBECOIS

par

Michel Seewaldt



Thèse présentée à l'Ecole des Sciences  
Sociales et du Comportement de  
l'Université de Moncton en  
vue de l'obtention du M.A.  
en Psychologie.

Moncton, Canada, 1974



# BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

## Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

## RECONNAISSANCE

Cette thèse a été préparée sous la direction de Léandre Desjardins, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université de Moncton. L'auteur désire le remercier de son étroite collaboration et de ses encouragements.

Il tient aussi à exprimer sa gratitude à l'égard de Clément Loubert, M.A., et de Pierre Dion, Ph.D., qui ont accepté d'être les lecteurs de cette thèse.

Enfin il tient à souligner l'accueil bienveillant de la part des Services Psychiatriques et d'Hygiène Mentale de la Région du Nord-Ouest Québécois.

CURRICULUM STUDIORUM

Michel Seewaldt est né à Malartic, Province de Québec, le 18 décembre 1940. Il a obtenu son B.A. de l'Université Laurentienne de Sudbury en 1967.

## TABLE DES MATIERES

Chapitres	Pages
INTRODUCTION . . . . .	1
I. DEPRESSION ET CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES . . . . .	7
- Définition . . . . .	7
- La classification . . . . .	9
- Classification et mesure de la dépression . . . . .	12
II. METHODE . . . . .	18
- Plan d'enquête . . . . .	18
- Milieu physique et socio-économique . . . . .	20
Population . . . . .	20
L'économie . . . . .	21
Les soins psychiatriques . . . . .	21
- Mesure de la dépression et des caractéristiques démographiques des cas affectés . . . . .	25
III. RESULTATS . . . . .	27
- Incidence et prévalence de la dépression . . . . .	27
Incidence . . . . .	27
Prévalence . . . . .	31
- Division de travail et dépression . . . . .	37
Forêt . . . . .	40
Mines . . . . .	41
Agriculture . . . . .	45
- Dépendance et dépression . . . . .	50
DISCUSSION ET CONCLUSION . . . . .	56
BIBLIOGRAPHIE . . . . .	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Pages
I. Répartition des types de dépression selon les secteurs psychiatriques - 1969-1973 . . . . .	13
II. Professionnels des équipes volantes de psychiatrie adulte en mai, 1970. . . . .	24
III. Incidence de la dépression pour la région du Nord-Ouest Québécois pour les années 1969-1973. . . . .	28
IV. Points de prévalence (31 décembre) des cas de dépression pour la région du Nord-Ouest Québécois - 1969-1973. . . . .	32
V. Cas de dépression dans les secteurs primaire, secondaire et tertiaire chez les travailleurs et leurs dépendants en Abitibi-Témiscamingue de 1969 à 1973 . . . . .	38
VI. Cas de dépression chez les mineurs et leurs dépendants pour 5 secteurs psychiatriques pendant la période 1969-1973. . . . .	43
VII. Cas de dépression chez les agriculteurs et leurs dépendants par comté et pour la période de 1969 à 1973 . . . . .	48
VIII. Calcul des taux moyens d'incidence annuelle de la dépression chez les sans-emplois selon le sexe et pour les années 1970-1973. . . . .	52
IX. Calcul des taux moyens d'incidence annuelle de la dépression chez les assistés sociaux selon les 6 secteurs psychiatriques et pour les années 1970-1973 . . . . .	53

## LISTE DES FIGURES

Figures	Pages
1. Vue générale de la région du Nord-Ouest . .	23
2. Courbes d'incidence de la dépression pour la région du Nord-Ouest Québécois pour les années 1969-1973. . . . .	29
3. Courbes des points de prévalence (31 décem- bre) pour la région du Nord-Ouest Québécois pour les années 1969-1973 . . . . .	33
4. Courbes d'incidence et de prévalence des cas de dépression pour la région du Nord-Ouest Québécois (1969-1973) . . . . .	35

## INTRODUCTION

L'homme est intimement lié à son environnement physique, social et psychologique. Cette étroite association est inévitable et exigeante et la santé mentale et physique dépend de sa qualité et de sa durabilité. Les changements soudains et trop fréquents risquent de compromettre l'harmonie de cette union presque symbiotique.

Déjà, il y a 25 siècles, Hippocrate en avait saisi la nature fragile en disant:

"Those things which one has been accustomed to for a long time, although worse than things which one is not accustomed to, usually give less disturbance!" (Wolf, 1971, p. 5).

Plus spécifiquement, cet énoncé d'Hippocrate implique que tout changement exige un effort d'adaptation qui n'est pas toujours facile même lorsque la qualité de ce changement est jugée supérieure à ce qui existait déjà.

Bien que l'organisme humain tant physique que psychologique soit caractérisé par une capacité d'adaptation remarquable, il n'arrive pas toujours à trouver l'ajustement requis pour affronter le changement. Dans de nombreuses situations, les contraintes du milieu exigent des efforts d'adaptation trop grands et causent le développement de la maladie. Par exemple, les peuples modernes sont souvent

perçus comme des porteurs de contraintes nouvelles auxquelles l'organisme de l'homme doit s'ajuster. La société moderne en est justement un exemple par sa complexité et les tensions qu'elle crée et un rapide coup d'oeil sur les résultats qui en découlent nous le démontre facilement.

Certaines études récentes révèlent que la dépression est devenue la maladie la plus importante aux Etats-Unis. Elle aurait même atteint des proportions épidémiques. Un américain sur huit connaît au cours de sa vie, un épisode dépressif assez sévère pour consulter en psychiatrie. Le National Institute of Mental Health a publié des statistiques qui révèlent que "125,000 américains sont hospitalisés à chaque année pour cause de dépression et que 200,000 autres sont suivis en externe." (Newsweek, jan.73. p.51).

Dans le district de Los Angeles, l'incidence des cas de suicide est passée de 18 pour 100,000 personnes âgées de moins de trente ans à 41/100,000.

Il ne faut pas oublier, non plus, que l'organisme humain est sensible à ces transformations qui s'opèrent dans son entourage et l'apparition d'éléments nouveaux commande presque immédiatement chez lui un répertoire de réponses qu'il doit harmoniser le plus exactement possible à la nouveauté. C'est ainsi que certaines situations telles que le

divorce, la dépression économique, ou encore la mort, s'avèrent des changements assez importants pour hypothéquer lourdement la nature de l'échange entre l'individu et son milieu et compromettre l'ajustement. Dans ce cas, il est possible d'assister à une augmentation de l'incidence de certaines maladies dans des populations données et de pouvoir la mesurer en rapport avec des situations précises. En agissant alors directement sur les déterminants sociaux dans un but remédial il est aussi possible de prévenir leurs effets nocifs et par voie de conséquence améliorer l'état de santé des personnes atteintes.

C'est avec cette idée en tête que nous avons entrepris une recherche épidémiologique de la dépression dans la région socio-sanitaire numéro 8 de la province de Québec, soit la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Ce territoire se caractérise par certaines variables qui le différencient de la plupart des régions de la province. Il se distingue d'abord par l'immensité de sa superficie et sa faible densité de population; par son isolement des centres urbains les plus importants de la province; et surtout à cause de son économie presque'exclusivement du secteur primaire.

Il est aussi capital de souligner que le Nord-Ouest

Québécois a une histoire relativement courte qui permet une analyse plus fidèle et plus complète de son existence ainsi que des variables socio-économiques qui ont contribué à son développement et à sa croissance.

Après un début lent et difficile, la région connaît un essor économique prodigieux. Cet essor est presque exclusivement lié à la découverte de mines d'or et de cuivre qui se trouvent dans la zone minière Noranda-Senneterre. Cette zone qui représente une superficie de 40 milles en latitude et 110 ou 120 en longitude (Villemure, 1971), est située entre les deux régions de peuplement agricole que sont respectivement l'Abitibi-Ouest et le Témiscamingue.

L'élan économique véritable prend naissance en 1931. Dix ans plus tard 42 mines sont exploitées et garantissent le développement de la région à tous les niveaux. Le secteur agricole en voyant s'accroître son marché prend de l'expansion tandis que l'industrie de la foresterie ouvre de nouveaux chantiers, multiplie ses scieries et maintient ses moulins de pâtes et papiers à un taux de production élevé.

Parallèlement on assiste à une poussée démographique sensible. De 1931 à 1941 la population augmente de 150%. De 1941 à 1951 la hausse, quoique moins imposante, se stabilise. Ce qui signifie qu'en l'espace de 20 ans



population est passée de 22,300 à 138,916 habitants. La majorité des nouveaux arrivés s'installent dans la région minière du nord-ouest où on assiste à un phénomène d'urbanisation presque instantané avec la naissance des villes de Rouyn-Noranda, Val d'Or et Malartic.

L'année 1951 marque le début d'une ère nouvelle pour le Nord-Ouest québécois. Le progrès économique amorce un freinage qui n'a pas été démenti depuis. Par exemple, de 1951 à 1961 le Nord-Ouest connaît le taux d'activité le plus bas au Québec (Mission de Plannification du Nord-Ouest Québécois (MPNOQ , 1970) <sup>(1)</sup>). En l'espace d'une décennie le taux de chômage passe de 1.82% à 8.66%. En 1970 il sera de 16.60%.

Ce revirement de fortune est lié à la débâcle des mines d'or. Cette crise entraîne la fermeture de plusieurs mines et ralentit considérablement l'élan expansionniste qu'avait connu cette industrie.

Conséquemment tous les autres secteurs de l'activité économique périssent. L'industrie alimentaire réduit sa production; de plus il y a abandon des terres, déflation démographique, chômage, exode de la jeunesse et de la main-d'oeuvre spécialisée, augmentation des assistés sociaux et la naissance des paroisses marginales.

---

(1) MPNOQ : Mission de Plannification du Nord-Ouest Québécois. Dorénavant abrégé dans le texte.

Les villes de la zone minière perdent graduellement les caractéristiques de leurs fonctions initiales. Elles se transforment progressivement pour se découvrir une autre vocation, celle de centre de services. Cette orientation nouvelle réprime en partie la régression économique et assure une certaine stabilité. Elle n'empêche pas cependant l'augmentation du nombre des sans emplois surtout chez les hommes, car si on peut trouver du travail il s'adresse le plus souvent à la main-d'oeuvre féminine. De son côté l'industrie minière a continué à se développer mais à un rythme beaucoup plus lent. Et les découvertes se font au nord du territoire, ce qui conduit à la naissance de villes nouvelles et contribue à des mouvements de population à l'intérieur même de la région au détriment des villes déjà existantes.

L'impact du reflux économique s'est fait sentir à tous les niveaux du complexe social. Il a touché une communauté en pleine expansion. Ce revirement inattendu a imposé de nouvelles règles de jeu, et un ordre social nouveau qui exige des efforts d'adaptation continus.

