# ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

# Bilan de santé

WA
900
DC2.2
A25
B355
1990

CENTRE DE DOCUMENTATION
S.C.
HOSPITALIER
MERCIER INC.

INSPQ - Montréal
3 5567 00000 3241

WA
900
NC21
Q44
AJ5
1990

1607

**Conseil régional de la santé**
**et des services sociaux**
**de l'Abitibi-Témiscamingue**

**Direction de la recherche**
**et de l'évaluation**

**Bilan de santé**
**pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue**

# SYNTHÈSE DES PROFILS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE, DES RESSOURCES SOCIO-SANITAIRES, DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

Rédaction:
Yvonne Baillargeon
Nicole Berthiaume

En collaboration avec:
Daniel Beaudry
Yves Pepin

CENTRE DE DOCUMENTATION
D.S.C.
CENTRE HOSPITALIER
HONORÉ-MERCIER INC.

ISBN: 2-89391-021-1
DÉPÔT LÉGAL - 2e Trimestre 1990
Bibliothèque Nationale Québec
Bibliothèque Nationale Canada
Prix : 15,00$ + frais de manutention
Impression: Imprimerie Love Ltée

Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction totale ou partielle doit être fidèle au texte utilisé.

# AVANT-PROPOS

Le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a pour mission générale de voir au maintien et à l'amélioration de la santé globale de la population qu'il dessert. Il doit s'assurer notamment qu'elle reçoive des services sociaux et de santé accessibles, continus, efficaces et adaptés à ses besoins.

Parmi les mesures qu'une société se donne pour répondre aux besoins de ses membres, celles concernant la santé sont parmi les plus importantes. Dans ce contexte, un bilan de santé devient une assise essentielle pour ceux qui oeuvrent à assurer le bien-être de la collectivité.

C'est en 1986 que la Direction de la recherche et de l'évaluation a entrepris la réalisation de ce travail. La définition de la santé privilégiée par les chercheurs est globale. Elle fait référence aux niveaux biologique, psychologique et social. Elle postule que la santé et le bien-être sont influencés par quatre déterminants: l'environnement physique et socio-économique, la démographie, le système de soins et de services et les habitudes de vie.

Le bilan de santé a donné lieu à la publication de huit rapports de recherche et d'une revue de littérature sur les habitudes de vie. Six sont liés directement au modèle d'analyse, alors qu'un rapport concerne la périnatalité et un autre, les traumatismes routiers. Le présent document se veut une synthèse des observations et des descriptions faites dans ces études. Le lecteur qui désire de l'information plus détaillée sur le plan méthodologique est invité à consulter les documents initiaux.

Faute de données, nous n'avons pu étudier les habitudes de vie et les problèmes sociaux comme nous l'aurions souhaité. Pour remédier à ce problème, nous comptons d'une part, sur le volet régional de l'Enquête Santé Québec, et d'autre part, sur un projet de recherche spécifique à la problématique sociale.

Grâce à ce bilan de santé, la région de l'Abitibi-Témiscamingue pourra identifier les problèmes prioritaires qui demandent une intervention, se fixer des objectifs et mettre en place la programmation nécessaire à l'atteinte de ces objectifs.

**LE DIRECTEUR DE LA RECHERCHE**
**ET DE L'ÉVALUATION**

Michel Côté

# REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont rendu possible la rédaction de ce document.

Tout d'abord, il y a l'ensemble des professionnels et des cadres du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont fait leurs commentaires lors des différentes rencontres. Parmi ces personnes, certaines ont fait une lecture plus approfondie du document. Nous tenons donc à remercier plus spécialement:

- à la Direction de la planification et de la programmation du CRSSSAT,
  Madame Mychelle Balthazard
  Madame Pauline Fortin
  Monsieur Daniel Gagné
  Madame Marie-Claire Lacasse
  Monsieur Gérald Létourneau
  Madame Carmen Veillette-Boucher

- à la Direction de la liaison avec le réseau du CRSSSAT,
  Madame Nicole Pépin
  Madame Nicole Belley-Lévesque
  Monsieur Guy Charland
  Monsieur Pierre Lajoie

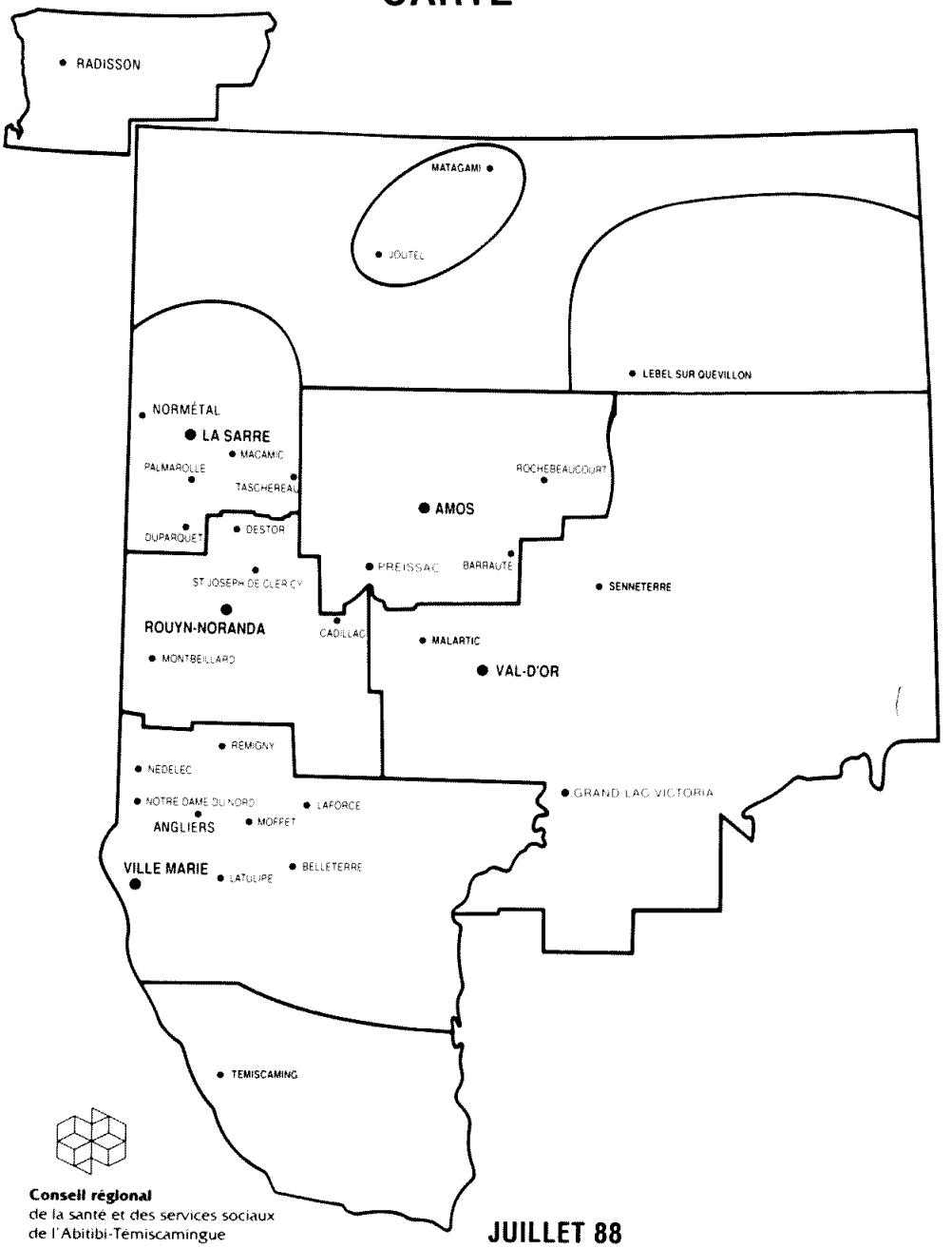
- à la Direction générale du CRSSSAT,
  Monsieur Pierre-Yves Boucher

- à la Direction de la recherche et de l'évaluation,
  Madame Sylvie Bellot

Nous remercions particulièrement madame Suzanne Cossette qui a assuré la mise en page de ce travail et madame Jeannine Cadotte-Bergeron.

Enfin, soulignons la contribution de madame Anne-Lynne Tanguay qui a assuré la révision linguistique.

# CARTE




**Conseil régional**
de la santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue

**JUILLET 88**

# TABLE DES MATIÈRES


AVANT-PROPOS ..... iii

REMERCIEMENTS ..... iv

TABLE DES MATIÈRES ..... vi

LISTE DES TABLEAUX ..... x

LISTE DES FIGURES ..... xi

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS EMPLOYÉS ..... xii

LEXIQUE ..... xiii

INTRODUCTION ..... 1

CHAPITRE PREMIER CONCEPTION DE LA SANTÉ ET APPLICATION DU MODÈLE ..... 3

**1.1 Une conception de la santé** ..... 3
1.1.1 Une définition de la santé ..... 3
1.1.2 Les composantes de la santé ..... 3
1.1.3 Les déterminants de la santé ..... 3
1.1.4 Une perspective dynamique ..... 4

**1.2 Application du modèle d'analyse** ..... 4
1.2.1 Le profil socio-démographique ..... 5
1.2.2 Les profils de l'environnement ..... 5
1.2.3 Le profil des ressources socio-sanitaires ..... 5
1.2.4 Le profil des habitudes de vie ..... 7
1.2.5 L'état de santé ..... 7
1.2.5.1 Le profil de la mortalité ..... 7
1.2.5.2 Le profil de la morbidité hospitalière ..... 7

**1.3 Limites relatives à l'application du modèle** ..... 7

# TABLE DES MATIÈRES *(suite)*


**CHAPITRE 2 LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE** ..... 9

**2.1 Les faits saillants du bilan de santé** ..... 9
2.1.1 Certaines caractéristiques socio-démographiques ..... 9
2.1.1.1 La population ..... 9
2.1.1.2 Les ménages ..... 10
2.1.1.3 La famille ..... 10
2.1.1.4 Le logement ..... 10
2.1.2 Les caractéristiques socio-économiques ..... 10
2.1.2.1 Les entreprises ..... 11
2.1.2.2 Le taux d'activité ..... 11
2.1.2.3 Le chômage ..... 11
2.1.2.4 Les professions ..... 11
2.1.2.5 Les indicateurs économiques ..... 11
2.1.2.6 Le revenu ..... 12
2.1.3 L'environnement physique ..... 12
2.1.3.1 La qualité de l'air ..... 12
2.1.3.2 La qualité du milieu naturel ..... 12
2.1.3.3 La qualité de l'eau potable ..... 13
2.1.4 Les ressources socio-sanitaires ..... 13
2.1.4.1 Les établissements publics ..... 14
2.1.4.2 Les travailleurs du secteur privé ..... 14
2.1.4.3 Les ressources de placement non institutionnel et de résidence communautaire ..... 15
2.1.4.4 Les organismes bénévoles ..... 16
2.1.5 La mortalité ..... 16
2.1.5.1 La mortalité infantile ..... 16
2.1.5.2 Les causes de mortalité ..... 16
2.1.5.3 La surmortalité ..... 17
2.1.6 L'insuffisance de poids chez les nouveau-nés ..... 18
2.1.7 La morbidité hospitalière ..... 18
2.1.7.1 Les hospitalisations ..... 18
2.1.7.2 Une morbidité plus élevée ..... 19
2.1.7.3 La durée de séjour ..... 19
2.1.7.4 Une durée de séjour plus longue que la moyenne provinciale ..... 20

**2.2 Les problèmes de santé et les éléments importants à considérer** ..... 20
2.2.1 La démographie et le développement social en Abitibi-Témiscamingue ..... 20

# TABLE DES MATIÈRES *(suite)*


2.2.1.1 La dénatalité et la migration ..... 21
2.2.1.2 Les conséquences sur la structure de la population ..... 21
2.2.1.3 La migration et ses causes ..... 23
2.2.1.4 Les autres indicateurs de développement social ..... 23
2.2.1.5 L'état de santé ..... 26
2.2.2 L'environnement et les maladies de l'appareil respiratoire ..... 29
2.2.3 L'environnement et les lésions traumatiques et empoisonnements ..... 30
2.2.4 La santé mentale et les ressources socio-sanitaires ..... 30
2.2.5 Les symptômes, signes et états morbides mal définis ... 31
2.2.6 Les maladies de l'appareil circulatoire ..... 31
2.2.7 L'importance de la famille comme milieu de vie ..... 31

**CHAPITRE 3 LES TERRITOIRES DE CLSC SELON LES SOUS-RÉGIONS** ..... 37

**3.1 Les faits saillants du bilan de santé** ..... 37
3.1.1 La sous-région du Témiscamingue ..... 37
3.1.1.1 Le territoire de CLSC de Témiscaming ..... 37
3.1.1.2 Le territoire de CLSC de Ville-Marie ..... 39
3.1.1.3 Les ressources socio-sanitaires de la sous-région ..... 41
3.1.2 La sous-région de Rouyn-Noranda ..... 43
3.1.2.1 Les caractéristiques socio-démographiques en 1986 ..... 43
3.1.2.2 Les caractéristiques socio-économiques ..... 43
3.1.2.3 L'environnement physique ..... 44
3.1.2.4 La mortalité ..... 44
3.1.2.5 La morbidité hospitalière ..... 45
3.1.2.6 Les ressources socio-sanitaires de la sous-région ..... 45
3.1.3 La sous-région de La Sarre ..... 46
3.1.3.1 Les caractéristiques socio-démographiques en 1986 ..... 46
3.1.3.2 Les caractéristiques socio-économiques ..... 46
3.1.3.3 L'environnement physique ..... 47
3.1.3.4 La mortalité ..... 47
3.1.3.5 La morbidité hospitalière ..... 48
3.1.3.6 Les ressources socio-sanitaires de la sous-région ..... 48
3.1.4 La sous-région d'Amos / Matagami ..... 49
3.1.4.1 Le territoire de CLSC d'Amos ..... 49
3.1.4.2 Le territoire de CLSC de Matagami ..... 51
3.1.4.3 Les ressources socio-sanitaires de la sous-région ..... 53

# TABLE DES MATIÈRES *(suite)*


3.1.5 La sous-région de Val d'Or / Senneterre / Quévillon... 54
3.1.5.1 Le territoire de CLSC de Val d'Or / Senneterre..... 54
3.1.5.2 Le territoire de CLSC de Quévillon..... 56
3.1.5.3 Les ressources socio-sanitaires de la sous-région..... 58

**3.2 Les problèmes de santé et les éléments importants à considérer** ..... 60
3.2.1 La démographie et le développement social..... 60
3.2.1.1 La population..... 62
3.2.1.2 Le développement social..... 62
3.2.1.3 Les ressources socio-sanitaires..... 65
3.2.1.4 L'état de santé..... 67
3.2.2 Les risques pour la santé associés à l'environnement physique ..... 69
3.2.2.1 La contamination de l'air et les problèmes respiratoires. 69
3.2.2.2 La contamination de l'eau et les risques pour la santé.. 70
3.2.3 L'importance de la famille comme milieu de vie..... 71

**CONCLUSION** ..... 75

**ANNEXES** ..... 79

**BIBLIOGRAPHIE** ..... 103

# LISTE DES TABLEAUX

## CHAPITRE 2 LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE


Tableau 2.1 Certaines caractéristiques de la population, selon l'année, pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et pour l'ensemble de la province ..... 22

Tableau 2.2 Certaines caractéristiques socio-économiques et certaines caractéristiques des ressources socio-sanitaires pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et pour l'ensemble de la province de Québec ..... 24

Tableau 2.3 Caractéristiques de l'état de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James) de 1981 à 1985: surreprésentation et sous-représentation de la mortalité selon le sexe et l'âge (par rapport à la moyenne provinciale) ..... 27

Tableau 2.4 Caractéristiques de l'état de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue de 1981 à 1985: sur représentation et sous-représentation de la morbidité hospitalière selon le sexe et l'âge (par rapport à la moyenne provinciale) ..... 28


## CHAPITRE 3 LES TERRITOIRES DE CLSC SELON LES SOUS-RÉGIONS


Tableau 3.1 Certaines caractéristiques de la population en Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James) selon les territoires de CLSC, 1981 et 1986 ..... 61

Tableau 3.2 Certaines caractéristiques socio-économiques et certaines caractéristiques des ressources socio-sanitaires en Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de CLSC 1981,1985, 1986 ..... 63

Tableau 3.3 Certaines caractéristiques de l'état de santé en Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de CLSC de 1981 à 1986: surreprésentation et sous-représentation de la mortalité et de la morbidité hospitalière selon le sexe par rapport à la moyenne régionale ..... 68

# LISTE DES FIGURES

Carte — Région socio-sanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue (08), territoires de CLSC et villes où sont localisés des établissements socio-sanitaires en 1988 ..... v

Schéma du modèle d'analyse de l'étude ..... 6

# LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS EMPLOYÉS

| | |
|---|---|
| CAH: | Centre d'accueil d'hébergement |
| CR: | Centre de réadaptation |
| CH: | Centre hospitalier |
| CLSC: | Centre local de services communautaires |
| CRSSSAT: | Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue |
| CSS: | Centre des services sociaux |
| DSC: | Département de santé communautaire |
| HLM: | Habitation à loyer modique |
| MRC: | Municipalité régionale de comté |
| MSSS: | Ministère de la Santé et des Services sociaux |

# LEXIQUE

***Accroissement annuel***

Total de la population de 1986 dont on a soustrait le total de la population de 1981, et dont le résultat a été divisé par 5 (ans).

***Cols blancs***

Cette catégorie de professions comprend:
- les employés de bureau et les travailleurs assimilés,
- les travailleurs spécialisés dans la vente,
- les travailleurs spécialisés dans les services.

***Cols bleus***

Cette catégorie de professions comprend:
- les travailleurs des industries de transformation et les usineurs, les travailleurs spécialisés dans la fabrication, le montage et la réparation de produits,
- les travailleurs du bâtiment,
- le personnel d'exploitation des transports.

***Communauté***

Groupe présentant des caractéristiques communes et vivant sur un même territoire comme une municipalité ou un territoire de CLSC.

***Dépenses***

En référence au rapport financier annuel des établissements, ce sont les coûts directs nets, c'est-à-dire les coûts desquels on a déduit les ventes de services, les recouvrements et les transferts de frais généraux.

***Famille***

Époux et épouse vivant dans un même logement avec ou sans enfants jamais mariés, peu importe leur âge, ou un parent seul, peu importe son état matrimonial, vivant dans un même logement avec des enfants jamais mariés, peu importe leur âge. Aux fins du recensement, les personnes vivant en union libre sont considérées « comme actuellement mariées », peu importe leur état matrimonial légal; elles figurent donc comme une famille époux-épouse dans les tableaux sur la famille de recensement[1].

***Heures travaillées***

En référence au rapport financier des établissements, ce sont les heures rémunérées desquelles on a soustrait les heures dévolues aux avantages sociaux (vacances, congés, . . .).

***Indice synthétique de fécondité***

Somme des taux de fécondité, calculée par groupe d'âge quinquennal chez les femmes de 15 à 49 ans, multipliée par 5 (ans).

***Logement supervisé***

Logement supervisé par un établissement du réseau des services de santé et des services sociaux; cela implique du support ou des interventions à domicile, par exemple pour des personnes handicapées ou des personnes âgées.

***Ménage***

Personne ou groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un même logement et n'ayant pas de lieu de résidence habituelle ailleurs au Canada. Il se compose ordinairement d'un groupe familial, avec ou sans chambreurs, employés, etc. Il peut aussi se composer de deux familles ou plus partageant le même logement, d'un groupe de personnes non apparentées ou d'une personne seule. Les membres d'un ménage qui sont temporairement absents le jour du recensement (par exemple qui résident temporairement ailleurs) sont considérés comme faisant partie de leur ménage habituel. Aux fins du recensement, chaque personne est membre d'un seul et unique ménage. A moins d'indications contraires, toutes les données contenues dans les bulletins sur les ménages se rapportent aux ménages privés seulement[2].

***Ménage collectif***

Personne ou groupe de personnes occupant un logement collectif et n'ayant pas de lieu de résidence habituelle ailleurs au Canada. Ainsi les individus demeurant dans un centre d'accueil, une communauté religieuse, etc., sont dénombrés comme appartenant à des ménages collectifs[3].

***Ménage familial***

Un ménage familial comprend au moins une famille de recensement, par exemple des personnes qui habitent le même logement et qui ont des liens conjugaux (époux-épouse) ou des liens de filiation (parent et enfant jamais marié).

***Ménage non familial***

Le ménage non familial est composé d'une personne qui vit seule dans un logement privé ou d'un groupe de personnes qui partagent un seul logement privé, mais ne forment pas une famille de recensement.

***Organismes bénévoles***

Organismes autonomes à but non lucratif dont la plupart disposent d'une charte, et qui ont pu être identifiés comme travaillant dans le domaine socio-sanitaire dans la région au cours de l'année 1985-1986. Ne sont pas compris les comités de bénéficiaires, d'auxiliaires bénévoles et les garderies[4].

***Point de chute***

Endroit vers lequel des employés se déplacent pour dispenser des services de façon partielle, selon une fréquence fixée.

***Point de service***

Installation où une certaine permanence est assurée par des employés pour de la consultation sur place.

***Population active***

Nombre de personnes au travail ou en chômage parmi la population de 15 ans et plus.

***Population inactive***

Nombre de personnes sans travail rémunéré et ne recevant pas de prestations d'assurance-chômage parmi la population de 15 ans et plus.

***Population inoccupée***

Nombre de personnes de 15 ans et plus qui sont sans emploi, dont les femmes au foyer, les retraités, les étudiants sans emploi estival, les chômeurs ou les assistés sociaux.

***Professions de catégorie « autre »***

Le profil socio-économique du bilan de santé inclut dans cette catégorie les travailleurs du secteur primaire et les autres proprement dits, soit les manutentionnaires et les travailleurs assimilés non classés ailleurs, les autres ouvriers qualifiés et les conducteurs de machine ainsi que les travailleurs non classés ailleurs.

***Professions libérales***

Elles regroupent:
- les directeurs, gérants, administrateurs et le personnel assimilé,
- les enseignants et le personnel assimilé,
- les médecins et les professionnels de la santé,
- les membres des professions technologiques, sociales, religieuses, artistiques et le personnel assimilé.

***Rapport de masculinité***

Ce rapport se calcule en divisant la somme de la population masculine par la somme de la population féminine.

***Revenu moyen par individu qui déclare des revenus***

Somme de tous les revenus déclarés d'un territoire, divisée par le nombre d'individus qui déclarent leurs revenus.

***Revenu per capita***

Somme de tous les revenus déclarés d'un territoire, divisée par le nombre de personnes habitant ce territoire.

***Taux d'accroissement annuel***

Ce taux résulte du rapport entre l'augmentation annuelle de la population et la moyenne de la population calculée annuellement (au 30 juin).

*Taux d'activité*

Ce taux résulte du rapport entre la population active et la population de 15 ans et plus (voir la définition de la population active).

*Taux de chômage*

Ce taux résulte du rapport entre le nombre de chômeurs et la population active. Il est donc soumis à l'offre et à la demande d'emplois qui peuvent varier dans le temps, en relation avec la conjoncture économique.

*Taux de fécondité*

Ce taux résulte du rapport entre le nombre annuel des naissances et la population féminine âgée de 15 à 49 ans.

*Taux de sous-scolarisation*

Ce taux résulte du rapport entre le nombre de personnes de 15 ans et plus ayant 13 ans et moins de scolarité, qui sont sans certificat d'études secondaires ou collégiales, et la population de 15 ans et plus.

*Taux d'inoccupation*

Ce taux résulte du rapport entre la population inoccupée et la population de 15 ans et plus (voir la définition de la population inoccupée).

*Thérapies alternatives*

L'expression « thérapies alternatives » est utilisée pour distinguer certaines pratiques associées à la santé de la médecine occidentale classique. Elles comprennent, entre autres, des pratiques empruntées à la culture orientale (acupuncture, réflexologie, shiatsu) ou issues du savoir populaire (phytothérapie, magnétisme), ou encore des techniques corporelles (rebirth, antigymnastique).

## *NOTES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES*

1. Statistique Canada, *Dictionnaire du recensement de 1981*, mai 1982, Ottawa, catalogue 99-991, p. 65.

2. Ibid., p. 78.

3. Loc. cit.

4. La liste complète des organismes recensés se trouve à l'annexe 8 du *Profil des ressources du système de services socio-sanitaires*.

# INTRODUCTION

Le bilan de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue comprend six études. Quatre portent sur les déterminants suivants: la démographie, l'environnement socio-économique, l'environnement physique et les ressources socio-sanitaires. Les deux autres concernent l'état de santé et traitent des causes de mortalité et des causes de morbidité hospitalière. Le présent document fait donc office de synthèse de tous ces travaux.

Le premier chapitre de cette synthèse précise la définition de la santé dans laquelle s'inscrit le bilan. Il fait référence aux aspects biologique, psychologique et social ainsi qu'aux déterminants de la santé. Le modèle théorique sur lequel est basée la compilation des informations dans le cadre du bilan est aussi brièvement expliqué.

Le chapitre 2 est consacré à la région de l'Abitibi-Témiscamingue dans son ensemble. Une première section rapporte les faits saillants des six études, en identifiant ce qui distingue la région de l'ensemble du Québec. Des éléments qui apparaissent importants figurent dans la section suivante. Certains problèmes de santé sont d'abord mis en relation avec leurs déterminants, en autant que les données colligées à l'intérieur du bilan et la littérature disponible le permettent. Il n'a jamais été possible d'établir un lien de cause à effet. La section se termine sur une réflexion concernant l'importance de la famille comme milieu de vie.

Le même processus est repris pour les territoires de CLSC dans le chapitre 3. Les faits saillants sont d'abord décrits pour chacun des territoires de CLSC, en précisant ce qui distingue le territoire de l'ensemble de la région. Des éléments identifiés comme importants sont ensuite abordés de la même façon que pour la région. Les territoires de CLSC sont regroupés en fonction de leurs similitudes pour l'analyse des liens entre certains problèmes de santé et leurs déterminants. Enfin, l'importance de la famille comme milieu de vie est soulignée pour les territoires de CLSC concernés.

Il est à noter que les problèmes, dont il sera question pour la région comme pour les territoires de CLSC, font surtout référence à la santé physique, car la santé mentale et les problèmes sociaux n'ont pu être couverts, sinon très peu, dans le cadre des études réalisées.

La synthèse ne fait pas mention du cadre méthodologique ayant servi à la collecte des données pour le bilan. Il faut se référer à chacune des études qui sont citées dans la bibliographie de ce document.

En terminant, il est à souligner qu'une annexe contenant 15 tableaux met en relief les faits saillants de la région et des territoires de CLSC en rassemblant les données les plus importantes pour chacun des profils présentés dans le bilan.

# CHAPITRE PREMIER

## *CONCEPTION DE LA SANTÉ ET APPLICATION DU MODÈLE*

**Par Yvonne Baillargeon**

Ce chapitre se rapporte à la conception de la santé utilisée dans le cadre du bilan de santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Il précise le modèle en fonction duquel les données ont été recueillies et analysées.

### 1.1 *Une conception de la santé*

Dans le cadre du bilan socio-sanitaire, la conception de la santé utilisée s'inspire fortement des travaux de Blum[1], mais aussi de ceux du Conseil des affaires sociales[2].

#### 1.1.1 *Une définition de la santé*

La santé est définie comme étant: « le résultat du processus d'adaptation entre l'individu et son milieu, qui se traduit notamment par la capacité de mener à bien ses activités habituelles[3] ».

#### 1.1.2 *Les composantes de la santé*

On retrouve trois composantes de la santé: physique, psychologique et sociale, d'où le concept de santé globale. Selon Blum, ce sont les trois composantes du bien-être[4].

La santé physique englobe tous les aspects du corps humain. Ainsi, les dysfonctionnements physiologiques ou anatomiques correspondent aux problèmes de santé physique. Ils varient selon l'âge, la maturation et peuvent provenir de différentes causes.

La santé mentale implique que l'individu soit capable d'intégrer les valeurs d'une société, qu'il puisse produire ses propres conceptions, croyances et valeurs, qu'il puisse porter des jugements, faire des liens et des choix et qu'il puisse assumer les conséquences de ses choix.

La santé sociale se réfère à la capacité de l'individu de s'intégrer à une famille, un groupe, une communauté, une société, etc., en adhérant aux règles, aux normes et aux valeurs qui y prévalent.

#### 1.1.3 *Les déterminants de la santé*

D'après ce concept de santé globale, quatre déterminants principaux viennent modifier l'état de santé. Ces déterminants sont: la biologie, l'environnement, les habitudes de vie et le système de soins.

Le déterminant biologique comprend « tous les éléments de la biologie, patrimoine génétique individuel, maturation, vieillissement, résistance aux infections et aux tumeurs et les nombreux systèmes internes complexes de l'organisme[5] ».

L'environnement représente l'ensemble des facteurs extérieurs à l'individu et à la communauté qui exercent une influence sur l'état de santé. Trois aspects principaux composent l'environnement: l'aspect social (la famille, la culture, etc.), l'aspect économique (le revenu, les professions, les entreprises, etc.) et l'aspect physique (la qualité de l'eau, etc.).

Les habitudes de vie:

> . . . représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle. Les comportements et les habitudes de vie qui nuisent à la santé créent des risques auxquels la personne s'expose délibérément[6].

Parmi les principales habitudes de vie, se retrouvent la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, etc.

Le système de soins constitue « l'ensemble des ressources structurées en vue de fournir des services et des soins à la population dans le but d'améliorer son état de santé[7] ».

La façon dont ces déterminants agissent ou interagissent pour modifier la santé est complexe.

Dans la plupart des cas, on peut d'ailleurs difficilement parler de causes.

> La cause d'un problème est un acte, un événement ou un état de la nature qui entraîne inévitablement, seule ou avec d'autres causes, une séquence d'événements résultant en un effet. On obtient très rarement la preuve irréfutable que le facteur aura l'effet en question. Les déterminants sont plutôt des facteurs de risques que l'on a pu associer statistiquement à certains problèmes de santé[8].

Bien que ces déterminants aient un impact certain sur la santé, il faut être conscient des limites de ceux-ci. Par exemple, les habitudes de vie les plus saines ne pourront empêcher des pathologies reliées à l'hérédité. La consommation de tabac entraînera un cancer du poumon chez une personne et pas nécessairement chez une autre.

