



information



formation



recherche



coopération
internationale

VIVRE DANS UNE COLLECTIVITÉ RURALE PLUTÔT QU'EN VILLE FAIT-IL VRAIMENT UNE DIFFÉRENCE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE?

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

VIVRE DANS UNE COLLECTIVITÉ RURALE
PLUTÔT QU'EN VILLE FAIT-IL VRAIMENT
UNE DIFFÉRENCE EN MATIÈRE DE SANTÉ
ET DE BIEN-ÊTRE?

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

JANVIER 2004

AUTEURS

Jérôme Martinez
Unité Connaissance-surveillance
Direction Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Robert Pampalon
Unité Connaissance-surveillance
Direction Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Denis Hamel
Unité Connaissance-surveillance
Direction Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Guy Raymond
Service des études et des analyses
Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Cette étude a été commandée par l'Association pour la santé publique du Québec et sa réalisation a été financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2004-011

DÉPÔT LÉGAL – 1^{ER} TRIMESTRE 2004
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-42203-1

©Institut national de santé publique du Québec (2004)

REMERCIEMENTS

Cette étude est une initiative de l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ) qui n'aurait pu voir le jour sans le soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Nous tenons tout particulièrement à remercier Renald Bujold, président de l'AS PQ, pour avoir initié cette étude et les personnes suivantes qui ont pu en faciliter la réalisation, soit Line Mailloux, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), pour la mise en forme finale de l'étude, André Charest, du MSSS, pour l'extraction de données issues de différents fichiers, Renaud Dugas, de l'Institut de la Statistique du Québec, pour avoir facilité l'accès à certaines bases de données, notamment à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Jean-Guy Bourbonnière, de Statistique Canada, pour nous avoir fourni la table de correspondance entre la Classification des secteurs statistiques et les municipalités du Québec, Annie Lachance, du MSSS, pour son soutien au niveau documentaire, ainsi que Julie Trudel et Annie Fournier, toutes deux de l'INSPQ, pour l'édition du rapport.

RÉSUMÉ

Depuis plusieurs années, les milieux ruraux des pays industrialisés traversent une crise majeure. Ils connaissent un exode massif, surtout des jeunes et accusent des pertes d'emplois considérables au profit des villes et des métropoles. Certains vont même jusqu'à parler de lente agonie des milieux ruraux. Au Québec et dans le reste du Canada, c'est une part non négligeable de la population, *grosso modo* une personne sur cinq, qui vit actuellement dans une collectivité rurale. Dans un tel contexte il est alors légitime de se demander si le fait de vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville a une incidence sur la santé et le bien-être de cette population.

Devant une telle interrogation, force est de constater que, jusqu'à présent, les connaissances acquises sur la santé et le bien-être de la population vivant en milieu rural sont relativement éparses et anciennes pour nous fournir une image assez précise de la situation. La présente étude vise donc à décrire et illustrer de façon plus complète et systématique la santé et l'environnement de vie dans les petites collectivités, principalement rurales du Québec. Elle offre également une opportunité d'approfondir mais aussi d'élargir le champ des connaissances sur les milieux ruraux dans les pays industrialisés. En effet, ici comme ailleurs, le volet de la santé et du bien-être, aussi indispensable soit-il à tout processus de revitalisation des milieux ruraux, reste nettement moins documenté que les questions d'ordre économique notamment.

La démarche adoptée à cette fin demeure exploratoire et descriptive. Elle consiste à colliger, intégrer et interpréter une série de statistiques provenant de sources récentes dont le Recensement de 2001, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 et les fichiers de naissance, d'hospitalisation et de mortalité du Québec, de 1998 à 2000. L'exploitation de ces sources a permis de produire plus de 70 indicateurs, concernant divers aspects de la santé que sont les déterminants, les états de santé généraux et spécifiques, l'utilisation et l'organisation des soins de santé.

Mais qu'est-ce que le rural?