Quels ont été à long terme les conséquences de ce traitement sur la population? Comment mesurer le degré d'usure de l'organisme face à une telle situation? C'est à ces questions que nous tentons de répondre en nous penchant sur le phénomène de la dépression par le truchement de la méthode épidémiologique.

## DEPRESSION ET CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

### DEFINITION

Définir la dépression n'est pas chose facile et courante. Cette expression est utilisée de plus en plus pour signifier aussi bien une réaction normale de l'humeur qu'une réaction anormale. Silverman (1969) illustre bien la problématique quand elle écrit: "Depression is a mood, a symptom, a syndrome and a disease"(p. 1).

L'originalité de la dépression, en temps que réaction pathologique se retrouve dans un dénominateur qui la caractérise malgré ses nombreux déguisements. Et il semble que ces déguisements ne soient que d'ordre quantitatif bien que chaque individu dépressif reflète une symptomatologie composée d'éléments qui ne figuraient pas chez d'autres personnalités dépressives. En d'autres mots, une forme bénigne ou maligne de dépression ne serait différenciée que par une marge d'intensité. Cette théorie n'est, cependant, pas partagée par tous les cliniciens ou par tous les chercheurs. Certains prétendent que la dépression est composée de plusieurs entités pathologiques bien distinctes. Ces explications ne sont que d'un secours limité pour la formulation d'une définition et en somme elles ne viennent qu'ajouter à la difficulté.

Ce qui déconcerte encore davantage, c'est que les états dépressifs soient connus depuis l'antiquité sans que cela ne jette plus de lumière. Certains comptes rendus de la bible

décrivent sans équivoque des manifestations psychopathologiques (Mendels, 1970). De même, Hippocrate, il y a plus de deux mille ans, a été le premier à fournir une description clinique de la dépression. Il a baptisé son observation: "mélancolie". D'ailleurs ce terme est encore employé aujourd'hui bien que sa définition soit modifiée. Mais ces éléments ne suffisent pas, car bien que l'unanimité se fasse sur le principe de l'existence de cette réaction pathologique et de ses conséquences nuisibles, le désaccord survient au moment de discuter de la nature de la dépression, de sa classification et de son étiologie.

Aucune thèse n'offre la possibilité d'un consentement universel. Toutes défendent des points de vue appréciables mais qui entretiennent la dissension. Alors pourquoi avoir choisi la dépression comme sujet d'étude si sa seule définition prête à tellement de confusion? Cette réalité ne devrait-elle pas décourager la recherche? Au contraire, toute contribution, si modeste soit-elle doit être incitée.

Il est certain que les ressources disponibles pour obvier à ces problèmes étiologiques ne sont pas nombreuses. Il reste, cependant, une possibilité. Là où la culture et les us et coutumes ont donné un sens à un terme, tel dépression, il semble logique que la méthode utilisée pour l'observation de ce même problème respecte cette caractéristique en

n'imposant pas une définition arbitraire du concept. Or la méthode épidémiologique peut opérer sans l'appui d'une définition traditionnelle. Il suffit d'une définition opérationnelle ou encore l'usage d'un syndrome spécifique qui corresponde à un répertoire diagnostique reconnu.

## LA CLASSIFICATION



L'absence d'unanimité concernant la définition de dépression gêne considérablement la reconnaissance de sa classification universelle. Cet objectif a été visé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour la première fois au début du siècle. Elle a soumis un glossaire dans le but de regrouper sous une même nomenclature aussi bien les affectations physiques que mentales. Par la suite plusieurs révisions de ce glossaire ont été proposées dont la plus récente date de 1968.

Vu la difficulté d'obtenir un consensus concernant une classification des affectations mentales, en particulier celle des désordres affectifs, l'Organisation Mondiale de la Santé a reproduit presque intégralement celle proposée par l'American Psychiatric Association. C'est de cette version finale que s'inspirent les Canadiens. Celle-ci comprend trois divisions majeures, qui sont: les psychoses affectives, les

autres psychoses et les dépressions névrotiques. Les psychoses affectives "se caractérisent par un seul trouble affectif, soit une extrême dépression ou une exubérance qui domine la vie psychique du malade et explique toute perte de contact avec son entourage". (Bureau Fédéral de la Statistique, 1969, p.28). Ce genre de troubles affectifs se distingue par son origine qui ne doit pas être "rattachée directement à un évènement inopiné de la vie". (Bureau Fédéral de la Statistique, 1969, p.29).

Sous ce regroupement on retrouve:

La mélancolie d'involution (MEL D'INV)

Psychose maniaco-dépressive (PMD)

forme circulaire

forme dépressive

forme maniaque

Psychose dépressive endogène (DEP PSYCHO)

Les autres psychoses diffèrent des psychoses affectives en ce qu'il est possible de rattacher leur début à des évènements imprévus de la vie. Elles comprennent les réactions suivantes:

Psychose dépressive réactionnelle (PSYCHO DEP REAC)

Dépression psychotique réactionnelle

Mélancolie réactionnelle

Psychose dépressive psychogène

Une dernière catégorie regroupe les dépressions névrotiques. On entend par là:

Les dépressions réactionnelles (DEP NEV REAC)

Les états de dépression névrotiques

Les névroses dépressives

Contrairement aux "autres psychoses", il n'y a pas, dans ce cas, de perte de contact avec la réalité et la personnalité est beaucoup moins détériorée. De plus, ces troubles affectifs partagent un même dénominateur, celui de pouvoir rattacher leur origine à des situations identifiables.

Il va sans dire que cette classification est toujours controversée. Kendell (1968) rapporte que les "gradualists", dont les plus célèbres chefs de file ont été Aubrey Lewis et Paul Hock, s'opposent aux entités pathologiques promulguées par les courants Kraepélien et Freudien. La position défendue par les "gradualists" se résume par cette phrase de Lewis: "Depression is a single clinical disorder that can express itself in a variety of forms", (Beck 1967, p.63). D'où le refus d'accepter la dichotomie névrotique et psychotique pour y substituer la théorie du continuum.

En 1968, R.E. Kendell entreprend de trancher la controverse à l'aide d'analyses statistiques exhaustives de la classification des états dépressifs. Les résultats qu'il

obtient lui permettent d'affirmer que les états dépressifs, tout en étant pas des entités radicalement distinctes, représentent tout de même des stéréotypes correspondant à une symptomatologie différente. Enfin il recommande que soit respectée la théorie du continuum aux extrémités duquel en retrouverait les clichés de névrotique et de psychotique. Il est plus sévère cependant en ce qui concerne la mélancolie d'involution qu'il suggère d'enrayer complètement du manuel de classification. A ce sujet il conclut en disant:

"There is no good evidence either from this or other investigations that involutional melancholia is an independant entity, it should no longer be regarded as a diagnostic category", (R.E. Kendell 1968, p.82).

#### CLASSIFICATION ET MESURE DE LA DEPRESSION

Dans la présente recherche, la classification décrite plus haut, a été respectée intégralement. D'ailleurs c'est celle qui a été utilisée par les professionnels de la santé mentale dans le Nord-Ouest Québécois, le territoire concerné par notre recherche. Elle a permis de faire le relevé des cas de dépression dépistés dans cette région et de les classer selon les divers types de manifestation.

Le tableau I illustre la diversité des types de dépression retrouvés dans les dossiers des agences offrant des services psychiatriques dans le Nord-Ouest Québécois.

TABLEAU I

Répartition des types de dépression selon les secteurs psychiatriques - 1969-1973

Classification de la dépression (Organisation Mondiale de la Santé)								# cas/ 1000	Total en %
Secteurs (population)	Psychoses Affectives			Dép. Réactionnelles		# cas/ 1000	Total en %		
	PMD	MEL D'INV	DEP PSYCHO	PSYCHO DEP REAC	DEP NEV REAC				
<u>Minier</u>									
Rouyn-Nor (22,355)	(4) 3%	(3) 2%	(7) 5%	(2) 2%	(116) 88%	5.90	100		
Val D'Or (20,208)	(9) 6%	(1) 1%	(6) 4%	(0) 0%	(129) 89%	7.17	100		
Malartic ( 5,337)	(2) 6.5%	(1) 3%	(2) 6.5%	(0) 0%	(26) 84%	5.80	100		
Total (47,900)	(15) 4.87%	(5) 1.63%	(15) 4.87%	(2) .65%	(271) 87.98%	6.38	100		
<u>Agricole</u>									
Amos (10,678)	(8) 20%	(0) 0%	(2) 5%	(0) 0%	(30) 75%	3.74	100		
La Sarre (16,663)	(4) 5.33%	(4) 5.33%	(4) 5.33%	(1) 1.33%	(62) 82.68%	4.50	100		
Ville-Marie ( 7,476)	(10) 8%	(3) 2%	(12) 10%	(0) 0%	(98) 80%	16.45	100		
Total (34,817)	(22) 9.24%	(7) 2.94%	(18) 7.56%	(1) .42%	(190) 79.84%	6.23	100		
<u>Grand Total</u>	(37) 6.77%	(12) 2.19%	(33) 6.04%	(3) .54%	(461) 84.46%	6.59	100		

Les données indiquent que 15% (6.77+2.19+6.04) des états dépressifs se classent dans la catégorie des psychoses affectives, 84.46% parmi les dépressions névrotiques et seulement .54% parmi les psychoses dépressives réactionnelles. Le pourcentage le plus élevé de psychoses affectives se retrouve dans le secteur agricole où il atteint 57% (47 cas/8 ). Le secteur minier de son côté est surtout affecté par les dépressions à caractère névrotique. En effet, 58.7% des cas de cette catégorie proviennent de ce secteur (271 cas/461).

Toutes proportions gardées, c'est la région du Témiscamingue qui accuse la pathologie la plus lourde si on tient compte du pourcentage élevé de psychoses et aussi la clientèle névrotique de cette région compte tenu de la population totale du territoire. Cette première appréciation du bilan régional de la dépression permet déjà de spéculer sur les origines de l'inégalité de la répartition du phénomène dépressif.

Comme on a pu le constater, il semble que certains milieux possèdent davantage les caractéristiques qui entraînent le développement des cas de dépression. Par exemple, le nombre imposant de dépressions réactionnelles indique qu'il existe, dans des milieux particuliers, des contraintes suffisamment sévères pour influencer l'incidence de la dépression. Ceci nous amène à discuter du rôle que

peut jouer le milieu dans l'origine des maladies mentales.

En d'autres mots quelles peuvent-être les conséquences possibles de certaines variables socio-culturelles sur l'ensemble des désordres mentaux?