### 1.1.4 *Une perspective dynamique*

Selon cette approche, la santé est vue dans une perspective dynamique. Différents facteurs peuvent faciliter ou nuire à l'adaptation de l'homme à son environnement (et de l'environnement à l'homme). Les interventions doivent faciliter cette adaptation. Ainsi, comme l'indique le Conseil des affaires sociales:

> Il ne s'agit plus seulement de lutter contre la maladie et la mort, mais aussi de renforcer par tous les moyens la capacité de l'individu à s'adapter à son environnement et de mener à bien les projets qu'il s'est fixés, soit, comme le propose l'Organisation Mondiale de la Santé, de promouvoir pour l'ensemble de la population une vie socialement et économiquement féconde[9].

Il ne faut plus tenir compte de la maladie uniquement lorsqu'elle entraîne des séquelles physiques ou la mort, mais aussi lorsqu'elle vient restreindre la qualité de la vie. C'est donc l'ensemble des conséquences de la maladie dans la vie quotidienne des individus qui doit être pris en considération.

## 1.2 *Application du modèle d'analyse*

Les lignes qui suivent présentent les différents profils que nous avons pu tracer selon le modèle retenu (voir schéma).

En tenant compte de la faisabilité de l'étude et de la pertinence des données à recueillir, le bilan de santé de la région de l'Abitibi-Témiscamingue fait état de ces déterminants de la santé de la façon suivante: le socio-démographique, l'environnement, les ressources socio-sanitaires et les habitudes de vie.

### 1.2.1 *Le profil socio-démographique*

Le volet socio-démographique contient des éléments relatifs à la biologie humaine comme l'âge et le sexe des individus, de même que des éléments relatifs à l'environnement social comme la natalité, la fécondité et la langue maternelle. Une définition du concept de ménage est apportée de même que des spécifications sur la distribution de ceux-ci et sur l'état matrimonial des chefs de famille, etc. La structure des familles est étudiée en tenant compte, entre autres, de l'âge des enfants et de leur nombre. Enfin, différentes caractéristiques relatives au logement sont abordées.

### 1.2.2 *Les profils de l'environnement*

L'environnement a été abordé sous deux aspects: l'aspect socio-économique et l'aspect physique.

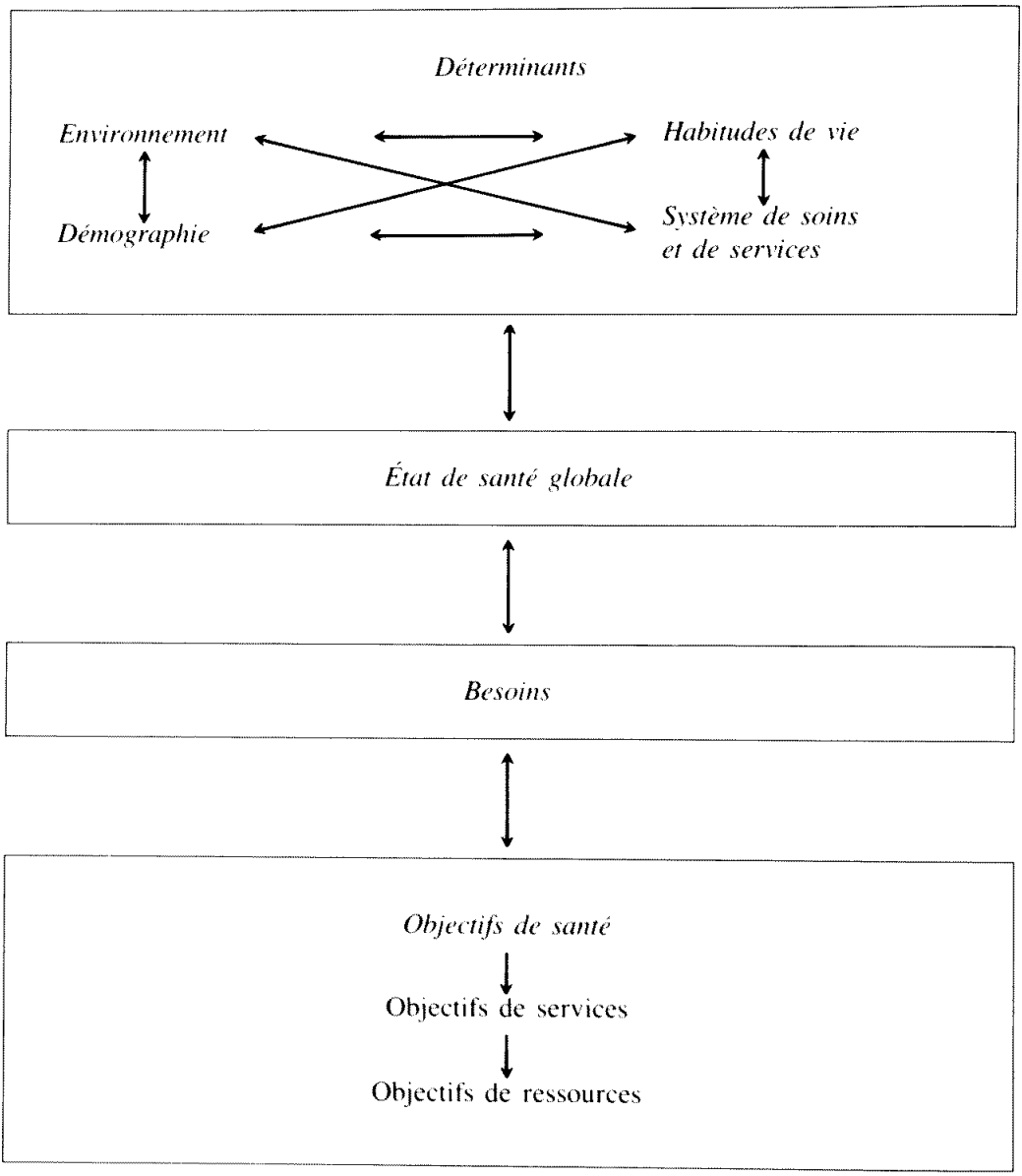
Le profil socio-économique contient certains éléments comme: l'activité, le chômage, etc. On y traite des professions dans la région, du revenu et de certains autres indicateurs économiques comme les taux d'inoccupation et de sous-scolarisation.

Le profil de l'environnement physique traite principalement de trois éléments: la qualité de l'air, la qualité du milieu naturel et la qualité de l'eau potable.

### 1.2.3 *Le profil des ressources socio-sanitaires*

Le profil des ressources socio-sanitaires concerne les différents types de ressources du réseau régional: financières, humaines, etc. Il analyse l'accessibilité de celles-ci.

# SCHÉMA
# DU MODÈLE D'ANALYSE DE L'ÉTUDE



On y mentionne les types de travailleurs des services socio-sanitaires qui dispensent des services à titre privé dans la région. On y inventorie les ressources de placement non institutionnel et les ressources de résidence communautaire de la région. Enfin, on y dénombre les organismes bénévoles qui dispensent des services socio-sanitaires en Abitibi-Témiscamingue.

#### 1.2.4 *Le profil des habitudes de vie*

Bien que les habitudes de vie constituent un déterminant de la santé important, elles ne seront pas abordées dans la synthèse, étant donné les difficultés rencontrées pour avoir accès à ce type de données. L'étude de ce profil est toutefois actuellement en cours.

#### 1.2.5 *L'état de santé*

L'état de santé de la population est abordé, dans le cadre du bilan socio-sanitaire, par l'étude des profils de la mortalité et de la morbidité hospitalière.

Étant donné les difficultés rencontrées pour avoir accès aux données concernant la santé mentale et les problèmes sociaux, la santé physique est plus spécifiquement analysée. Ces autres composantes de l'état de santé sont actuellement à l'étude.

##### 1.2.5.1 *Le profil de la mortalité*

Le volet sur la mortalité concerne la mortalité infantile et les différentes causes de décès selon l'âge, le sexe et le territoire de CLSC.

##### 1.2.5.2 *Le profil de la morbidité hospitalière*

La morbidité concerne essentiellement la morbidité hospitalière. Les hospitalisations et la durée de séjour sont analysées en fonction de l'âge, du sexe et du territoire de CLSC de provenance des bénéficiaires.

### 1.3 *Limites relatives à l'application du modèle*

Comme l'indique Marc Lalonde:

> L'un des problèmes fondamentaux que pose l'analyse du domaine de la santé est l'absence d'un cadre de référence commun permettant de segmenter ce champ d'activité. Sans un tel cadre, il est difficile d'élaborer un schéma d'étude et d'y isoler certains éléments pouvant se prêter à l'analyse et à l'évaluation[10].

Ainsi, il serait utopique de croire que dans la synthèse on puisse procéder à l'analyse des relations de cause à effet en ce qui concerne les différents éléments du bilan. D'une part, les différents profils utilisent une approche descriptive, et d'autre part, l'état des connaissances dans le domaine de la santé ne permet pas l'étude des relations de cause à effet pour l'ensemble du modèle.

Toutefois, quand il sera possible de le faire, des liens seront établis entre les divers éléments à l'aide de la revue de littérature.

## *NOTES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES*


1. Henri L. BLUM., *Planning for Health*, Human Sciences Press inc., New York, 1981, 462 pages.

2. Sylvie DILLARD, *Une analyse multivariée de l'environnement socio-économique sur la santé*, Le Conseil des affaires sociales, 1985, p. 3.

3. Loc. cit.

4. Henri L. BLUM., op. cit.

5. Sylvie DILLARD, op. cit., p. 22.

6. Loc. cit.

7. Loc. cit.

8. Conseil des affaires sociales, *Objectif: santé, Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé*, Gouvernement du Québec, 1984, pp. 62 - 63.

9. Ibid., p. 136.

10. Marc LALONDE, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Gouvernement du Canada, Ottawa, avril 1974, p. 33., cité par messieurs Guy CHARLAND et Michel PREVOST, *Plan de travail sur un cadre d'analyse des principales données de l'Abitibi-Témiscamingue reliées à l'état socio-sanitaire de la population de la région 08*, Conseil régional de la santé et des services sociaux 08, mai 1984.

# CHAPITRE 2

## *LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE*

**Par Yvonne Baillargeon**

Quels sont les éléments qui caractérisent la région de l'Abitibi-Témiscamingue[1]?

Quels rapports existe-t-il entre les différents volets du bilan de santé de la région?

Voilà les deux questions auxquelles ce chapitre veut répondre. Pour ce faire, il y aura tout d'abord énumération des faits saillants qui ressortent de l'étude des différents profils du bilan socio-sanitaire. Puis, reprenant les éléments les plus importants, la deuxième section du chapitre établira, si possible, des liens entre les déterminants et les problèmes de santé.

### 2.1 *Les faits saillants du bilan de santé*

Les pages qui suivent énumèrent les faits saillants relatifs aux différents profils.

Dans la plupart des cas, les données sur la région de l'Abitibi-Témiscamingue seront comparées à celles de l'ensemble du Québec.

Pour avoir plus d'informations sur ces éléments, le lecteur pourra utiliser les tableaux en annexe ou consulter les différentes études.

#### 2.1.1 *Certaines caractéristiques socio-démographiques*

Des caractéristiques socio-démographiques particularisent la région de l'Abitibi-Témiscamingue. La population, les ménages, les familles, le logement sont autant d'éléments servant à illustrer la spécificité de la région.

##### 2.1.1.1 *La population*

La population du territoire connaît un taux d'accroissement 31 fois inférieur à celui du Québec entre 1981 et 1986. Le solde migratoire négatif reflète une amputation de 9 498 personnes au cours de la même période. Au phénomène migratoire, s'ajoutent la natalité et la fécondité. La baisse de natalité amorcée depuis 1981, associée au mouvement migratoire vers l'extérieur, entraîne dans la région un processus de vieillissement plus accéléré que dans l'ensemble du Québec.

Cependant, l'Abitibi-Témiscamingue possède encore les caractéristiques d'une population au développement récent. La région se caractérise par une proportion d'hommes plus élevée. Elle possède aussi une population plus jeune que celle de l'ensemble du Québec, l'âge moyen est de 31,3 ans pour la région et de 34,7 ans pour le Québec. Notons également que 7,2% de la population ont 65 ans et plus dans la région, alors que dans l'ensemble du Québec, cette tranche d'âge représente 10% de la population.

#### 2.1.1.2 *Les ménages*

Les ménages en Abitibi-Témiscamingue sont relativement plus nombreux que dans l'ensemble du Québec. Ainsi en 1986, on compte 78,2% de ménages familiaux en Abitibi-Témiscamingue et 73,1% dans l'ensemble de la province. On remarque aussi dans la région, entre 1981 (18,4%) et 1986 (21,3%), une hausse des ménages non familiaux légèrement plus importante que dans l'ensemble de la province (23,9% et 24,6%). Selon les données du recensement de 1981, les chefs de ménage sont généralement mariés (72,8% dans la région et 67,5% pour le Québec). Plus du tiers (33,7% pour la région et 31,1% pour le Québec) des femmes ayant cette responsabilité sont veuves.

À l'aide du dernier recensement, on constate pour la région un nombre moyen de personnes par ménage (2,9) plus élevé qu'au Québec (2,7).

#### 2.1.1.3 *La famille*

En Abitibi-Témiscamingue, en 1986, le nombre de familles avec enfants (73,1%) est plus élevé qu'au Québec (69,3%). Il en est de même des familles avec enfants mineurs (69% contre 62,9%).

Les familles monoparentales constituent 17,4% de l'ensemble des familles de la région, alors qu'elles représentent 20% de l'ensemble des familles du Québec. Les femmes sont majoritairement à la tête de ces familles, mais on retrouve plus d'hommes chefs de ménage dans la région (21,8%) que dans l'ensemble du Québec (17,4%). Dans 43% des cas, les familles monoparentales comptent au moins deux enfants.

#### 2.1.1.4 *Le logement*

Les données sur le logement en 1986 révèlent un nombre de propriétaires occupants plus élevé dans la région (62,7%) que dans l'ensemble de la province (54,8%)[2]. En 1981, l'âge moyen (20,9 ans) du parc résidentiel de la région est comparable à celui du Québec (20,3 ans). Toutefois, la fraction des maisons nécessitant des réparations est plus importante (28,1%) que dans l'ensemble de la province (23,5%).

La division de recensement de Témiscamingue[3] compte 1,5% de résidences dépourvues de salle de bain[4] en 1981, ce pourcentage est deux fois plus élevé que pour l'ensemble du Québec. Cette division compte, de plus, 15% de logements sans système de chauffage central contre 12,4% pour la province[5].

### 2.1.2 *Les caractéristiques socio-économiques*

Les principales caractéristiques socio-économiques retenues dans le cadre de ce travail concernent les entreprises, la population active, les professions, les indicateurs économiques et le revenu.

2.1.2.1 *Les entreprises*

La région se caractérise par une faible diversification de son économie, ce qui la rend plus sensible aux aléas des marchés mondiaux. Le secteur primaire occupe 19% des emplois de la région, alors que dans l'ensemble de la province il en occupe 4%. Dans la région, 10% des emplois proviennent de l'extraction minière. Le secteur secondaire regroupe 12% des emplois, surtout concentrés dans le secteur forestier, les pâtes et papiers et la première transformation des métaux, alors qu'il regroupe 20% des emplois dans l'ensemble de la province.

2.1.2.2 *Le taux d'activité*

Le taux d'activité de la population de 15 ans et plus de la région est inférieur à celui du Québec. En 1981, ce taux était de 55,0% pour la région contre 61,5% pour la province. Cette tendance s'est poursuivie jusqu'à tout récemment. En effet, on observait en 1987 un taux de 58,4% pour l'Abitibi-Témiscamingue et de 63,5% pour le Québec. En relation avec cette situation, on note une proportion plus élevée de femmes au foyer dans la région.

2.1.2.3 *Le chômage*

En 1981, le taux de chômage de la région était nettement supérieur à celui de la province (14,7% contre 10,3%). Cette tendance s'est maintenue jusqu'en 1986.

Par contre, en 1987, le taux de chômage de la région s'est révélé inférieur à celui de la province (8,7% contre 10,3%)[6].

2.1.2.4 *Les professions*

Comme au Québec, les cols bleus[7] sont la catégorie d'emplois où l'on retrouve le plus d'hommes. La région se distingue de la province par le fait que très peu de femmes (3,0% contre 11,4%) sont des cols bleus. Les entreprises de la région emploient traditionnellement des hommes dans ce type de professions[8].

Il y a toutefois proportionnellement moins de cols blancs[9] chez les hommes dans la région (20,9%) que dans l'ensemble de la province (27,6%). Les femmes, par contre, se retrouvent dans une très grande majorité parmi les cols blancs[10].

La catégorie « autre », regroupant principalement les diverses professions du secteur primaire, est deux fois plus importante chez les hommes dans la région (20,7%) que dans l'ensemble du Québec (10,6%).

2.1.2.5 *Les indicateurs économiques*

Le taux d'inoccupation sert à quantifier la population dépendante, c'est-à-dire la proportion d'individus de 15 ans et plus qui ne se retrouve pas sur le marché du travail. La situation n'a pas évolué depuis 1981, puisqu'en 1986 les taux pour la région et la province sont respectivement les mêmes, soit 48% et 45%. Le taux régional est donc un peu plus élevé.

Le taux de sous-scolarisation est un indicateur utilisé pour évaluer chez les 15 ans et plus, le degré de qualification de la main-d'oeuvre[11]. Ce taux en 1986 est de 54% pour la région et de 44% pour l'ensemble de la province. La situation s'est toutefois un peu améliorée depuis 1981, puisque les taux étaient respectivement de 56% et de 46% pour l'Abitibi-Témiscamingue et le Québec. Les taux sont donc nettement plus élevés en région.

#### 2.1.2.6 *Le revenu*

En 1985, dans la région, le revenu brut moyen par individu qui déclare des revenus (16 460$) est semblable à celui du Québec (16 986$). Toutefois, le revenu (brut) per capita (8 485$) est inférieur à celui du Québec (10 163$). Cet écart est attribuable, en partie, au fait que la proportion de personnes déclarant des revenus est inférieure à celle prévalant au Québec (52% contre 60%). Le revenu moyen des hommes est un peu plus élevé (22 113$) que celui du Québec (21 851$). Par contre, le revenu moyen des femmes (9 460$) est inférieur à celui de la province (11 230$).

La proportion de personnes ayant déclaré un revenu inférieur à 10 000$ est similaire dans la région (36%) et dans l'ensemble de la province (35%). Cette situation prévaut pour la région et la province chez les hommes (22% contre 23%). Toutefois, une différence plus marquée existe entre les femmes de la région et celles de la province (56% contre 49%).

Les salaires et traitements constituent dans la région comme dans l'ensemble de la province la première source de revenus. L'assurance-chômage vient au second rang dans la région. Au Québec, ce rang est dévolu aux pensions.

### 2.1.3 *L'environnement physique*

L'environnement physique a été étudié sous trois aspects spécifiques qui sont: la qualité de l'air, la qualité du milieu naturel et la qualité de l'eau potable.

#### 2.1.3.1 *La qualité de l'air*

Dans la région, les principales sources affectant la qualité de l'air sont: l'industrie minière et l'industrie forestière, surtout lors du traitement du cuivre, de la transformation des pâtes et papiers ainsi que du brûlage des résidus du bois.

L'Abitibi-Témiscamingue est particulièrement touchée par les précipitations acides[12]. Il résulte de cette situation que plusieurs lacs sont en voie d'acidification et sont même en péril. On constate aussi que le sol et la végétation sont affectés.

#### 2.1.3.2 *La qualité du milieu naturel*

La qualité du milieu naturel est elle aussi menacée par diverses sources. Le sol est principalement contaminé par les résidus de l'activité minière, les usines de pâtes et papiers ainsi que par les dépotoirs municipaux à ciel ouvert.

Les problèmes identifiés pour les lacs et rivières sont surtout reliés à:

- la détérioration importante de la qualité physique et chimique de plusieurs plans d'eau à cause des rejets des mines et des usines de pâtes et papiers;
- la dégradation locale de la qualité bactériologique des plans d'eau contaminés par les activités agricoles (élevage) et par les rejets d'eaux usées municipales non traitées;
- la contamination mercurielle de plusieurs espèces de poissons due à des sources naturelles et industrielles (mines, usines de pâtes et papiers).

Les activités récréatives (baignade, planche à voile, etc.) sont compromises. On souligne dans certains secteurs des risques de contamination pour l'eau potable.

Il va sans dire que la chaîne alimentaire est elle aussi concernée. La consommation régulière de poissons provenant d'une quarantaine de lacs contaminés par le mercure présente des risques pour la santé. L'absorption d'abats d'orignaux contaminés au cadmium peut aussi être néfaste. Ceux-ci sont susceptibles de contenir aussi du plomb.

### 2.1.3.3 *La qualité de l'eau potable*

La plupart des municipalités et des institutions de la région qui transmettent des échantillons à Environnement Québec satisfont, avec leur système d'aqueduc public, les normes du règlement sur l'eau potable. Ces normes concernent les aspects bactériologique et physico-chimique de l'eau potable[13]. Par contre, plusieurs institutions et certaines municipalités[14] ne respectent pas la fréquence d'échantillonnage exigée.

Environ le tiers de la population régionale s'approvisionne à partir de prises individuelles qui ne sont soumises à aucun contrôle. Pourtant, il y a présence d'indices de contamination de plusieurs prises d'eau individuelles par l'uranium (40 sites), le cadmium (24 sites), le plomb (18 sites), l'arsenic (17 sites) et le mercure (10 sites).

Une étude du Département de santé communautaire de la région[15] a démontré qu'il existe un lien entre la concentration d'arsenic dans l'eau de consommation et celle du corps humain.

De plus, on sait que dans une bonne proportion, les puits domestiques sont des puits de surface non chlorés pour lesquels la fréquence de contamination bactériologique est théoriquement très élevée.

### 2.1.4 *Les ressources socio-sanitaires*

Les aspects étudiés pour caractériser les ressources sont: les établissements publics, les travailleurs du secteur privé, les ressources de placement non institutionnel et de résidence communautaire ainsi que les organismes bénévoles.

2.1.4.1 *Les établissements publics*

***La disponibilité des ressources***

Dans la région, il existe un net déséquilibre, d'une part, entre les services de prévention et les services curatifs, et d'autre part, entre les services de santé et les services sociaux. Ces constatations ont été faites également par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux[16].

Les dépenses régionales per capita totalisent 832$. La répartition selon le type d'établissement est la suivante:

- 547$ pour les centres hospitaliers (CH);
- 104$ pour les centres de réadaptation (CR);
- 83$ pour les centres d'accueil d'hébergement (CAH);
- 65$ pour les centres locaux de services communautaires (CLSC);
- 33$ pour le Centre des services sociaux (CSS).

Les heures travaillées per capita pour les services à la clientèle (excluant les cadres) équivalent à 22,3 heures. La distribution de ces heures est la suivante: 14,5 heures dans les CH, 3,0 heures dans les CR, 2,1 heures dans les CLSC, 1,9 heures dans les CAH et 0,8 heure pour le CSS.

La région compte dans les centres hospitaliers 60 lits dressés pour 1 000 habitants, et la province en possède 68. Ce nombre moindre pour la région se constate avec les places au permis. La région a 49 places au permis en hébergement pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, et le Québec en a 53[17]. L'Abitibi-Témiscamingue bénéficie de 1,6 places au permis en réadaptation et le Québec 1,7 par 1 000 habitants.

Les services en santé mentale apparaissent moins développés que les autres services dans les CLSC et les CH. Dans les CH et les CAH, on note un alourdissement marqué de la clientèle en soins de longue durée. Il n'y a pas de ressources spécialisées en réadaptation pour les personnes ayant un handicap visuel et les adultes ayant un handicap auditif.

***L'accessibilité des ressources***

« Les heures d'ouverture » des CLSC et du CSS ne dépassent pas les heures habituelles de travail, soit de 8 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et ceci, du lundi au vendredi. La protection de la jeunesse fait exception à cause de la loi à cet effet.

L'accès géographique des services est limité par la dispersion de la population et les distances à parcourir entre les communautés. La distance moyenne à franchir jusqu'à un CLSC est de 25 km. La proportion des individus ne pouvant être atteints dans un délai de 15 minutes[18] par les services ambulanciers est de 29%.

2.1.4.2 *Les travailleurs du secteur privé*

On constate un manque de disponibilité et même une pénurie de certains professionnels de la santé dans la région.

On trouve en Abitibi-Témiscamingue un médecin pour 1 073 habitants et un spécialiste pour 3 306 habitants, alors que les normes provinciales sont respectivement: un médecin pour 595 habitants et un spécialiste pour 1 201 habitants. La pénurie de ces professionnels est estimée à 25% pour les omnipraticiens et à 50% pour les spécialistes.

On compte un dentiste pour 4 501 habitants, alors que la norme minimale du ministère de la Santé et des Services sociaux est un dentiste pour 3 300 habitants.

Parmi les optométristes, il y a uniquement un spécialiste en basse vision.

On trouve seulement quelques psychologues, travailleurs sociaux et diététistes dans le secteur privé, plusieurs autres professionnels n'ont aucune pratique privée, comme par exemple les orthophonistes ou les ergothérapeutes.

Les professionnels ont tendance à se concentrer dans les pôles d'attraction économique, surtout dans les villes de Rouyn-Noranda, Val d'Or, Amos et dans une moindre mesure, celles de La Sarre et Ville-Marie. Dans la région, l'accessibilité géographique des médecins et surtout des spécialistes est parmi les plus restreintes au Québec.

Les thérapies alternatives ne sont pas très présentes dans la région. On retrouve tout de même certaines disciplines comme l'acupuncture et certaines autres techniques corporelles.

#### 2.1.4.3 *Les ressources de placement non institutionnel et de résidence communautaire*

En ce qui a trait aux ressources de placement non institutionnel, la famille d'accueil constitue la principale ressource pour les moins de 18 ans et dans une moindre mesure pour les 19 à 64 ans. On retrouve plus de places pour les jeunes (681 places) que pour les personnes de 18 ans et plus (541). Cependant, les difficultés de recrutement reliées à un financement jugé insuffisant s'accentuent devant l'alourdissement de la clientèle et le manque de support fourni à ces familles.

Dans la région, on compte 8 pavillons pour personnes âgées totalisant 130 places en 1986.

Des 584 logements en HLM de la région, 422 sont dévolus aux personnes âgées, 142 aux familles à faible revenu et 20 aux personnes handicapées. Le nombre de logements par 1 000 habitants (4,7 logements) est inférieur à celui de la province (6,6 logements).

On compte une vingtaine de logements supervisés pour les personnes handicapées et une autre vingtaine pour les personnes âgées.

Dans le domaine de la santé mentale, ce type de ressources est déficient. On en retrouve une seule, il s'agit d'une maison de transition à Malartic.

2.1.4.4 *Les organismes bénévoles*

En 1986, les organismes bénévoles associés au domaine socio-sanitaire sont estimés à 459 dans la région. La majorité de ces organismes concernent les personnes âgées. Une cinquantaine de ces organismes font appel à des subventions en maintien à domicile. Beaucoup d'organismes sont concentrés dans les principaux centres d'attraction de la région.

Parmi ces organismes, 13 font de l'hébergement temporaire dont 4 pour les femmes victimes de violence, 7 pour les itinérants et les personnes ayant des problèmes reliés à l'alcoolisme et à la toxicomanie, et enfin 2 s'adressent à la population amérindienne.

En 1986, la plus grande part des subventions du programme de soutien aux organismes communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux[19] revient aux centres pour les femmes violentées et aux organismes pour les jeunes.

2.1.5 *La mortalité*

Les trois aspects de la mortalité retenus dans la synthèse sont: la mortalité infantile, les causes de décès et la surmortalité associée à chacune de ces causes.

2.1.5.1 *La mortalité infantile*

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est la seule parmi les régions éloignées des grands centres[20] à enregistrer un taux de mortalité infantile comparable à celui de la province.

À l'intérieur de la région, les territoires de CLSC présentent des taux de mortalité infantile comparables à ceux du Québec.

2.1.5.2 *Les causes de mortalité*

Les causes de décès les plus importantes de la région sont similaires à celles de l'ensemble de la province de 1981 à 1985.

Les maladies de l'appareil circulatoire (39,3%) sont la principale cause de décès de la région. Au deuxième rang, apparaissent les tumeurs (23,7%) et au troisième rang, les lésions traumatiques et empoisonnements (14,9%).

Chez les enfants de 00 à 04 ans, se distinguent deux causes majeures de décès: les anomalies congénitales et certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale. Ces causes cumulent 63,5% des décès infantiles.

Les lésions traumatiques et empoisonnements sont la principale cause de décès chez les individus de 05 à 44 ans.

Chez les enfants de 05 à 14 ans, trois décès sur quatre (75%) sont attribuables à cette cause. Chez les filles, cela atteint des dimensions encore plus importantes (84,6%).

Pour les jeunes adultes de 15 à 24 ans, cette cause totalise 86,3% des décès chez les individus du sexe masculin et 66,7% chez les individus du sexe féminin.

Cette cause se situe toujours au premier rang chez les adultes de 25 à 44 ans, en cumulant 61,9% des décès.

Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire totalisent 71,7% des décès chez les individus de 45 à 64 ans.

Chez les 65 ans et plus, ces causes demeurent les plus importantes sauf que le rang est inversé. Ce sont donc les maladies de l'appareil circulatoire qui prennent le premier rang, alors que les tumeurs se retrouvent au second. Ces deux causes représentent à elles seules 73,3% des décès.

### 2.1.5.3 *La surmortalité*

La région enregistre pour certains groupes d'âge et certaines causes des taux de mortalité plus élevés qu'il n'en est à l'échelle provinciale.

Cette surmortalité prévaut chez:
- les hommes en général (avec 7,1% plus de décès);
- les jeunes de 15 à 24 ans (avec 49,3% plus de décès);
- les hommes de 25 à 44 ans (avec 23,2% plus de décès);
- les hommes de 45 à 64 ans (avec 20,0% plus de décès).

Parmi les causes contribuant à cet état de fait, les maladies de l'appareil respiratoire amènent 21,2% plus de décès dans la région. Cette situation existe principalement chez les personnes de 45 à 64 ans alors que la surmortalité est encore plus importante chez les femmes (62%) que chez les hommes (46,8%).