Pour la présente étude, nous avons retenu les principaux éléments de la Classification des secteurs statistiques de Statistique Canada permettant d'abord de distinguer deux grands ensembles, que nous appellerons le milieu urbain et le milieu rural. Le premier correspond en fait à la somme des régions métropolitaines et des agglomérations de recensement – RMR-AR – alors que le second est formé de la somme des municipalités hors RMR/AR et comptant, par définition, moins de 10 000 habitants. Cet espace rural, ou de petites collectivités, est par la suite fragmenté en trois zones en fonction de l'attraction exercée par les RMR-AR sur l'emploi dans ces collectivités. Ces zones sont dites d'influence métropolitaine forte (ZIM forte), modérée (ZIM modérée) et faible ou nulle (ZIM faible ou nulle). Il s'agit de zones qui s'étalent progressivement de la périphérie immédiate des régions et agglomérations urbaines jusqu'aux confins du territoire québécois. L'intérêt de cette classification est de permettre une comparaison entre les mondes urbain et rural, dans leur ensemble, et d'explorer la diversité à l'intérieur du monde rural.

Population et contexte socio-économique

Environ 21 % des québécois habitent le monde rural et, à l'intérieur du monde rural, 6 % la ZIM forte, 11 % la ZIM modérée et 5 % la ZIM faible ou nulle. D'un point de vue démographique, le monde rural dans son ensemble a perdu près de 1 % de sa population entre 1996 et 2001 alors que celle-ci s'est accrue de 2 % dans la zone urbaine. Cette perte de population ne s'est cependant pas faite uniformément au sein du monde rural. Alors que la ZIM forte, adjacente aux grands centres urbains a joui d'une croissance supérieure (2,3 %) à la zone urbaine, la ZIM faible ou nulle, la plus éloignée de ces centres, accuse la plus grosse perte de population (- 4,0 %).

Les conditions d'emploi, de revenu et de scolarité sont quant à elles nettement meilleures en milieu urbain et se détériorent de façon générale lorsque l'on s'éloigne des grands centres. Par ailleurs, si l'activité agricole est importante à proximité des centres urbains, elle laisse progressivement la place aux activités liées à la forêt, aux mines et à la pêche lorsque l'on gagne l'arrière-pays.

Enfin, signalons que les familles monoparentales et les personnes vivant seules sont en revanche davantage présentes en milieu urbain, bien que l'on constate une progression de leur proportion à mesure que l'on se dirige vers les zones rurales à influence faible ou nulle.

Santé générale

À la lumière d'indicateurs globaux de santé, il apparaît peu de différences entre les habitants du monde rural et ceux de la ville. L'espérance de vie à la naissance est inférieure de moins d'une année dans le monde rural (78,8 ans) par rapport à la zone urbaine (79,4 ans) alors qu'en milieu rural, elle s'abaisse légèrement de la ZIM située près des grands centres (79,6 ans) à celle qui s'en éloigne le plus (77,9 ans). L'écart n'est pas beaucoup plus grand pour l'espérance de santé (combinant mortalité et incapacité) à la naissance qui est de 70,5 ans en milieu rural et de 72,0 ans en milieu urbain et cet indicateur ne varie pas de façon significative à l'intérieur du monde rural.

L'avantage des citadins disparaît cependant avec l'âge comme en témoignent les valeurs d'espérance de santé à 65 ans, de 14,4 ans en milieu urbain et de 14,2 ans en milieu rural. Cet indicateur gomme le poids de certaines formes de mortalité qui frappent jeune, telles que la mortalité infantile, dont le taux est nettement supérieur en milieu rural et progresse de façon soutenue selon la ZIM. L'écart est plus du double entre les ZIM situées près et loin des grands centres.