Une étude rapportée par A. Leighton en 1963 dans une région spécifique de l'Est du Canada tente de répondre à cette question. Son hypothèse suggèrait que certains milieux socio-culturels en voie de désintégration exposaient des populations déterminées à des risques de morbidité plus grands. Dans le but de vérifier cette hypothèse Leighton s'est penché sur l'étude de cinq localités d'une même région de la Nouvelle-Ecosse. Plusieurs années de travail lui ont permis de déterminer avec précision le degré de désintégration socio-culturelle de chacune de ces localités. Deux d'entre elles étaient très intégrées alors que les trois autres étaient fortement détériorées.

Les résultats de l'enquête ont révélé un taux de morbidité mentale très élevé pour les localités perturbées contre un taux léger pour les localités plus stables. De plus le spectrum des maladies des localités marginales présentait une gamme plus variée de désordres.

"With regard to the distribution and proportions of the major patterns, it would seem that the disintegrated areas are notheworthy for having examples of all seven categories, for having the highest

total percentage of symptom patterns, for having a high proportion of sociopathic symptoms and the highest percentage for psychoneurotic patterns and those classified as mental deficiency", (Leighton, 1963, p.340).

Dans le but de déterminer les origines qui ont amorcé le processus de détérioration sociale et qui ont conduit finalement à l'augmentation de la morbidité mentale dans la population, Leighton se renseigne sur l'histoire socio-économique de la région. Il apprend qu'elle a déjà été prospère et suffisante au niveau économique en plus de connaître un équilibre social positif. Puis subitement avec l'avènement de l'ère industrielle, l'économie locale est incapable de modifier son infrastructure de telle sorte qu'en l'espace de quelques années les industries en place sont éliminées. Les localités les plus touchées sont celles qui ne peuvent trouver de solutions de rechange face à une telle conjoncture économique. Conséquemment le processus de détérioration s'accroît pour devenir irréversible. Quelques communautés ont plus de chance. Elles parviennent à accomplir les opérations nécessaires pour neutraliser les effets négatifs du changement. Ce sont les localités que Leighton reconnaît comme positivement intégrées.

En comparant cette situation avec celle du Nord-Ouest Québécois on constate qu'il existe des similarités frappantes. On fait allusion d'abord à la baisse considérable

de l'activité économique qui se produit assez soudainement; à la vulnérabilité accrue des régions trop spécialisées au niveau industriel et presque entièrement dépendantes pour leur vitalité économique sur les secteurs davantage polyvalents; et à un niveau de morbidité plus élevé dans les localités caractérisées par un degré de détérioration plus marqué.

Ce parallèle entre deux sociétés très différentes qui réagissent de façon presque semblable face à une conjoncture socio-économique inquiétante donne plus de crédibilité à l'hypothèse de Leighton qui est utilisée dans cette recherche. Peut-on supposer que certaines contraintes dans l'environnement peuvent contribuer au développement de la maladie mentale ou encore augmenter les risques de la maladie pour une population déterminée? Voilà la question qui est étudiée dans les prochaines sections.



## METHODE

### PLAN D'ENQUETE

Le Nord-Ouest Québécois est un environnement particulier en soi. Il se distingue des autres régions du Québec à plusieurs points de vue. Son histoire est jeune. Son territoire est immense contre une faible densité de population. Son économie dépend en grande partie du secteur primaire. Les transformations sociales sont nombreuses et souvent reliées à une situation économique instable. On n'a qu'à citer la prolifération des paroisses marginales qui impliquent près de 25,000 habitants et où le taux de chômage atteint 25% de la main-d'oeuvre pour apprécier la qualité de ces transformations (MPNOQ, mars 1971, p. 28).

Afin de déterminer si de telles caractéristiques démographiques ont une influence sur le degré de morbidité de la dépression, l'incidence des cas de dépression a été étudiée en fonction des difficultés financières, sociales occupationnelles ou de statut matrimonial de la population.

Un premier relevé statistique des états dépressifs au niveau régional a donné 546 cas (voir Tableau I). Ce total représente 17.3% de l'ensemble de la morbidité mentale en psychiatrie adulte pour une période de cinq ans.

A partir de ce bilan, il devient important de s'interroger sur la signification de chiffres aussi élevés et

d'essayer d'en étudier quelques facteurs étiologiques.

Pour ce faire, nous avons d'abord essayé de déterminer si la dépression varie avec le temps et le lieu et s'il y a plus de fluctuation dans les régions plus particulièrement défavorisées. Ensuite nous avons tenu compte du sexe du client et de son statut social, pour enfin contrôler certaines variables sociales et économiques, telles que l'assistance sociale, le chômage et finalement l'emploi.

En ce qui concerne la variable occupationnelle, elle a été étudiée selon les secteurs primaire, secondaire et tertiaire, tout en accordant plus d'attention au secteur primaire. Ceci s'explique par la position stratégique qu'occupe ce secteur au niveau de l'économie régionale et aussi parce qu'il comprend trois types d'industries qui malgré leur spécificité se sont influencées mutuellement tant au niveau de leur développement que de leur décroissance. Il s'agit de l'industrie minière, forestière et agricole.

L'épidémiologie, étant principalement concernée par "l'étude des manifestations de masse de la maladie" (Greenwood, 1936, p. 8), implique nécessairement une connaissance des milieux social et physique dans lesquels se manifeste le désordre. Cette connaissance est indispensable si l'on veut identifier certains facteurs responsables

de l'aggravation du désordre et de son maintien. Le lecteur trouvera donc, dans la prochaine section, une description détaillée du milieu social et physique dans lequel l'étude de la dépression s'est faite.

## MILIEU PHYSIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

### Population

Le Nord-Ouest Québécois comprend environ 150,000 habitants répartis en quatre comtés, Abitibi-Est, Abitibi-Ouest, Rouyn-Noranda et Témiscamingue. Cette population dispersée sur un vaste territoire présente les caractéristiques suivantes tirées du dossier de la MPNOQ de mai 1970.

- D'abord elle est peu concentrée. En 1966 seulement 36.6% de la population habite les municipalités de 1000 habitants et plus.
- Le pourcentage des jeunes est très élevé. Presque 60% de la population se situe entre 0 et 25 ans.
- Contrairement à l'ensemble du Québec, la proportion d'hommes est plus grande. Elle constitue 52.2% des résidents alors que pour l'ensemble de la province ce pourcentage est de 49.9%. L'importance du secteur primaire explique en grande partie ce phénomène.
- Depuis 1951, on assiste à une perte de vitesse du taux de croissance de la population générale. En 1966, ce taux de croissance est déficitaire. Il accuse une perte de .4% par rapport à l'ensemble de la population en 1961.
- Il y a aussi un exode massif des jeunes qui atteint 8.56% de 1956 à 1961, et 7.91% de 1961 à 1966. 65% de ceux qui quittent la région ont moins de 25 ans.
- Enfin il est à noter que le taux de dépendance est plus élevé dans le Nord-Ouest Québécois parce qu'il y a proportionnellement plus de jeunes (pp. 4 et 5).

## L'économie

Au niveau économique, il faut considérer la prédominance du secteur primaire. En 1961, selon la MPNOQ de mai 1970, il occupait 40.9% de la main-d'oeuvre. C'était la région au Québec où la main-d'oeuvre du primaire était proportionnellement la plus élevée. Par contre, son taux d'activité générale est un des plus faibles et la main-d'oeuvre est demeurée stable de 1951 à 1971.

Enfin, le dossier socio-économique de la MPNOQ de mai, 1970, rapporte qu'en 1966 "le revenu personnel disponible (après impôt) par tête, était de \$1,372.00, soit le 2ième plus bas au Québec" (p. 23). La situation que décrit ce document prévaut encore aujourd'hui. Par exemple, on n'a qu'à citer le taux exagérément élevé de chômage pour les premiers 6 mois de 1970 qui comprenait 16.6% de la main-d'oeuvre. Ce taux est nettement supérieur à celui de la province et reflète une situation économique instable.

## Les soins psychiatriques

C'est dans une telle conjoncture que s'organisent les soins psychiatriques dans le Nord-Ouest Québécois. Avant 1969, la région ne dispose pas de services spécialisés pour traiter les désordres de nature psychologique. Les malades les plus atteints sont dépêchés vers les centres urbains les plus importants, soit Montréal et Québec, qui se situent

respectivement à 350 et 500 milles de la région.

Dans le but de pallier à cette situation inacceptable "un groupe de professionnels de la santé mentale de Montréal, en particulier en psychiatrie infantile, élabore un projet d'équipes volantes multi-disciplinaires devant donner sur place des services psychiatriques" (Amyot et Messier, 1971, p. 8). En mars 1969 arrive une première équipe de psychiâtres infantiles. En octobre de la même année, c'est au tour de deux équipes volantes de psychiatrie adulte. Ce mouvement prend rapidement de l'ampleur. En 1970, tout le réseau psychiatrique des 5 secteurs régionaux est servi. Le réseau compte 6 cliniques externes et un hôpital psychiatrique. L'hôpital se trouve à Malartic tandis que les cliniques sont localisées à Amos, La Sarre, Malartic, Rouyn-Noranda, Val D'Or et Ville-Marie (voir Figure 1). Le maximum des effectifs volants est atteint en mai 1970. Il se compose alors de 22 professionnels dont la répartition par secteur est illustrée dans le tableau II.

A la suite d'une politique de recrutement, les professionnels des équipes volantes sont remplacés par leurs homologues résidents. En août 1973, le dispositif psychiatrique au niveau des cliniques externes compte 23 thérapeutes permanents. Ces thérapeutes ont la responsabilité de 1292 cas actifs à cette date (Renato Zaniolo, 1973).