Les lésions traumatiques et empoisonnements font 51,8% plus de morts dans la région que dans l'ensemble de la province. Cette situation prédomine chez les personnes de 15 à 64 ans avec des taux supérieurs à 50% pour chacun des sous-groupes concernés (15-24, 25-44, 45-64 ans). Pour les 15 à 24 ans, ce problème frappe autant les hommes que les femmes. Après 25 ans, il ne s'observe que chez les hommes.

Les symptômes, signes et états morbides mal définis présentent chez les individus de 65 ans et plus un taux supérieur de 75,3% à celui de l'ensemble de la province.

Septième cause de décès chez les hommes de 45 à 64 ans, les troubles mentaux sont 2,5 fois plus fréquents dans la région que dans l'ensemble du Québec.

Dans la région, les maladies des organes génito-urinaires font 49,1% plus de morts chez les femmes âgées de 65 ans et plus.

### 2.1.6 *L'insuffisance de poids chez les nouveau-nés*

La région se signale par un taux de bébés d'insuffisance pondérale significativement plus élevé que celui de la province (7,0% contre 6,3%). L'Abitibi-Témiscamingue se situe au deuxième rang immédiatement après l'Outaouais pour la période allant de 1981 à 1985.

Ce phénomène s'observe chez les femmes de la plupart des groupes d'âge à l'exception de celles ayant de 25 à 29 ans et celles ayant de 15 à 19 ans. En effet, ces dernières ont moins de bébés de petit poids que les Québécoises du même âge.

À durée de gestation égale, les femmes de la région ont plus de bébés de petit poids. La scolarité des mères semble être reliée à la fréquence des bébés de petit poids en région. Les taux régionaux tendent à ressembler à ceux de la province pour la plupart des niveaux de scolarité retenus.

### 2.1.7 *La morbidité hospitalière*

La morbidité hospitalière sera étudiée sous deux aspects: le nombre d'hospitalisations et la durée de séjour. Ces mesures sont un indice, d'une part, des problèmes de santé prédominants et, d'autre part, de la consommation de services socio-sanitaires.

#### 2.1.7.1 *Les hospitalisations*

Les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches[21] se situent au premier rang dans la région avec 19,3% de toutes les hospitalisations. En second lieu, se rangent les maladies de l'appareil digestif et au troisième rang, les maladies de l'appareil respiratoire.

Il va sans dire que les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches viennent en tête chez les femmes. Chez les hommes, les maladies de l'appareil respiratoire occupent le premier rang.

Les enfants de 00 à 14 ans sont principalement hospitalisés pour des maladies de l'appareil respiratoire (33,8% des cas).

La majorité des hospitalisations de personnes âgées de 15 à 24 ans concernent les femmes (76,6% des cas), les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches en constituent la principale cause. Les lésions traumatiques et empoisonnements sont, chez les hommes de ce groupe d'âge, la cause la plus importante d'hospitalisation.

Chez les femmes de 25 à 44 ans, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches se placent en tête; les hommes de ce groupe d'âge sont principalement hospitalisés pour des lésions traumatiques et empoisonnements.

Les hommes de 45 à 64 ans sont davantage hospitalisés que les femmes du même âge. Les maladies de l'appareil circulatoire viennent en tête chez ce groupe d'individus.

Chez les individus de 65 ans et plus, les hommes cumulent plus d'hospitalisations. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la principale cause d'hospitalisation chez les individus de ce groupe d'âge.

2.1.7.2 *Une morbidité plus élevée*

Le nombre d'hospitalisations observé dans la région[22] est supérieur de 8,4% à celui de l'ensemble du Québec.

Parmi les causes se classant en tête dans les différentes catégories, les femmes de la région connaissent 45% plus d'hospitalisations que celles de la province pour les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. L'écart est de 91% chez les femmes de 15 à 24 ans.

Les maladies de l'appareil digestif et les maladies des organes génito-urinaires cumulent, pour chacune des causes, 17% plus d'hospitalisations dans la région.

Les maladies de l'appareil respiratoire amènent 34% plus d'hospitalisations pour l'ensemble de la région. Chez les hommes, ce pourcentage est de 17%; toutefois, il grimpe à 68,4% chez ceux de 65 ans et plus.

Les lésions traumatiques et empoisonnements enregistrent des taux supérieurs de 37,7% dans la région. Ces chiffres sont de 33,4% chez les hommes de 15 à 24 ans et de 58,5% chez ceux de 25 à 44 ans.

Les symptômes, signes et états morbides mal définis présentent une proportion d'hospitalisations supérieure de 64% à celle de l'ensemble de la province. La différence avec la province est de:

- 60,8% chez les jeunes de 00 à 14 ans;
- 108,3% chez les femmes de 15 à 24 ans;
- 110,4% chez celles de 65 ans et plus;
- 60,9% chez les hommes de 65 ans et plus.

On constate, de plus, un nombre d'hospitalisations plus élevé de 115,2% dans la région chez les filles de 00 à 14 ans pour les maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Un pourcentage plus élevé d'hospitalisations (20%) se constate aussi chez les individus de 65 ans et plus, en ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire. Enfin, les troubles mentaux amènent 82,9% plus d'hospitalisations chez les femmes de 65 ans et plus.

2.1.7.3 *La durée de séjour*

Le nombre de jours d'hospitalisation est proportionnellement moins élevé de 7,3% dans la région que dans l'ensemble du Québec. Cette différence provient surtout de l'écart attribuable aux hommes.

Les troubles mentaux amènent la durée d'hospitalisation la plus longue.

Chez les femmes, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches regroupent à la fois le plus de cas et le plus de jours d'hospitalisation.

Chez les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire totalisent le plus de journées d'hospitalisation.

Le nombre de jours d'hospitalisation le plus élevé, chez les jeunes de 00 à 14 ans, revient aux maladies de l'appareil respiratoire.

Chez les femmes de 15 à 24 ans et celles de 25 à 44 ans, les durées de séjour les plus longues sont attribuables aux complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Les hommes de 15 à 24 ans connaissent la durée de séjour la plus longue pour les lésions traumatiques et empoisonnements. Chez ceux de 25 à 44 ans, ce rang revient aux troubles mentaux.

Les troubles mentaux réunissent le plus de jours d'hospitalisation chez les individus de 45 à 64 ans et plus particulièrement chez les femmes. Chez les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire se situent au premier rang et les troubles mentaux occupent le second rang.

Chez les personnes de 65 ans et plus, le nombre de jours d'hospitalisation le plus élevé apparaît pour les maladies de l'appareil circulatoire.

#### 2.1.7.4 *Une durée de séjour plus longue que la moyenne provinciale*

On note des durées de séjour supérieures à la moyenne provinciale pour les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (38,5%) et ceci, principalement chez les jeunes de 15 à 24 ans (73,5%), mais aussi chez les individus de 25 à 44 ans (18,8%).

Les femmes de 15 à 24 ans enregistrent un nombre de jours d'hospitalisation supérieur à la province de 20,5%.

Cette tendance s'observe aussi chez les jeunes de 00 à 14 ans pour les maladies de l'appareil respiratoire (39,4%).

Il en est de même chez les individus de 65 ans et plus pour les troubles mentaux (45,2%).

## 2.2 *Les problèmes de santé et les éléments importants à considérer*

La première section de ce chapitre met en évidence les différents faits saillants relatifs à l'état de santé et à ses déterminants.

Les pages qui suivent relèvent les principaux problèmes de santé en les mettant en relation avec les différents déterminants quand cela est possible. En plus des problèmes de santé, on y relève différents éléments importants à considérer comme: la démographie et le développement social, la famille, etc.

### 2.2.1 *La démographie et le développement social en Abitibi-Témiscamingue*

À l'heure où plusieurs s'alarment devant le déclin démographique du Québec, la région de l'Abitibi-Témiscamingue connaît une situation encore plus

inquiétante. L'Abitibi-Témiscamingue possède un taux d'accroissement annuel (-0,004%) nettement inférieur à celui du Québec (0,12%) (voir tableau 2.1).

#### 2.2.1.1 *La dénatalité et la migration*

Le solde migratoire négatif constitue en Abitibi-Témiscamingue le principal facteur amenant la décroissance démographique.

La baisse de la natalité amorcée au cours de la période 1981-1986 est plus rapide dans la région que dans l'ensemble de la province. Si ces conditions se maintiennent, elles entraîneront inexorablement un vieillissement de la population plus rapide qu'au Québec. En 1986, la région comptait 1,7 enfants par femme en âge de procréer (15 à 49 ans), alors que la province en dénombrait 1,4. On souligne que « le seuil de remplacement des générations n'est plus assuré en Abitibi-Témiscamingue[23] ».

En dépit de l'importance de la migration vers l'extérieur, la forte fécondité des femmes a jusqu'à tout récemment assuré la stabilité des effectifs de la population.

#### 2.2.1.2 *Les conséquences sur la structure de la population*

Cette dénatalité et cette migration ne sont pas sans conséquences sur la structure de la population.

Tout d'abord à cause de son développement récent, la population de l'Abitibi-Témiscamingue est relativement plus jeune que celle des autres régions du Québec.

On le sait, « l'ouverture de nouveaux territoires à développer attire généralement de l'extérieur les individus les plus jeunes du fait de leur grande mobilité[24] ». L'âge moyen de la population régionale corrobore ce fait. En contrepartie à ce phénomène, une région qui se dépeuple perd aussi en premier lieu les individus les plus mobiles donc les plus jeunes, probablement les plus instruits, etc[25].

La région de l'Abitibi-Témiscamingue connaît encore un pourcentage plus élevé d'individus jeunes que l'ensemble de la province. Elle possède 25,3% de jeunes de 00 à 14 ans tandis que ce pourcentage est de 20,5% pour l'ensemble de la province. Cette proportion a toutefois diminué de 1981 à 1986 (voir tableau 2.1). Elle possède un pourcentage inférieur à celui de la province, de personnes âgées de 15 à 64 ans (67,5% contre 69,5%) et de 65 ans et plus (7,2% contre 10,0%).

On ne peut parler encore de population en déclin pour l'Abitibi-Témiscamingue, car dans une telle population le nombre de décès dépasse le nombre de naissances. Toutefois, dans la région, le processus de vieillissement est amorcé à cause de la diminution de la natalité et de la migration.

Tableau 2.1

Certaines caractéristiques de la population, selon l'année, pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et pour l'ensemble de la province

| Caractéristiques | | Région [a] | Province |
|---|---|---|---|
| Taux d'accroissement entre 1981 et 1986 | | −0,004% | 0,12% |
| Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme) | | | |
| | 1981 | 2,0 | 1,6 |
| | 1986 | 1,7 | 1,4 |
| Proportion: | | | |
| 00-14 ans | 1981 | 26,3% | 21,7% |
| | 1986 | 25,3% | 20,5% |
| 15-64 ans | 1981 | 67,4% | 69,5% |
| | 1986 | 67,5% | 69,6% |
| 65 ans et plus | 1981 | 6,3% | 8,8% |
| | 1986 | 7,2% | 10,0% |
| Logements avec réparations | | | |
| | 1981 | 28,1% | 23,5% |

a. Le territoire de la Baie James a été exclu de la région.

Source: Daniel BEAUDRY, *Profil de certaines caractéristiques socio-démographiques de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, 1981-1986*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988.

### 2.2.1.3 *La migration et ses causes*

Quelles sont les causes responsables de l'exode des jeunes de la région? Selon le Conseil des affaires sociales:

> Les études portant sur les causes et les effets de la migration interprovinciale convergent toutes vers la même direction: les facteurs économiques et plus spécifiquement la quête d'emploi sont à l'origine de la plupart des changements migratoires[26].

De plus, les études indiquent qu'habituellement les jeunes de 15 à 34 ans quittent d'abord le territoire où ils se trouvent pour trouver un meilleur emploi et pour améliorer leur revenu.

Le taux d'inoccupation rend compte en quelque sorte de l'attraction et du rejet d'un milieu donné.

Le développement social d'une communauté favorisera un accroissement de sa population; à l'inverse, le sous-développement social d'une communauté favorisera le déclin de sa population.

Le taux d'inoccupation se définit par la proportion de personnes inactives[27] « et de chômeurs que compte la population des 15 ans et plus, ou, plus simplement encore, la proportion des personnes qui ne tirent aucun revenu d'emploi parmi la population des 15 ans et plus[28] ». Il sert à délimiter sur un territoire donné la « proportion de 15 ans et plus qui dépend d'un tiers ou de l'Etat[29] ». Il mesure donc le niveau de non-emploi.

Selon des études réalisées, il existerait un lien entre le taux d'inoccupation et les variations démographiques:

> Les communautés qui ont connu une perte importante de population, entre 1971 et 1981, sont aussi celles qui présentent le taux d'inoccupation le plus élevé. A l'inverse, si le taux d'inoccupation était faible, la population de ce territoire a eu tendance à s'accroître[30].

On a vérifié cette tendance dans l'ensemble du Québec. Là où les taux d'inoccupation sont les plus élevés, l'exode des jeunes est plus marqué.

On constate que le taux d'inoccupation (tableau 2.2) est plus élevé dans la région que dans l'ensemble de la province pour les années 1981 et 1986. On est donc justifié de croire que l'exode des jeunes de l'Abitibi-Témiscamingue a été suscité par la fragilité de l'emploi. Il semble que la hausse du taux d'inoccupation représente un facteur de rejet pour une région. On constate que plus le taux d'inoccupation est élevé dans une communauté, plus les jeunes adultes ont tendance à la quitter[31].

### 2.2.1.4 *Les autres indicateurs de développement social*

Le taux d'inoccupation n'est pas le seul indicateur de développement social pour une communauté. L'état des revenus, le niveau de scolarisation, la qualité des logements sont autant d'indicateurs permettant de mieux saisir l'état du développement social (voir tableau 2.2).

Tableau 2.2

Certaines caractéristiques socio-économiques et certaines caractéristiques des ressources socio-sanitaires pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et pour l'ensemble de la province de Québec

| Caractéristiques | Région | Province |
|---|---|---|
| *Socio-économiques* | | |
| Taux d'inoccupation | | |
| 1981 | 48% | 45% |
| 1986 | 48% | 45% |
| Taux de sous-scolarisation | | |
| 1981 | 56% | 46% |
| 1986 | 54% | 44% |
| Revenu moyen[c] | | |
| 1985 | 16 460$ | 16 986$ |
| % revenu inférieur à 10 000$[c] | | |
| 1985 | 36% | 35% |
| *Ressources*[c] | | |
| Distance au médecin | | |
| omnipraticien | 6,94 km | 1,86 km[a] |
| spécialiste | 23,85 km | 5,43 km[a] |
| Habitants pour un médecin[d] | | |
| omnipraticien 1986 | 1 588 | 1 178[b] |
| Habitants pour un médecin[d] | | |
| spécialiste 1986 | 3 306 | 1 201[b] |

a. La région 10 (Nouveau-Québec) n'est pas incluse.
b. Il s'agit d'une norme provinciale.
c. Pour le revenu et les ressources, le territoire de la Baie James n'est pas inclus.
d. Il s'agit de taux calculés à partir de projections de la population.

Sources: Yves PEPIN, *Profil socio-économique de l'Abitibi-Témiscamingue*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, mars 1989.

Nicole BERTHIAUME, *Profil des ressources du système des services socio-sanitaires*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988.

### *L'état des revenus*

L'état des revenus peut être considéré comme un indicateur de l'état du développement social. Bien qu'il faille interpréter avec circonspection cet indicateur, il est intéressant tout de même de connaître ses valeurs.

Le revenu moyen par individu qui déclare des revenus dans la région est semblable à celui du Québec. Il est en fait inférieur de 526$ à celui de la province. Cette différence est attribuable aux femmes. Les femmes de la région ont un revenu moyen de 9 460$ contre 11 230$ pour celles de la province.

Le pourcentage de la population ayant un revenu inférieur à 10 000$ est similaire à l'ensemble de la province (36% contre 35%). Toutefois, la proportion de femmes ayant un revenu de moins de 10 000$ est supérieure (56%) à celle de la province (49%).

### *Le niveau de sous-scolarisation*

Le taux de sous-scolarisation représente le pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant un niveau de scolarité égal ou inférieur à la treizième année et qui ne possède pas de certificat d'études. Ce taux est un indicateur de la main-d'oeuvre non qualifiée sur un territoire donné.

Le taux de sous-scolarisation est nettement plus élevé dans la région que dans l'ensemble de la province. Bien que ce taux ait diminué de 2% dans la région de 1981 à 1986, l'écart est encore de 10% avec l'ensemble de la province (voir tableau 2.2).

### *La qualité des logements*

Cet aspect sera mesuré par le pourcentage de logements occupés nécessitant des réparations majeures.

Ainsi dans la région, 28,1% des logements occupés nécessitent des réparations alors que la proportion est de 23,5% pour l'ensemble de la province. Il y a donc un écart de 4,6%.

### *Les ressources*

On observe que les ressources socio-sanitaires ont tendance à se concentrer dans les centres régionaux ou locaux en croissance, ce qui consolide les pôles naturels d'attraction économique[32]. Les localités les plus défavorisées sur le plan socio-économique sont habituellement les plus éloignées des ressources.

À cause des distances et du type de ressources disponibles, les résidants du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue doivent débourser des frais (jours de travail perdus, logement, déplacement, etc.) supplémentaires à ceux perçus dans la contribution au régime d'assurance-maladie du Québec.

On ne procédera pas à l'étude de l'ensemble des ressources dans cette section. Toutefois, l'analyse de la répartition numérique et géographique des ressources médicales illustre bien que la région de l'Abitibi-Témiscamingue est désavantagée par rapport à l'ensemble de la province (voir tableau 2.2).

La distance moyenne à parcourir pour rejoindre un omnipraticien est plus longue dans la région (6,94 km) que dans l'ensemble de la province (1,86 km).

Pour rejoindre un spécialiste, la situation est pire encore car en Abitibi-Témiscamingue on doit franchir 23,5 km, alors que pour l'ensemble du Québec, cette distance est de 5,43 km.

On compte moins d'omnipraticiens et de spécialistes que la norme ministérielle en Abitibi-Témiscamingue[33].

Les données révèlent un désavantage dans le partage des ressources médicales. Les résultats du *Profil des ressources du système de services socio-sanitaires*[34] laissent croire que ce déficit est présent pour bien d'autres types de ressources socio-sanitaires.

2.2.1.5 *L'état de santé*

L'état de santé est mesuré par le biais de la mortalité et de la morbidité hospitalière (tableaux 2.3 et 2.4).

***La mortalité***

Il semblerait que:

> Le taux de mortalité parmi les personnes des deux sexes, âgées de moins de 45 ans, varie lui aussi, systématiquement de la même façon que chacun des autres indicateurs (revenus, sous-scolarisation, etc.) d'un état de sous-développement social[35].

Il y a surmortalité en Abitibi-Témiscamingue chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Le rapport de la Commission Rochon souligne que malgré « . . . les progrès réalisés pour lutter contre la mort, d'importantes inégalités sur le plan de la mortalité persistent toujours entre les sexes, les catégories socio-professionnelles, les quartiers et les régions du Québec[36] ».

L'Abitibi-Témiscamingue se distingue par une surmortalité chez les hommes, principalement provoquée par les lésions traumatiques et empoisonnements. Les individus du sexe masculin de 15 à 44 ans sont particulièrement touchés. Cette catégorie fait particulièrement appel aux traumatismes routiers qui sont plus fréquents dans les régions périphériques où, justement, des distances importantes doivent être parcourues. On sait aussi que ces problèmes sont reliés à une consommation excessive d'alcool. Il faut aussi mentionner les traumatismes reliés au travail qui ne doivent pas être négligés dans une région où les travailleurs se retrouvant dans les groupes prioritaires de la Commission de la santé et de la sécurité du travail sont particulièrement nombreux. À cela, il faut ajouter les suicides qui font référence au

Tableau 2.3

Caractéristiques de l'état de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James) de 1981 à 1985: surreprésentation et sous-représentation de la mortalité selon le sexe et l'âge (par rapport à la moyenne provinciale)

| Sexe et âge | Écart | Pourcentage |
|---|---|---|
| FEMMES | | |
| 00-04 ans | SUP | 23% |
| 05-14 ans | INF | 5% |
| 15-24 ans | SUP | 39%* |
| 25-44 ans | INF | 2% |
| 45-64 ans | SUP | 11% |
| 65 ans et plus | INF | 2% |
| Total | SUP | 1% |
| HOMMES | | |
| 00-04 ans | SUP | 12% |
| 05-14 ans | SUP | 47% |
| 15-24 ans | SUP | 49%* |
| 25-44 ans | SUP | 23% |
| 45-64 ans | SUP | 11% |
| 65 ans et plus | | 0% |
| Total | SUP | 7% |
| TOTAL | | |
| 00-04 ans | SUP | 17% |
| 05-14 ans | SUP | 28% |
| 15-24 ans | SUP | 49% |
| 25-44 ans | SUP | 16% |
| 45-64 ans | SUP | 17% |
| 65 ans et plus | SUP | 3% |
| Total | SUP | 5% |

SUP: Supérieure INF: Inférieure * significatif

Note: Ces données sont calculées à l'aide de projections de la population.

Source: Daniel BEAUDRY, *Profil de l'état de santé, La mortalité en Abitibi-Témiscamingue, 1981-1985*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, mars 1989.

Tableau 2.4

Caractéristiques de l'état de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue de 1981 à 1985: surreprésentation et sous-représentation de la morbidité hospitalière selon le sexe et l'âge (par rapport à la moyenne provinciale)

| Sexe et âge | Nombre de cas | | Nombre de jours | |
|---|---|---|---|---|
| FEMMES | | | | |
| 00-14 ans | SUP | 29,2%* | INF | 3,7% |
| 15-24 ans | SUP | 63,9%* | SUP | 20,5%* |
| 25-44 ans | SUP | 5,5% | INF | 6,6%* |
| 45-64 ans | SUP | 5,4% | INF | 11,8%* |
| 65 ans et plus | SUP | 25,1%* | SUP | 1,9% |
| Total | SUP | 22,9%* | INF | 1,7% |
| HOMMES | | | | |
| 00-14 ans | SUP | 35,5%* | SUP | 4,6% |
| 15-24 ans | SUP | 9,8%* | INF | 29,4%* |
| 25-44 ans | SUP | 19,1%* | INF | 19,4%* |
| 45-64 ans | SUP | 7,4%* | INF | 17,3%* |
| 65 ans et plus | SUP | 14,8%* | INF | 9,5%* |
| Total | SUP | 10,5%* | INF | 13,6%* |
| TOTAL | | | | |
| 00-14 ans | SUP | 33,9%* | SUP | 2,3% |
| 15-24 ans | SUP | 37,1%* | SUP | 1,1% |
| 25-44 ans | SUP | 10,8%* | INF | 12,2%* |
| 45-64 ans | SUP | 4,4% | INF | 14,5%* |
| 65 ans et plus | SUP | 22,3%* | INF | 3,0% |
| Total | SUP | 8,4%* | INF | 7,3%* |

SUP: Supérieure INF: Inférieure * significatif

Note: Les données sont calculées à l'aide de projections de population.

Source: Yvonne BAILLARGEON, *Profil de l'état de santé, La morbidité hospitalière en Abitibi-Témiscamingue, 1981-1986*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, mars 1989.

désoeuvrement et donc, finalement, à la qualité de vie des individus dans un milieu donné et à son développement socio-économique. Cette cause explique une large part des décès dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

L'importance de ces facteurs illustre qu'en plus de faire face à un exode de sa population la plus jeune, la région de l'Abitibi-Témiscamingue se voit attribuer une proportion plus accentuée de décès chez celle-ci.

***La morbidité hospitalière***

Pour ce qui est de la morbidité hospitalière, on constate un nombre plus élevé d'hospitalisations dans la région que dans l'ensemble de la province. On connaît, toutefois, les contraintes relatives à cette mesure. S'agit-il d'une morbidité réellement accrue dans la région? Ce n'est pas évident quand on sait que la région connaît un nombre de jours d'hospitalisation inférieur à la moyenne provinciale, sauf chez les femmes de 15 à 24 ans.

### 2.2.2 *L'environnement et les maladies de l'appareil respiratoire*

Les données sur la mortalité et la morbidité hospitalière font ressortir l'importance des maladies de l'appareil respiratoire pour la région. Il y a proportionnellement 21 % plus de décès liés à cette cause dans la région que dans l'ensemble de la province.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont particulièrement présentes chez les enfants (00 à 14 ans) et aussi chez les hommes. Chez ces derniers, l'importance de ces maladies s'accroît avec l'âge.

Selon la littérature sur le sujet, la pollution atmosphérique peut entraîner une diminution de la fonction respiratoire lors d'activités physiques[37] et une exacerbation des maladies de l'appareil respiratoire. À long terme, il peut y avoir une augmentation des cas de cancer du poumon, principalement chez les populations demeurant dans des zones très polluées.

Les enfants et les personnes âgées, les malades chroniques et certaines personnes hypersensibles doivent être considérés comme plus à risque.

Chez les enfants, toutefois, une quantité assez importante de ces problèmes peut provenir d'infections, bien que l'environnement puisse devenir un facteur prédisposant.

Les études effectuées dans plusieurs régions soulignent la prédominance des maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes. On indique que ceci est probablement dû à la consommation de cigarettes qui diffère selon le sexe[38].

Il ne faut pas négliger l'effet de certains types d'emplois; les études révèlent que les individus travaillant dans certains types de mines et dans des fonderies ont davantage de maladies de l'appareil respiratoire.

> Thus, gold, coal, fluospar miners, foundry and furnace men, asbestos miners and millers, cotton and flax workers have been found to have a higher prevalence of respiratory symptoms and bronchites and lower average ventilatory lung function than men of the same age living in the same area but with no occupational exposure[39].

Le secteur primaire dont l'exploitation des mines est particulièrement important dans la région.

En somme, on peut croire que l'importance des maladies de l'appareil respiratoire est amplifiée par le cumul de plusieurs facteurs de risque.

### 2.2.3 *L'environnement et les lésions traumatiques et empoisonnements*

La mise en parallèle de l'étude sur la mortalité[40] et de celle sur les traumatismes routiers[41] révèle que 56,3% des décès enregistrés sous la rubrique lésions traumatiques et empoisonnements sont imputables aux accidents de la route[42]. Le volet sur les traumatismes routiers met en relief ce problème et les liens qu'il est possible d'établir, en particulier avec l'environnement physique. Ainsi, la dispersion géographique et le système routier qui unit les différents centres de la région sont d'importants facteurs à considérer. Il est connu qu'il arrive plus d'accidents avec décès et blessés graves sur les routes de 90 km/h.

Les jeunes hommes sont particulièrement concernés par ce problème. L'alcool est souvent un facteur associé.

L'environnement socio-économique est un important facteur à considérer en ce qui a trait aux accidents de travail. La région comprend un nombre important de travailleurs qui dépendent des activités économiques les plus à risques comme les mines et les scieries.

Pour leur part, les suicides sont reliés à l'état de détresse psychologique, mais aussi aux facteurs socio-démographiques et socio-économiques[43]. On sait que ce problème est inquiétant dans la région.

### 2.2.4 *La santé mentale et les ressources socio-sanitaires*

Les troubles mentaux amènent la consommation de services hospitaliers la plus importante dans la région.

Les problèmes de santé mentale sont à mettre en relation avec les variables socio-économiques (pauvreté, . . .) et socio-démographiques (le sexe)[44].

Il ne faut pas oublier non plus que dans la région, pour la période étudiée, il existe une carence en ressources non institutionnelles comme les maisons de transition, les familles d'accueil, etc., et les groupes de soutien dans la communauté.

### 2.2.5 *Les symptômes, signes et états morbides mal définis*

Les symptômes, signes et états morbides mal définis présentent, dans la région, des taux de mortalité et de morbidité hospitalière nettement supérieurs à la moyenne provinciale.

Les principaux facteurs à approfondir pour la compréhension de ce problème relèvent de l'organisation du système de soins et de services. Parmi les facteurs à considérer, on retrouve le manque d'omnipraticiens et de spécialistes dans la région, la difficulté d'établir un diagnostic, la charge de travail des archivistes, les critères d'admission, les transferts dans les centres urbains, etc.

### 2.2.6 *Les maladies de l'appareil circulatoire*

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le tueur le plus important de la région (39,3%).

Ce problème de santé doit être relié pour une bonne part aux habitudes de vie. La littérature mentionne « . . . l'usage de la cigarette, l'hypercholestérolémie, la sédentarité, l'excès de poids et l'hypertension artérielle[45] ».

### 2.2.7 *L'importance de la famille comme milieu de vie*

On ne peut passer sous silence l'importance de la famille comme milieu de vie dans notre région.

Le nombre de ménages familiaux est plus élevé dans la région que dans l'ensemble de la province.

L'Abitibi-Témiscamingue comprend aussi un nombre plus élevé de familles avec enfants (73,1% contre 69,3%) et avec enfants mineurs (69% contre 62,9%) que l'ensemble de la province. La région se distingue aussi par un pourcentage supérieur au Québec de jeunes de 00 à 04 ans (8,3% contre 6,6%) et de 05 à 14 ans (17,0% contre 13,9%).

Dans la région, on constate un nombre de familles monoparentales inférieur à l'ensemble de la province (17,4% contre 20,8%). Par ailleurs, il apparaît que les jeunes en difficulté sociale[46] sont davantage issus de familles monoparentales; ainsi, 32% des jeunes en difficulté identifiés au Centre des services sociaux (CSS) provenaient de familles monoparentales en 1983, alors que ce type de familles représentait 12% de l'ensemble des familles de la région en 1981. L'étude souligne, de plus, qu'un nombre important des mères sont bénéficiaires de l'aide sociale.

En ce qui a trait aux femmes chefs de familles monoparentales, la Commission Rochon souligne une tendance à l'appauvrissement au cours des années.

> Alors qu'en 1970, le revenu moyen de ces femmes était légèrement supérieur au seuil de la pauvreté, en 1980 il l'atteignait tout juste pour les femmes ayant un enfant et il était au-dessous de ce seuil pour les femmes ayant deux enfants[47].

Selon le Conseil du statut de la femme (C.S.F.)[48] en 1983, 60% des familles monoparentales vivaient de l'aide sociale. « De ce groupe, 95% des prestataires étaient des femmes[49] ». Selon une étude réalisée dans le quartier centre sud de Montréal, il semblerait que même sur le marché du travail ces femmes n'échappent pas à la pauvreté[50].