Problèmes spécifiques de santé

C'est en regard de problèmes de santé spécifiques que le monde rural se distingue le plus du monde urbain. Le monde rural dans son ensemble présente des taux de mortalité nettement plus élevés pour les cancers de l'estomac et du poumon ainsi que pour les maladies pulmonaires obstructives (bronchite, emphysème et asthme). Au sein du monde rural, ce sont surtout les ZIM modérées et faible ou nulle qui marquent les plus grands écarts avec la zone urbaine pour ces causes de décès. La zone urbaine affiche quant à elle de piètres résultats pour la mortalité par cancer du sein et cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde). Mais finalement, de toutes les causes de décès, ce sont les traumatismes qui opposent le plus les milieux urbains et ruraux. La mortalité par accident routier est trois fois plus élevée en campagne qu'en ville et le suicide y survient davantage. La surmortalité rurale pour l'une et l'autre causes valent pour les trois ZIM. Ces causes de décès sont aussi celles où les

écarts de mortalité entre sexes sont parmi les plus importants, à l'avantage des femmes (environ 1 décès pour 2 en ce qui concerne les accidents de la route et 1 décès pour 4 en ce qui concerne le suicide). Si les écarts de mortalité se maintiennent tant chez les hommes que chez les femmes entre la ville et la campagne pour les accidents de la route, il en va autrement du suicide. Ce sont seulement les hommes des deux milieux qui se distinguent de façon significative.

Parmi les problèmes de santé déclarés par la population, les milieux ruraux semblent moins affectés par les allergies, autres qu'alimentaires, l'asthme et les maux de dos. Les résidants de la ZIM rapprochée des grands centres signalent toutefois plus de cas de maladies cardiaques et de diabète.

Fécondité

La fécondité est fort contrastée entre les milieux ruraux et urbains. Plus élevée en milieu rural jusqu'à l'âge de 30 ans, elle l'est nettement plus chez les femmes des milieux urbains au-delà de cet âge. La fécondité des mères adolescentes est particulièrement forte en milieu rural, surtout dans la ZIM faible ou nulle où près de 3 % des adolescentes (2,7) donnent naissance à un enfant (contre 1,4 % dans la zone urbaine). La proportion de naissances de faible poids (< 2 500 grammes) ne présente aucune différence significative entre milieux.

Habitudes de vie

Le bilan quant aux habitudes de vie est partagé. Si la consommation de tabac est plus élevée en milieu rural, la consommation régulière d'alcool l'est davantage en milieu urbain. L'embonpoint et la sédentarité dans les loisirs sont en revanche plus présents dans le monde rural. Finalement, l'insécurité alimentaire semble plus faible dans la ZIM la plus éloignée des grands centres que dans le reste du monde rural et la zone urbaine.

Recours aux professionnels de la santé

D'une façon générale, les résidants des collectivités rurales sont plus susceptibles d'avoir un médecin de famille que leurs concitoyens de la ville. Toutefois, ils sont moins enclins à consulter un médecin (omnipraticiens et spécialistes) et surtout à recourir aux services de dentistes ou d'orthodontistes. Pour ces derniers professionnels, la faible propension à consulter s'accroît régulièrement de la ZIM forte à la ZIM faible ou nulle.

Recours à l'hospitalisation

Ce constat ne vaut cependant pas pour l'hospitalisation qui, à l'inverse, domine en milieu rural et tout spécialement dans la ZIM faible ou nulle où le taux d'hospitalisation dépasse celui de la zone urbaine de plus de 40 %. La durée de séjour à l'hôpital est cependant plus courte en milieu rural qu'en milieu urbain. En milieu rural, plus spécifiquement, ce sont la ZIM à proximité des centres urbains et celle qui en est la plus éloignée qui présentent les plus faibles durées de séjour.

Services de santé à visée préventive

Le recours à des services de type préventif tels le dépistage de certains cancers (col de l'utérus et prostate) semble plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain et c'est le cas tout spécialement du test de sang PSA visant à déceler le cancer de la prostate. Quant à la prise de la tension artérielle, recommandée pour prévenir des maladies cardiovasculaires, elle ne varie pas selon le milieu.