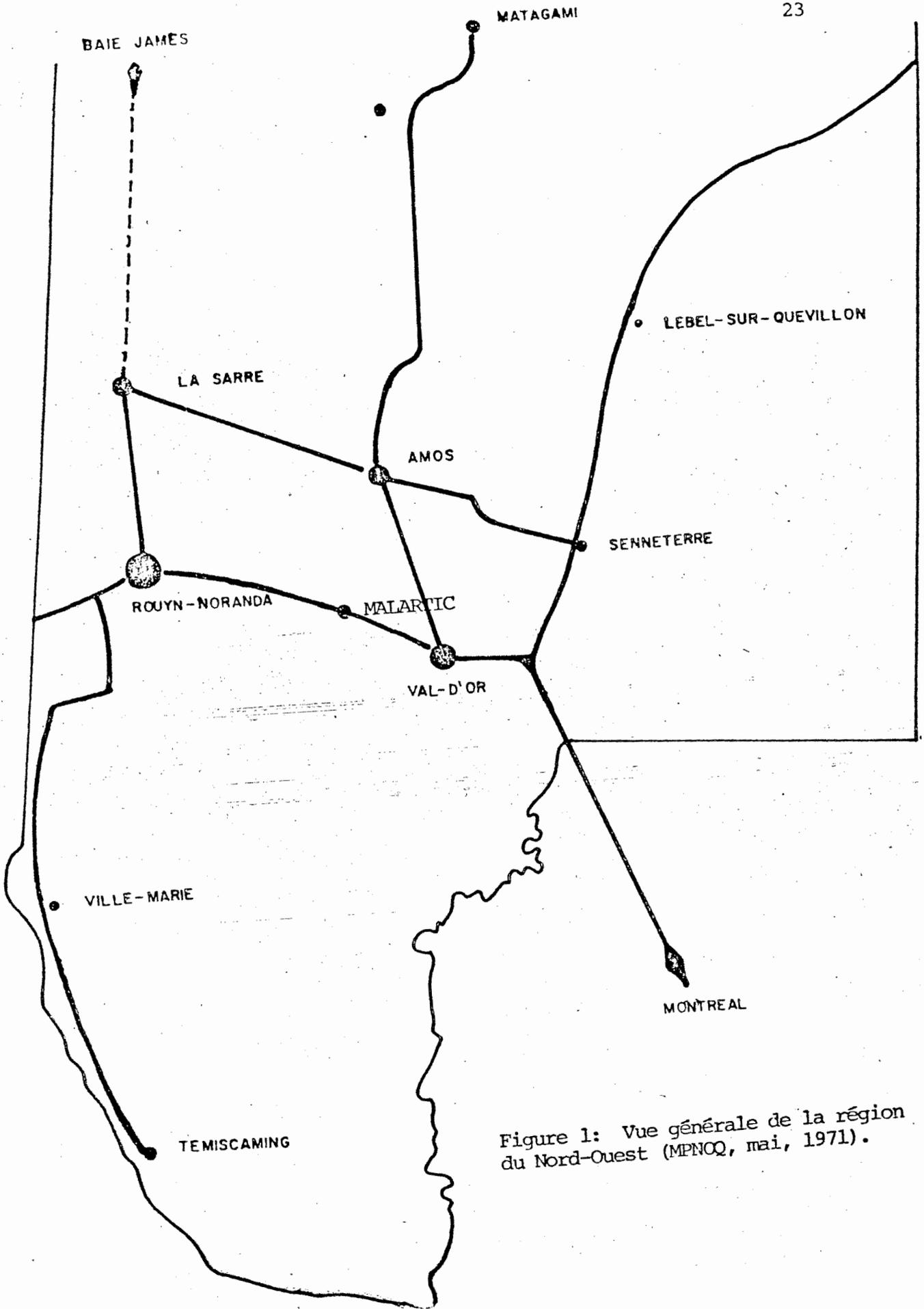


Figure 1: Vue générale de la région du Nord-Ouest (MPNOQ, mai, 1971).

TABLEAU II

Professionnels des équipes volantes de psychiatrie adulte en mai, 1970. (Tiré de A. Amyot et M. Messier, Les Equipes Volantes, 1971, p. 12)

	Mlartic	Amos	Val D'Or	Rouyn-N.	La Sarre	V.-Marie	Total
Psychiâtres et résidents en psychiatrie	1	1	1	1	1	2	7
Travailleurs sociaux	0	1	1	1	1	0	4
Infirmières psychiatriques	0	0	1	1	1	1	4
Psychologues	1	1	1	1	1	1	6
Ergothérapeutes	1	0	0	0	0	0	1
Total	3	3	4	4	4	4	22

Depuis l'apparition des services, 3,149 dossiers ont été ouverts dont la répartition par clinique est la suivante:

"Nombre d'inscriptions en août 1973

Rouyn	896	
Val D'Or	774	
La Sarre	501	
Amos	477	
Ville-Marie	321	
Malartic	280	
Total	3149"	(Renato Zaniolo, 1973, p. 12).

MESURE DE LA DEPRESSION ET DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES CAS AFFECTES

Au total, depuis la mise sur pied des services, de 1969 à 1973, 3,149 dossiers ont été ouverts. Les 550 cas de dépression que nous avons considérés pour notre étude proviennent de cette population. Ces dossiers se trouvent aux archives de l'hôpital psychiatrique régional localisé à Malartic. Ces archives constituent la banque centrale d'information où nous avons puisé notre échantillon global à partir de critères de sélection déterminés au préalable. Le choix de chaque cas a été fait en tenant compte du diagnostic endossé par le psychiâtre. Seuls les cas de dépression "pure", c'est-à-dire où la dépression était la pathologie dominante, ont été retenus. Cette sélection rigoureuse nous a conduit à rejeter 650 dossiers sur 1,100 retenus au départ.

Parmi les autres informations recueillies, il y avait:

l'âge,  
le sexe,  
le statut matrimonial,  
la profession (métier),  
le secteur psychiatrique,  
la date d'ouverture du dossier,  
la date de fermeture,  
le syndrome et  
l'histoire sociale.

La plupart de ces renseignements ont été trouvés dans les dossiers. Les informations manquantes nous ont été fournies par les thérapeutes des cliniques concernées qui nous ont offert leur entière collaboration. Cette cueillette d'information nous a permis de rassembler 550 cas de dépression à partir desquels nous avons élaboré notre étude épidémiologique.

## RESULTATS

### INCIDENCE ET PREVALENCE DE LA DEPRESSION

#### Incidence

Pour estimer le taux d'incidence des cas atteints au cours de la période qui nous intéresse il faut diviser le nombre de cas nouveaux par l'effectif total de la population déterminée, exposée au risque pendant cette période et multiplier ce résultat par mille (Reid, 1960, p. 28, pour l'Organisation Mondiale de la Santé).

C'est le calcul qui a été fait pour chacune des six régions dans le but d'établir un rapport proportionnel (voir le Tableau III). En tenant compte de cette règle, on constate que l'incidence de la dépression est de beaucoup plus élevée au Témiscamingue (Ville-Marie). Les autres secteurs présentent des courbes d'incidence qui se comparent, l'écart qui les sépare étant négligeable. On peut observer cependant une certaine conformité concernant la trajectoire des courbes (voir la Figure 2). Malgré l'écart qui sépare le territoire du Témiscamingue (Ville-Marie) des autres secteurs de l'Abitibi, il n'en demeure pas moins que les tracés sont à peu près identiques pour toutes les régions.

On constate qu'en 1970 les services de psychiatrie sont pris d'assaut. A part Ville-Marie, les autres cliniques ont ouvert leurs portes vers la fin de l'année précédente.

TABLEAU III

Incidence de la dépression pour la région du Nord-Ouest Québécois pour les années 1969-1973. (Nombre de cas/mille de pop.). (1)

Secteur	1969 (2)	1970	1971	1972	1973
<u>Minier</u>					
Rouyn-Noranda	.71	1.96	.98	1.78	.96
Val D'Or	.79	2.32	2.47	1.38	.95
Malartic	1.12	1.87	1.87	1.12	.44
Total	.79	2.10	1.71	1.54	.90
<u>Agricole</u>					
Amos	.93	1.03	.74	1.31	.33
La Sarre	.00	1.56	.84	1.56	.93
Ville-Marie	.00	5.48	5.21	3.07	2.00
Total	.28	2.24	1.75	1.80	.98
<u>Global</u>	.58	2.16	1.72	1.65	.93

(1) Les taux ont été calculés à partir de la population en âge de travailler de la région, c'est-à-dire de 18 à 65 ans.

(2) Les taux d'incidence pour 1969 sont des taux ajustés. La majorité des cliniques ont servi la population à compter d'octobre 1969. Cette règle s'applique aux tableaux qui suivent.

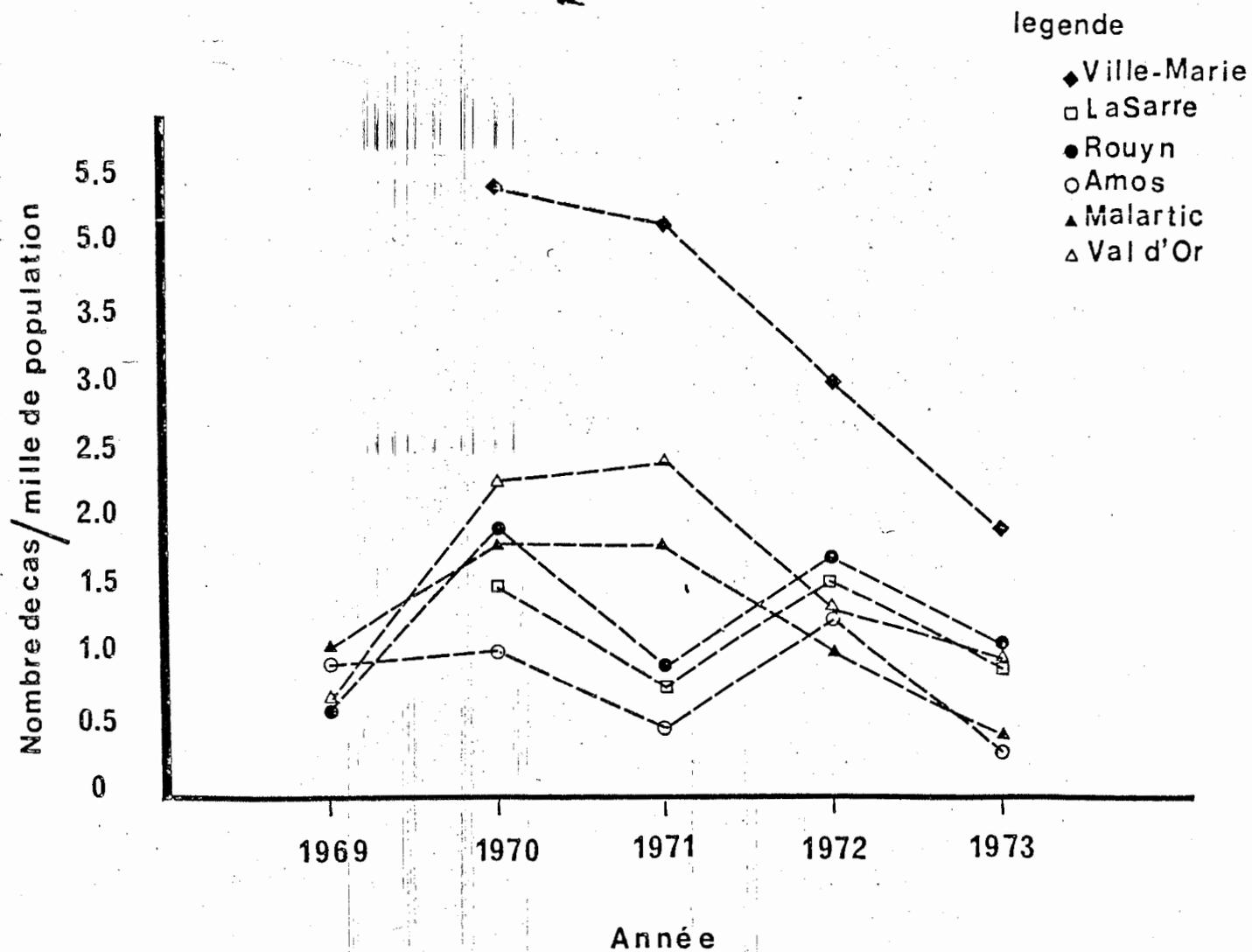


Figure 2 : Courbes d'incidence de la dépression pour la région du Nord-Ouest Québécois pour les années 1969-1973.