Les femmes de la région ont un revenu inférieur à celles de l'ensemble de la province (9 460$ contre 11 230$). Ceci peut laisser croire que, dans la région, les familles monoparentales dont les femmes sont à la tête sont plus désavantagées que celles de l'ensemble de la province.

Les ressources socio-sanitaires dispensant des services aux familles sont toutefois relativement limitées; on retrouve une centaine de logements pour familles à faible revenu, quelques maisons d'hébergement pour femmes violentées, . . .

**En somme:**

**Sur le plan socio-démographique, la région se caractérise par:**

- **un solde migratoire négatif constituant le principal facteur amenant la décroissance démographique;**
- **une baisse de la natalité plus rapide que dans l'ensemble de la province depuis 1981;**
- **un seuil de remplacement des générations qui n'est plus assuré;**
- **une population plus jeune que celle des autres régions du Québec, à l'exception de la Côte-Nord.**

**L'Abitibi-Témiscamingue présente des indices de sous-développement social:**

- **le taux d'inoccupation est plus élevé en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble de la province;**
- **le revenu moyen par individu qui déclare des revenus est inférieur à la moyenne provinciale chez les femmes;**
- **le taux de sous-scolarisation est nettement plus élevé que dans l'ensemble du Québec.**

**Le développement social est aussi caractérisé par les aspects suivants:**

- **l'accessibilité et la disponibilité des ressources dans la région sont limitées; le nombre d'omnipraticiens et de spécialistes est inférieur à la norme provinciale, et des distances plus longues que dans l'ensemble du Québec doivent être parcourues pour rejoindre un médecin;**
- **une surmortalité chez les hommes principalement provoquée par les lésions traumatiques et empoisonnements;**
- **un nombre plus élevé d'hospitalisations que la moyenne provinciale, alors que le nombre de jours d'hospitalisation est inférieur à cette moyenne.**

**En plus de ces caractéristiques, la région se distingue aussi par:**

- **l'importance des maladies de l'appareil respiratoire chez les enfants (00 à 14 ans) qu'on peut associer à la pollution atmosphérique, et chez les hommes les plus âgés pour lesquels il faut ajouter à la pollution de l'air, la consommation du tabac et le milieu de travail;**
- **des problèmes de santé mentale amenant la consommation de services hospitaliers la plus importante;**
- **l'importance des traumatismes et empoisonnements qu'il faut analyser en fonction des caractéristiques socio-économiques et socio-démographiques et des habitudes de vie;**
- **des décès et des hospitalisations associés dans une proportion plus grande que la province aux symptômes, signes et états morbides mal définis.**

**En ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire, la région ne se distingue pas de l'ensemble de la province, mais cette cause constitue le tueur le plus important. Il faut mettre ce type de problèmes en relation avec les habitudes de vie.**

**En plus des éléments précités, il ne faut pas oublier qu'en Abitibi-Témiscamingue la famille constitue un milieu de vie particulièrement important. Il ne faut donc pas négliger cet aspect lors des interventions.**

---

## *NOTES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES*

1. Pour situer les limites du territoire de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, voir carte page v.

2. Il faut souligner qu'avec les données sur le logement, uniquement les informations se rapportant aux propriétaires et locataires concernent le recensement de 1986.

3. Cette division correspond à quelques détails près, à l'addition des territoires de CLSC de Témiscaming, Ville-Marie et Rouyn-Noranda.

4. Ce pourcentage pour les divisions de recensement de Témiscamingue et de l'Abitibi est de 0,9%.

5. Pour les deux divisions de recensement de la région, ce pourcentage est de 14,4%.

6. Il faut souligner que le taux de chômage est un indicateur qui fluctue continuellement selon la conjoncture économique.

7. Cette catégorie de professions comprend :
   - les travailleurs des industries de transformation et les usineurs, les travailleurs spécialisés dans la fabrication, le montage et la réparation de produits,
   - les travailleurs du bâtiment,
   - le personnel d'exploitation des transports.

8. Il faut souligner que, pour les informations relatives aux professions, seules les données du recensement de 1981 étaient disponibles.

9. La catégorie « cols blancs » comprend:
   - les employés de bureau et les travailleurs assimilés,
   - les travailleurs spécialisés dans la vente,
   - les travailleurs spécialisés dans les services.

10. Le personnel se retrouve surtout dans les services.

11. La population ayant treize ans et moins de scolarité et ne possédant pas de certificat.

12. Les précipitations acides sont reliées aux réactions chimiques se produisant lors du transport dans l'atmosphère d'oxydes de soufre et d'azote sur de longues distances.

13. Les institutions sont des petits réseaux de distribution comme ceux que l'on retrouve dans les écoles, les bases de plein air dont la consommation d'eau s'étend à plusieurs personnes.

14. Des informations compilées en 1988 par Daniel Gagné, responsable de la santé environnementale au CRSSSAT-DSC, révèlent que 32% des municipalités et des institutions ayant fourni des échantillons à Environnement Québec ne rencontrent pas les normes à au moins une occasion durant l'année, ceci en grande majorité pour les critères bactériologiques.

15. Guy ROY, *Contamination de certains puits par l'arsenic*, Rouyn-Noranda, Département de santé communautaire de Rouyn-Noranda, mars 1983, 13 pages.

16. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Résumé du rapport*, p. 13.

17. En incluant le privé.

18. Selon la couverture théorique du territoire incluant le Parc La Vérendrye.

19. Sans le maintien à domicile.

20. Outre l'Abitibi-Témiscamingue, le Bas St-Laurent / Gaspésie, le Saguenay / Lac St-Jean et la Côte-Nord sont ici considérés.

21. Il faut noter qu'il ne s'agit pas nécessairement d'un problème de santé car les grossesses normales sont incluses dans cette catégorie.

22. Indépendamment du lieu d'origine.

23. Daniel BEAUDRY, *Profil de certaines caractéristiques socio-démographiques de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, 1981-1986*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988, p. 39.

24. Ibid., pp. 16-17.

25. Conseil des affaires sociales, *Deux Québec dans un*, Rapport sur le développement social et démographique, Gouvernement du Québec, 1984, p. 67.

26. Ibid., p. 13.

27. La population inactive comprend: les personnes à la retraite, les personnes placées en institution depuis plus de six mois, les conjoints sans emploi qui demeurent au foyer, les assistés sociaux de toutes sortes, les clochards et les sans-abri, les étudiants sans emploi durant l'été.

28. Conseil des affaires sociales, *Deux Québec dans un, . . .*, op. cit., p. 52.

29. Loc. cit.

30. Ibid., p. 53.

31. Ibid., p. 33.

32. Ibid., p. 111.

33. Voir tableau 2.2 à la page 25.

34. Nicole BERTHIAUME, *Profil des ressources du système de services socio-sanitaires*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988.

35. Conseil des affaires sociales, *Deux Québec dans un, . . .*, op. cit., p. 67.

36. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les publications du Québec, 1988, p. 45.

37. Pierre GOSSELIN et al., *Santé environnementale au Québec, Bases théoriques et pratiques*, Québec, Les publications du Québec, 1986, p. 169.

38. Hast M. JOBIN, Maxci - Rosenau, *Public health and preventive medicine*, Eleventh Edition, Appleton - Century - Crofts, 1980, p. 1 245.

39. Ibid., p. 1 247.

40. Daniel BEAUDRY, *Profil de l'état de santé , La mortalité en Abitibi-Témiscamingue 1981-1985*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, mars 1989.

41. Yvonne BAILLARGEON, *Les traumatismes routiers en Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, janvier 1988.

42. Daniel BEAUDRY, *Profil de l'état de santé, La mortalité . . .*, op. cit., p. 40.

43. Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987, *Et la santé, ça va?* Tome I, Les publications du Québec, Québec, 1988, p. 132.

44. Loc. cit.

45. DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE L'OUTAOUAIS, *Les problèmes majeurs de santé*, Aperçu de l'état de santé de la population de l'Outaouais, Centre hospitalier régional de l'Outaouais, p 12.

46. Nicole BERTHIAUME, *Étude sur les jeunes en situation de difficulté sociale en Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, octobre 1985, p. 11.

47. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les publications du Québec, 1988, p. 130.

48. C. PLAMONDON, *Jouer quitte ou double*, C.S.F., document de travail, avril 1985. Cité par: *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, op. cit.

49. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les publications du Québec, 1988.

50. Loc. cit.

# CHAPITRE 3

## *LES TERRITOIRES DE CLSC SELON LES SOUS-RÉGIONS*

**Par Nicole Berthiaume**

Les huit territoires de CLSC formant la région socio-sanitaire d'Abitibi-Témiscamingue, à l'exclusion du territoire de la Baie James, constituent les unités spatiales de base pour le bilan de santé. Le découpage de ces territoires[1] correspond en grande partie à celui des municipalités régionales de comté (MRC). Toutefois, les territoires de CLSC de Témiscaming et de Ville-Marie sont regroupés dans la même MRC, dénommée « sous-région[2] » dans le réseau des services de santé et des services sociaux. Les deux territoires de CLSC au nord de la région ne sont pas encore identifiés à une MRC; celui de Quévillon est associé au territoire de Val d'Or / Senneterre pour former une sous-région, et celui de Matagami est regroupé avec le territoire de CLSC d'Amos. Les deux autres sous-régions correspondent aux territoires de CLSC de Rouyn-Noranda et de La Sarre.

Dans ce chapitre, les faits saillants du bilan de santé seront présentés pour chaque territoire de CLSC selon les volets démographique, socio-économique, de l'environnement physique, de la mortalité et de la morbidité. Seules les ressources socio-sanitaires feront l'objet d'une présentation par sous-région, étant donné que la vocation de plusieurs établissements (CH,CAH,. . .) dépasse les territoires de CLSC. Cette partie sera suivie d'une analyse des problèmes de santé importants pour les territoires de CLSC et ce, en fonction des liens qu'il est possible de faire entre les déterminants et l'état de santé, ainsi que d'une courte réflexion sur la famille comme milieu de vie.

### 3.1 *Les faits saillants du bilan de santé*

La description qui suit sera brève et s'attardera essentiellement à souligner ce en quoi les territoires de CLSC (ou les sous-régions pour les ressources) se distinguent par rapport à la région. Des tableaux (1 à 15) regroupés en annexe font état des principales données pour chacun des thèmes abordés.

#### 3.1.1 *La sous-région du Témiscamingue*

Rappelons que la sous-région du Témiscamingue se compose des territoires de CLSC de Témiscaming, à caractère mono-industriel, et de Ville-Marie, à caractère rural.

##### 3.1.1.1 *Le territoire de CLSC de Témiscaming*

Ce territoire se démarque des autres, particulièrement sur le plan démographique.

***Les caractéristiques socio-démographiques en 1986***

La population se distingue par les aspects suivants:

- elle connaît une décroissance entre 1981 et 1986 (-0,79%);

- le tiers a l'anglais comme langue maternelle;
- elle est la plus âgée de la région avec une moyenne d'âge de 33,7 ans;
- de fait, la proportion des personnes âgées est la plus grande (9,3%) de la région;
- de plus, la fécondité est la plus faible en région avec un indice synthétique de 1,3 enfants par femme, ce qui se situe même en-dessous de la moyenne provinciale (1,4);
- par contre, l'âge moyen à l'accouchement est le plus jeune de la région, avec le territoire de CLSC de Matagami (25,5 ans).

Les ménages:

- La proportion des ménages collectifs (1,4%) est trois fois plus élevée que dans la région (0,5%).
- La moitié des femmes à la tête d'un ménage sont veuves, ce qui est de beaucoup supérieur à la moyenne régionale (33,7%).

Les familles:

- Les familles sans enfants sont proportionnellement les plus nombreuses (28,5%) de la région.

### *Les caractéristiques socio-économiques*

L'économie repose essentiellement sur l'industrie des pâtes et papiers.

Les professions en 1981:[3]

- Chez les hommes, la proportion de cols bleus (57,4%) est plus élevée qu'en région (41,4%), surtout en ce qui a trait aux usineurs et aux travailleurs de la transformation.
- Chez les femmes, la proportion des cols bleus (11%) est la plus grande de la région (3%) et est même comparable au Québec (11,4%).

Les indicateurs socio-économiques:

- Le taux d'inoccupation (52%) dépasse celui de la région (48%) en 1981. On retrouve exactement la même situation en 1986.
- Le taux de sous-scolarisation est lui aussi supérieur à la moyenne régionale en 1981 (59% contre 56%) et en 1986 (58% contre 54%).

Plus particulièrement, 17% de la population du territoire de CLSC connaissent un taux de sous-scolarisation bien supérieur, soit 69% en 1986.

Les revenus en 1985:

- Le revenu moyen (17 667$) est parmi les plus élevés de la région, après les autres territoires de CLSC mono-industriels (Matagami et Quévillon); cette situation est attribuable essentiellement au revenu des hommes.
- La proportion de femmes ayant un revenu inférieur à 10 000$ (59%) est un peu plus grande qu'en région (56%).

*L'environnement physique*

La qualité de l'air est perturbée par:

- l'émission de dioxyde de soufre par la papeterie de Témiscaming (mais les concentrations n'y sont pas mesurées);
- les précipitations acides (taux d'acidité et dépôts de sulfates élevés).

La qualité du milieu naturel:

- La rivière des Outaouais au sud de Témiscaming est polluée sur une distance d'environ 15 km par les rejets de la papeterie et dans une moindre mesure, par les eaux usées municipales.

La qualité de l'eau potable:

- Elle n'est pas contrôlée pour environ 26% de la population qui s'approvisionnent à partir d'une prise individuelle (puits et autres).

*La mortalité*

Les éléments suivants mettent en évidence le caractère distinct du territoire en ce qui concerne les décès qui ont eu lieu entre les années 1981 et 1985:

- Ce territoire semble connaître une fréquence plus importante de décès reliés aux tumeurs qu'il n'en est dans la région.
- La proportion des décès dont on n'a pu déterminer la cause y serait plus importante que dans l'ensemble de la région. Le phénomène apparaîtrait plus important chez les femmes que chez les hommes.
- Les hommes y seraient moins nombreux à décéder de lésions traumatiques et empoisonnements que ceux vivant ailleurs dans la région.

*La morbidité hospitalière*

Les informations suivantes apparaissent comme les plus importantes pour les années 1981 à 1986:

- Le nombre de cas et de jours d'hospitalisation sont inférieurs à la moyenne régionale (cas: 46% et jours: 42,4%);
- les maladies de l'appareil circulatoire viennent en tête quant au nombre de cas d'hospitalisation et quant à la durée d'hospitalisation;
- les femmes sont surtout hospitalisées dans le cadre d'une grossesse ou d'un accouchement.

3.1.1.2 *Le territoire de CLSC de Ville-Marie*

Les faits saillants pour ce territoire sont influencés par son caractère rural et ce, plus ou moins selon les volets concernés.

*Les caractéristiques socio-démographiques en 1986*

La population se distingue par les aspects suivants:

-elle connaît une décroissance entre 1981 et 1986 (-0,53%);
-elle compte une proportion élevée de personnes âgées (8,3%);

- l'indice synthétique de fécondité est parmi les plus élevés de la région (2,0 enfants par femme);
- de plus, l'âge moyen à l'accouchement (25,6 ans) est l'un des plus jeunes de la région.

Le territoire ne se caractérise pas de façon particulière en ce qui a trait aux ménages, familles et logements. Le tableau 1 en annexe reproduit les principales données recueillies pour ces volets.

***Les caractéristiques socio-économiques***

L'économie est basée sur l'agriculture et la foresterie.

Les professions en 1981:

- Chez les femmes, le pourcentage des professions libérales (33%) est le plus grand de la région.
- Les emplois de catégorie autre, regroupant surtout des emplois du secteur primaire, sont plus nombreux que la moyenne régionale, tant chez les hommes (24,9% contre 20,7% en région) que chez les femmes (7,1% contre 3%).

Les indicateurs socio-économiques:

- Le taux d'inoccupation (52%) dépasse celui de la région (48%) en 1981. La tendance se maintient en 1986 (53% contre 48%).
- Le taux de sous-scolarisation est identique à celui de la région (56%) en 1981, et les deux taux sont comparables en 1986 (55% et 54%).

Près du tiers de la population (32%) paraît plus défavorisé sur ce plan, affichant un taux d'inoccupation de 61% et un taux de sous-scolarisation de 65% en 1986.

Les revenus en 1985:

- Le revenu moyen (13 618$) apparaît comme le plus faible de la région.
- La proportion d'hommes (29%) et de femmes (59%) ayant un revenu de moins de 10 000$ est supérieure à la région (hommes: 22% et femmes: 56%).

***L'environnement physique***

La qualité de l'air est perturbée par:

- l'émission de particules et de fumée par le brûleur conique d'une scierie à Béarn;
- les précipitations acides qui menacent les lacs au sud-est de Rouyn-Noranda jusqu'à une distance de 125 km.

La qualité du milieu naturel:

- Des plans d'eau (lac Témiscamingue et rivière à la Loutre) sont contaminés localement par les rejets agricoles et les eaux usées municipales.

La qualité de l'eau potable:

La qualité de l'eau potable n'est pas contrôlée pour environ 39% de la population s'approvisionnant à partir d'une prise individuelle. Pourtant, des

indices de contamination de puits domestiques par l'uranium (9 sites), le cadmium (9) et le plomb (5) ont été décelés. Par ailleurs, la municipalité de Lorrainville connaît des dépassements répétitifs des normes bactériologiques, l'eau n'y est pas traitée. Nédelec enregistre des dépassements de la norme concernant la limpidité de l'eau[4].

***La mortalité***

Le territoire de CLSC se distingue de la région de la manière suivante entre 1981 et 1985:

- il connaît un taux de surmortalité générale de l'ordre de 18,2% par rapport à la région;
- on y enregistre aussi 25,9% plus de décès attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire que dans l'ensemble de la région. Chez les hommes, cette cause est à l'origine de 32,6% plus de décès que ce qu'on observe à l'échelle régionale;
- chez les femmes, les maladies de l'appareil digestif ayant conduit à la mort semblent deux fois plus fréquentes que dans l'ensemble de la région.

***La morbidité hospitalière***

En voici les principaux aspects pour les années 1981 à 1986:

- le nombre de cas d'hospitalisation est inférieur de 4,8% à la moyenne régionale;
- chez les femmes, les hospitalisations reliées à la grossesse et à l'accouchement arrivent en tête pour le nombre de cas et de jours;
- les hommes sont surtout hospitalisés pour des maladies de l'appareil digestif;
- les maladies de l'appareil circulatoire se classent au premier rang quant à la durée d'hospitalisation.

3.1.1.3 *Les ressources socio-sanitaires de la sous-région*

Les ressources publiques, privées et communautaires seront décrites pour la sous-région réunissant les territoires de CLSC de Témiscaming et de Ville-Marie. Des distinctions par territoire de CLSC seront apportées quand cela sera possible.

***Les établissements publics***

La disponibilité des ressources se caractérise par les aspects suivants en 1985-1986:

- les dépenses par habitant sont les plus élevées de la région pour les volets CLSC (109$) et CAH (100$);
- les heures travaillées per capita pour les services à la clientèle (sans les cadres) sont les plus importantes de la région pour le volet CLSC (3,4 heures), et c'est le contraire pour le volet CH (9,9);
- les lits dressés en CH sont les moins nombreux de la région par rapport à la population (4,7 lits / 1 000 habitants). Aucun lit n'est disponible pour les soins en santé mentale.

L'accessibilité des ressources est relativement limitée:

- La municipalité de Ville-Marie apparaît comme un centre périphérique dans la distribution des services spécialisés en région avec: un centre de santé, un CAH, un bureau local du CSS et des points de service en réadaptation. Une autre localité, Témiscaming, dispose d'un établissement (centre de santé) et d'un point de service en réadaptation.
- En 1988, il y a décentralisation des services de type CLSC dans 7 localités parmi lesquelles, des localités éloignées et moins favorisées sur le plan économique. Des services de jour du CAH sont offerts dans 2 localités.
- La distance moyenne à parcourir jusqu'au CLSC pour la population du territoire de Ville-Marie est de 31 km (tableau 7 en annexe). Ceci représente l'une des distances les plus grandes en région, d'autant plus que plusieurs localités sont dispersées sur le territoire.

### *Les travailleurs du secteur privé*

Il y a moins de médecins en général (1 / 1 317 habitants) et surtout moins de spécialistes (1 / 9 216) que la moyenne régionale (médecins: 1 / 1 073 et spécialistes: 1 / 3 306).

Une grande partie des professionnels (médecins, pharmaciens, dentistes, optométristes, chiropraticiens) sont localisés à Ville-Marie; un podiatre dessert aussi la municipalité. Toutefois, on trouve des médecins, un dentiste et une pharmacie à Témiscaming, un dentiste à Notre-Dame-du-Nord et un optométriste à Lorrainville.

### *Les ressources de placement non institutionnel et de résidence communautaire*

Les places en famille d'accueil pour les jeunes sont les moins nombreuses de la région par rapport à la population (9,1 / 1 000 habitants de 19 ans et moins).

Il y a deux pavillons pour personnes âgées totalisant 35 places réparties à Notre-Dame-du-Nord (16), Témiscaming (14) et Belleterre (5).

Les logements en HLM (88), tous dévolus aux personnes âgées, sont situés dans 4 localités seulement. Enfin, on trouve 4 logements supervisés pour les personnes handicapées physiques, et ils sont localisés à Témiscaming.

### *Les organismes bénévoles*

En 1986, le nombre d'organismes bénévoles est estimé à 86 dont 62 dans le territoire de CLSC de Ville-Marie et 19 dans celui de Témiscaming. On remarque une nette déconcentration des organismes dans le territoire de CLSC de Ville-Marie; il y a, de plus, une concertation marquée par rapport aux personnes âgées. C'est d'ailleurs l'un des territoires de CLSC où on a versé le plus de subventions en maintien à domicile en 1986.

### 3.1.2 *La sous-région de Rouyn-Noranda*

Rappelons que la sous-région de Rouyn-Noranda correspond au territoire de CLSC du même nom. Elle présente un caractère essentiellement urbain.

#### 3.1.2.1 *Les caractéristiques socio-démographiques en 1986*

La population se distingue par les aspects suivants:

- elle connaît un léger accroissement, avec l'un des taux les plus élevés en région (0,58%);
- elle comprend 27,6% des anglophones de la région;
- elle compte une des moyennes d'âge les plus élevées (32,1 ans) de la région.

Les ménages:

- Le nombre d'individus par ménage (2,76) est le plus bas de la région.
- La proportion des ménages familiaux (75,5%) est l'une des plus faibles de la région.

Les familles:

- Le pourcentage des familles monoparentales (19,7%) est l'un des plus grands de la région, se classant juste après celui du territoire de Val d'Or / Senneterre (19,8%).
- La proportion des familles sans enfants (28,4%) est la seconde en importance dans la région.

Les logements:

- Ils sont occupés par l'une des plus fortes concentrations de locataires (44,4%) de la région.

#### 3.1.2.2 *Les caractéristiques socio-économiques*

Le caractère urbain du territoire de CLSC de Rouyn-Noranda apparaît avec évidence du fait qu'il possède l'un des secteurs tertiaires les plus développés de la région. Le secteur primaire repose sur l'exploitation minière, et la première transformation des métaux est l'activité la plus importante du secteur secondaire.

Les professions en 1981:

- Le pourcentage des professions libérales chez les hommes (20,3%) est plus important que pour l'ensemble de la région (17%).
- Il en est de même pour les cols blancs (26,1% contre 20,9%).

Les indicateurs socio-économiques:

- Le taux d'inoccupation (47%) est comparable à celui de la région (48%) en 1981 et en 1986.
- Le taux de sous-scolarisation (53%) est moins élevé que pour la région (56%) en 1981. L'écart grandit en 1986 (48% contre 54%).

Certaines localités, regroupant 8% de la population du territoire, présentent des taux nettement plus élevés, soit 62% pour l'inoccupation et 65% pour la sous-scolarisation en 1986.

Les revenus en 1985:
- Le revenu moyen (17 452$) se situe parmi les plus élevés de la région, cette situation est principalement attribuable aux hommes. De plus, le revenu moyen des femmes (10 673$) est le plus important en région.
- La proportion des femmes ayant un revenu de moins de 10 000$ (52%) est inférieure à la moyenne régionale (56%), c'est le territoire le moins défavorisé sous cet angle.

3.1.2.3 *L'environnement physique*

La qualité de l'air:

La qualité de l'air est perturbée par les émissions de dioxyde de soufre ($SO_2$) et de matières particulaires en provenance de la fonderie de cuivre à Rouyn-Noranda. Celle-ci constitue la plus importante source de $SO_2$ au Québec. Les émissions atteignent la population dans un rayon de 10 à 15 km de l'usine; la zone la plus atteinte est la partie sud-est de Rouyn-Noranda.

Le quartier proche de la fonderie reçoit des émanations diffuses. La remise en circulation des poussières au sol (métaux lourds) présente un risque particulier pour la santé des enfants, surtout les moins de 5 ans habitant près de la fonderie.

Enfin, les précipitations acides menacent les lacs au sud-est de Rouyn-Noranda jusqu'à une distance de 125 km, et les dépôts de sulfates enregistrés dans le territoire de CLSC sont importants.

La qualité du milieu naturel:

Les lacs entourant Rouyn-Noranda (Dufault, Osisko, Rouyn, Pelletier, Noranda) sont contaminés par les rejets miniers et les eaux usées municipales. Un dépotoir à ciel ouvert existe encore à Rouyn-Noranda. Des parcs à résidus miniers présentent des risques de contamination de la chaîne alimentaire et de l'eau potable.

La qualité de l'eau potable:

Environ 26% de la population puisent leur eau potable à même des prises individuelles qui ne sont soumises à aucun contrôle. Or, il existe des indices de contamination des puits domestiques par le plomb(3 sites), l'arsenic(3)[5], le mercure(3) et le cadmium(2).

3.1.2.4 *La mortalité*

Les éléments suivants sont à retenir pour les années 1981 à 1985:
- la mortalité générale est plus élevée de 12,1% dans ce territoire de CLSC;
- comparativement à la moyenne régionale, les hommes résidant dans le territoire sont 22,3% plus nombreux à mourir de maladies de l'appareil respiratoire. Chez les femmes, le phénomène de surmortalité atteint 50,5% pour cette cause;
- les maladies de l'appareil circulatoire ayant causé la mort sont 26,1% plus fréquentes chez les femmes de ce territoire qu'ailleurs dans la région.

3.1.2.5 *La morbidité hospitalière*

Voici les aspects à souligner pour les années 1981 à 1986:

- le nombre de cas et de jours d'hospitalisation est supérieur à la moyenne régionale (cas: 2,5% et jours: 9,9%);
- les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches arrivent en tête pour les cas d'hospitalisation;
- les hommes sont surtout hospitalisés pour des maladies de l'appareil digestif;
- la durée d'hospitalisation la plus longue revient aux troubles mentaux avec un taux supérieur de 53,1% à la moyenne régionale.

Il est à noter que le taux de nouveau-nés présentant une insuffisance de poids (8%) est le plus important de la région au cours de la période 1981 à 1985[6].

3.1.2.6 *Les ressources socio-sanitaires de la sous-région*

***Les établissements publics***

La disponibilité des ressources se caractérise par les aspects suivants en 1985-1986:

- les dépenses par habitant sont les plus grandes de la région pour le volet CH (640$), sur le même rang que le territoire de La Sarre;
- les heures travaillées per capita pour les services à la clientèle (sans les cadres) sont les plus importantes de la région pour le volet CAH (2,6 heures);
- les places (au permis) en CAH sont les plus nombreuses de la région par rapport à la population de 65 ans et plus (3,9 / 1 000).

L'accessibilité des ressources se présente comme suit:

- la ville de Rouyn-Noranda apparaît comme l'un des centres les plus importants où se fait l'organisation des services spécialisés en région; on y retrouve un CH, 2 CAH, un CLSC, un bureau local du CSS, un CR et des points de service en réadaptation;
- les services du CLSC sont décentralisés dans 3 points de service et 9 points de chute en 1986, dont des localités éloignées et moins favorisées sur le plan économique; un CAH offre des services dans 3 localités;
- la distance moyenne à parcourir jusqu'au CLSC pour la population est de 23,6 km (tableau 7 en annexe).

***Les travailleurs du secteur privé***

C'est la sous-région où on trouve le plus de médecins (1 / 811 habitants), de dentistes (1 / 3 810) et d'optométristes (1 / 4 763) par rapport à la population en région.

Les professionnels (médecins, dentistes, optométristes, pharmaciens, chiropraticiens) sont concentrés dans une seule ville, Rouyn-Noranda. On y trouve le seul optométriste spécialisé en basse vision de la région. Un podiatre dessert la ville, et l'acupuncture y est pratiquée.

***Les ressources de placement non institutionnel et de résidence communautaire***

Les places en famille d'accueil pour les jeunes sont les plus nombreuses de la région par rapport à la population (18,8/1 000 habitants de 19 ans et moins). Par contre, les places pour adultes (4,3 / 1 000) sont en deçà de la moyenne régionale (5,0 / 1 000) par rapport à la population de 20 ans et plus.

Un pavillon pour personnes âgées, situé à Rouyn-Noranda, dispose de 29 places.

Les logements en HLM (205) sont localisés majoritairement à Rouyn-Noranda (155), et les autres sont répartis dans 3 localités (Cadillac, Evain, Rollet). Environ le quart (50) est dévolu aux familles à faible revenu, six vont aux personnes handicapées et la majorité (149), aux personnes âgées.

Les logements supervisés pour personnes âgées (23), personnes handicapées physiques (6) et jeunes mésadaptés (8) sont tous situés à Rouyn-Noranda.

***Les organismes bénévoles***

En 1986, le nombre d'organismes bénévoles est estimé à 86. C'est le territoire où on trouve le plus d'organismes pour personnes handicapées en région, dont deux regroupements régionaux. La grande majorité des organismes sont localisés à Rouyn-Noranda.

### 3.1.3 *La sous-région de La Sarre*

La sous-région de La Sarre correspond au territoire de CLSC du même nom. Elle a un caractère essentiellement rural.

#### 3.1.3.1 *Les caractéristiques socio-démographiques en 1986*

La population se distingue comme suit:
- elle connaît une décroissance de 1981 à 1986 (-0,8%);
- la fécondité, avec un indice synthétique de 1,9 enfants par femme, se situe au-dessus de la moyenne régionale (1,7).