Impact des soins sur la santé

Mais ces différences dans la prestation des services et dans la disponibilité des ressources ont-elles un impact sur la santé de la population, en général? Pour en débattre, nous avons considéré deux indicateurs, soit la mortalité jugée évitable et les hospitalisations dites pertinentes. Le premier indicateur regroupe certains décès prématurés (avant 65 ans) pour lesquels il existe des interventions appropriées qui, réalisées en temps utile, peuvent en réduire la fréquence (ex. : décès par asthme, maladies hypertensives et cancer du col de l'utérus). Le second indicateur correspond à des conditions médicales nécessitant une hospitalisation et pouvant améliorer significativement la qualité de vie des personnes (ex. : angioplastie, pontage coronarien, remplacement de la hanche, traitement pour cataracte). Pour ces indicateurs, on n'observe pas ou peu de différence entre les milieux ruraux et urbains.

Les différences entre ces milieux, comme nous l'avons vu, se situent surtout au niveau de l'organisation ou de certains aspects du système de soins. Cela est confirmé par les variations des hospitalisations jugées évitables, car associées à des conditions médicales (par exemple, la pneumonie, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension et le diabète) qui peuvent être traitées dans un contexte de soins de première ligne, en clinique médicale ou en clinique externe, par exemple. C'est en milieu rural qu'on hospitalise davantage pour ces conditions et cette propension croît systématiquement de la ZIM rapprochée des grands centres à celle qui s'en éloigne le plus.

Milieux ruraux et urbains : un état de santé général comparable mais des différences quant à la nature des problèmes de santé

En somme, il ressort de cette étude deux constats majeurs. Globalement, en termes d'état de santé général, la position des résidents des collectivités rurales est comparable à celle de leurs concitoyens urbains. Si les collectivités rurales du Québec affichent clairement des difficultés socio-économiques et certaines déficiences dans l'organisation du système de soins, en revanche il semble que cela n'ait que très peu d'incidence sur l'état de santé général de leurs populations. Les résidents des collectivités rurales peuvent d'ailleurs s'attendre à une espérance de vie ou de santé à la naissance à peu près comparable à celle de leurs concitoyens urbains.

Par contre, vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait vraiment une différence quant à la nature des problèmes de santé et de bien-être. Le suicide, particulièrement chez les hommes et les accidents de la route constituent des problèmes très préoccupants dans les collectivités rurales du Québec. Il en est de même de la mortalité infantile, nettement plus élevée dans les zones rurales se situant au-delà de la zone bordant immédiatement les grands centres urbains. N'oublions pas non plus la prédominance d'autres causes de mortalité telles les tumeurs de l'estomac et du poumon. Rappelons ici également que les résidents du monde rural sont plus affectés par l'embonpoint que les citadins et qu'ils comptent en outre plus de fumeurs réguliers.

À l'inverse, les collectivités rurales semblent plus préservées des cardiopathies ischémiques et du cancer du sein. Dans le dernier cas, la fécondité précoce des résidentes rurales pourrait constituer un facteur protecteur. Cette fécondité précoce ne va cependant pas sans soulever d'inquiétudes quand elle concerne les adolescentes, et il faut rappeler ici le taux très élevé de natalité chez les adolescentes de la ZIM la plus éloignée des grands centres.

L'organisation des services de santé diffère sensiblement entre les milieux urbains et ruraux du Québec. Et cette différence tient principalement au rôle important que joue encore l'hospitalisation dans les services de première ligne en milieu rural. En témoignent notamment les taux d'hospitalisation générale et les taux d'hospitalisation évitable nettement plus élevés à cet endroit.

Notre étude souligne néanmoins l'importance des médecins de famille aux yeux des résidents des collectivités rurales. Ces médecins constituent souvent le premier contact avec le réseau de la santé pour ces résidents et, par conséquent, la pierre angulaire de l'organisation des soins de santé dans ces milieux. Comme l'a déjà recommandé la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) ces médecins de famille omnipraticiens devraient être appelés à devenir des spécialistes de la médecine en milieu rural.