Une publicité au niveau régional auprès des organismes communautaires et de la population en général prépare le terrain pour une première offensive. Les services doivent répondre à un besoin qui n'a jamais pu s'exprimer localement auparavant. Par la suite, les nouveaux cas auront tendance soit à augmenter légèrement ou à diminuer pour enfin enregistrer une baisse générale en 1973.

Cette inclinaison se retrouve aussi bien au Témiscamingue (Ville-Marie) qu'en Abitibi bien que l'écart qui sépare les courbes se maintient.

Toutefois, cette mesure de la morbidité dépressive représente une sous-estimation de la morbidité réelle. A part l'effort qui a été fait pour éliminer les faux cas, un bon nombre de personnes affectées négligent de consulter en psychiatrie ou encore sont soulagées par des ressources communautaires autres que la psychiatrie. Il faut ajouter aussi que plusieurs cas ont été retirés du total original afin de conserver seulement les cas où la dépression était "pure". Notre estimé reflète donc probablement un tableau très conservateur de l'incidence réelle de la dépression.

Le tableau III nous a indiqué une division des six secteurs en deux groupes. Le premier comprend les localités de Malartic, Val D'Or, Rouyn-Noranda et se caractérise surtout par l'exploitation minière alors que l'autre qui compte les localités de La Sarre, Amos et Ville-Marie est surtout reconnu pour son agriculture et pour ses industries de

En tenant compte de cette division on constate que la différence dans les taux d'incidence est négligeable. Cependant, après examen de la distribution interne des courbes, on découvre que le secteur agricole (La Sarre et Amos), sans le Témiscamingue (Ville-Marie), présente un taux d'incidence plus bas que celui du secteur minier. En effet, cette région contribue à hausser l'incidence globale du secteur agricole de telle sorte qu'il devient semblable au secteur minier.

Cette constatation nous oblige à souligner l'importance du phénomène dépressif au Témiscamingue et à examiner de plus près la nature des conditions qui ont contribué à influencer ce phénomène.

### Prévalence

Le tableau IV considère le nombre total de fréquences à un moment précis de l'année. Il s'agit ici des cas actifs au 31 décembre des cinq années pertinentes. Ce taux comprend tous les cas actifs ouverts au cours de l'année en plus des cas des années précédentes encore en traitement. Il s'avère que les courbes individuelles sont conformes à la tendance générale (voir Figure 3).

Un premier coup d'oeil au tableau IV indique que les taux de prévalence sont plus élevés en 1971 et surtout en 1972 alors que les taux d'incidence marquent leur plus forte élévation en 1970. Cette morbidité soudaine et élevée au

TABLEAU IV

Points de prévalence (31 décembre) des cas de dépression pour la région du Nord-Ouest Québécois - 1969-1973 (Nombre cas/mille pop.)

Secteurs	1969	1970	1971	1972	1973
Rouyn-Noranda	0.35	1.34	1.87	2.05	2.28
Val D'Or	0.39	2.17	3.06	2.72	2.57
Malartic	0.56	1.87	2.99	3.56	2.06
Amos	0.46	0.74	1.40	2.15	1.87
La Sarre	0.00	1.32	1.44	1.92	1.62
Ville-Marie	0.00	4.94	8.15	7.49	6.01
Global	0.29	1.82	2.65	2.79	2.49

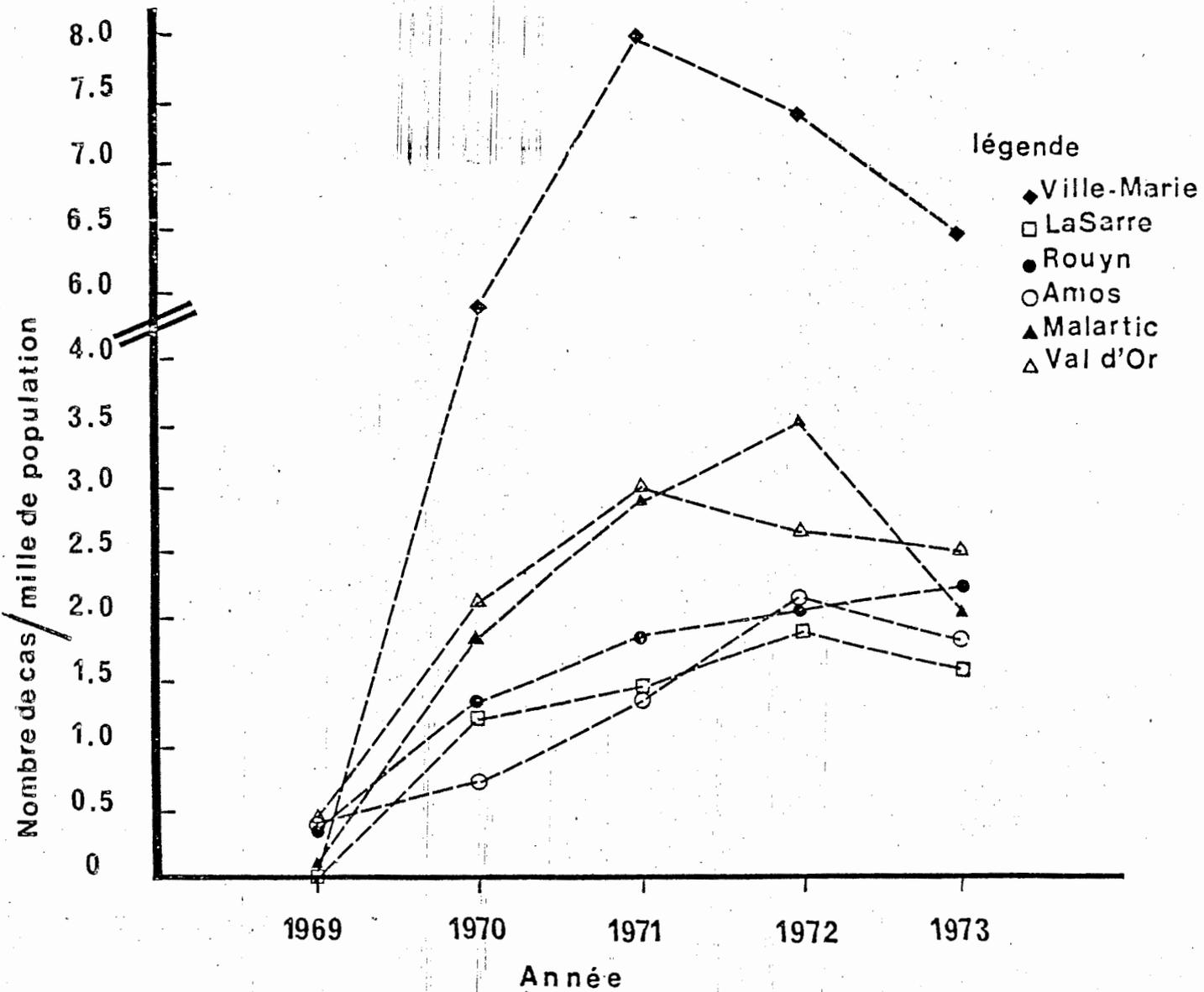


Figure 3: Courbes des points de prévalence (31 décembre) pour la région du Nord-Ouest Québécois pour les années 1969-1973.

tableau IV s'explique en grande partie par la nouveauté des services. Suite à l'affluence initiale, le nombre de cas tend à diminuer au fur et à mesure que les années passent. Ceci est confirmé par la baisse générale qui se produit en 1973.

A la figure 3, la trajectoire des courbes ne fléchit pas si rapidement. Val D'Or et Ville-Marie voient leur nombre de cas fléchir en 1972. Trois cliniques, Malartic, Amos et La Sarre, ne diminuent qu'en 1973. Par contre, Rouyn ne connaît aucune baisse. On constate plutôt une lente ascension depuis l'ouverture de la clinique. Cependant cette tendance pourrait connaître une première baisse en 1974 si l'écart entre les années continue à diminuer comme c'est le cas depuis 1969.

La figure 4 compare les courbes de prévalence et d'incidence au niveau régional. On peut observer que l'écart entre ces deux mesures se fait de plus en plus grand même si le nombre de nouveaux cas tend à diminuer.

Cet écart peut être expliqué de différentes façons surtout si on tient compte de l'état des services pendant la période initiale de 1969-1970. Cette période est surtout caractérisée par un manque de personnel qui doit répondre à un taux inflationniste de références. Conséquemment, il est possible que la durée du traitement en soit affectée et que le traitement des dossiers soit négligé.