Les familles:

- Les familles avec 5 enfants et plus sont proportionnellement les plus nombreuses (2,3%) de la région.

Le territoire ne se distingue pas de façon particulière en ce qui a trait aux ménages et aux logements. Le tableau 1 en annexe reproduit les principales données colligées pour ces volets.

#### 3.1.3.2 *Les caractéristiques socio-économiques*

Le secteur primaire est basé sur l'agriculture quoiqu'il y ait émergence de l'exploitation minière dans la partie nord du territoire. Le secteur secondaire est axé sur la transformation du bois (83,5% des emplois).

Les professions en 1981:

- Les emplois de catégorie « autre » (incluant le secteur primaire) sont plus nombreux que la moyenne régionale (hommes: 20,7% et femmes: 3%), tant chez les hommes (24,5%) que chez les femmes (4,6%).
- Chez les hommes, la proportion de cols bleus (45,9%) est un peu plus élevée que pour l'ensemble de la région (41,4%).

Les indicateurs socio-économiques:

- Le taux d'inoccupation (54%) est le plus important de la région en 1981 et en 1986.
- Le taux de sous-scolarisation est aussi le plus élevé de la région en 1981 (63%) et en 1986 (61%).

En 1986, plus du quart de la population (27%) connaît des taux d'inoccupation (64%) et de sous-scolarisation (68%) encore plus élevés.

Les revenus en 1985:

- Le revenu moyen (14 556$) est parmi les plus faibles de la région.
- La proportion d'hommes (25%) et de femmes (60%) ayant un revenu de moins de 10 000$ est supérieure à la moyenne régionale (hommes: 22% et femmes: 56%).

3.1.3.3 *L'environnement physique*

La qualité de l'air:

La qualité de l'air est perturbée par l'émission de particules et de fumée en provenance du brûleur conique d'une scierie à La Sarre.

La qualité du milieu naturel:

Les plans d'eau suivants sont contaminés:

- le tronçon de la rivière traversant La Sarre, par des égouts domestiques ainsi que par des rejets agricoles et industriels;
- la Rivière Dagenais, par des rejets agricoles;
- les lacs Arnoux, Dasserat et Duparquet, par des rejets miniers.

La contamination du sol dans la municipalité de Duparquet par des rejets miniers (arsenic) présente des risques pour la santé de la population, et surtout pour les enfants.

La qualité de l'eau potable:

Environ la moitié de la population puise son eau potable à des prises individuelles qui ne sont soumises à aucun contrôle. Pourtant, des indices de contamination de puits domestiques par l'uranium (13 sites), l'arsenic (8)[7], le mercure (7), le plomb (2), le cadmium (2) ont été décelés.

3.1.3.4 *La mortalité*

Voici les principaux éléments à retenir pour la période de 1981 à 1985:

- les femmes ont enregistré 16,8% moins de décès que la moyenne régionale;

- les décès pour maladies de l'appareil digestif semblent significativement moins importants dans ce territoire qu'ils ne le sont pour l'ensemble de l'Abitibi-Témiscamingue et ce, tant chez les hommes que chez les femmes;
- les décès pour maladies du système nerveux et des organes des sens semblent plus fréquents chez les hommes de ce territoire qu'en région.

3.1.3.5 *La morbidité hospitalière*

Voici les aspects à souligner pour les années 1981 à 1986:

- le nombre de cas et de jours d'hospitalisation sont supérieurs à la moyenne régionale (cas: 12,7% et jours: 137,5%);
- chez les femmes, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches arrivent en tête pour les cas d'hospitalisation;
- chez les hommes, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui se classent au premier rang, les cas d'hospitalisation dépassant de 42,2% la moyenne régionale;
- les troubles mentaux viennent en tête pour la durée d'hospitalisation, avec un écart supérieur de 59,8% à la moyenne régionale.

3.1.3.6 *Les ressources socio-sanitaires de la sous-région*

***Les établissements publics***

La disponibilité des ressources se caractérise par les points suivants en 1985-1986:

- les dépenses par habitant sont les plus élevées de la région pour le volet CH (640$), se situant sur le même rang que le territoire de Rouyn-Noranda;
- les heures travaillées per capita pour les services à la clientèle (sans les cadres) sont les plus importantes de la région pour le volet CH (17,9), mais les plus faibles pour le volet CLSC (1,5);
- les lits dressés en CH (9,4 / 1 000 habitants) et les places au permis en CAH (3,9 / 1 000 habitants de 65 ans et plus) sont proportionnellement les plus nombreux en région. Cependant, il n'y a pas de lits réservés pour les soins en santé mentale dans les CH.

L'accessibilité des ressources se présente comme suit:

- la ville de La Sarre apparaît comme un centre périphérique dans la distribution des services spécialisés en région; on y retrouve un CLSC, un CH, un CAH, un bureau local du CSS et des points de service en réadaptation. Macamic a développé une vocation particulière pour les personnes âgées avec un CH de longue durée et un CAH, il y a aussi un CAH à Palmarolle;
- en 1988, les services du CLSC sont décentralisés dans 3 points de service situés dans des localités éloignées et moins favorisées sur le plan économique;
- la distance moyenne à parcourir jusqu'au CLSC pour la population est de 21,4 km (tableau 7 en annexe). Plusieurs localités sont disséminées sur le territoire.

***Les travailleurs du secteur privé***

C'est la sous-région où on trouve, en 1986, le moins de médecins (1 / 1 903 habitants) et surtout le moins de spécialistes (1 / 13 321 habitants) que partout ailleurs dans la région. La situation s'est quelque peu améliorée depuis.

La majorité des professionnels exercent à La Sarre. On trouve aussi des pharmacies à Macamic. Enfin, un acupuncteur dessert La Sarre.

***Les ressources de placement non institutionnel et de résidence communautaire***

Les places en famille d'accueil pour les jeunes (10,3 / 1 000 habitants de moins de 20 ans) sont en deçà de la moyenne régionale (12,5 / 1 000). De plus, les places pour adultes sont les moins nombreuses en région par rapport à la population (2,9 / 1 000 habitants de 20 ans et plus).

Il y a un pavillon pour personnes âgées à Macamic. Les places (12) y sont moins nombreuses que dans les autres sous-régions.

On constate une nette décentralisation des logements en HLM (157), répartis dans 13 localités. Le nombre de logements est le plus élevé de la région par rapport à la population (5,9 / 1 000 habitants). La grande majorité est dévolue aux personnes âgées (143).

On trouve 3 logements supervisés pour personnes handicapées physiques, dont 2 à Macamic et 1 à La Sarre.

***Les organismes bénévoles***

En 1986, le nombre d'organismes est estimé à 75. C'est le territoire de CLSC où on remarque la plus grande déconcentration des organismes bénévoles. On y a versé le plus de subventions en maintien à domicile en 1986. Mais c'est le territoire le plus démuni en hébergement temporaire de la région.

3.1.4 *La sous-région d'Amos / Matagami*

Cette sous-région est composée des territoires de CLSC d'Amos et de Matagami qui se différencient beaucoup l'un de l'autre.

3.1.4.1 *Le territoire de CLSC d'Amos*

Les importantes activités économiques concentrées à Amos confèrent un caractère urbain au territoire. Cependant, le milieu rural, composé de plusieurs localités disséminées sur le territoire, revêt aussi une grande importance.

***Les caractéristiques socio-démographiques en 1986***

La population se distingue par les aspects suivants:

- elle connaît une très faible croissance (0,26%);
- elle compte un âge moyen (30,4 ans) inférieur à celui de la région (31,3);
- la fécondité est la plus importante de la région avec un indice synthétique de 2,1 enfants par femme, c'est le seul territoire où le remplacement des générations est assuré;

- l'âge moyen à l'accouchement (26,8 ans) est le deuxième plus vieux de la région.

Le territoire ne présente pas de caractéristiques particulières en ce qui a trait aux ménages, familles et logements. Le tableau 1 en annexe reproduit les principales données recueillies pour ces volets.

***Les caractéristiques socio-économiques***

L'économie est basée sur la forêt et l'agriculture. L'industrie (usine de pâtes et papiers, scieries) est concentrée à Amos.

Les professions en 1981:

- Chez les hommes, la proportion de cols bleus (47,7%) est plus élevée que la moyenne régionale (41,4%).
- Chez les femmes, on trouve plus de professions libérales (31,5%) que dans l'ensemble de la région (27,8%).

Les indicateurs socio-économiques:

- Le taux d'inoccupation (47%) est légèrement plus faible que celui de la région (48%) en 1981 et en 1986.
- Le taux de sous-scolarisation est identique à celui de la région en 1981 (56%), et les taux sont comparables en 1986 (53% et 54%).

En 1986, le tiers de la population du territoire (33%) est plus défavorisée sur ce plan, avec un taux d'inoccupation de 56% et un taux de sous-scolarisation de 67%.

Les revenus en 1985:

- Le revenu moyen (15 960$) se situe parmi les plus faibles de la région.

***L'environnement physique***

La qualité de l'air:

La qualité de l'air est perturbée par l'émission de particules et de fumée en provenance du brûleur conique d'une scierie à Champneuf.

La qualité du milieu naturel:

Le tronçon urbain de la rivière Harricana est pollué par les égouts domestiques et les rejets de la papeterie à Amos.

La qualité de l'eau potable:

Environ la moitié de la population puise son eau potable à partir de prises individuelles qui ne sont pas surveillées. Or, il existe des indices de contamination de puits domestiques par l'uranium (15 sites), le cadmium (7), le plomb (7) et l'arsenic (2).

***La mortalité***

Si un territoire de CLSC peut être qualifié de microcosme régional en matière de mortalité, c'est celui d'Amos.

Dans l'ensemble, aucune cause de mortalité ne comporte plus ou moins de décès que ne le veut la tendance régionale pour les années 1981 à 1985. La seule différence significative s'observe chez les hommes, et il s'agit d'une cause pour laquelle le nombre total de décès observés s'avère proportionnellement inférieur à ce qui prévaut en Abitibi-Témiscamingue (tumeurs: 8,2% moins de décès).

De plus, la fréquence des décès observés dans ce territoire est inférieure à l'observation faite pour la région.

***La morbidité hospitalière***

En voici les principaux éléments pour les années 1981 à 1986:

- le nombre de cas et le nombre de jours d'hospitalisation sont supérieurs à la moyenne régionale (cas: 22,5% et jours: 92,5%);
- chez les femmes, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches se classent au premier rang pour les cas et les jours d'hospitalisation. Le taux est plus élevé de 15,3% par rapport à la moyenne régionale pour les cas et de 15,5% pour les jours;
- chez les hommes, le premier rang va aux maladies de l'appareil respiratoire pour les cas d'hospitalisation, l'écart est supérieur de 37,5% à la moyenne régionale;
- les troubles mentaux viennent en tête pour la durée d'hospitalisation.

3.1.4.2 *Le territoire de CLSC de Matagami*

La situation géographique du territoire de CLSC de Matagami au nord du 49e parallèle, à la périphérie de la région, est à considérer.

***Les caractéristiques socio-démographiques en 1986***

La population se distingue comme suit:

- elle connaît la décroissance la plus accentuée en région de 1981 à 1986 (-3,1%); à ce rythme, la moitié de la population de 1986 aura quitté le district dans 22 ans;
- c'est l'une des populations les plus jeunes de la région avec une moyenne d'âge de 26 ans;
- l'âge moyen à l'accouchement est le plus jeune de la région, avec le territoire de CLSC de Témiscaming (25,5 ans).

Les ménages:

- Le nombre moyen d'individus par ménage (3,14) est le second en importance dans la région.
- Les célibataires sont proportionnellement les plus nombreux parmi les chefs de ménage en région et ceci, autant chez les femmes (52%) que chez les hommes (11%).

Les familles:

- Les familles avec enfants (77,9%) et avec enfants mineurs (86,1%)[8] représentent les proportions les plus grandes dans la région.

Les logements:

- Les logements sont occupés par le plus faible pourcentage de propriétaires (37,9%) en région.

***Les caractéristiques socio-économiques***

L'économie est basée sur l'exploitation minière.

Les professions en 1981:

- Chez les hommes, la proportion de cols bleus (46,8%) est plus élevée que la moyenne régionale (41,4%).

Les indicateurs socio-économiques:

- Le taux d'inoccupation pour le territoire de CLSC (36%) est le plus faible de la région en 1981. En 1986, la municipalité de Matagami connaît un taux de 38%[9].
- Le taux de sous-scolarisation pour le territoire de CLSC (49%) se situe parmi les moins élevés de la région en 1981. En 1986, la municipalité de Matagami enregistre un taux de 53%[10].

Les revenus en 1985:

- Le revenu moyen (20 419$) est le plus important de la région et ceci est essentiellement attribuable aux hommes.
- La proportion de femmes ayant un revenu de moins de 10 000$ (62%) est la plus forte en région, la part des revenus de moins de 5 000$ est déterminante.
- Chez les hommes, les revenus inférieurs à 10 000$ sont deux fois moins importants que pour la région (11% contre 22%).

***L'environnement physique***

Des plans d'eau sont contaminés:

- à proximité de Matagami (rivière Bell, lac Watson, rivière Allard, l'ouest du lac Matagami), par des déchets miniers, des égouts domestiques et des rejets de l'ancienne usine de chlore-alcali;
- près de Joutel (rivière Plamondon), par des résidus miniers.

Il y a des risques de contamination de la chaîne alimentaire.

Un dépotoir à ciel ouvert existe encore à Matagami.

L'eau potable provient d'un système d'aqueduc public pour la presque totalité de la population.

***La mortalité***

On remarque un phénomène de sous-mortalité par rapport à la région pour les années 1981 à 1985. Cependant, compte tenu des faibles effectifs de population, du petit nombre de décès enregistrés et des facteurs comme la migration, on ne peut attribuer - même hypothétiquement - cette caractéristique à un meilleur état de santé de la population.

### *La morbidité hospitalière*

Voici les principaux éléments à retenir pour 1981 à 1986:

- la durée d'hospitalisation est supérieure de 22,5% à la moyenne régionale;
- chez les femmes, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches cumulent le plus de cas et de jours d'hospitalisation;
- chez les hommes, le premier rang revient aux lésions traumatiques et empoisonnements avec un taux supérieur de 34,4% à la moyenne régionale, pour les cas d'hospitalisation. Pour la durée d'hospitalisation, les maladies de l'appareil digestif viennent en tête.

### 3.1.4.3 *Les ressources socio-sanitaires de la sous-région*

Rappelons que ce volet ne peut être abordé que pour la sous-région. Des distinctions par territoire de CLSC seront apportées quand cela sera possible.

### *Les établissements publics*

La disponibilité des ressources se caractérise comme suit en 1985-1986:

- les dépenses par habitant sont en deçà de la moyenne régionale pour les volets CLSC (52$), CH (527$) et CAH (69$);
- les heures travaillées per capita pour les services à la clientèle (sans les cadres) se situent près de la moyenne régionale pour les volets CLSC (1,9), CH (l4,3) et CAH (1,7);
- les places au permis en CAH sont les moins nombreuses de la région par rapport à la population de 65 ans et plus (2,9 places / 1 000).

Pour l'accessibilité des ressources, les points suivants sont à retenir:

- la ville d'Amos apparaît comme l'un des centres les plus importants où se fait l'organisation des services spécialisés en région; on y retrouve: un CLSC, un CH, un CAH, le bureau régional du CSS, deux CR et un point de service en réadaptation, Matagami dispose d'un centre de santé, d'un sous-bureau du CSS et d'un point de service en réadaptation;
- en 1986, les services du CLSC sont décentralisés dans 3 points de service et 2 points de chute, dont des localités éloignées et moins favorisées sur le plan économique; le CAH offre des services dans 3 localités;
- la distance moyenne à parcourir jusqu'au CLSC pour la population du territoire de CLSC d'Amos est de 24,9 km (tableau 7 en annexe). Les localités du nord du territoire sont particulièrement éloignées des services spécialisés.

### *Les travailleurs du secteur privé*

C'est l'une des sous-régions où on trouve le plus de médecins (1 / 819 habitants) par rapport à la population en région. Par contre, il y a moins de dentistes (1/5 180 habitants) et d'optométristes (1 / 10 359 habitants) que la moyenne régionale (dentistes: 1 / 4 501 et optométristes: 1 / 8 101).

Les médecins spécialistes, les optométristes, les chiropraticiens sont concentrés à Amos. Aucun dentiste ne réside dans le territoire de CLSC de Matagami dont la ville principale (Matagami) est desservie par un itinérant 2 semaines par mois. Il y a des pharmacies à Amos, Barraute et Matagami. L'acupuncture est pratiquée à Amos.

***Les ressources de placement non institutionnel et de résidence communautaire***

Les places en famille d'accueil pour adultes sont les plus nombreuses de la région par rapport à la population (6,4 / 1 000 habitants de 20 ans et plus).

On trouve 30 places en pavillons pour personnes âgées dont 16 à Barraute et 14 à Amos[11].

Les 134 logements en HLM se concentrent dans 4 localités du territoire de CLSC d'Amos dont la très grande majorité (104) dans la ville d'Amos; le territoire de CLSC de Matagami n'a pas de HLM. Presque tous les logements sont dévolus aux personnes âgées, à l'exception de 6 réservés aux personnes handicapées.

Le territoire de CLSC d'Amos compte quelques logements supervisés pour personnes handicapées physiques (2) et mentales (2) qui sont situés à Amos (3) et à Barraute (1).

***Les organismes bénévoles***

En 1986, le nombre d'organismes est estimé à 95 dont 71 dans le territoire de CLSC d'Amos et 24 dans celui de Matagami. Le territoire d'Amos est celui où on a identifié le plus de groupes pour personnes âgées en région. Le territoire de CLSC de Matagami est le seul à ne pas avoir de comité de prévention du suicide. La majorité des organismes sont concentrés à Amos.

### 3.1.5 *La sous-région de Val d'Or / Senneterre / Quévillon*

Cette sous-région est composée d'un territoire de CLSC à caractère urbain (Val d'Or / Senneterre) et d'un autre à caractère mono-industriel (Quévillon).

#### 3.1.5.1 *Le territoire de CLSC de Val d'Or / Senneterre*

Le caractère urbain de ce territoire sis autour du pôle de développement qu'est Val d'Or, et de deux autres villes moins peuplées, Senneterre et Malartic, influence ses caractéristiques.

***Les caractéristiques socio-démographiques en 1986***

La population se distingue comme suit:

- Elle connaît, bien qu'elle soit quand même faible, la croissance la plus importante en région (0,61%);
- elle comprend 26,4% des anglophones de la région ainsi que la majorité des personnes ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais (58%).

Les ménages:

- Les ménages comptent une des fractions les moins élevées de familles (77%) dans la région.

Les familles:

- Les familles monoparentales sont proportionnellement les plus nombreuses (19,8%) de la région.

Les logements:

- Les logements sont occupés par l'une des plus fortes concentrations de locataires (44,3%) en région.

***Les caractéristiques socio-économiques***

Confirmant le caractère urbain du territoire, le secteur tertiaire est l'un des plus développés en région. Le secteur primaire repose surtout sur les mines et la forêt. La transformation du bois est l'activité la plus importante du secteur secondaire (73,9% des emplois).

Les professions en 1981:

- Chez les femmes, on trouve un pourcentage plus élevé de cols blancs que pour la région (71,1% contre 65,9%).

Les indicateurs socio-économiques:

- Le taux d'inoccupation est un peu inférieur à la moyenne régionale en 1981 (46% contre 48%) et en 1986 (47% contre 48%).
- Le taux de sous-scolarisation est un peu supérieur à la moyenne régionale en 1981 (58% contre 56%) et en 1986 (56% contre 54%).

Certaines localités, regroupant 6% de la population, présentent des taux d'inoccupation (63%) et de sous-scolarisation (77%) nettement plus élevés en 1986.

Les revenus en 1985:

- Le revenu moyen (17 116$) se situe parmi les plus élevés de la région.

***L'environnement physique***

La qualité de l'air:

La qualité de l'air est perturbée par l'émission de particules et de fumée en provenance des brûleurs coniques de deux scieries à Senneterre.

La qualité du milieu naturel:

Des plans d'eau sont contaminés:

- dans les environs de Val d'Or (rivières Bourlamaque et Piché, lacs de Montigny et Blouin), par des rejets miniers;
- à Malartic, le tronçon urbain de la rivière Malartic, par les eaux usées municipales non traitées.

Des lieux d'élimination de déchets miniers présentent des risques de contamination de la chaîne alimentaire. L'érosion éolienne en provenance d'un parc à résidus miniers présente un risque d'inhalation de poussières toxiques pour les habitants de Malartic. Des dépotoirs à ciel ouvert existent encore à Val d'Or, Malartic et Senneterre.

La qualité de l'eau potable:

Environ 23% de la population du territoire de CLSC puisent leur eau potable à des prises individuelles qui ne sont pas contrôlées. Or, des indices de contamination de puits domestiques par l'arsenic (4 sites), le cadmium (4), l'uranium (3) et le plomb (1) ont été décelés.

***La mortalité***

Voici les principaux aspects à retenir pour les années 1981 à 1985:

- la mortalité est significativement plus faible dans ce territoire de CLSC que dans la région;
- le phénomène de sous-mortalité se vérifie aussi chez les hommes;
- la mortalité observée chez les femmes n'est pas significativement différente de celle prévalant dans la région;
- malgré un phénomène généralisé de sous-mortalité, les maladies de l'appareil digestif conduisant au décès sont 47,5% plus importantes au sein de la population de ce territoire;
- les deux causes de décès qui, chez les femmes, apparaissent significativement différentes de la moyenne régionale sont les tumeurs et les maladies des organes génito-urinaires; dans les deux cas, le territoire enregistre plus de décès que ne le voudrait la moyenne régionale.

***La morbidité hospitalière***

Les éléments à souligner sont les suivants pour les années 1981 à 1986:

- le nombre de cas d'hospitalisation est inférieur de 13,1% à la moyenne régionale tandis que la durée d'hospitalisation est plus élevée de 69,6%;
- chez les femmes, les hospitalisations entourant la grossesse et l'accouchement cumulent le plus grand nombre de cas et de jours;
- chez les hommes, les maladies de l'appareil digestif arrivent en tête pour le nombre de cas d'hospitalisation;
- les maladies de l'appareil circulatoire se classent au premier rang pour la durée d'hospitalisation.

3.1.5.2 *Le territoire de CLSC de Quévillon*

La situation géographique du territoire de CLSC de Quévillon à la limite nordique de la région, juste au-dessus du 49e parallèle, n'est pas sans influencer ses caractéristiques.

*Les caractéristiques socio-démographiques en 1986*

La population présente les distinctions suivantes:

- elle connaît une décroissance marquée entre 1981 et 1986 (-2,8%); à ce rythme, la moitié de la population de 1986 aura quitté le territoire dans 24 ans;
- c'est la plus jeune de la région avec un âge moyen de 25,9 ans;
- la proportion des 65 ans et plus (0,6%) est la plus faible de la région;
- l'âge moyen à l'accouchement (26,9 ans) est le plus élevé de la région;
- le rapport de masculinité (1,12) est le plus important de la région.

Les ménages:

- Le nombre moyen de personnes par ménage (3,31) est le plus élevé de la région.
- Les ménages familiaux (86%) sont proportionnellement les plus nombreux de la région.

Les familles:

- La proportion de familles biparentales (93%) est la plus forte en région.
- Le pourcentage des familles avec enfants mineurs (77,8%)[12] est l'un des plus grands de la région.

Les logements:

- Les logements sont occupés par la plus grande fraction de propriétaires (75,5%) en région.

*Les caractéristiques socio-économiques*

L'économie repose essentiellement sur les pâtes et papiers. La transformation du bois procure aussi une bonne part des emplois du secteur secondaire (28,8%).

Les professions en 1981:

- Chez les hommes, la proportion de cols bleus (55,7%) est nettement plus élevée qu'en région (41,4%).

Les indicateurs socio-économiques:

- Le taux d'inoccupation pour le territoire de CLSC (38%) est parmi les plus faibles de la région en 1981. En 1986, la municipalité de Lebel-sur-Quévillon enregistre un taux de 36%[13].
- Le taux de sous-scolarisation pour le territoire de CLSC (48%) est le moins élevé de la région en 1981. En 1986, la municipalité de Lebel-sur-Quévillon présente un taux de 36%[14].

Les revenus en 1985:

- Le revenu moyen (19 797$) est le second en importance dans la région et ceci est attribuable essentiellement aux hommes.
- Le pourcentage d'hommes ayant un revenu de moins de 10 000$ (10%) est bien inférieur à la moyenne régionale (22%).

*L'environnement physique*

La qualité de l'air:

La qualité de l'air est perturbée par l'émission d'hydrogène sulfuré ($H_2S$) en provenance de la papeterie, mais les concentrations n'en sont pas mesurées.

La qualité du milieu naturel:

Les rivières Quévillon et Bell sont contaminées par les rejets de la papeterie et les eaux usées municipales. Des poissons sont contaminés par le mercure provenant surtout des rejets de l'ancienne usine de chlore-alcali à Lebel-sur-Quévillon. Il y a encore un dépotoir à ciel ouvert.

Environ 12% de la population du territoire de CLSC puisent leur eau potable à des prises individuelles qui ne sont soumises à aucun contrôle.

*La mortalité*

L'étude de la mortalité de 1981 à 1985 révèle ce qui suit:

- de façon générale, la mortalité est moins prononcée dans ce territoire de CLSC que ce qui s'observe régionalement;
- on notera toutefois que les lésions traumatiques et empoisonnements apparaissent comme la cause de décès la plus importante; le phénomène est plus marqué chez les hommes que chez les femmes.

*La morbidité hospitalière*

En voici les principaux aspects pour les années 1981 à 1986:

- le nombre de cas et de jours d'hospitalisation est supérieur à la moyenne régionale (cas: 41,6% et jours: 63,1%);
- chez les femmes, les hospitalisations associées à la grossesse et à l'accouchement cumulent le plus grand nombre de cas et la plus longue durée; les cas d'hospitalisation pour cette cause sont supérieurs de 34,3% à la moyenne régionale;
- chez les hommes, les maladies de l'appareil respiratoire arrivent en tête, tant pour les cas que pour la durée d'hospitalisation; l'écart avec la moyenne régionale pour les cas d'hospitalisation est supérieur de 59,9%;
- les cas d'hospitalisation sont aussi supérieurs à la moyenne régionale pour les causes suivantes: symptômes, signes et états morbides mal définis (143,4%), lésions traumatiques et empoisonnements (76,4%), troubles mentaux (88,3%).

3.1.5.3 *Les ressources socio-sanitaires de la sous-région*

Rappelons que ce volet ne peut être abordé que pour la sous-région. Des distinctions par territoire de CLSC seront faites quand cela sera possible.

*Les établissements publics*

La disponibilité des ressources se présente comme suit en 1985-1986:

- les dépenses par habitant sont les moins élevées de la région pour les volets CH (461$) et CAH (64$);

- les heures travaillées per capita pour les services à la clientèle (sans les cadres) sont les plus faibles de la région pour le volet CAH (1,5);
- les lits dressés en CH par rapport à la population (4,8 / 1 000 habitants) se situent bien en deçà de la moyenne régionale (6,1 / 1 000 habitants).

Pour l'accessibilité des ressources, les éléments suivants sont à retenir:
- La ville de Val d'Or apparaît comme l'un des centres les plus importants où se fait l'organisation des services spécialisés en région, on y retrouve un CH, un CR, un bureau local du CSS, un point de service très développé du CLSC, des points de service en réadaptation. Malartic quant à elle, assume une vocation particulière en santé mentale (CH), on y trouve aussi un CAH et un point de service du CLSC. Quévillon dispose d'un centre de santé, d'un sous-bureau du CSS et d'un point de service en réadaptation. Senneterre a le siège social du CLSC et un bureau local du CSS.
- Le centre de jour du CAH de Val d'Or est décentralisé à Senneterre et à Malartic.
- La distance moyenne à parcourir jusqu'au CLSC pour la population du territoire de Val d'Or / Senneterre est de 33,2 km. Des localités éloignées et moins favorisées sur le plan économique ont un accès limité aux services du CLSC en 1988. Soulignons, toutefois, qu'il y a un point de service au Grand Lac Victoria.

### *Les travailleurs du secteur privé*

Par rapport à la population, il y a moins de médecins (1 / 1 257 habitants) et de dentistes (1 / 4 777) que la moyenne régionale (médecins: 1 / 1 073 et dentistes: 1 / 4 501). C'est aussi la sous-région où on trouve le moins d'optométristes par rapport à la population (1 / 11 943 habitants).

La majorité des professionnels exercent à Val d'Or. En dehors de Val d'Or, on trouve des dentistes à Senneterre et à Malartic, un optométriste à Malartic, des pharmacies à Senneterre, Malartic et Quévillon. Enfin, un podiatre dessert Val d'Or; l'acupuncture y est aussi pratiquée.

### *Les ressources de placement non institutionnel et de résidence communautaire*

Les places en famille d'accueil pour les 18 ans et plus sont les plus nombreuses de la région (192).

Les 29 places en pavillons pour personnes âgées se trouvent à Val d'Or (15) et à Senneterre (14).

Les 242 logements en HLM se répartissent dans 4 localités du territoire de CLSC de Val d'Or / Senneterre. Il n'y a pas de HLM dans le territoire de CLSC de Quévillon. La majorité des logements (146) sont dévolus aux personnes âgées, 92 sont réservés aux familles à faible revenu et 4 aux personnes handicapées.

On trouve quelques logements supervisés, (6) pour personnes handicapées physiques, à Val d'Or. La seule ressource en région pour des personnes avec des problèmes de santé mentale (maison de transition) est située à Malartic.

*Les organismes bénévoles*

En 1986, le total est estimé à 122 organismes bénévoles dont 105 dans le territoire de Val d'Or / Senneterre et 17 dans celui de Quévillon. C'est dans le territoire de Val d'Or / Senneterre qu'on a identifié le plus de groupes d'aide concernant l'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que le plus de groupes qui interviennent auprès des jeunes, des parents et des familles en région. On y trouve aussi le seul organisme associé à la santé mentale autre qu'un comité de prévention du suicide (Groupe Soleil à Malartic) et les deux seuls centres d'entraide autochtone en région.

De plus, c'est le territoire où on a versé, en 1986, le plus de subventions pour le programme de soutien aux organismes communautaires (sans le maintien à domicile) et pour le programme de travaux communautaires.