Des avenues de recherche et d'intervention importantes

Finalement, la présente étude fournit des avenues de réflexion et de recherche. Tout d'abord, elle montre l'intérêt non seulement de distinguer les milieux ruraux des milieux urbains dans la recherche sur la santé des populations, mais aussi de respecter la pluralité des milieux ruraux. À bien des égards nous avons en effet constaté des différences significatives au sein du monde rural. Les interventions visant à améliorer la santé en milieu rural ne seraient alors être calquées sur un schéma unique de planification, mais plutôt complexes et adaptées à chaque situation.

Par ailleurs, pour compléter ce portrait de santé et de bien-être, des problématiques et des dimensions non documentées, telles que la protection de la jeunesse, la criminalité, l'intégration des personnes âgées, l'environnement professionnel et le réseau social devraient être abordées. Certaines problématiques en milieu rural mériteraient aussi d'être approfondies. C'est le cas notamment des maladies pulmonaires, du suicide et des accidents de la route.

Ces résultats ne sont pas non plus sans soulever plusieurs objets d'intervention. Des programmes de prévention visant certains problèmes spécifiques, tels le suicide et les accidents de la route, ou encore certaines habitudes de vie comme la consommation de tabac et la sédentarité dans les loisirs seraient particulièrement souhaitables en milieu rural. La répartition de certains services de santé, par exemple, ceux offerts par les dentistes et orthodontistes mériteraient d'être améliorée. Enfin, un meilleur suivi de certaines clientèles, les femmes enceintes notamment et *a fortiori* les mères adolescentes, ou encore les personnes présentant une vulnérabilité psychologique, permettrait de réduire certains problèmes de santé tels que la mortalité infantile ou le suicide par exemple.

Mais il reste que ces écarts de santé entre milieux urbains et ruraux prennent leur racine dans les difficultés socio-économiques et démographiques que vivent ces derniers. Ces pistes d'intervention sont importantes mais la résolution de certains problèmes de santé passe avant tout par la revitalisation de ces milieux et le rehaussement des conditions de vie générales de la population.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	XI
LISTE DES FIGURES.....	XII
LISTE DES FIGURES.....	XII
1 INTRODUCTION.....	1
1.1 OBJECTIF DE LA RECHERCHE	1
1.2 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE	2
1.2.1 Le déclin des collectivités rurales	2
1.2.2 L'intérêt porté à la santé des populations rurales par les gouvernements du Canada et du Québec	4
1.3 LES SPÉCIFICITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE BIEN-ÊTRE ET D'ACCÈS AUX SOINS DANS LES MILIEUX RURAUX DES PAYS INDUSTRIALISÉS	6
1.3.1 Les difficultés d'accès aux services de soins et de santé	6
1.3.2 Les entraves à l'accès aux services de soins et de santé	6
1.3.3 La santé et le bien-être des populations vivant dans les collectivités rurales	9
1.3.4 La recherche sur la santé des populations vivant dans les collectivités rurales au Québec	11
2 DÉFINITION DES COLLECTIVITÉS RURALES.....	15
2.1 LES DÉFINITIONS COURAMMENT RENCONTRÉES DE « RURAL »	15
2.2 LES DÉFINITIONS DE « RURAL » AU CANADA ET AU QUÉBEC	16
2.3 UNE DÉFINITION OPÉRATIONNELLE POUR LA PRÉSENTE RECHERCHE : LES ZIM	17
3 MÉTHODOLOGIE	21
3.1 LA GRILLE SPATIALE D'ANALYSE.....	21
3.2 LES SOURCES DE DONNÉES	23
3.3 LES INDICATEURS	23
3.4 LES AJUSTEMENTS ET TESTS.....	24
3.5 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	25
4 RÉSULTATS.....	27
4.1 RÉSULTATS PAR DIMENSION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE.....	27
4.1.1 Le contexte socio-économique.....	27
4.1.2 L'état de santé général.....	28
4.1.3 Certains problèmes de santé spécifiques	29
4.1.4 Fécondité et natalité	34
4.1.5 Certaines habitudes de vie.....	34
4.1.6 Utilisation des services de santé.....	34
4.1.7 Certains services de type préventif.....	39
4.1.8 Disponibilité des ressources dans le réseau de la santé.....	39