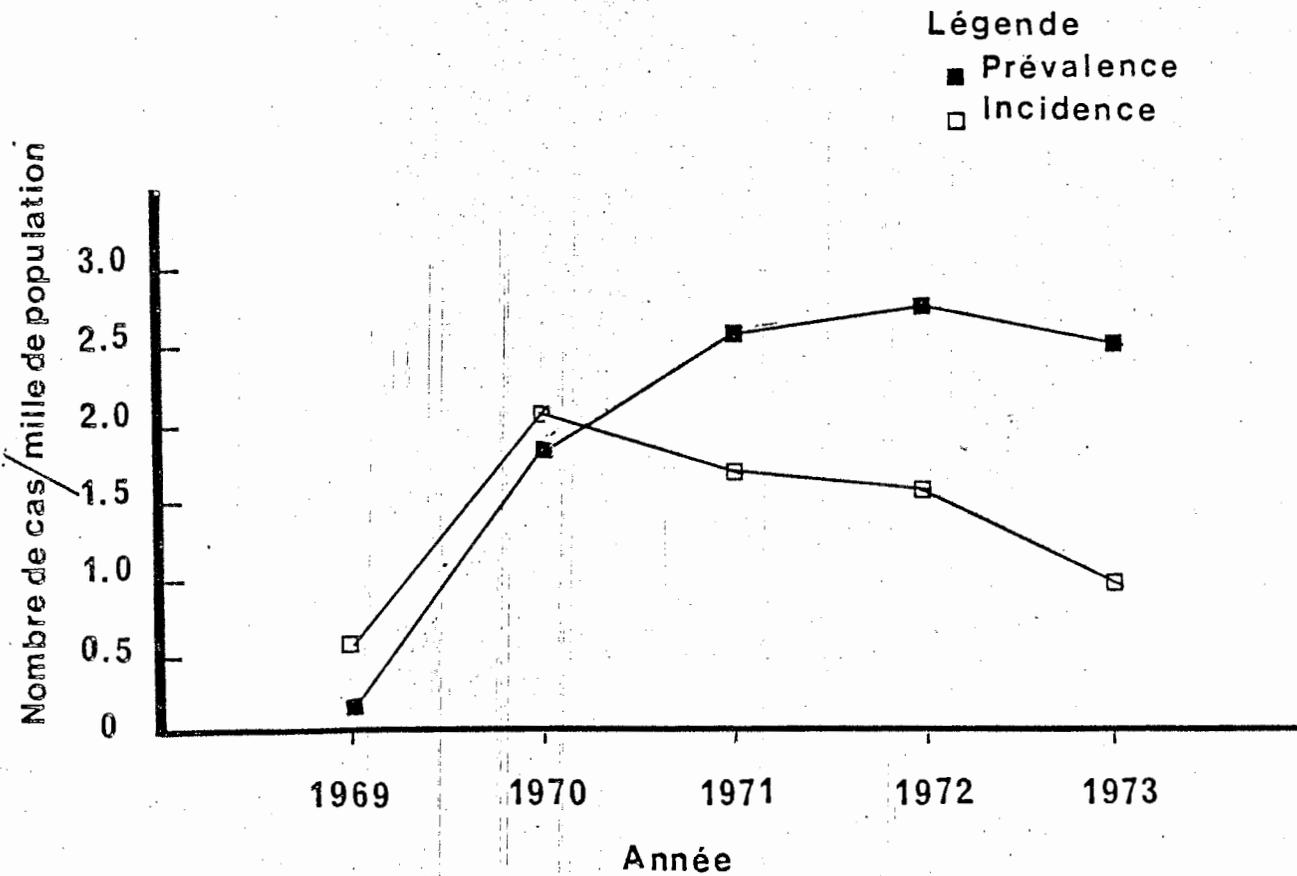


Figure 4 : Courbes d'incidence et de prévalence des cas de dépression pour la région du Nord-Ouest Québécois (1969-1973).

Cependant, malgré la consolidation des services et une diminution sensible du nombre de nouveaux cas, l'écart qui s'engage en 1971 ne rétrécit pas. Au contraire, la différence qui sépare les courbes d'incidence et de prévalence s'accroît. En 1971, 65% des cas de dépression en traitement sont des nouveaux cas. En 1973, ce pourcentage est réduit à 33% alors que 67% représente le pourcentage cumulatif des cas en traitement depuis 1969. En nombre absolu, la somme des cas en traitement est moins élevée qu'en 1972. Cependant, l'écart qui sépare les nouveaux cas des cas en traitement continue de s'agrandir. A première vue, cette réalité signifie que le client une fois entré dans le réseau psychiatrique peut difficilement en sortir pour une raison ou pour une autre.

Les causes de cette situation peuvent être multiples ainsi que ses implications tant au niveau clinique qu'administratif. Sur le plan clinique, voici quelques variables qui pourraient expliquer le phénomène:

- la virulence des réactions dépressives
- tendance vers les traitements à long terme
- traitement surtout à base de médicaments
- utilisation minimale des ressources communautaires
- traitement inadéquat concernant la dépression

Sur le plan administratif:

- dossiers ouverts, non en traitement
- manque de personnel

Le secteur de Ville-Marie présente sans contredit la courbe la plus spectaculaire. Elle atteint un point culminant en 1971 avec 8.15 cas de morbidité sur mille de population. Par la suite on assiste à une décroissance qui se compare aux autres cliniques. Il est à noter, cependant, que son niveau de stabilisation demeure proportionnellement très élevé. Bien que cette tendance à diminuer devrait se poursuivre, elle s'opère à un rythme plus lent que la moyenne. On peut se demander si cette particularité de ce secteur pourrait être expliquée à partir du fait que la clinique de Ville-Marie est éloignée du reste du réseau et par ce fait négligée.

Le tableau que nous venons de brosser de la dépression nous a fourni une vue d'ensemble de sa répartition sur le plan régional et au niveau de chacun des secteurs. En consultant les tableaux qui suivent, notre intention est de connaître l'origine des variations observées en les étudiant en rapport avec d'autres particularités démographiques, géographiques et de travail.

#### DIVISION DE TRAVAIL ET DEPRESSION

Dans cette section, les populations étudiées sont celles des travailleurs (main-d'oeuvre), et de leurs dépendants.

Le tableau V montre que l'incidence de la dépression

TABLEAU V

Cas de dépression dans les secteurs primaire, secondaire et tertiaire chez les travailleurs et leurs dépendants en Abitibi-Témiscamingue de 1969 à 1973. (1)

Secteurs	Travailleurs cas/1000 pop.	Dépendants cas/1000 pop.	Total cas/1000 pop.
Secondaire- Tertiaire	3.59	4.11	3.86
Primaire	4.80	7.76	6.20
a) Agriculture	4.81	13.01	10.27
b) Mines	4.46	7.84	6.37
c) Forêt	4.47	5.26	4.86

(1) Les travailleurs sont les employés alors que les dépendants sont ceux qui dépendent du soutien apporté par un employé.

s'élève au secteur primaire. Il accuse dans l'ensemble 6.2 cas de dépression sur mille de population dont 4.8 pour les travailleurs et 7.76 pour leurs dépendants. Le taux des travailleurs du primaire est pratiquement le même que celui des travailleurs du secondaire et du tertiaire. La première variation d'importance est reliée à la fréquence des cas des dépendants qui est presque le double des autres fréquences.

Une analyse plus poussée des statistiques du secteur primaire indique que le degré de morbidité n'est pas uniformément réparti selon les différentes sphères de l'activité économique, c'est-à-dire le secteur agricole, minier et forestier (voir le Tableau V).

Le risque de la dépression encouru par la population reliée à la foresterie est le moindre. En effet, 4.86 personnes par mille de population sont atteintes. De plus, l'écart qui sépare les travailleurs des dépendants est négligeable (4.47 vs 5.26). Ensuite suit le secteur minier qui accuse un taux de morbidité global de 6.37 cas sur mille de population. L'écart entre travailleurs et dépendants s'est accru de trois unités (4.46 vs 7.84).

C'est dans le domaine de l'agriculture où la différence entre travailleurs et dépendants est la plus grande. Elle est de 8.20 cas sur mille de population. Les travailleurs

possèdent un taux de 4.81 atteintes sur mille de population alors que les dépendants présentent 13.01 cas de morbidité sur le même dénominateur. La fréquence combinée dépasse dix cas par mille de population.

Jusqu'à ce stage-ci de l'analyse, il se dégage un fait intéressant. Les dépendants présentent des taux de morbidité plus élevés que les travailleurs et de plus la valeur de ces taux est apparamment en relation avec certaines caractéristiques de l'activité économique impliquée. Il semble que plus un secteur industriel est productif et stable, moins sa population est susceptible de développer des états dépressifs. C'est le cas pour le secteur de la foresterie dont la vitalité économique s'améliore depuis quelques années et où l'incidence de la dépression est moindre.

De son côté, le domaine agricole dont la posture économique est la moins enviable, connaît une vulnérabilité plus grande face à la dépression. Dans la section suivante, il sera question d'analyser plus en profondeur les trois secteurs de travail dont nous venons de discuter.

### Forêt

D'abord examinons de plus près le domaine de la foresterie. La MPNOQ rapporte, dans une étude qu'elle a soumise au mois de décembre, 1971, "que l'industrie du bois et des pâtes et papier constitue les deux groupes industriels les plus dynamiques de la région" (p. 28). Elle discute aussi

de l'implantation de nouvelles industries d'ici 1976 ce qui promet une augmentation des possibilités d'emploi et une stabilité pour les travailleurs.

On peut supposer que cette situation ne peut être que bénéfique pour cette population. C'est à partir d'une telle conjoncture qu'on a pu supposer, au tableau V, que cette stabilité économique se rapproche de celle des secteurs secondaire et tertiaire, pouvant ainsi expliquer les taux inférieurs de dépression dans ces secteurs de l'emploi. Les fréquences respectives des cas de dépression pour ces secteurs indiquent des taux de 3.86 pour le secondaire et le tertiaire et 4.86 pour la foresterie et pratiquement aucun écart entre travailleurs et dépendants dans les deux cas.

### Mines

Un bref aperçu de la situation minière dans le Nord-Ouest Québécois révèle que cette industrie est en perte constante de vitesse depuis 1950. Elle connaît depuis vingt ans une tradition d'instabilité économique. La MPNOQ rapporte que "depuis 1960, 96 mines ont été mises en exploitation. Plus de 60% d'entre elles ont été ouvertes avant 1950 et 26% entre 1960 et 1970" (décembre 1971, p. 31).

De ce nombre, 22 mines restent encore aujourd'hui. Conséquemment les emplois miniers ont diminué sans cesse depuis ce temps. En 1961, il y a 6,800 mineurs; en 1966,

6,300; et finalement il n'en reste que 5,100 en 1970.

La majorité des mines mises en exploitation avant 1960 étaient situées sur l'axe des villes de Rouyn-Noranda, Malartic et Val D'Or. A partir de 1960, le rapport révèle que "le développement du secteur minier est basé sur une nouvelle génération de mines, et que cette nouvelle génération se situe de plus en plus au nord de la région" (p. 31). C'est-à-dire dans la région de Matagami-Joutel, territoire campé dans la partie nord du secteur d'Amos. Cette situation désavantage les villes de la zone centrale d'abord à cause du drainage de sa population et aussi à cause des richesses de son sous-sol qui s'épuisent rapidement. C'est pourquoi les secteurs de Rouyn-Noranda, Malartic et Val D'Or sont dans une position critique qui les défavorise face à une relance de leur économie. D'autant plus que le ralentissement économique dure depuis déjà vingt ans.

En résumé, la position de l'industrie minière dans le Nord-Ouest Québécois est instable. Cependant, cette situation n'est pas reflétée de façon évidente par le taux de morbidité global de la dépression qui est de 5.70 par mille de population (voir le Tableau VI). Ce n'est qu'à partir des variations entre secteurs qu'il est possible de tirer des conclusions plus pertinentes.

Le tableau VI permet d'étudier la distribution des cas

TABLEAU VI

Cas de dépression chez les mineurs et leurs dépendants  
pour 5 secteurs psychiatriques pendant la période 1969-  
1973 (#cas/1000 pop.)