Les organismes bénévoles sont concentrés à Val d'Or, Senneterre, Malartic et Lebel-sur-Quévillon.

## 3.2 *Les problèmes de santé et les éléments importants à considérer*

Dans les faits saillants, les problèmes de santé ont été abordés sous l'angle de la mortalité et de la morbidité hospitalière. Il s'agit donc surtout de problèmes de santé physique, car rappelons-le, les problèmes sociaux et de santé mentale n'ont pu être traités dans le bilan de santé.

Les interactions entre les déterminants et les problèmes de santé ne peuvent être circonscrites ni simultanément, ni complètement. D'une part, les données disponibles pour les territoires de CLSC sont limitées et d'autre part, il faut des « lignes directrices » pour appréhender les multiples facettes de ces interactions.

La démographie et le développement social des territoires de CLSC seront d'abord analysés à l'aide de plusieurs indicateurs.

Ensuite, les risques pour la santé associés à l'environnement physique seront présentés pour les territoires concernés.

Cette section se terminera avec des commentaires non reliés à un problème particulier, mais plutôt associés au contexte propre à certains territoires de CLSC. C'est l'importance de la famille comme milieu de vie qui sera alors abordée comme piste de réflexion.

### 3.2.1 *La démographie et le développement social*

Dans cette section, l'évolution démographique sera analysée à l'aide des indicateurs du tableau 3.1.

Tableau 3.1

Certaines caractéristiques de la population en Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James) selon les territoires de CLSC en 1981 et 1986

| Caractéristiques | | Témiscaming | Ville-Marie | Rouyn-Noranda | La Sarre | Amos | Matagami | Val d'Or/ Senneterre | Quévillon | Région |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Taux d'accroissement entre 1981 et 1986 | | −0,79% | −0,53% | 0,58% | −0,8% | 0,26% | −3,1% | 0,61% | −2,8% | −0,004% |
| Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme) | 1986 | 1,3 | 2,0 | 1,6 | 1,9 | 2,1 | 1,5 | 1,7 | 1,4 | 1,7 |
| Proportion: | | | | | | | | | | |
| 00-14 ans | 1981 | 24,6% | 27,7% | 24,6% | 26,7% | 27,5% | 31,8% | 25,2% | 32,8% | 26,3% |
| | 1986 | 23,1% | 26,3% | 23,5% | 26,2% | 26,4% | 32,2% | 24,6% | 31,5% | 25,3% |
| 15-64 ans | 1981 | 68,9% | 64,6% | 68,5% | 66,3% | 66,6% | 67,8% | 68,7% | 66,8% | 67,4% |
| | 1986 | 67,8% | 64,9% | 68,9% | 65,9% | 66,8% | 67,3% | 68,3% | 67,9% | 67,5% |
| 65 ans et plus | 1981 | 6,5% | 7,7% | 6,9% | 6,9% | 6,0% | 0,5% | 6,0% | 0,4% | 6,3% |
| | 1986 | 9,3% | 8,7% | 7,6% | 8,0% | 6,7% | 0,9% | 7,1% | 0,7% | 7,2% |

Source: Daniel BEAUDRY, *Profil de certaines caractéristiques socio-démographiques de la population de l'Abitibi-Témiscamingue 1981-1986*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988.

3.2.1.1 *La population*

Dans la région, seuls trois territoires de CLSC connaissent une faible croissance de leur population entre 1981 et 1986. Parmi ces derniers, on retrouve les deux territoires à caractère urbain, Val d'Or / Senneterre, Rouyn-Noranda ainsi que celui d'Amos dont la ville principale constitue un pôle d'attraction économique quoique le milieu rural soit important. Les cinq autres territoires ont vu leur population diminuer. Le phénomène est relié au caractère mono-industriel (Matagami, Quévillon, Témiscaming) ou rural (La Sarre, Ville-Marie) de leur économie.

En 1986, la fécondité atteint le seuil de remplacement des générations (2,1 enfants par femme) seulement dans un territoire en croissance démographique, celui d'Amos. À l'inverse, le territoire de Témiscaming, en perte de population, connaît le plus faible indice de la région (1,3). Cependant, les six autres territoires de CLSC ne suivent pas cette tendance. Ainsi, la fécondité est élevée dans le territoire de Ville-Marie (2,0 enfants par femme), mais la population a diminué.

On peut donc penser que l'évolution démographique de la plupart des territoires de CLSC est surtout une conséquence de la migration.

Quelles sont les conséquences du déclin ou de la croissance démographique sur la structure d'âge des territoires de CLSC? En fait, les différences ne sont pas marquées. Tous les territoires ont enregistré une baisse des 00 à 14 ans et une hausse des 65 ans et plus entre 1981 et 1986. Le territoire de Témiscaming présente tout de même le profil typique de la communauté en déclin démographique: une faible fécondité correspond à une diminution des jeunes et à une nette augmentation des personnes âgées. De plus, la part relative des personnes âgées dans la population est plus élevée dans les territoires en décroissance de Témiscaming, Ville-Marie et La Sarre que dans les trois territoires en croissance (Amos, Val d'Or / Senneterre et Rouyn-Noranda). Les territoires de CLSC de Quévillon et de Matagami ne peuvent être comparés aux autres, étant donné leur peuplement récent et la quasi-absence des 65 ans et plus dans leur population.

> L'exode de la population dans les communautés en diminution démographique ne se produit pas à tous les âges de la vie. Ce sont surtout les personnes les plus jeunes et les plus mobiles qui émigrent[15].

Selon les études recensées par le Conseil des affaires sociales, « . . . les jeunes adultes (15 à 34 ans) prennent la décision de quitter le territoire où ils ont vécu leur enfance dans le but d'améliorer leur situation de revenu et d'emploi[16] ». L'emploi peut donc être considéré comme un facteur d'attraction et par conséquent, un facteur d'accroissement démographique[17].

3.2.1.2 *Le développement social*

Le développement social sera analysé à l'aide des indicateurs socio-économiques présentés au tableau 3.2. Le premier indicateur, le taux

Tableau 3.2

Certaines caractéristiques socio-économiques et des ressources socio-sanitaires en Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de CLSC (1981, 1985, 1986)

| Caractéristiques | Témiscaming | Ville-Marie | Rouyn-Noranda | La Sarre | Amos | Matagami | Val d'Or/ Senneterre | Quévillon | Région |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Socio-économiques* | | | | | | | | | |
| Taux d'inoccupation | | | | | | | | | |
| 1981 | 52% | 52% | 47% | 54% | 47% | 36% | 46% | 38% | 48%[d] |
| 1986 | 52% | 53% | 47% | 54%[a] | 47% | 38%[b] | 47% | 36%[c] | 48%[d] |
| Taux de sous-scolarisation | | | | | | | | | |
| 1981 | 59% | 56% | 53% | 63% | 56% | 49% | 58% | 48% | 56%[d] |
| 1986 | 58% | 55% | 48% | 61%[a] | 53% | 53%[b] | 56% | 36%[c] | 54%[d] |
| Revenu moyen | | | | | | | | | |
| 1985 | 17 667$ | 13 618$ | 17 452$ | 14 556$ | 15 960$ | 20 419$ | 17 116$ | 19 797$ | 16 460$ |
| % revenu inférieur à 10 000$ | | | | | | | | | |
| 1985 | 33% | 41% | 34% | 39% | 36% | 30% | 35% | 28% | 36% |
| *Ressources* | | | | | | | | | |
| Distance (km) au CLSC | 6,3 | 31,0 | 23,6 | 21,4 | 24,9 | N/A | 33,2 | N/A | 25,2 |
| Habitants pour un médecin omnipraticien[e] | | | | | | | | | |
| 1986 | 852 | 1 878 | 1 411 | 2 220 | 1 205 | 1 142 | 2 075 | 1 050 | 1 588 |
| Habitants pour un médecin spécialiste[e] | | | | | | | | | |
| 1986 | N/A | 7 512 | 1 905 | 13 321 | 2 209 | N/A | 3 352 | N/A | 3 306 |

a. Sans Beaucanton, Val Paradis et Villebois. b. Seulement la ville de Matagami. c. Seulement la ville de Lebel-sur-Quévillon.
d. Incluant Radisson. e. Taux calculé à partir de projections de populations.
N/A: non applicable car la population est concentrée dans une ou deux localités dans le cas de la distance et il n'y a aucun spécialiste dans le cas des médecins.

Sources: Yves PEPIN, Profil socio-économique de l'Abitibi-Témiscamingue, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, mai 1989.

Nicole BERTHIAUME, *Profil des ressources du système de services socio-sanitaires*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988.

d'inoccupation, déjà défini au chapitre 2.2, permet de mesurer le non-emploi et d'une certaine manière, la dépendance d'un tiers ou de l'État chez la population en âge de travailler (15 ans et plus)[18].

Les trois territoires en croissance démographique de 1981 à 1986 (Val d'Or / Senneterre, Rouyn-Noranda, Amos) connaissent un taux d'inoccupation inférieur à celui de trois territoires en déclin (La Sarre, Ville-Marie, Témiscaming) et ce, en 1981 et en 1986. Encore une fois, les territoires de CLSC de Matagami et Quévillon se distinguent nettement des autres avec les taux les plus faibles en région pour les deux années concernées. En effet, on s'y installe pour travailler et il est difficile d'y rester sans emploi.

Le taux de sous-scolarisation, rappelons-le, se rapporte à la main-d'oeuvre non qualifiée, c'est-à-dire à la population de 15 ans et plus dont le niveau de scolarité est égal ou inférieur à 13 ans, et qui est sans certificat d'études.

Le territoire de CLSC de La Sarre connaît à la fois une baisse de population de 1981 à 1986 ainsi que les taux d'inoccupation et de sous-scolarisation les plus élevés de la région en 1981 et en 1986. La relation entre les trois indicateurs se confirme aussi dans le même sens pour le territoire de Témiscaming: une baisse de population correspond à des taux d'inoccupation et de sous-scolarisation élevés. Par contre, le taux de sous-scolarisation suit la moyenne régionale dans le territoire de Ville-Marie, pourtant en perte de population. Les territoires de Matagami et de Quévillon présentent à la fois les taux d'inoccupation et de sous-scolarisation les plus faibles de la région, malgré une diminution de population.

La relation entre les trois indicateurs existe dans le sens contraire pour deux territoires. La croissance démographique est associée à des taux d'inoccupation et de sous-scolarisation inférieurs ou égaux à la moyenne régionale dans les territoires de CLSC de Rouyn-Noranda et d'Amos. Toutefois, le taux de sous-scolarisation est un peu plus élevé dans le territoire de Val d'Or / Senneterre, dont la population a augmenté.

L'état des revenus est un autre indicateur de développement social. Il faut cependant se rappeler que les revenus peuvent être supérieurs dans certains endroits à cause, entre autres, de la cherté du coût de la vie et des primes d'éloignement. Le revenu moyen et la proportion de personnes avec un revenu en deçà de 10 000$ sont ici considérés (tableau 3.2).

En 1985, deux territoires en décroissance démographique, Ville-Marie et La Sarre, ont les revenus moyens les plus faibles de la région et les proportions les plus grandes de personnes avec moins de 10 000$ de revenus. La relation s'inverse dans les territoires de Rouyn-Noranda et de Val d'Or / Senneterre: une hausse de la population correspond à un revenu moyen supérieur à celui de la région et à un pourcentage inférieur à la moyenne régionale pour les revenus de moins de 10 000$.

La relation ne se vérifie pas pour les quatre autres territoires. Les territoires de Matagami et de Quévillon se classent encore au-dessus des autres avec les revenus moyens les plus élevés et les proportions les plus faibles de revenus de moins de 10 000$, quoique leur population ait diminué. Le territoire de Témiscaming, lui aussi en déclin démographique, présente un revenu moyen supérieur à celui de la région et une proportion de revenus de moins de 10 000$ inférieure. Malgré une croissance démographique, le territoire d'Amos connaît un revenu moyen plus faible que celui de la région, et un pourcentage de revenus de moins de 10 000$ identique à la moyenne régionale.

Ainsi, les indicateurs de développement social ont tendance à se comporter de la même façon entre eux et dans une moindre mesure, face à l'évolution démographique, bien que ce ne soit pas toujours le cas pour les territoires de CLSC de la région. Selon le Conseil des affaires sociales,

> . . . un état de développement ou de sous-développement social ne réfère pas à un indicateur en particulier mais plutôt à un ensemble constitué de plusieurs indicateurs qui réagissent dans le même sens que le taux d'inoccupation . . .[19].

### 3.2.1.3 *Les ressources socio-sanitaires*

Les ressources publiques, dont les ressources socio-sanitaires, contribuent au développement démographique et social des communautés. Le Conseil des affaires sociales constate qu'il peut « . . . exister une analogie étroite, d'une part, entre les localités en croissance de population et la présence de services publics et d'autre part, les localités en perte de population et l'absence de tels services[20] ». Les communautés en déclin, connaissant une forte proportion d'inoccupés, dépendent beaucoup des paiements de transfert de toutes sortes (assurance-chômage, pensions, aide sociale, . . .) attribués par l'État.

En fait, les services publics constituent des investissements dont la concentration:

> . . . provoque un déséquilibre entre les municipalités qui disposent de tels investissements et celles qui en sont privées, et qui paient quand même des impôts. À la limite, on pourrait même avancer que les contribuables qui paient des impôts et qui habitent ces localités privées d'investissements publics financent leur propre sous-développement[21]!

Ceci étant dit, l'accessibilité et la disponibilité des ressources socio-sanitaires pour les territoires de CLSC seront analysées à l'aide des indicateurs présentés au tableau 3.2. La distance linéaire moyenne jusqu'au CLSC est en fait une mesure de l'accès géographique aux ressources tandis que le nombre d'habitants par médecin omnipraticien et spécialiste fait référence à la disponibilité des ressources.

Dans un territoire en perte de population, celui de Ville-Marie, la distance à parcourir jusqu'au CLSC est nettement plus grande que la moyenne régionale. Ceci n'est pas le cas pour les territoires de La Sarre et surtout pour celui de Témiscaming qui est aussi en déclin démographique. Les territoires en croissance de population ont une distance se rapprochant de la moyenne régionale (Rouyn-Noranda, Amos) ou la dépassant (Val d'Or / Senneterre). Toutefois, la distance, ayant été calculée en référence au chef-lieu du territoire de CLSC, est surestimée dans celui de Val d'Or / Senneterre étant donné qu'il y a maintenant un point de service très important à Val d'Or. Enfin, le calcul n'a pas été fait pour les territoires de Matagami et de Quévillon parce que la population y est concentrée dans une ou deux localités.

Si la relation entre le développement social et l'accès aux ressources socio-sanitaires n'apparaît pas entre les territoires de CLSC, elle se perçoit très clairement à l'intérieur de ceux-ci. Dans les tableaux 7 et 8 (en annexe), les localités ont été regroupées en zones socio-économiques à l'intérieur de 6 territoires, ceux de Matagami et Quévillon ont une population trop concentrée pour ce faire. Les variations observées entre les zones, concernant la distance jusqu'au CLSC ainsi que les taux d'inoccupation et de sous-scolarisation, vont dans le même sens: une distance élevée correspond simultanément à des taux d'inoccupation et de sous-scolarisation élevés et vice-versa. Il y a en fait gradation de la zone dite « favorisée » à la zone « intermédiaire » et puis, à la zone « défavorisée[22] ».

La répartition de la population entre les zones diffère beaucoup selon les territoires de CLSC. Ainsi, dans les territoires en croissance démographique, la zone favorisée regroupe la majorité de la population (voir tableaux 7 et 8 en annexe). Au contraire, on retrouve une bonne part de la population dans la zone défavorisée des territoires en perte démographique: de 17% (Témiscaming), à 27% (La Sarre) et jusqu'à 32% (Ville-Marie) en 1986. Amos est le seul territoire de CLSC en croissance démographique à compter une part aussi élevée de sa population dans la zone « défavorisée » (33%); cela se justifie, entre autres, par le faible pourcentage de la population dans la zone intermédiaire (9%). Il est à noter que toutes ces tendances s'observaient aussi en 1981.

La disponibilité des médecins varie beaucoup d'un territoire de CLSC à l'autre en région (tableau 3.2). Le plus grand nombre d'habitants par omnipraticien en 1986 est constaté dans le territoire de La Sarre, en perte de population. Le territoire de Ville-Marie, lui aussi en déclin, dispose de moins d'omnipraticiens que le ratio régional. À l'inverse, les territoires de Rouyn-Noranda et d'Amos (en croissance démographique) ont plus de professionnels de la santé que le ratio régional. Mais la relation ne se vérifie pas pour les quatre autres territoires.

Les médecins spécialistes sont nettement plus nombreux dans les territoires en croissance démographique que dans les territoires en déclin. Les territoires

de CLSC à la périphérie nord et sud de la région (Matagami, Quévillon, Témiscaming) ne disposent d'aucun spécialiste demeurant sur place. Dans les autres territoires en perte de population (La Sarre, Ville-Marie), il y en a très peu en 1986.

Plus globalement, la distribution des ressources socio-sanitaires en région s'articule de la manière suivante:

- il y a concentration des ressources spécialisées dans les villes principales des territoires de CLSC qui sont en croissance de population (Rouyn-Noranda, Val d'Or et Amos), et qui constituent des pôles d'attraction économique;
- les villes principales des territoires à vocation rurale et en perte de population (Ville-Marie et La Sarre) font office de centres périphériques pour la distribution de ressources spécialisées;
- les territoires à vocation mono-industrielle, en perte de population et situés aux limites nord et sud de la région (Matagami, Quévillon, Témiscaming), connaissent l'accessibilité aux ressources spécialisées la plus restreinte, mais une très grande accessibilité aux ressources de type CLSC;
- outre quelques établissements, on ne retrouve que des unités de services de type CLSC dans le milieu rural des territoires. Les localités présentant des indices de sous-développement social sont les plus éloignées des ressources spécialisées.

### 3.2.1.4 *L'état de santé*

L'état de santé des populations des territoires de CLSC en région ne sera abordé que par les aspects de la mortalité et de la morbidité hospitalière, à l'aide du tableau 3.3.

L'indicateur retenu pour la mortalité est la surreprésentation ou la sous-représentation des décès par rapport à la moyenne attendue, si le territoire de CLSC suit la tendance régionale. Ceci, selon le sexe et pour l'ensemble des décès entre les années 1981 et 1985. À cause de la petitesse des effectifs concernés, il n'a pas été possible de procéder par groupe d'âge.

Un territoire en perte de population, Ville-Marie, enregistre une surmortalité pour l'ensemble des deux sexes et plus particulièrement chez les hommes. À l'opposé, deux territoires en croissance démographique, Val d'Or / Senneterre et Amos, connaissent une sous-mortalité pour l'ensemble de la population, mais surtout chez les hommes, quoique le résultat ne soit pas statistiquement significatif dans le territoire d'Amos. La relation entre l'évolution démographique et la mortalité ne se vérifie pas dans les autres territoires. Ainsi, on dénote une surmortalité générale, et plus particulièrement chez les femmes, dans le territoire de Rouyn-Noranda pourtant en croissance de population et présentant des caractéristiques semblables au territoire de Val d'Or / Senneterre. Les territoires de Quévillon et de Matagami, quoiqu'en perte de population, enregistrent une sous-mortalité évidente, tant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 3.3

Certaines caractéristiques de l'état de santé en Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de CLSC de 1981 à 1986: surreprésentation et sous-représentation de la mortalité et de la morbidité hospitalière selon le sexe par rapport à la moyenne régionale

| Caractéristiques | Témiscaming | Ville-Marie | Rouyn-Noranda | La Sarre | Amos | Matagami | Val d'Or/ Senneterre | Quévillon |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Mortalité* | | | | | | | | |
| Femmes | INF 1,4% | SUP 13,9% | SUP 21,3%* | INF 16,8% | INF 2,6% | INF 76,7% | INF 1,5% | INF 79,7%* |
| Hommes | INF 8,7% | SUP 20,6%* | SUP 6,9% | SUP 6,8% | INF 9,2% | INF 67,0%* | INF 4,8%* | INF 44,3%* |
| Ensemble | INF 6,2% | SUP 18,2%* | SUP 12,1%* | INF 1,4% | INF 6,9%* | INF 70,2%* | INF 3,6%* | INF 55,9%* |
| *Cas d'hospitalisation* | | | | | | | | |
| Femmes | INF 51,2%* | INF 2,3% | INF 1,4% | SUP 10,0% | SUP 25,3%* | SUP 14,1% | INF 9,5%* | SUP 41,8%* |
| Hommes | INF 38,9%* | INF 8,2%* | SUP 7,1% | SUP 16,5%* | SUP 19,2%* | INF 8,3%* | INF 17,8%* | SUP 43,9%* |
| Ensemble | INF 46,0%* | INF 4,8%* | SUP 2,5%* | SUP 12,7%* | SUP 22,5%* | SUP 3,2% | INF 13,1%* | SUP 41,6%* |

SUP: supérieure INF: inférieure * significatif

Sources: DanielBEAUDRY, *Profil de l'état de santé, La mortalité en Abitibi-Témiscamingue 1981-1985*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, mars 1989.

Yvonne BAILLARGEON, *Profil de l'état de santé, La morbidité hospitalière en Abitibi-Témiscamingue 1981-1986*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, mars 1989.

Pour la morbidité hospitalière, l'indicateur utilisé se réfère à la surreprésentation et à la sous-représentation des cas d'hospitalisation par rapport à la moyenne attendue, si le territoire de CLSC suit la tendance régionale. Ceci, selon le sexe et pour l'ensemble des hospitalisations entre les années 1981-1982 et 1985-1986.

La relation entre les cas d'hospitalisation et l'évolution démographique s'observe dans trois territoires en perte de population, La Sarre, Quévillon et dans une moindre mesure, Matagami ainsi que dans un territoire en croissance, Val d'Or / Senneterre pour lequel il y a aussi sous-mortalité. Il est à noter que, malgré une baisse de la population, le territoire de Témiscaming enregistre une sous-représentation à la fois de la mortalité et des cas d'hospitalisation.

En somme, la relation entre les indicateurs en démographie et en développement social pour les ressources socio-sanitaires et dans une moindre mesure, pour l'état de santé, se constate d'une façon plus ou moins évidente selon les territoires de CLSC de la région. Selon les tendances observées, on peut distinguer trois groupes:

- les territoires en croissance démographique, dont la ville principale constitue un pôle d'attraction économique (Rouyn-Noranda, Val d'Or / Senneterre, Amos);
- les territoires à caractère rural (La Sarre, Ville-Marie) auxquels se joint souvent le territoire de Témiscaming, tous trois en perte de population;
- les territoires du nord de la région (Quévillon et Matagami) qui se comportent, sauf pour la morbidité hospitalière, comme des territoires en croissance démographique malgré une perte de population marquée.

### 3.2.2 *Les risques pour la santé associés à l'environnement physique*

La contamination de l'air et de l'eau peut avoir des répercussions sur la santé physique de la population en plus de mettre en jeu la qualité de vie. Certains territoires de CLSC sont particulièrement concernés[23].

#### 3.2.2.1 *La contamination de l'air et les problèmes respiratoires*

Le territoire de CLSC de Rouyn-Noranda enregistre une surmortalité , par rapport à la région, pour les maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes et plus encore chez les femmes. Ce phénomène est d'autant plus important que la région connaît elle-même une surreprésentation des décès pour cette cause par rapport à la province. En fait, l'excès est de l'ordre de 30,7% par rapport à la région et de 58,4% par rapport à la province.

Aucune relation de cause à effet ne peut être établie, dans le cadre des données recueillies pour le bilan de santé, entre cette situation et des déterminants particuliers. Toutefois, la littérature sur le sujet permet d'envisager des liens avec le milieu de travail et la qualité de l'air.

Ainsi, les mines et la première transformation des métaux emploient beaucoup de travailleurs masculins du territoire. Or, d'après la littérature qui

traite du sujet, ces types d'entreprises sont souvent associées aux maladies de l'appareil respiratoire.

On peut penser que la pollution atmosphérique joue aussi un rôle. En effet, ce territoire de CLSC est celui où la contamination de l'air est la plus importante en région. La ville de Rouyn-Noranda et les localités situées dans un rayon de 15 km de la fonderie sont les plus concernées. Soulignons que les enfants sont particulièrement sensibles à la pollution atmosphérique.

Dans le territoire de CLSC de Quévillon, les maladies de l'appareil respiratoire arrivent au premier rang pour le nombre de cas et pour la durée d'hospitalisation chez les hommes. De plus, les cas d'hospitalisation pour cette cause chez les hommes sont plus fréquents que ne le voudrait la tendance régionale.

Une partie des hospitalisations pour cette cause pourrait être reliée au milieu de travail. En effet, l'usine de pâtes et papiers emploie une bonne partie des travailleurs du territoire; on trouve aussi des scieries.

Par ailleurs, la qualité de l'air ambiant à Lebel-sur-Quévillon, où vit la majorité de la population du territoire, est affectée par l'émission d'hydrogène sulfuré en provenance de la papeterie. Cependant, aucune mesure de contrôle n'est prise.

Dans le territoire de CLSC d'Amos, les maladies de l'appareil respiratoire se classent en tête, chez les hommes, pour les cas d'hospitalisation qui sont plus fréquents que ne le voudrait la tendance régionale.

Une partie de ces hospitalisations pourrait être reliée, entre autres, au milieu de travail. On trouve, par exemple, des scieries et des entreprises de produits métalliques qui peuvent être associées aux maladies de l'appareil respiratoire.

Dans le territoire de CLSC de La Sarre, les maladies de l'appareil respiratoire occupent le premier rang des cas d'hospitalisation chez les hommes.

Là encore, une partie de ces hospitalisations pourrait être reliée au milieu de travail, car les scieries et d'autres entreprises de transformation du bois emploient beaucoup de travailleurs du territoire de CLSC; on trouve aussi des mines.

#### 3.2.2.2 *La contamination de l'eau et les risques pour la santé*

Des indices de contamination de puits domestiques par des substances chimiques comme l'arsenic, le cadmium ou le mercure, ont été détectés dans les territoires de CLSC de La Sarre, Ville-Marie, Amos, Rouyn-Noranda et Val d'Or / Senneterre.

Une partie de la population de ces territoires, soit près ou plus de la moitié dans ceux de Ville-Marie, La Sarre et Amos, s'approvisionne à une prise individuelle. Mais ces prises ne sont soumises à aucun contrôle.

Une corrélation entre la concentration d'arsenic dans l'eau des puits de la région et dans le corps humain a été établie par le Département de santé

communautaire. Les risques pour la santé sont à long terme; il peut y avoir atteinte d'organes vitaux.

Par ailleurs, on trouve des poissons contaminés par le mercure dans une quarantaine de lacs et rivières répartis dans la région. Les territoires de Quévillon et de Matagami sont particulièrement concernés par la contamination par le mercure des rivières Quévillon et Bell par l'ancienne usine de chlore-alcali. La consommation régulière de poissons pêchés dans tous ces plans d'eau présente un risque pour la santé. À cause de leurs habitudes alimentaires, les autochtones sont un groupe à risque élevé.

### 3.2.3 *L'importance de la famille comme milieu de vie*

Les faits saillants de certains territoires de CLSC sur les plans démographique et socio-économique font ressortir des caractéristiques de la famille à mettre en relation avec d'autres aspects, pour mieux cerner ce milieu de vie.

Les familles avec enfants mineurs sont particulièrement nombreuses dans les territoires de Quévillon (77,8% des familles avec enfants) et de Matagami (86,1%). Les moins de 15 ans forment près du tiers de la population de ces territoires en 1986; plus particulièrement, les moins de 5 ans y représentent plus de 10% de la population totale.

La proportion des moins de 15 ans est supérieure à la moyenne régionale en 1986 (25,3%) dans trois autres territoires de CLSC: Amos (26,4%), Ville-Marie (26,3%) et La Sarre (26,2%). Il en est de même pour les moins de 5 ans dont le pourcentage dépasse celui de la région (8,3%): Amos (8,6%), Ville-Marie (8,9%) et La Sarre (8,5%). De plus, il est à noter que l'indice synthétique de fécondité (2,1 enfants par femme de 15 à 49 ans) assure le remplacement des générations dans le territoire d'Amos en 1986. Le territoire de Ville-Marie regroupe la plus grande proportion de familles de 3 ou 4 enfants (27,1%) en région et celui de La Sarre, le pourcentage le plus élevé de familles avec 5 enfants et plus (2,3%).

La famille, comme milieu de vie, se situe dans un contexte socio-économique globalement moins favorable dans les territoires de Ville-Marie et de La Sarre. En outre, des localités regroupant près du tiers de la population du territoire de CLSC font face à la situation socio-économique la plus défavorable dans ces deux territoires mais aussi dans celui d'Amos. Ceci a déjà été démontré dans la section 3.2.1.3 de ce document. De plus, cette tendance se continue de 1981 à 1986 (voir tableaux 7 et 8 en annexe).

Par ailleurs, les familles monoparentales sont plus nombreuses dans les territoires à caractère urbain, Rouyn-Noranda (19,7%) et Val d'Or / Senneterre (19,8%).

Il est important de relier ces constatations avec les ressources socio-sanitaires disponibles pour les familles dans les territoires de CLSC particulièrement concernés. Comme nous l'avons vu, les ressources communautaires sont relativement limitées en région. Ainsi, on trouve peu de logements en HLM

dévolus aux familles à faible revenu: 50 dans le territoire de Rouyn-Noranda, 92 dans celui de Val d'Or / Senneterre, 10 dans celui de La Sarre. Les centres pour femmes offrant de l'hébergement, au nombre de 5, sont situés à Ville-Marie, Rouyn-Noranda, La Sarre, Amos et Val d'Or.

En 1986, on recense 2 organismes bénévoles dévolus aux parents et à la famille dans le territoire de La Sarre et 4, dans ceux de Ville-Marie et d'Amos; il y en aurait 4 dans celui de Quévillon, 2 dans celui de Matagami, 3 dans celui de Rouyn-Noranda et 8 dans celui de Val d'Or / Senneterre. Cette distribution est plus ou moins en concordance avec les statistiques sur la famille et dénote l'importance plus ou moins grande accordée à celle-ci selon les territoires.

Les ressources du secteur public pour les familles sont aussi à considérer. Malheureusement, les informations recueillies dans le cadre du bilan ne permettent pas une analyse des ressources agissant directement ou indirectement auprès des familles.