4.1.9	Système de soins et santé	44
4.2	RÉSULTATS PAR ZONE DU MONDE RURAL	47
4.2.1	La ZIM forte	47
4.2.2	La ZIM modérée.....	48
4.2.3	La ZIM faible ou nulle	49
5	DISCUSSION.....	53
5.1	VIVRE EN MILIEU RURAL PLUTÔT QU'EN VILLE : QUELLES DIFFÉRENCES EN TERMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE CELA FAIT-IL?	53
5.2	LE BILAN DE SANTÉ DES RÉSIDANTS DES MILIEUX URBAINS ET RURAUX AU QUÉBEC A-T-IL CHANGÉ? S'EST-IL AMÉLIORÉ OU DÉGRADÉ AU FIL DES ANS?	60
5.3	QU'APPORTE LA PRÉSENTE ÉTUDE À LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS AU QUÉBEC ET AILLEURS?.....	61
5.4	LIMITES DE L'ÉTUDE	63
6	CONCLUSION.....	65
7	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
	ANNEXES - TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Quelques caractéristiques sociales et économiques des milieux urbains et ruraux du Québec, 2001	28
Tableau 2 :	Espérance de vie et espérance de santé à la naissance, mortalité générale et mortalité infantile, incapacité et restriction des activités de la vie quotidienne et perception négative de la santé dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 1998-2001	30
Tableau 3 :	Mortalité selon la cause dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 1998-2000	32
Tableau 4 :	Prévalence des problèmes de santé déclarés par les résidents des milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001	35
Tableau 5 :	Indice synthétique de fécondité, natalité chez les adolescentes et naissances de faible poids dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001	35
Tableau 6 :	Certaines habitudes de vie des résidents des milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001	37
Tableau 7 :	Recours à des professionnels de la santé et besoins de santé non satisfaits, dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001	38
Tableau 8 :	Utilisation de certains tests et examens de type préventif dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001	41
Tableau 9 :	Nombre et taux de places dans les établissements du réseau public de la santé et des services sociaux selon le type d'établissement et le milieu, Québec, 2003	42
Tableau 10 :	Autres ressources du secteur de la santé et des services sociaux selon le milieu, Québec, 2001-2003	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Classification des régions rurales et petites villes selon Statistique Canada et adoptée dans la présente étude	19
Figure 2 :	Localisation des collectivités rurales et des RMR-AR selon la typologie en ZIM, Québec, 2001	22
Figure 3 :	Espérance de vie à la naissance et espérance de santé à la naissance, selon le sexe et la zone géographique, Québec, 1998 à 2000	31
Figure 4 :	Décès par suicide et accident de la route, hommes et femmes, selon le type de zone géographique, Québec, 1998 à 2000	33
Figure 5 :	Différence (exprimée en %) des taux de fécondité (TF) entre la zone rurale (Σ des ZIM) et la zone urbaine, selon le groupe d'âge, Québec, 2000-2001	36
Figure 6 :	Taux d'hospitalisation général (toutes causes) et séjour moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée, selon le type de zone géographique, Québec, 1998-1999 à 2000-2001	40
Figure 7 :	Décès jugés évitables et interventions dites pertinentes, selon le type de zone géographique, Québec, 1998 à 2000	45
Figure 8 :	Hospitalisations jugées évitables, selon le type de zone géographique, Québec, 1998 à 2000	46

1 INTRODUCTION

1.1 OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Le discours conventionnel veut que le bien-être et la santé des populations rurales soient moins bons que ceux des populations urbaines. Ce discours n'est cependant pas partagé par tout le monde. Au Québec, de précédentes études laissent présager que la situation conforte ce discours. Toutefois, ces études sont pour la plupart relativement anciennes. Mais surtout, elles ne sont pas systématiques et fournissent une image imprécise et partielle de l'état de santé et de bien-être pour quelques portions spécifiques du territoire seulement.