Secteurs/Catégorie	Travailleurs	Dépendants	Total
Rouyn-Noranda	3.21	15.26	9.23
Val D'Or	6.34	9.14	7.75
Malartic	1.39	5.58	3.48
Amos	1.70	0.85	1.30
La Sarre	5.98	3.99	4.99
Total	3.72	7.60	5.70

de dépression dans la population des mineurs et de leurs dépendants. Ce tableau, en plus de fournir un aperçu régional de la morbidité chez les mineurs, se subdivise en cinq parties selon les secteurs correspondant aux cliniques de Rouyn-Noranda, Malartic, Val D'Or, Amos et La Sarre. Faute de dénominateur, la région du Témiscamingue (Ville-Marie) ne figure pas au tableau.

En effet les secteurs situés sur l'ancienne zone minière offrent des taux de morbidité deux fois plus élevés que les taux combinés des secteurs d'Amos et de La Sarre. Le secteur d'Amos jouit du taux de morbidité le plus bas. En ce qui concerne les villes de la faille de Cadillac (Rouyn-Noranda, Malartic, Val D'Or), les taux sont très variables. Et les dépendants continuent d'afficher la moyenne la plus élevée. L'écart entre dépendants et travailleurs dans la région de Rouyn-Noranda est particulièrement grand. Les mineurs semblent peu affectés avec 3.21 cas sur mille de population comparé à 15.26 pour les dépendants. La même situation existe pour Malartic et Val D'Or bien que l'écart ne soit pas aussi évident.

Par contre, les zones d'Amos et de La Sarre ont des taux clairement différents. Non seulement les dépendants de ces régions présentent des taux moins élevés que les



groupe comparatif de la zone minière mais les taux sont même inférieurs à ceux des travailleurs de leur région.

En résumé, l'industrie minière manifeste plus de dépression que celle de la foresterie. Les régions les plus frappées se retrouvent là où l'industrie minière connaît des difficultés. Enfin on constate à nouveau que le nombre de cas de dépression chez les dépendants tend à augmenter là où on enregistre une baisse de l'activité économique.

### Agriculture

Nous allons maintenant porter notre attention au niveau du secteur agricole. C'est le secteur qui a été le plus durement affecté par le ralentissement de l'activité économique dans le Nord-Ouest Québécois.

— Une première statistique nous apprend que de 1951 à 1970, la main-d'oeuvre agricole est passée de 11,000 à 2,075 personnes. "Le nombre de résidents qui habite en milieu agricole mais qui ne cultive pas (ou plus) est presque deux fois plus élevé que celui des exploitants" (MPNOQ, mars, 1971, p. 42). Ce rapport n'est pas le même dans les quatre comtés de la région. Cette même Mission de Plannification rapporte "qu'au Témiscamingue il y a 4 exploitants pour un résident. C'est le seul comté habité en majorité (80%) par des cultivateurs.

En Abitibi-Est", (Amos, Val D'Or, Malartic), "la situation est inverse: il y a 5 fois plus de résidents que d'exploitants. Le rapport est de deux exploitants pour trois résidents en Abitibi-Ouest", (La Sarre), "cinq dans Rouyn-Noranda" (mars, 1971, p. 45). Cette situation place l'agriculture dans une position d'enfant pauvre comparé aux autres secteurs de l'activité économique.

Il faut comprendre que le développement agricole a été provoqué par une explosion démographique entre 1931 et 1941. En une décade, la population totale de la région s'est accrue de 64,859, soit une augmentation de près de 150%. Selon la MPNOQ (mars 1971) "cet accroissement rapide fut le résultat de mouvement de colonisation qui eut lieu au moment de la crise de 1929" (p. 42). Par la suite, un grand nombre de défricheurs avec le développement de l'industrie minière et forestière ont quitté leur terre pour se trouver un autre genre d'emploi.

En 1951, les hésitations de l'industrie minière nuisent considérablement à la consolidation du secteur agricole et le place dans une position fâcheuse. Comme on a pu le constater, il y a abandon des terres à un rythme toujours croissant et le nombre de résidents excède rapidement celui des exploitants. De plus les secteurs où prédomine l'activité agricole souffrent davantage

de la situation faute de pouvoir compter sur l'appui d'un autre secteur industriel pour relancer leur économie. C'est le cas entre autre pour le Témiscamingue qui est habité à 80% par des agriculteurs. C'est avec cette toile de fond que nous examinerons l'état psychologique des habitants de cette région.

Le secteur agricole et surtout le Témiscamingue possèdent le taux de morbidité le plus important de tout le secteur primaire. Il indique que 8.91 personnes sur mille souffrent de dépression (voir le Tableau VII). En tenant compte de la division travailleurs-dépendants, les premiers enregistrent presque 5 cas sur mille contre 13 pour les dépendants. Rouyn-Noranda est la région la moins touchée. En nombre absolu, c'est le territoire où habite le plus petit nombre d'exploitants. L'Abitibi-Est vient ensuite avec 6.11 cas sur mille de population. On se souviendra que le nombre de résidents excède 5 fois le nombre d'exploitants dans cette région. Ces résidents travaillent dans les mines, en forêt ou encore dans les secteurs secondaire et tertiaire.

Avec l'Abitibi-Ouest, on touche une région davantage agricole. En effet, c'est la région qui comprend le plus de cultivateurs en nombre absolu. Le taux de morbidité est de 6.98 cas sur mille de population. De plus, on remarque que l'écart entre cultivateurs et dépendants s'élargit

TABLEAU VII

Cas de dépression chez les agriculteurs et leurs dépendants par comté et pour la période de 1969 à 1973 (# cas/1000).

Comté/Catégorie	Travailleurs	Dépendants	Total
Abitibi-Est	4.88	7.33	6.11
Abitibi-Ouest	3.81	10.16	6.98
Rouyn-Noranda	0.00	4.11	2.05
Témiscamingue	7.86	23.58	15.72
Total	4.81	13.01	8.91

C'est au Témiscamingue, région presque essentiellement agricole, que l'incidence est la plus élevée. Globalement, il y a 15 cas sur mille de population. Les travailleurs ont 7.86 cas sur mille alors que la fréquence de cas des dépendants est de 23.58 cas sur mille de population. Cette dernière statistique est de loin la plus grande observée à date et elle creuse encore plus le fossé qui sépare travailleurs et dépendants dans les régions les plus perturbées.

L'ensemble des résultats obtenus jusqu'à ce point peut se récapituler de la façon suivante.

- Il y a une augmentation des taux de morbidité d'un secteur de l'économie à l'autre en relation avec le degré de stabilité économique du secteur.
- Les taux les plus bas appartiennent aux secteurs secondaire et tertiaire.
- Les secteurs secondaire et tertiaire jouissent de l'écart le plus petit entre travailleurs et dépendants.
- Au niveau du secteur primaire, cette caractéristique revient au domaine de la foresterie dont les taux de morbidité s'apparentent beaucoup aux taux

des secteurs secondaire et tertiaire.

- L'industrie minière suit avec un taux régional relativement bas mais avec des taux pouvant varier considérablement selon les régions et leur degré de santé économique.
- Le domaine agricole se caractérise par le taux de morbidité le plus élevé, tant par comparaison des régions que par comparaison des emplois.
- On remarque enfin que plus une région est agricole plus on est susceptible d'y trouver des états dépressifs.

#### DEPENDANCE ET DEPRESSION

Ce qui frappe le plus dans la discussion des données, c'est de constater la grande susceptibilité des dépendants face à la dépression. Il est aussi intéressant de noter un accroissement de cette susceptibilité face à des situations d'instabilité économique. Aussi il est peut-être permis de supposer qu'une certaine catégorie de personnes, en l'occurrence les dépendants, éprouvent une plus grande insécurité dans des conditions de changements qui se perpétuent.

Cette constatation nous amène à étudier une autre population de dépendants que celle envisagée jusqu'à

maintenant. Il s'agit d'une population qui pour des raisons diverses doit se trouver le support de l'état pour garantir sa subsistance, plus particulièrement, les chômeurs et les assistés sociaux.

Nous avons voulu vérifier l'incidence de la dépression chez cette population en présentant le tableau VIII qui donne un aperçu général du nombre de sans-emplois affectés par ce désordre.

D'abord, le tableau VIII indique qu'il y a peu de différence entre les sexes quant au nombre de cas sur mille de population. Hommes et femmes semblent avoir la même réaction face à la dépression. Les taux de morbidité respectifs de ces deux catégories de dépendants ne diffèrent pas sensiblement. On constate que le taux des chômeurs qui est de 4.62 est légèrement inférieur au taux moyen des dépendants des travailleurs qui est de 5.93 (7.76 4.11/2) (voir Tableau V, p. 38). Malheureusement, une analyse des fréquences par secteur n'est pas possible faute de dénominateurs pour chaque secteur. Nous devons nous limiter à une vue globale de la dépression chez les chômeurs.

Le tableau IX illustre la répartition, selon les secteurs, des cas de dépression sur mille de population chez les assistés sociaux. Entre 1970 et 1973, il y a eu en

TABLEAU VIII

Calcul des taux moyens d'incidence annuelle de la dépression chez les sans-emplois, selon le sexe et pour les années 1970-1973.

Sexe	Nombre des sans-emplois (statistiques de 1973) (1)	Incidence totale de la dépression (1970-1973)	Moyenne annuelle de l'incidence	Nombre de cas/1000 (2)
Hommes	3,521	63	15.7	4.45
Femmes	1,239	25	6.2	5.00
Total	4,760	88	22.0	4.62

(1) Les statistiques sont des statistiques annuelles. La population totale de cette catégorie pour la période de 5 ans n'est pas connue. (Statistiques du Centre de Main-d'Oeuvre de Rouyn).

(2) Ce taux indique aussi l'incidence approximative de la dépression pour cette période de 4 années ( $4.45 \times 4 / 1000 \times 4 = 4.45$ ).

TABLEAU IX

Calcul des taux moyens d'incidence annuelle de la dépression chez les assistés sociaux selon les 6 secteurs psychiatriques et pour les années 1970-1973.

Secteurs	Nombre des assistés sociaux (statistiques de 1973) <sub>(1)</sub>	Incidence totale de la dépression (1970-1973)	Moyenne annuelle de l'incidence	Nombre de cas/1000 <sub>(2)</sub>
Rouyn-Noranda	1,215	21	5.2	4.27
Val D'Or	1,363	27	7.7	5.64
Malartic	321	6	1.5	4.67
Amos	492	7	1.7	3.45
La Sarre	766	10	2.5	3.26
Ville-Marie	440	15	3.7	8.40
Total	4,597	86	21.5	4.67

(1) Cf. note (1) au bas du Tableau VIII pour explication. (Statistiques du Service de Bien-Etre Social de Rouyn).