**En somme:**

- **Trois territoires de CLSC en perte de population, La Sarre, Ville-Marie et dans une moindre mesure, Témiscaming, présentent le plus d'indices de sous-développement social en région. Les ressources socio-sanitaires y sont moins disponibles que dans les territoires en croissance démographique, et leur accès est limité pour une plus grande partie de la population.**
- **La pollution atmosphérique et le milieu de travail sont des facteurs à considérer face à l'excès de mortalité enregistré dans le territoire de CLSC de Rouyn-Noranda (par rapport à la région et à la province) pour les maladies de l'appareil respiratoire.**
- **L'importance des hospitalisations pour des maladies de l'appareil respiratoire (première cause) chez les hommes des territoires de CLSC de Quévillon, Amos et La Sarre est à mettre en relation avec le milieu de travail.**
- **La famille apparaît comme un milieu de vie particulièrement important dans les territoires de CLSC de Quévillon, Matagami, Ville-Marie et La Sarre.**

## *NOTES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES*

1. Voir la carte de la région au tout début de ce document.

2. « Sous-région » a remplacé l'appellation « secteur ».

3. Les données sur les professions pour les territoires de CLSC en 1986 n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce document.

4. Des relevés subséquents dans ce territoire de CLSC révèlent que la qualité bactériologique de l'eau y est la moins bien contrôlée de la région: plus de la moitié des

échantillons contaminés de la région provenaient de ce territoire de CLSC en 1988 (Source: compilation des données en santé environnementale au Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue).

5. Par la suite, on a découvert des sources de contamination importante dans la zone de Granada, obligeant la municipalité à construire un système d'aqueduc.

6. Pour plus d'informations, consulter: Yves PEPIN, *Les bébés de petit poids en Abitibi-Témiscamingue, Étude socio-démographique*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, juin 1989.

7. D'après des échantillons prélevés en 1981 par Environnement Québec, certains puits contenaient des teneurs d'arsenic dépassant jusqu'à 22 fois la norme (0,05 mg/l).

8. Par rapport aux familles avec enfants.

9. Le taux pour l'ensemble du territoire de CLSC n'était pas disponible au moment de la rédaction.

10. Même remarque que la note précédente.

11. Les 14 places ne sont pas encore occupées au moment de la rédaction de ce document, car le pavillon est en voie de réalisation.

12. Par rapport aux familles avec enfants.

13. Le taux pour l'ensemble du territoire de CLSC n'était pas disponible au moment de la rédaction.

14. Même remarque que la note précédente.

15. Conseil des affaires sociales, *Deux Québec dans un*, . . ., op. cit., p. 34.

16. Ibid., p. 51.

17. Ibid., p. 59.

18. Ibid., p. 52.

19. Ibid., p. 63.

20. Ibid., p. 112.

21. Ibid., p. 113.

22. Pour des informations sur la méthode utilisée pour regrouper les localités, consulter: Nicole BERTHIAUME, *Étude sur les jeunes en situation de difficulté sociale* . . ., op. cit.

23. Pour plus d'informations, consulter: Nicole BERTHIAUME, *Profil sur l'environnement physique*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, avril 1988.

# CONCLUSION

Le bilan de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue avait comme objectif de départ « . . . d'explorer, d'analyser et de décrire la problématique socio-sanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue tout en s'inscrivant dans une démarche de planification visant à déterminer des priorités d'intervention[1] ».

Plusieurs éléments se dégagent des faits saillants relatés dans la synthèse et des liens qui ont pu être établis. Ils sont présentés dans les pages qui suivent, selon les thèmes abordés.

## *UNE POPULATION EN LÉGÈRE DÉCROISSANCE*

La population de l'Abitibi-Témiscamingue se caractérise par sa jeunesse et par un plus grand nombre d'hommes que de femmes. De plus, elle connaît une baisse rapide de la natalité combinée à un solde migratoire négatif. Ces deux caractéristiques pourraient éventuellement conduire à une décroissance démographique. Les familles y sont proportionnellement plus nombreuses qu'au Québec en général. Les logements de la région nécessitent des réparations dans une proportion plus grande que dans l'ensemble de la province.

## *UNE SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE FRAGILE*

Dans le contexte d'une économie peu diversifiée, la population sans emploi et la main-d'oeuvre non qualifiée sont particulièrement nombreuses dans la région. Les femmes connaissent des revenus plus faibles que dans l'ensemble du Québec.

## *DES PROBLÈMES ENVIRONNEMENTAUX ET DES RISQUES POUR LA SANTÉ*

L'environnement physique de la région est principalement affecté par l'industrie minière et forestière. Les précipitations acides sont un phénomène qui touche particulièrement la région. Plusieurs lacs et rivières sont contaminés par les rejets des mines, des usines de pâtes et papiers et à l'échelle locale, par les activités agricoles et les eaux usées municipales. La chaîne alimentaire en subit les conséquences, entre autres, des poissons sont contaminés par le mercure, et des orignaux (surtout leurs abats) le sont par le cadmium. Les territoires de CLSC de Quévillon et de Matagami sont particulièrement concernés par la contamination des poissons par le mercure. Des puits domestiques sont contaminés par des substances chimiques, on sait qu'environ le tiers de la population régionale s'approvisionne de cette façon et qu'aucune surveillance n'est exercée. À peu près la moitié de la population des territoires de CLSC de Ville-Marie, La Sarre et Amos est ainsi concernée.

## *DES RESSOURCES SOCIO-SANITAIRES RESTREINTES*

En ce qui a trait aux ressources socio-sanitaires, il existe un déséquilibre, d'une part, entre les services de prévention et les services curatifs, et d'autre part, entre les services de santé et les services sociaux. La région possède moins de lits dressés en centre hospitalier et moins de places en hébergement, par habitant, que la province. L'accès géographique des services est très limité. Les localités qui sont les plus éloignées des ressources socio-sanitaires regroupent souvent une proportion importante de personnes inoccupées et moins scolarisées. La région manque de professionnels, entre autres de médecins spécialistes, de dentistes ou d'orthophonistes. Les ressources de placement non institutionnel en santé mentale sont particulièrement limitées. Parmi les organismes bénévoles, la majorité concerne les personnes âgées, mais relativement peu font de l'hébergement temporaire.

## *DES INDICES DE SOUS-DÉVELOPPEMENT SOCIAL*

La région dans son ensemble présente des indices de sous-développement social: légère décroissance démographique, beaucoup de personnes sans emploi, faible niveau de scolarité, pénurie de professionnels de la santé, accès géographique très limité aux ressources socio-sanitaires, surmortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans,. . .

Les faits saillants recueillis pour chacun des territoires de CLSC font ressortir des similitudes et des particularités quant à leur développement social. Trois territoires (Rouyn-Noranda, Val d'Or / Senneterre, Amos) connaissent une légère croissance de leur population. Ils ont un caractère nettement plus urbain, et leur ville principale constitue un pôle d'attraction où se situent les ressources publiques les plus importantes et où se concentrent aussi les emplois. Trois autres territoires dont ceux à caractère rural (Ville-Marie, La Sarre) et celui de Témiscaming, à caractère mono-industriel, sont en perte de population et présentent des indices de sous-développement social. Enfin, les territoires du nord de la région (Quévillon, Matagami) se caractérisent par un développement récent et une population jeune, isolée du reste de la région. Ils connaissent une perte de population marquée, reliée au contexte économique. Mais malgré cela, ils se comportent comme des territoires en croissance démographique face aux mesures de développement social (emploi, scolarité, revenu). Ils sont toutefois éloignés des ressources spécialisées.

## *DES PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS*

Globalement, on constate plus de décès en région qu'à l'échelle provinciale chez les hommes. Il en est de même chez les jeunes de 15 à 24 ans et ce, pour les deux sexes.

Les maladies de l'appareil respiratoire présentent un nombre plus important de décès que ne le voudrait la tendance provinciale. De même, le nombre de cas d'hospitalisation pour cette cause est supérieur à ce qu'on observe

pour la province. On peut penser que la pollution atmosphérique et le milieu de travail sont des facteurs à considérer. Il en est ainsi dans le territoire de CLSC de Rouyn-Noranda qui enregistre un excès de mortalité (par rapport à la région et au Québec) pour les maladies respiratoires. Celles-ci arrivent au premier rang des cas d'hospitalisation chez les hommes dans les territoires de Quévillon, Amos et La Sarre. Encore là, un lien pourrait exister avec le milieu de travail.

Les lésions traumatiques et empoisonnements sont également un problème important. Le nombre de décès et de cas d'hospitalisation dépassent la tendance provinciale. Les accidents de la route, comptant pour plus de la moitié des « morts violentes[2] » en région, sont à mettre en relation, entre autres, avec l'environnement physique (routes, distances,. . .). Quant aux accidents de travail, un lien est à faire avec l'environnement socio-économique. La région compte un nombre important de travailleurs oeuvrant dans des activités considérées à risque élevé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Par ailleurs, les suicides comptent pour une part importante des morts violentes.

À l'instar de la province, les maladies de l'appareil circulatoire arrivent en tête des causes de décès en région. De plus, c'est la première cause d'hospitalisation, quant au nombre de cas, chez les personnes âgées de 45 ans et plus de la région.

Les symptômes, signes et états morbides mal définis présentent plus de décès que pour le Québec en général, chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux d'hospitalisations pour cette cause excède la tendance provinciale dans l'ensemble des cas et plus particulièrement, chez les 00 à 14 ans, les 65 ans et plus ainsi que chez les femmes de 15 à 24 ans.

L'insuffisance de poids chez les nouveau-nés est aussi un problème à considérer. L'Abitibi-Témiscamingue se distingue de la province et des autres régions, se classant juste après l'Outaouais, quant au taux de bébés de petit poids.

Selon l'approche préconisée dans le bilan, la santé est perçue dans une perspective dynamique. En ce sens, le bilan de santé ne prend pas fin avec cette synthèse. Les aspects santé mentale, problèmes sociaux et habitudes de vie doivent être analysés afin de mieux cerner les interactions entre les déterminants et l'état de santé globale. Des mises à jour périodiques des données les plus importantes pour surveiller l'évolution de la santé de la population seront nécessaires. Enfin, il faut tenir compte non seulement des statistiques, mais aussi de la gravité et des répercussions liées aux problèmes que vivent les communautés. C'est dans cette optique que le bilan de santé, incluant cette synthèse, constituera un outil indispensable à l'élaboration d'objectifs de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

## *NOTES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES*

1. Yvonne BAILLARGEON et al., *Du Bilan de santé à la planification santé*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, avril 1986, p. 1.

2. Lésions traumatiques et empoisonnements.

# ANNEXES

Liste des 18 grands regroupements des *causes de morbidité hospitalière* se retrouvant dans la classification internationale des maladies (CIM-9) soit:

00 Aucun diagnostic

01 Maladies infectieuses et parasitaires

02 Tumeurs

03 Maladies endocriniennes de la nutrition, du métabolisme et troubles immunitaires

04 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques

05 Troubles mentaux

06 Maladies du système nerveux et des organes des sens

07 Maladies de l'appareil circulatoire

08 Maladies de l'appareil respiratoire

09 Maladies de l'appareil digestif

10 Maladies des organes génito-urinaires

11 Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches

12 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

13 Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

14 Anomalies congénitales

15 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

16 Symptômes, signes et états morbides mal définis

17 Lésions traumatiques et empoisonnements

18 Classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé « Code V » « sauf enfant né-vivant »

Liste des 17 grands regroupements des *causes de décès* se retrouvant dans la classification internationale des maladies (CIM-9) soit:

1. Maladies infectieuses et parasitaires
2. Tumeurs
3. Maladies endocriniennes de la nutrition, du métabolisme et troubles immunitaires
4. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques
5. Troubles mentaux
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens
7. Maladies de l'appareil circulatoire
8. Maladies de l'appareil respiratoire
9. Maladies de l'appareil digestif
10. Maladies des organes génito-urinaires
11. Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
13. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
14. Anomalies congénitales
15. Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis
17. Lésions traumatiques et empoisonnements

Tableau 1

Tableau synthèse de certaines caractéristiques socio-démographiques de la population de l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James), 1981-1986

| Indicateurs | | Province Québec | Abitibi-Témisca. | Amos | La Sarre | Quévillon | Matagami | Rouyn-Noranda | Témisca. | Val d'Or Sennet. | Ville-Marie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Population | 1986 | 6478190 | 155065 | 25222 | 25230 | 3558 | 3800 | 39579 | 3075 | 40344 | 14257 |
| | 1981 | 6438403 | 155098 | 24897 | 26266 | 4083 | 4434 | 38441 | 3199 | 39141 | 14637 |
| Taux d'accroissement | | 0,0012 | -0,00004 | 0,0026 | -0,0080 | -0,0275 | -0,0308 | 0,0058 | -0,0079 | 0,0061 | -0,0053 |
| Temps de (années) doublement | | 562,9 | -16286,7 | 267,6 | -85,8 | -24,9 | -22,2 | 119,1 | -87,3 | 114,8 | -131,4 |
| Langues: | | | | | | | | | | | |
| Français | | 81,4% | 92,8% | 96,9% | 98,3% | 97,2% | 93,1% | 92,5% | 59,0% | 89,7% | 92,4% |
| Anglais | | 8,9% | 3,1% | 0,5% | 0,5% | 0,9% | 3,5% | 3,3% | 33,7% | 3,1% | 5,0% |
| Autres | | 9,7% | 4,1% | 2,6% | 1,2% | 1,9% | 3,4% | 4,2% | 7,3% | 7,2% | 2,6% |
| Âge moyen | 1986 | 34,7 | 31,3 | 30,4 | 31,7 | 25,9 | 26,0 | 32,1 | 33,7 | 31,5 | 31,7 |
| Pop. totale | 1981 | 33,2 | 29,7 | 28,8 | 29,9 | 23,9 | 24,0 | 30,8 | 32,2 | 29,9 | 29,6 |
| Hommes | 1986 | 33,5 | 31,0 | 30,0 | 31,4 | 26,6 | 27,3 | 31,8 | 33,7 | 31,2 | 31,2 |
| | 1981 | 32,1 | 29,6 | 28,7 | 29,0 | 24,5 | 25,1 | 30,6 | 31,5 | 30,1 | 29,4 |
| Femmes | 1986 | 35,9 | 31,5 | 30,8 | 31,9 | 25,2 | 24,5 | 32,5 | 33,6 | 31,7 | 32,1 |
| | 1981 | 34,2 | 29,8 | 29,1 | 29,8 | 23,3 | 22,8 | 31,0 | 32,7 | 29,8 | 29,8 |
| Proportion 65 et + | 1986 | 10,0% | 7,2% | 6,7% | 8,0% | 0,7% | 0,9% | 7,6% | 9,3% | 7,1% | 8,7% |
| | 1981 | 8,8% | 6,3% | 6,0% | 6,9% | 0,4% | 0,5% | 6,9% | 6,5% | 6,0% | 7,7% |
| Proportion des 00-04 | 1986 | 6,6% | 8,3% | 8,6% | 8,5% | 10,4% | 11,6% | 7,5% | 6,9% | 8,2% | 8,9% |
| | 1981 | 7,3% | 9,2% | 9,7% | 9,7% | 12,9% | 13,3% | 8,4% | 7,1% | 8,8% | 9,3% |

Tableau 1 (suite)

| Indicateurs | | Province Québec | Abitibi-Témisca. | Amos | La Sarre | Quévillon | Matagami | Rouyn-Noranda | Témisca. | Val d'Or Sennet. | Ville-Marie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Indice synthétique de fécondité | 1986 | 1,4 | 1,7 | 2,1 | 1,9 | 1,4 | 1,5 | 1,6 | 1,3 | 1,7 | 2,0 |
| | 1981 | 1,6 | 2,0 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Âge moyen à accouchement | 1986 | 27,5 | 26,2 | 26,8 | 26,1 | 26,9 | 25,5 | 26,4 | 25,5 | 26,3 | 25,6 |
| | 1981 | 26,8 | 25,9 | 26,1 | 25,8 | 26,3 | 26,0 | 26,1 | 25,5 | 25,8 | 25,3 |
| Rapport de masculinité | 1986 | 0,96 | 1,03 | 1,03 | 1,05 | 1,12 | 1,08 | 1,01 | 1,05 | 1,04 | 1,02 |
| | 1981 | 0,97 | 1,06 | 1,07 | 1,08 | 1,16 | 1,14 | 1,01 | 1,09 | 1,06 | 1,05 |
| Nombre moyen pers./ ménage | 1986 | 2,71 | 2,92 | 3,04 | 3,07 | 3,31 | 3,14 | 2,76 | 2,92 | 2,85 | 3,08 |
| | 1981 | 2,90 | 3,18 | 3,30 | 3,37 | 3,57 | 3,27 | 2,98 | 3,15 | 3,06 | 3,35 |
| % de familles avec enfants | 1986 | 69,3% | 73,1% | 74,5% | 73,7% | 77,5% | 77,9% | 71,6% | 71,5% | 72,4% | 74,2% |
| | 1981 | 70,8% | 75,2% | 76,5% | 77,2% | 80,3% | 77,5% | 73,9% | 68,6% | 73,9% | 75,6% |
| % de familles sans enfants | 1986 | 30,7% | 26,9% | 25,5% | 26,3% | 22,5% | 22,1% | 28,4% | 28,5% | 27,6% | 25,8% |
| | 1981 | 29,2% | 24,8% | 23,5% | 22,8% | 19,7% | 22,5% | 26,1% | 31,4% | 26,1% | 24,4% |
| % de familles 2 parents | 1986 | 79,2% | 82,6% | 83,9% | 84,6% | 93,0% | 92,0% | 80,3% | 83,1% | 80,2% | 85,3% |
| | 1981 | 87,5% | 85,2% | 85,6% | 89,7% | 94,5% | 93,7% | 82,4% | 86,4% | 81,3% | 85,9% |
| % de familles monoparent. | 1986 | 20,8% | 17,4% | 16,1% | 15,4% | 7,0% | 8,0% | 19,7% | 16,9% | 19,8% | 14,7% |
| | 1981 | 12,5% | 14,8% | 14,4% | 10,3% | 5,5% | 6,3% | 17,6% | 13,6% | 18,7% | 14,1% |
| % propriétai. occupant des logements | 1986 | 54,8% | 62,7% | 65,8% | 71,3% | 75,5% | 37,9% | 56,1% | 72,1% | 58,7% | 74,6% |
| | 1981 | 53,3% | 61,6% | 65,5% | 71,6% | 78,7% | 32,2% | 55,6% | 72,5% | 55,7% | 74,2% |

Source: Daniel BEAUDRY, *Profil de certaines caractéristiques socio-démographiques de la population de l'Abitibi-Témiscamingue*, 1981-1986, Direction de la recherche et de l'évaluation, Conseil de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, septembre 1988, 167 pages.

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation, CRSSSAT, avril 1989.

Tableau 2

Caractéristiques des revenus, pour le Québec, l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James) et les territoires de CLSC en 1985

| Ensemble Indicateurs | Québec | Abitibi-Témiscamingue | Témiscaming | Ville-Marie | Rouyn-Noranda | La Sarre | Amos | Val d'Or / Senneterre | Matagami | Quévillon |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Revenu moyen | 16 986$ | 16 460$ | 17 667$ | 13 618$ | 17 452$ | 14 556$ | 15 960$ | 17 116$ | 20 419$ | 19 797$ |
| Revenu per capita | 10 163$ | 8 485$ | 8 583$ | 7 241$ | 9 043$ | 7 058$ | 7 952$ | 9 191$ | 11 350$ | 9 931$ |
| % de revenus inf. à 10 000$ | 35% | 36% | 33% | 41% | 34% | 39% | 36% | 35% | 30% | 28% |

Source: Yves PEPIN, *Profil socio-économique de l'Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1989.

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation, CRSSSAT, février 1989.

Tableau 3

Caractéristiques des revenus et des professions selon le sexe, pour le Québec, l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James) et les territoires de CLSC

| Hommes Indicateurs | Québec | Abitibi-Témiscamingue | Témiscaming | Ville-Marie | Rouyn-Noranda | La Sarre | Amos | Val d'Or / Senneterre | Matagami | Quévillon |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Revenu moyen 1985 | 21 852$ | 22 113$ | 23 275$ | 17 512$ | 23 218$ | 19 748$ | 21 455$ | 23 359$ | 29 817$ | 27 306$ |
| % de revenus inf. à 10 000$ en 1985 | 23,0% | 22,0% | 17,0% | 29,0% | 22,0% | 25,0% | 22,0% | 20,0% | 11,0% | 10,0% |
| % de profes. libérales 1981 | 24,4% | 17,0% | 13,1% | 15,9% | 20,3% | 12,5% | 15,8% | 18,6% | 17,4% | 14,8% |
| % de cols bleus 1981 | 37,3% | 41,4% | 57,4% | 40,0% | 33,7% | 45,9% | 47,7% | 38,6% | 46,8% | 55,7% |
| % de cols blancs 1981 | 27,6% | 20,9% | 19,2% | 19,2% | 26,1% | 17,0% | 18,8% | 21,5% | 14,5% | 14,7% |
| % des autres profes. 1981 | 10,6% | 20,7% | 10,2% | 24,9% | 19,7% | 24,5% | 17,5% | 21,3% | 21,2% | 14,8% |

Source: Yves PEPIN, *Profil socio-économique de l'Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1989.

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation, CRSSSAT, février 1989.

Tableau 3 (suite)

Caractéristiques des revenus et des professions selon le sexe, pour le Québec, l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James) et les territoires de CLSC

| Femmes Indicateurs | Québec | Abitibi-Témiscamingue | Témiscaming | Ville-Marie | Rouyn-Noranda | La Sarre | Amos | Val d'Or / Senneterre | Matagami | Quévillon |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Revenu moyen 1985 | 11 230$ | 9 460$ | 9 147$ | 8 860$ | 10 673$ | 8 003$ | 9 337$ | 9 475$ | 7 822$ | 8 976$ |
| % de revenus inf. à 10 000$ en 1985 | 49,0% | 56,0% | 59,0% | 59,0% | 52,0% | 60,0% | 54,0% | 57,0% | 62,0% | 57,0% |
| % de profes. libérales 1981 | 26,8% | 27,8% | 25,5% | 33,0% | 29,8% | 25,1% | 31,5% | 25,0% | 17,3% | 24,8% |
| % de cols bleus 1981 | 11,4% | 3,0% | 11,0% | 4,0% | 3,0% | 4,8% | 2,4% | 1,8% | 2,3% | 2,6% |
| % de cols blancs 1981 | 58,4% | 65,9% | 61,0% | 55,7% | 65,2% | 65,6% | 62,2% | 71,1% | 78,9% | 71,8% |
| % des autres profes. 1981 | 3,3% | 3,0% | 2,4% | 7,1% | 1,9% | 4,6% | 3,8% | 1,9% | 1,5% | 0,9% |

Source: Yves PEPIN, *Profil socio-économique de l'Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1989.

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation, CRSSSAT, février 1989.

Tableau 4

Problèmes environnementaux estimés comme les plus menaçants pour la santé de la population des territoires de CLSC de la région en fonction des informations disponibles en 1986

| Territoires de CLSC | Air | Sol (incluant gibier) | Eau | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lacs & rivières | Eau potable | Poissons |
| Rouyn-Noranda | - $SO_2$ et particules métaux (Fonderie cuivre)<br>- Précipitations acides | - Parcs à résidus miniers<br>- Dépotoir à ciel ouvert (Rouyn-Noranda)<br>- Abats d'orignaux | - Déchets miniers et eaux usées municip. (lacs près de Rouyn-Noranda) | - Zones à risque puits domestiques (Pb, As, Hg, Cd)<br>- Ecole de Rollet(U) | Restriction de la consommation de certaines espèces contaminées au Hg dans une quarantaine de lacs et rivières de la région répartis dans tous les territoires |
| Val d'Or / Senneterre | - Particules et fumée (Brûleur conique de Senneterre) | - Parcs à résidus miniers<br>- Dépotoirs à ciel ouvert (Val d'Or, Malartic, Senneterre) | - Déchets miniers et eaux usées municip. (à Malartic) (près de Val d'Or) | - Zones à risque puits domestiques (Pb, As, U, Cd) | |
| Ville-Marie | - Particules et fumée (Brûleur conique de Béarn)<br>- Précipitations acides | - Abats d'orignaux | - Eaux usées municip. et rejets agricoles (Pollution locale lac Témiscamingue, rivière à la Loutre) | - Zones à risque puits domestiques (Pb, U, Cd)<br>- Lorrainville (Bactéries)<br>- Nédelec (Limpidité) | |
| Amos | - Particules et fumée (Brûleur conique de Champneuf) | | - Egouts domestiques et rejets papeterie (riv. Harricana-Amos) | - Zones à risque puits domestiques (Pb, As, U, CD) | |

Tableau 4 (suite)

Problèmes environnementaux estimés comme les plus menaçants pour la santé de la population des territoires de CLSC de la région en fonction des informations disponibles en 1986

| Territoires de CLSC | Air | Sol (incluant gibier) | Eau | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lacs & rivières | Eau potable | Poissons |
| La Sarre | - Particules et fumée (Brûleur conique de La Sarre) | - Parcs à résidus miniers | - Fumiers, égouts, rejets industriels (La Sarre)<br>- Rejets miniers (lacs Arnoux, Dasserat, Duparquet)<br>- Rejets agricoles (rivière Dagenais) | - Zones à risque puits domestiques (Pb, As, Hg, U, Cd) | |
| Témiscaming | - $SO_2$ (Papeterie)<br>- Précipitations acides | - Abats d'orignaux | - Rejets papeterie & eaux usées municip. (riv. des Outaouais-15km) | | |
| Quévillon | - $H_2S$ (papeterie) | - Boues et déchets (papeterie)<br>- Dépotoir à ciel ouvert | - Rejets papeterie & eaux usées municip. (riv. Quévillon et Bell) | | - Particulièrement ceux de la rivière Bell entre Lebel-sur-Quévillon et Matagami |
| Matagami | | - Parcs à résidus miniers<br>- Dépotoir à ciel ouvert (Matagami) | - Déchets miniers (riv. Plamondon-Joutel)<br>- Déchets miniers, égouts, rejets usine chlore-alcali (environs de Matagami) | | |

Pb: plomb As: arsenic Hg: mercure Cd: cadmium U: uranium

Source: Nicole BERTHIAUME, *Profil sur l'environnement physique*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, avril 1988.

Tableau 5

Dépenses pour les activités principales, heures travaillées par le personnel régulier, lits et places selon les établissements et les sous-régions en Abitibi-Témiscamingue pour 1985-1986

| Établissements/ sous-régions | Dépenses | | Heures travaillées[a] | | Lits et places[b] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Totales | par habitant | Totales | par habitant | Totaux | par 1 000 habitants |
| 1 CLSC (avec suppléance)[c] | 2 321 084$ | 61$ | 60 943 | 1,6 | | |
| 1 centre hospitalier | 24 402 704$ | 640$ | 640 887 | 16,8 | 229 | 6,0 |
| 2 CAH | 3 763 796$ | 99$ | 99 227 | 2,6 | 149 (157) | 3,9 |
| Sous-région de Rouyn-Noranda | 30 487 584$ | 800$ | 801 057 | 21,0 | | |
| 1 CLSC + 1 CS (volet CLSC) | 3 592 209$ | 75$ | 116 544 | 2,4 | | |
| 2 CH + 1 CS (volet CH) | 22 036 196$ | 461$ | 606 632 | 12,7 | 231 | 4,8 |
| 2 CAH | 3 063 275$ | 64$ | 69 983 | 1,5 | 143 (149) | 3,0 |
| Sous-région de Senneterre | 28 691 680$ | 601$ | 793 159 | 16,6 | | |
| 2 centres de santé (volet CLSC) | 2 015 815$ | 109$ | 62 629 | 3,4 | | |
| 2 centres de santé (volet CH) | 8 717 444$ | 473$ | 183 198 | 9,9 | 87 (92) | 4,7 |
| 1 CAH | 1 851 575$ | 100$ | 36 173 | 2,0 | 60 | 3,3 |
| Sous-région de Témiscamingue | 12 584 834$ | 683$ | 282 000 | 15,3 | | |
| 1 CLSC (suppléance) + 1 CS[c] | 1 618 248$ | 52$ | 58 385 | 1,9 | | |
| 1 CH + 1 CS (volet CH) | 16 378 352$ | 527$ | 445 498 | 14,3 | 187 (160) | 6,0 |
| 1 CAH | 2 143 129$ | 69$ | 53 981 | 1,7 | 91 | 2,9 |
| Sous-région d'Amos | 20 139 729$ | 648$ | 557 864 | 17,9 | | |
| 1 CLSC (suppléance)[c] | 1 066 540$ | 40$ | 38 705 | 1,5 | | |
| 2 CH | 17 050 836$ | 640$ | 477 139 | 17,9 | 251 (278) | 9,4 |
| 3 CAH | 2 597 570$ | 98$ | 52 780 | 2,0 | 103 | 3,9 |
| Sous-région de La Sarre | 20 714 946$ | 778$ | 568 624 | 21,3 | | |

Tableau 5 (suite)

Dépenses pour les activités principales, heures travaillées par le personnel régulier, lits et places selon les établissements et les sous-régions en Abitibi-Témiscamingue pour 1985-1986

| Etablissements/ sous-régions | Dépenses | | Heures travaillées[a] | | Lits et places[b] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Totales | par habitant | Totales | par habitant | Totaux | par 1 000 habitants |
| 4 CLSC + 4 CS (volet CLSC) | 10 613 896$ | 65$ | 337 206 | 2,1 | | |
| 6 CH + 4 CS (volet CH) | 88 585 532$ | 547$ | 353 354 | 14,5 | 985 (999) | 6,1 |
| 9 CAH | 13 419 345$ | 83$ | 312 144 | 1,9 | 546 (560) | 3,4 |
| 1 CSS | 5 331 479$ | 33$ | 136 052 | 0,8 | | |
| 4 centres de réadaptation | 16 892 843$ | 104$ | 479 552 | 3,0 | 273 (268) | 1,7 |
| Région (sans Radisson) | 134 843 095$ | 832$ | 618 308 | 22,3 | | |

a. Heures travaillées par le personnel régulier, sans les cadres, sans l'administration et le soutien / hébergement. Taux calculé à partir de projections de populations. b. Lits dressés et places effectives; les lits et places au permis sont inscrits entre parenthèses s'ils diffèrent. Taux calculé à partir de projections de populations. c. Suppléance d'un CH et du CSS pour toute l'année à Amos et La Sarre; transfert de dépenses d'un CH et du CSS à Rouyn-Noranda.