(2) Cf. note (2) au bas du Tableau VIII pour explication.

moyenne 4,597 assistés sociaux par année dans le Nord-Ouest Québécois. Dans l'ensemble, le nombre de cas de dépression par mille assistés sociaux (4.67) n'est pas significativement différent du nombre de cas enregistrés au niveau primaire, secondaire et tertiaire en ce qui touche les dépendants des travailleurs de ces groupes. Au fait, il est moindre que celui des dépendants du primaire qui est de 7.76 et presque semblable à celui des dépendants des secteurs secondaire et tertiaire qui est de 4.11 (voir Tableau V p. 38).

Au niveau des régions, il n'y a que Ville-Marie (région du Témiscamingue) qui se distingue avec 8.4 cas de dépression sur mille assistés sociaux. Cette fréquence est au-dessus de la moyenne générale pour cette population et maintient la tendance qui s'est manifestée dans cette région au niveau des tableaux III et VII.

En résumé, on peut dire que la dépression n'est pas plus élevée chez les assistés sociaux et les chômeurs que chez les dépendants des travailleurs et que les variations régionales sont assez semblables à celles qu'on retrouve en comparant d'autres populations. En effet, on a pu constater que les dépendants des travailleurs dans les régions les plus détériorées sont même plus enclins à la dépression que les chômeurs et les assistés sociaux.

Cette constatation soulève une question intéressante concernant les caractéristiques communes et distinctes des dépendants des travailleurs et des assistés sociaux. La discussion des résultats qui suit accordera de l'importance à cette question dans le but d'en extraire les suggestions les plus profitables pour l'amélioration des soins psychiatriques pour les cas de dépression.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

A cause du caractère exploratoire et du champ relativement nouveau de cette recherche, il a été impossible de comparer les résultats obtenus avec les résultats d'études similaires faites dans d'autres régions du Québec ou du Canada. Les contrôles furent limités à des comparaisons par cohorte au niveau d'un même territoire. Les inégalités sociales et économiques observées à l'intérieur du Nord-Ouest Québécois nous ont permis d'opposer différents agrégats de population et de comparer l'incidence de certaines variables communes et distinctes et celle des taux de dépression chez cette population.

La variable de l'économie a été la plus importante. Compte tenu du fait que le Nord-Ouest Québécois connaît une situation économique défavorable, nous avons voulu étudier les taux de dépression à partir de cette situation économique. D'abord, les résultats aident à conclure que la nature de l'emploi ne semble pas avoir une relation avec la hausse de cette affectation psychologique. Par contre, il semble que la menace de perdre son travail dans un avenir plus ou moins rapproché, situation provoquée par l'instabilité économique, influence davantage l'incidence de la pathologie. De plus, les dépendants des travailleurs, comprenant presque uniquement les épouses, sont le plus

affectés. Elles se trouvent dans une position de double soumission. En effet, elles dépendent d'un mari qui en retour est victime d'une situation économique instable. Par conséquent, elles font face à des adversités sur lesquelles elles n'ont pratiquement aucun contrôle. C'est surtout le cas des dépendants du secteur primaire où l'instabilité économique se manifeste avec plus de force.

Le nombre de dépressions sur mille de population chez les chômeurs et les assistés sociaux est relativement bas. Etant donné l'anticipation de taux plus élevés pour ce groupe, cette constatation a surpris. Il est probable que cette catégorie de population s'habitue avec le temps à un mode de vie défavorable mais stable et que cette stabilité sert de sécurité contre les adversités auxquelles font face les travailleurs et leurs dépendants. Il est probable aussi que leur fréquence de consultation en psychiatrie soit inférieure à celle de la classe moyenne. Cette dernière catégorie de personnes est probablement mieux informée et plus alarmée par des facteurs de changement, ce qui les pousse à consulter sans délai.

Par contre, les assistés sociaux ont un taux plus élevé dans le secteur de Ville-Marie (Témiscamingue) région où nous avons déjà constaté que les dépendants des travailleurs souffrent d'un degré de morbidité plus élevé. D'autant plus que le taux de 23.58 des dépendants des

agriculteurs de cette région presque uniquement agricole est environ trois fois celui des assistés sociaux de la même région. Par conséquent, il est possible qu'il y ait un effet de réverbération au niveau de la région de Ville-Marie qui fait que l'influence probable de l'instabilité économique sur les dépendants des travailleurs est aussi ressentie au niveau d'une population d'assistés sociaux de la même région.

Or, comme nous venons de le suggérer dans les paragraphes qui ont précédé, il est probable que les assistés sociaux sont plus habitués à leur condition sociale défavorable et intégrée dans leurs habitudes de vie que ne le sont les dépendants des travailleurs qui font face à une situation économique changeante et en voie de détérioration. Supposant que cette explication est valable, il ressort qu'une condition sociale déplorable mais stable a moins de relation avec l'incidence de la pathologie des dépressions qu'une situation d'insécurité face à une économie fragile et changeante.

Ceci nous amène à discuter une recommandation de L'Organisation Mondiale de la Santé qui suggère "qu'il faudrait une équipe multidisciplinaire constituée de 4 professionnels de la santé en psychiatrie adulte pour 25,000 habitants" (Renato Zaniolo, 1973, p. 10). Ce

rapport de 4 professionnels pour 25,000 habitants, quoique respectable, devrait pouvoir s'ajuster en fonction des indices de détérioration d'un milieu. Certaines populations plus affectées pourraient bénéficier d'une équipe plus imposante que celle proposée par L'Organisation Mondiale de la Santé. Par exemple, on constate que le Témiscamingue, en dépit d'une population inférieure à celle de 4 autres secteurs de la région, présente des taux de morbidité plus élevés en ce qui concerne la dépression. Si cette réalité demeure constante pour les autres catégories de pathologie, on peut supposer que les besoins thérapeutiques du Témiscamingue sont plus grands. Dans ce sens, le rapport suggéré par L'Organisation Mondiale de la Santé pourrait être modifié pour tenir compte de variables qualitatives des milieux dans le but d'en arriver à une meilleure répartition des effectifs professionnels.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la détérioration d'un milieu ainsi que la plus grande vulnérabilité de sa population face à des désordres psychologiques. Nous avons choisi, dans cette recherche, d'explorer plus particulièrement la dimension économique. Nous aurions pu aussi analyser d'autres dimensions, comme par exemple celle de l'organisation des loisirs. Cependant, nous avons sciemment limité notre recherche à cause de la

difficulté de trouver les statistiques nécessaires à une recherche de ce genre.

Pour mener à bonne fin une recherche épidémiologique il est important de respecter certaines exigences de base telles les dénominateurs des populations étudiées. Sans ces dénominateurs, les données statistiques ne peuvent rien révéler de l'incidence et de la prévalence d'un phénomène quelconque.

Cette difficulté fut démontrée tout au long de la recherche. C'est parfois après de nombreuses consultations auprès des agences gouvernementales de la région que nous avons pu trouver les dénominateurs requis. Cette expérience nous amène à souhaiter la mise sur pied d'une banque centrale d'informations statistiques, tant sociales qu'économiques, pour faciliter la recherche dans le but d'améliorer les services affectés à la population et d'élaborer des programmes de nature préventive.

Ce travail a déjà été amorcé par la MPNOQ ainsi que par le Ministère des Affaires Sociales. Il est à espérer que cette initiative se poursuive et qu'elle conduise à la mise sur pied d'un organisme régional de centralisation des données.

Tel que souligné antérieurement, les contrôles en épidémiologie sont laborieux, surtout pour une étude rétrospective où l'information disponible n'a pas toujours été fidèlement enregistrée par les enquêteurs et les évaluateurs. Cette situation laisse supposer une certaine faiblesse de la méthode comparativement à une méthodologie expérimentale plus rigoureuse. Par contre les avantages, au moins pour la psychologie, présentent un contre-poids à ces problèmes d'une valeur incontestable.

D'abord les statistiques épidémiologiques sont simples et jouissent par le fait même d'une très grande accessibilité. Ensuite, ce moyen élémentaire et commode offre la possibilité pour tous les professionnels d'observer la fréquence d'apparition d'un désordre psychologique donné dans des sous-groupes de population et d'obtenir du "feedback" sur la portée des services mis à la disposition de ces sous-groupes. Enfin les résultats obtenus permettent de nous renseigner sur les facteurs étiologiques d'ordre socio-culturel et par conséquent d'orienter les efforts prophylactiques dans des directions mieux appropriées et plus délimitées. C'est dans ce sens que cette recherche a pu être une contribution particulière aux méthodes de recherche des spécialistes de la santé mentale.

## BIBLIOGRAPHIE

- Amyot, A. et Messier, M., Les Equipes Volantes. Texte miméographié, Institut Albert-Prévost et Hôpital St-Jean-de-Dieu, Montréal, mai 1971.
- Beck, A.T., Depression. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1967.
- Bureau Fédéral de la Statistique, Manuel de Classification des Diagnostics Psychiatriques. Ottawa, L'Imprimeur de la Reine, 1969, pp. 29-35.
- Greenwood, M. et al., Spec. Ser. Med. Res. Coun. (Lond), 1936, 209, dans Reid, D.D., La Méthode Epidémiologique dans l'Etude des Troubles Mentaux. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1960.
- Kendell, R.E., The Classification of Depressive Illnesses. London, Oxford University Press, 1968.
- Leighton, A.H. et al., The Stirling County Study of Psychiatric Disorder & Sociocultural Environment, Vol. III. New York, Basic Books, Inc., 1963, pp. 322-355.
- Mendels, J., Concepts of Depression. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1970.
- Mission de Plannification du Nord-Ouest Québécois, Dossier Socio-Economique: Document I. Rouyn, Office de Plannification et de Développement du Québec, mai 1970.
- Mission de Plannification du Nord-Ouest Québécois, Esquisse du Plan Régional: I-Rapport Synthèse. Québec, Gouvernement du Québec, Office de Plannification et de Développement du Québec, mars 1971.
- Mission de Plannification du Nord-Ouest Québécois, Résumé de l'Esquisse du Plan. Québec, Gouvernement du Québec, Office de Plannification et de Développement du Québec, décembre 1971.
- Newsweek, Coping With Depression. Janvier 1973, pp. 51-54.
- Reid, D.D., La Méthode Epidémiologique dans l'Etude des Troubles Mentaux. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1960.

Silverman, C., The Epidemiology of Depression. Baltimore, The John Hopkins Press, 1968.

Villemure, M., Les Villes de la Faille de Cadillac. Conseil Economique Régional du Nord-Ouest Québécois (Rouyn), septembre 1971.

Wolf, S., Patterns of social adjustment and disease, dans Levi, L. (ed.), Psychosocial Environment and Psychosomatic Diseases. London, Oxford University Press, 1971.

Zaniolo, R., Données Statistiques et Eléments d'Orientation pour la Psychiatrie de Secteur dans le Nord-Ouest Québécois. Malartic, texte mimeographié (non-publié), octobre 1973.