Données tirées de: Rapport financier et rapport statistique 1985-86 des établissements.

Source: Nicole BERTHIAUME, *Profil des ressources du système de services socio-sanitaires*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988.

Tableau 6

Répartition de certaines ressources socio-sanitaires en Abitibi-Témiscamingue selon les sous-régions en 1986 (1987 pour les familles d'accueil)

| Sous-régions | Secteur privé<br>Certaines professions<br>Thérapies alternatives | Ressources intermédiaires d'hébergement | Secteur communautaire<br>Logements HLM | Secteur communautaire<br>Organismes bénévoles |
|---|---|---|---|---|
| Rouyn-Noranda<br><br>(16 municipalités) | 47 médecins - 27 omni.<br>- 20 spécialistes<br>10 dentistes<br>8 optométristes<br>5 pharmacies<br>7 chiropraticiens<br>1 podiatre (1er bureau)<br>Acupuncture<br>Ostéopathie<br>Autres thérapies alternatives | 161 FA<br>1 pavillon pers. âgées<br>23 log. supervisés CAH<br>8 log. supervisés MSA<br>6 log supervisés PH physiques | Retraités - 149<br>Familles - 50<br>Handicapés - 6 | Hébergement - 2<br>Maintien dom. - 6<br>Autres - 78 |
| Senneterre/Val d'Or/<br>Quévillon<br><br>(11 municipalités) | 38 médecins - 25 omni.<br>- 13 spécialistes<br>10 dentistes<br>4 optométristes<br>8 pharmacies<br>4 chiropraticiens<br>1 podiatre (2e bureau)<br>1 CAR pour MSA<br>Acupuncture<br>Autres thérapies alternatives | 150 FA<br>2 pavillons pers. âgées<br>6 log. supervisés PH physiques | Retraités - 146<br>Familles - 92<br>Handicapés - 4<br>1 Maison de transition pour personnes avec problèmes psychologiques | Hébergement - 5<br>Maintien dom. - 7<br>Autres - 110 |
| Témiscamingue<br><br>(24 municipalités) | 14 médecins - 12 omni.<br>- 2 spécialistes<br>4 dentistes<br>2 optométristes<br>3 pharmacies<br>4 chiropraticiens<br>1 podiatre (3e bureau) | 47 FA<br>2 pavillons pers. âgées<br>4 log. supervisés PH physiques | Retraités - 88 | Hébergement - 3<br>Maintien dom. - 9<br>Autres - 69 |

Tableau 6 (suite)

Répartition de certaines ressources socio-sanitaires en Abitibi-Témiscamingue selon les sous-régions en 1986 (1987 pour les familles d'accueil)

| Sous-régions | Secteur privé<br>Certaines professions<br>Thérapies alternatives | Ressources intermédiaires d'hébergement | Secteur communautaire<br>Logements HLM | Secteur communautaire<br>Organismes bénévoles |
|---|---|---|---|---|
| Amos/Matagami<br><br>(20 municipalités) | 38 médecins - 26 omni.<br>- 12 spécialistes<br>6 dentistes<br>3 optométristes<br>5 pharmacies<br>2 chiropraticiens<br><br>Acupuncture<br>Autres thérapies alternatives | 103 FA<br>2 pavillons pers. âgées<br>2 log. supervisés PH physiques<br>2 log. supervisés Clair Foyer | Retraités - 128<br>Handicapés - 6 | Hébergement - 3<br>Maintien dom. - 11<br>Autres - 81 |
| La Sarre<br><br>(24 municipalités) | 14 médecins - 12 omni.<br>- 2 spécialistes<br>6 dentistes<br>3 optométristes<br>5 pharmacies<br>4 chiropratriciens<br><br>Acupuncture | 70 FA<br>1 pavillon pers. âgées<br>3 log. supervisés PH physiques | Retraités - 143<br>Familles - 10<br>Handicapés - 4 | Hébergement - (1)<br>Maintien dom. - 17<br>Autres - 58 |

Maintien dom.: maintien à domicile FA: familles d'accueil MSA: mésadaptés socio-affectifs PH: personnes handicapées Log: logements

Source: Nicole BERTHIAUME, *Profil des ressources du système de services socio-sanitaire*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988.

Tableau 7

Répartition de la population, taux d'inoccupation, taux de sous-scolarisation et distance moyenne jusqu'au CLSC selon les zones socio-économiques et les territoires de CLSC en Abitibi-Témiscamingue (1981)

| Territoires de CLSC | Répartition de la population en 1981 | | | Taux d'inoccupation en 1981 | | | | Taux de sous-scolarisation en 1981 | | | | Distance moyenne au CLSC (Km)[c] | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Zones socio-économiques[d] | | | Zones socio-économiques[d] | | | | Zones socio-économiques[d] | | | | Zones socio-économiques[d] | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | District | 1 | 2 | 3 | District | 1 | 2 | 3 | District |
| Témiscaming[a] | — | 79% | 21% | — | 49% | 64% | 52% | — | 56% | 75% | 59% | — | 1,6 | 11,0 | 6,3 |
| Ville-Marie | 25% | 43% | 32% | 43% | 49% | 63% | 52% | 47% | 52% | 70% | 56% | 4,8 | 27,9 | 40,8 | 31,0 |
| Rouyn-Noranda | 76% | 16% | 8% | 45% | 48% | 64% | 47% | 49% | 59% | 67% | 53% | 2,7 | 21,0 | 40,7 | 23,6 |
| La Sarre | 42% | 30% | 27% | 48% | 50% | 62% | 54% | 55% | 66% | 67% | 63% | 7,0 | 17,8 | 28,6 | 21,4 |
| Amos | 57% | 9% | 34% | 40% | 49% | 58% | 47% | 46% | 62% | 70% | 56% | 6,5 | 16,1 | 33,2 | 24,9 |
| Val d'Or / Senneterre | 60% | 33% | 7% | 43% | 50% | 60% | 46% | 56% | 59% | 75% | 58% | 1,9 | 38,9 | 44,7 | 33,2 |
| Quévillon[b] | — | — | — | — | — | — | 38% | — | — | — | 48% | — | — | — | — |
| Matagami[b] | — | — | — | — | — | — | 36% | — | — | — | 49% | — | — | — | — |
| Baie James[b] | — | — | — | — | — | — | 36% | — | — | — | 23% | — | — | — | — |
| Abitibi-Témiscamingue | 56% | 26% | 18% | 44% | 49% | 61% | 48% | 51% | 59% | 69% | 56% | 4,7 | 22,6 | 34,6 | 25,2[c] |

a. Le territoire de Témiscaming n'a pas de zone favorisée.
b. La répartition en zones socio-économiques ne peut s'appliquer à ces trois territoires.
c. La distance moyenne régionale n'inclut pas les territoires de Quévillon, Matagami, Baie James.
d. Zone 1: favorisée, zone 2: intermédiaire, zone 3: défavorisée.
e. Il s'agit d'une distance moyenne linéaire.

Source: Nicole BERTHIAUME, *Étude sur les jeunes en situation de difficulté sociale en Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1985, p. 34.

Tableau 8

Répartition de la population, taux d'inoccupation, taux de sous-scolarisation et distance moyenne jusqu'au CLSC selon les zones socio-économiques et les territoires de CLSC en Abitibi-Témiscamingue (1986)

| Territoires de CLSC | Répartition de la population en 1986 | | | Taux d'inoccupation en 1986 | | | | Taux de sous-scolarisation en 1986 | | | | Distance moyenne au CLSC (Km)[e] | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Zones socio-économiques[d] | | | Zones socio-économiques[d] | | | | Zones socio-économiques[d] | | | | Zones socio-économiques[d] | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | District | 1 | 2 | 3 | District | 1 | 2 | 3 | District |
| Témiscaming[a] | — | 83% | 17% | — | 51% | 53% | 52% | — | 55% | 69% | 58% | — | 1,6 | 11,0 | 6,3 |
| Ville-Marie | 25% | 43% | 32% | 42% | 54% | 61% | 53% | 43% | 55% | 65% | 55% | 4,8 | 27,9 | 40,8 | 31,0 |
| Rouyn-Noranda | 75% | 17% | 8% | 44% | 51% | 62% | 47% | 45% | 55% | 65% | 48% | 2,7 | 21,0 | 40,7 | 23,6 |
| La Sarre | 43% | 30% | 27% | 48% | 55% | 64%[f] | 54%[f] | 55% | 64% | 68%[f] | 61%[f] | 7,0 | 17,8 | 28,6 | 21,4 |
| Amos | 58% | 9% | 33% | 42% | 45% | 56% | 47% | 45% | 59% | 67% | 53% | 6,5 | 16,1 | 33,2 | 24,9 |
| Val d'Or / Senneterre | 61% | 33% | 6% | 44% | 50% | 63% | 47% | 52% | 58% | 77% | 56% | 1,9 | 38,9 | 44,7 | 33,2 |
| Quévillon[b] | — | — | — | — | — | — | 36%[g] | — | — | — | 36%[g] | — | — | — | — |
| Matagami[b] | — | — | — | — | — | — | 38%[h] | — | — | — | 53%[h] | — | — | — | — |
| Baie James[b] | — | — | — | — | — | — | 45%[i] | — | — | — | 58%[i] | — | — | — | — |
| Abitibi-Témiscamingue | 56% | 26% | 18% | 44% | 52% | 60% | 48% | 48% | 58% | 67% | 54% | 4,7 | 22,6 | 34,6 | 25,2[c] |

a. Le territoire de Témiscaming n'a pas de zone favorisée.
b. La répartition en zones socio-économiques ne peut s'appliquer à ces trois territoires.
c. La distance moyenne régionale n'inclut pas les territoires de Quévillon, Matagami, Baie James.
d. Zone 1: favorisée, zone 2: intermédiaire, zone 3: défavorisée.
e. Il s'agit d'une distance moyenne linéaire.
f. Sans Beaucanton, Val Paradis, Villebois.
g. Concerne uniquement la municipalité de Lebel-sur-Quévillon qui comprend 90% de la population du territoire.
h. Concerne uniquement la municipalité de Matagami qui comprend 72% de la population du territoire.
i. Englobe, en plus de Radisson, toutes les autres localités constituant la municipalité de la Baie James (Joutel, Desmaraisville, Miquelon, Beaucanton, Villebois et Val Paradis).

Tableau 9

Causes de décès significatives chez les hommes de l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James), selon le groupe d'âge, 1981-1985

| Causes[a] de décès | Groupes d'âge 00-04 | 05-14 | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65 ans et + | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | × | × | × | × | × | × | × |
| 2 | × | SOU(75,2%) | × | × | × | × | × |
| 3 | × | × | × | × | × | × | SOU(17,2%) |
| 4 | × | × | × | × | × | × | × |
| 5 | × | × | × | × | SUR(153,3%) | × | SUR(50,0%) |
| 6 | × | × | × | × | × | SOU(31,3%) | SOU(28,5%) |
| 7 | × | × | × | × | × | × | × |
| 8 | × | × | × | SOU(77,4%) | SUR(46,8%) | × | SUR(21,2%) |
| 9 | × | × | × | × | × | SOU(20,9%) | SOU(11,6%) |
| 10 | × | × | × | × | × | SOU(28,5%) | × |
| 11 | × | × | × | × | × | × | × |
| 12 | × | × | × | × | × | × | × |
| 13 | × | × | × | × | × | × | × |
| 14 | × | × | × | × | × | × | × |
| 15 | × | × | × | × | × | × | × |
| 16 | SUR(109,9%) | × | × | SOU(67,0%) | × | × | × |
| 17 | × | × | SUR(54,7%) | SUR(56,3%) | SUR(64,9%) | × | SUR(57,9%) |
| Total | × | × | SUR(48,6%) | SUR(23,2%) | SUR(20,0%) | × | SUR(7,1%) |

Légende
SUR = Surmortalité significative de l'ordre de . . .
SOU = Sous-mortalité significative de l'ordre de . . .
× = Aucune différence significative.
a. Voir la liste des causes de décès à la page 81.

Ces données sont calculées à l'aide de projections de population.
Source: Formulaire de déclaration de décès (SP-3) /Ministère de la Santé et des Services sociaux

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation, CRSSSAT, décembre 1988

Tableau 10

Causes de décès significatives chez les femmes de l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James), selon le groupe d'âge, 1981-1985

| Causes[a] de décès | Groupes d'âge 00-04 | 05-14 | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65 ans et + | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | × | × | × | × | × | × | × |
| 2 | × | × | × | × | × | SOU(17,4%) | SOU(14,1%) |
| 3 | × | × | × | × | × | × | × |
| 4 | × | × | × | × | × | × | SOU(65,7%) |
| 5 | × | × | × | × | × | × | × |
| 6 | × | × | × | × | × | × | × |
| 7 | × | × | × | SOU(30,1%) | × | × | × |
| 8 | × | × | × | × | SUR(62,0%) | × | × |
| 9 | × | × | × | × | × | × | × |
| 10 | × | × | × | × | × | SUR(49,1%) | SUR(49,2%) |
| 11 | × | × | × | × | × | × | × |
| 12 | × | × | × | × | × | × | × |
| 13 | × | × | × | × | × | × | × |
| 14 | × | × | × | × | × | × | × |
| 15 | × | × | × | × | × | × | × |
| 16 | × | × | × | × | × | SUR(132,5%) | SUR(79,6%) |
| 17 | × | × | SUR(50,1%) | × | × | × | SUR(32,9%) |
| Total | × | × | SUR(38,6%) | × | × | × | × |

Légende
SUR = Surmortalité significative de l'ordre de . . .
SOU = Sous-mortalité significative de l'ordre de . . .
× = Aucune différence significative.
a. Voir la liste des causes de décès à la page 81.

Ces données sont calculées à l'aide de projections de population.
Source: Formulaire de déclaration de décès (SP-3)/Ministère de la Santé et des Services sociaux

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation, CRSSSAT, décembre 1988.

Tableau 11

Causes de décès significatives pour l'ensemble de la population de l'Abitibi-Témiscamingue (sans Baie James), selon le groupe d'âge, 1981-1985

| Causes[a] de décès | Groupes d'âge 00-04 | 05-14 | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65 ans et + | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SUR(255,0%) | × | × | × | × | × | × |
| 2 | × | SOU(85,4%) | × | × | × | SOU(7,9%) | × |
| 3 | × | × | × | × | × | × | × |
| 4 | × | × | × | × | × | × | SOU(35,3%) |
| 5 | × | × | × | × | SUR(107,8%) | × | × |
| 6 | × | × | × | × | × | × | × |
| 7 | × | × | × | × | × | × | × |
| 8 | × | × | × | SOU(60,6%) | SUR(51,2%) | × | SUR(21,2%) |
| 9 | × | × | × | × | × | × | × |
| 10 | × | × | × | × | × | × | × |
| 11 | × | × | × | × | × | × | × |
| 12 | × | × | × | × | × | × | × |
| 13 | × | × | × | × | × | × | × |
| 14 | × | × | × | × | × | × | × |
| 15 | × | × | × | × | × | × | × |
| 16 | SUR(70,0%) | × | × | × | × | SUR(75,3%) | × |
| 17 | SOU(83,3%) | × | SUR(53,9%) | SUR(53,9%) | SUR(56,3%) | × | SUR(51,8) |
| Total | × | × | SUR(49,3%) | × | × | × | × |

Légende
SUR = Surmortalité significative de l'ordre de . . .
SOU = Sous-mortalité significative de l'ordre de . . .
× = Aucune différence significative.
a. Voir la liste des causes de décès à la page 81.

Ces données sont calculées à l'aide de projections de population.
Source: Formulaire de déclaration de décès (SP-3)/Ministère de la Santé et des Services sociaux

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation, CRSSSAT, décembre 1988.

Tableau 12

Nombre moyen d'hospitalisations observé et attendu, de courte durée, pour les causes les plus importantes selon l'âge et le sexe, pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, indice comparatif de morbidité et test de signification statistique, 1981-1986.

| Groupes d'âge | Femmes Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test | Hommes Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test | Total Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00-14 ans | (8) | 438,6 | 318,0 | 1,379 | 8,77 | (8) | 707,0 | 479,4 | 1,475 | 6,64 | (8) | 1154,2 | 796,6 | 1,449 | 6,72 |
| 15-24 ans | (11) | 1750,2 | 915,7 | 1,911 | 17,13 | (17) | 238,4 | 178,7 | 1,334 | 11,62 | (11) | 1755,0 | 1034,4 | 1,697 | 14,42 |
| 25-44 ans | (11) | 2034,6 | 1687,2 | 1,206 | 21,51 | (17) | 338,8 | 213,8 | 1,585 | 7,63 | (11) | 2034,6 | 1747,5 | 1,164 | 17,78 |
| 45-64 ans | (7) | 254,2 | 236,3 | 1,076 | 0,57 | (7) | 372,8 | 482,4 | 0,773 | 7,38 | (7) | 627,0 | 709,9 | 0,883 | 3,05 |
| 65 ans et plus | (7) | 364,6 | 291,8 | 1,249 | 1,26 | (7) | 428,0 | 382,4 | 1,119 | 1,95 | (7) | 792,6 | 658,0 | 1,205 | 2,67 |
| Total | (11) | 3792,2 | 2607,6 | 1,454 | 20,66 | (8) | 1297,4 | 1074,7 | 1,207 | 20,57 | (11) | 3792,2 | 2786,6 | 1,361 | 17,53 |

Notes:
- Toutes les données figurant au tableau indiquent la moyenne des 5 années étudiées.
- Il s'agit de taux calculés à partir de projections de la population.
- Voir la liste des causes d'hospitalisation à la page 80.

Source: Fichier Med-Echo
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation
CRSSSAT, mars 1988.

Tableau 13

Nombre moyen d'hospitalisations observé et attendu, de courte durée, pour les causes les plus importantes selon le sexe, par territoire de CLSC de l'Abitibi-Témiscamingue, indice comparatif de morbidité et test de signification statistique, 1981-1986.

| Territoires de CLSC | Femmes Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test | Hommes Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test | Total Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Témiscaming | (11) | 15,0 | 75,7 | 0,198 | 0,96 | (7) | 20,4 | 19,5 | 1,047 | 0,26 | (7) | 32,0 | 34,5 | 0,928 | 0,73 |
| Ville-Marie | (11) | 347,0 | 333,7 | 1,040 | 0,77 | (9) | 116,6 | 111,9 | 1,042 | 0,00 | (11) | 347,0 | 334,4 | 1,038 | 0,73 |
| Rouyn-Noranda | (11) | 862,2 | 889,5 | 0,969 | 1,23 | (9) | 284,4 | 283,7 | 1,003 | 0,04 | (11) | 862,2 | 868,9 | 0,992 | 0,30 |
| La Sarre | (11) | 587,6 | 587,6 | 1,000 | 0,00 | (8) | 288,8 | 203,1 | 1,422 | 4,24 | (11) | 587,6 | 591,6 | 0,993 | 0,33 |
| Amos | (11) | 650,6 | 564,1 | 1,153 | 7,24 | (8) | 269,0 | 195,7 | 1,375 | 5,13 | (11) | 650,6 | 569,0 | 1,143 | 6,83 |
| Val d'Or / Senneterre | (11) | 884,6 | 946,1 | 0,935 | 2,95 | (9) | 298,2 | 317,2 | 0,940 | 1,20 | (11) | 884,6 | 947,9 | 0,933 | 3,04 |
| Lebel-sur-Quévillon | (11) | 119,8 | 89,2 | 1,343 | 3,60 | (8) | 53,6 | 33,5 | 1,599 | 2,57 | (11) | 119,8 | 93,8 | 1,277 | 3,05 |
| Matagami | (11) | 116,2 | 97,1 | 1,197 | 2,03 | (17) | 37,8 | 28,1 | 1,344 | 2,34 | (11) | 116,2 | 102,1 | 1,138 | 1,49 |

Notes:
- Toutes les données figurant au tableau indiquent la moyenne des 5 années étudiées.
- Il s'agit de taux calculés à partir de projections de la population.
- Voir la liste des causes d'hospitalisation à la page 80.

Source: Fichier Med-Echo
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation
CRSSSAT, mars 1988.

Tableau 14

Nombre moyen de jours d'hospitalisations observé et attendu, de courte durée, pour les causes les plus importantes selon l'âge et le sexe, pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, indice comparatif de morbidité et test de signification statistique, 1981-1986.

| Groupes d'âge | Femmes Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test | Hommes Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test | Total Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00-14 ans | (8) | 1554,6 | 1134,2 | 1,371 | 8,27 | (8) | 2503,0 | 1779,6 | 1,406 | 6,61 | (8) | 4057,6 | 2910,8 | 1,394 | 7,15 |
| 15-24 ans | (11) | 7658,8 | 4414,1 | 1,735 | 11,01 | (17) | 1420,6 | 1519,1 | 0,935 | 1,47 | (11) | 7658,8 | 4472,8 | 1,712 | 10,81 |
| 25-44 ans | (11) | 9386,0 | 7901,3 | 1,188 | 7,91 | (5) | 3083,0 | 4161,2 | 0,741 | 9,08 | (11) | 9386,0 | 8183,8 | 1,147 | 6,40 |
| 45-64 ans | (5) | 3379,2 | 3255,1 | 1,038 | 0,56 | (7) | 3603,0 | 5497,5 | 0,655 | 7,82 | (5) | 5843,0 | 5715,6 | 1,022 | 0,32 |
| 65 ans et plus | (7) | 5686,0 | 6390,1 | 0,890 | 0,89 | (7) | 5871,6 | 7687,0 | 0,764 | 7,17 | (7) | 11557,6 | 13845,2 | 0,835 | 2,41 |
| Total | (11) | 17079,2 | 12333,8 | 1,385 | 10,19 | (7) | 10317,8 | 14594,4 | 0,707 | 9,00 | (5) | 19739,6 | 23130,6 | 0,853 | 4,42 |

Notes:
- Toutes les données figurant au tableau indiquent la moyenne des 5 années étudiées.
- Il s'agit de taux calculés à partir de projections de la population.
- Voir la liste des causes d'hospitalisation à la page 80.

Source: Fichier Med-Echo
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation
CRSSSAT, mars 1988.

Tableau 15

Nombre moyen de jours d'hospitalisations observé et attendu, de courte durée, pour les causes les plus importantes selon le sexe, par territoire de CLSC de l'Abitibi-Témiscamingue, indice comparatif de morbidité et test de signification statistique, 1981-1986.

| Territoires de CLSC | Femmes Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test | Hommes Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test | Total Causes | Hosp. observées | Hosp. attendues | I.C.M. | Test |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Témiscaming | (7) | 170,2 | 173,9 | 0,979 | 0,04 | (7) | 253,2 | 242,8 | 1,043 | 0,23 | (7) | 423,4 | 416,6 | 1,016 | 0,07 |
| Ville-Marie | (11) | 1576,2 | 1495,4 | 1,054 | 0,81 | (7) | 1164,4 | 1070,4 | 1,088 | 0,57 | (7) | 2098,6 | 1836,5 | 1,143 | 0,85 |
| Rouyn-Noranda | (5) | 3974,2 | 2655,2 | 1,497 | 4,35 | (5) | 3172,4 | 2027,1 | 1,565 | 6,49 | (5) | 7146,6 | 4667,7 | 1,531 | 8,53 |
| La Sarre | (5) | 2853,0 | 1753,9 | 1,627 | 4,29 | (5) | 2225,8 | 1421,5 | 1,566 | 6,06 | (5) | 5078,8 | 3178,2 | 1,598 | 5,85 |
| Amos | (11) | 2919,2 | 2528,1 | 1,155 | 8,95 | (5) | 1471,8 | 1369,5 | 1,075 | 1,40 | (5) | 3125,4 | 3056,5 | 1,023 | 0,84 |
| Val d'Or/ Senneterre | (11) | 4059,4 | 4240,5 | 0,957 | 1,70 | (7) | 3456,0 | 3033,9 | 1,139 | 0,54 | (7) | 5099,8 | 5206,5 | 0,980 | 0,10 |
| Matagami | (11) | 551,8 | 435,2 | 1,268 | 2,18 | (9) | 165,2 | 228,5 | 0,723 | 7,37 | (11) | 551,8 | 457,6 | 1,206 | 1,76 |
| Lebel-sur-Quévillon | (11) | 517,0 | 399,9 | 1,293 | 2,49 | (8) | 273,2 | 203,0 | 1,346 | 1,17 | (11) | 517,2 | 420,5 | 1,230 | 2,06 |

Notes:
- Toutes les données figurant au tableau indiquent la moyenne des 5 années étudiées.
- Il s'agit de taux calculés à partir de projections de la population.
- Voir la liste des causes d'hospitalisation à la page 80.

Source: Fichier Med-Echo
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Compilation: Direction de la recherche et de l'évaluation
CRSSSAT, mars 1988.

# BIBLIOGRAPHIE


BAILLARGEON, Yvonne et al., *Du Bilan de santé à la planification santé*, Document de travail (2e version), Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, avril 1986, 73 pages.

BAILLARGEON, Yvonne, *Profil de l'état de santé, La morbidité hospitalière en Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, mars 1989, 115 pages.

_____, *Les traumatismes routiers en Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, janvier 1988, 104 pages.

BARRIAULT, Claude, *L'Outaouais: problématique socio-sanitaire, A-3- Illustration et analyse des principaux éléments de la problématique socio-sanitaire dans la région de l'Outaouais*, Série Portrait - Santé, Direction de la recherche et de la planification, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, septembre 1987, 143 pages.

BEAUDRY, Daniel, *Profil de l'état de santé, La mortalité en Abitibi-Témiscamingue 1981-1985*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, mars 1989, 110 pages.

_____, *Profil de certaines caractéristiques socio-démographiques de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, 1981-1986*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988, 168 pages.

BERTHIAUME, Nicole, *Étude sur les jeunes en situation de difficulté sociale en Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, 363 pages.

_____, *Profil des ressources du système de services socio-sanitaires*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, septembre 1988, 228 pages.

_____, *Profil sur l'environnement physique*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, avril 1988, 386 pages.

BILODEAU, Pierre, *Risques d'intoxication liés à la consommation des produits de la chasse et de la pêche non commerciales en Abitibi-Témiscamingue*, Rouyn-Noranda, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1987, 171 pages.

BLUM, Henri L., *Planning for Health*, Human Sciences Press inc., New York, 1981, 462 pages.

BRUNELLE, Marie et LAVERGNE, Fernande, *Portrait de la clientèle à comportement suicidaire connue de certains services sociaux et de santé de la région - 08*, Département de santé communautaire, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, novembre 1983, 43 pages.

CHARLAND, Guy, PRÉVOST, Michel, *Plan de travail sur un cadre d'analyse des principales données de l'Abitibi-Témiscamingue reliées à l'état socio-sanitaire de la population de la région 08*, Conseil régional de la santé et des services sociaux 08, mai 1984.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES, *Deux Québec dans un, Rapport sur le développement social et démographique*, Gouvernement du Québec, Gaëtan Morin éditeur ltée, 1989, 124 pages.

_____, *Objectif: santé, Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé*, Gouvernement du Québec, 1984, 217 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, 1988, 803 pages.

_____, Résumé du rapport.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE L'OUTAOUAIS, *Les problèmes majeurs de santé*, Aperçu de l'état de santé de la population de l'Outaouais, Centre hospitalier régional de l'Outaouais, 23 pages.

DILLARD, Sylvie, *Une analyse multivariée de l'environnement socio-économique sur la santé*, Le Conseil des affaires sociales, 1985, 106 pages.

GOSSELIN, Pierre et al., *Santé environnementale au Québec - Bases théoriques et pratiques*, Les publications du Québec, 1986, 336 pages.

JOBIN M., Hast, Maxci - Rosenau, *Public health and preventive medicine*, Eleventh Edition, Appleton - Century - Crofts, 1980, 1926 pages.

LALONDE, Marc, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Gouvernement du Canada, Ottawa, avril 1974, 82 pages.

PEPIN, Yves, *Profil socio-économique de l'Abitibi-Témiscamingue*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, avril 1989, 118 pages.

_____, *Les bébés de petit poids en Abitibi-Témiscamingue, Étude socio-démographique*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, juin 1989, 100 pages.

PLAMONDON, C., *Jouer quitte ou double*, C.S.F., document de travail, avril 1985.

RAPPORT DE L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC 1987, *Et la santé, ça va?* Tome I, Les publications du Québec, Québec, 1988, 337 pages.

ROY, Guy, *Contamination de certains puits par l'arsenic*, Rouyn-Noranda, Département de santé communautaire de Rouyn-Noranda, mars 1983, 13 pages.

STATISTIQUE CANADA, *Dictionnaire du recensement de 1981*, mai 1982, Ottawa, Catalogue 99-991, 159 pages.

# NOTES

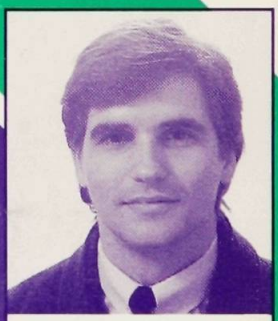
N 5955
Ex.2 Baillargeon, Yvonne
Berthiaume, Nicole et al.
Bilan de santé pour la région de
l'Abitibi-Témiscamingue : synthèse
des profils sociodémographique
et socio-économique.
DATE NOM

N 5955
Ex.2

Détentrice d'une licence en études politiques, Nicole Berthiaume a fait les recherches concernant l'environnement physique et les ressources socio-sanitaires. Elle est à l'emploi du CRSSSAT depuis 1983.

Détenteur d'une maîtrise en démographie (M.Sc.), Daniel Beaudry a effectué les recherches concernant la démographie et la mortalité. Il est à l'emploi du CRSSSAT depuis 1986.

Détentrice d'une maîtrise en sociologie (M.Sc.), Yvonne Baillargeon a effectué les recherches concernant la morbidité hospitalière. Elle est à l'emploi du CRSSSAT depuis 1983.



Détenteur d'une maîtrise en démographie (M.Sc.), Yves Pepin a réalisé le volet socio-économique. Il est à l'emploi du CRSSSAT depuis 1988.

Maître ès arts en sociologie (M.A.), Michel Côté a dirigé les travaux de recherche pour le présent ouvrage. Il est actuellement Directeur de la recherche et de l'évaluation au CRSSSAT.

**Conseil réglonal**
de la santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue
**Pavillon Laramée**
1, 9e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9