La présente étude vise donc à décrire et illustrer de façon plus complète et systématique la santé et l'environnement de vie dans les petites collectivités, principalement rurales du Québec. À cette fin, la démarche adoptée, essentiellement exploratoire et descriptive, consiste à colliger, intégrer et interpréter une série de statistiques provenant de sources de données récentes, dont le Recensement de la population canadienne de 2001, l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2000-2001 et les fichiers de naissance, d'hospitalisation et de mortalité du Québec, de 1998 à 2000. En outre, l'utilisation dans ce rapport de la nouvelle typologie en Zones d'influence métropolitaine (ZIM) développée par Statistique Canada en 2000 (du Plessis *et al.*, 2001) permettra au lecteur d'explorer les variations de la santé tant dans la diversité des milieux ruraux qu'en regard des milieux urbains de la province.

Cette étude fournira également au lecteur intéressé une revue générale de l'état des connaissances acquises sur la santé des populations rurales en pays industrialisés. Contexte, enjeux de société, accès aux soins, états de santé, pluralité du monde rural, expériences internationales sont autant de thèmes qui y seront abordés et de pistes de réflexion susceptibles de défaire la vision de ces milieux péjorative pour certains, idyllique pour d'autres.

La présente étude offre donc une opportunité d'approfondir mais aussi d'élargir le champ des connaissances sur les milieux ruraux dans les pays industrialisés. Elle propose en effet d'explorer plus spécifiquement la dimension de la santé et du bien-être de la population vivant dans les collectivités rurales du Québec. Cette dimension, inextricable des dimensions économique, sociale, culturelle ou encore politique, demeure indispensable, au même titre que ces dernières, à tout processus de revitalisation ou de développement durable de ces collectivités. Pourtant, ici comme ailleurs, le volet de la santé et du bien-être dans ces milieux, aussi indispensable soit-il, reste nettement moins documenté. Cette étude, entend donc combler partiellement cette lacune tout autant que stimuler l'intérêt des Québécois pour cette problématique.

1.2 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Récemment, dans les sphères de la santé au Québec, le projet de loi n° 114 (Gouvernement du Québec, 2002), Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence, adopté le 25 juillet 2002 au Québec, a suscité quelques émois. Cette loi ordonnait aux médecins omnipraticiens et urgentistes désignés sur une liste de garde d'une régie régionale de santé de pratiquer dans les services d'urgence interrompus ou dont le maintien était menacé. Plusieurs mesures administratives, civiles et pénales de nature coercitive veillaient à l'application de la présente loi. Cependant, suite aux protestations véhémentes des médecins, cette loi a finalement dû être abrogée à la fin de la même année.

Cette initiative gouvernementale visait un objectif, celui de résoudre un problème récurrent dans certaines régions, soit la discontinuité ou l'interruption dans la prestation des services médicaux d'urgence, auxquels toute personne a pourtant droit. Ce problème s'explique en grande partie par la distribution inégale de la main-d'œuvre médicale et déficiente dans certaines régions de la province, notamment dans les petites collectivités, essentiellement rurales, et les régions éloignées.

À terme, ce dysfonctionnement dans la prestation des services médicaux d'urgence peut être préjudiciable à la santé des populations qui vivent dans ces collectivités. Plus qu'un problème de prestation de services médicaux, il s'agit donc d'une problématique plus large à laquelle le gouvernement du Québec est confronté, à savoir la santé des populations vivant dans les collectivités rurales. Cette problématique n'est toutefois pas spécifique au Québec. Elle est également partagée par les autres provinces canadiennes et la plupart des pays industrialisés. Ceux-ci partagent en effet une évolution semblable de leur société, déterminante dans la situation actuellement vécue par les collectivités rurales en matière de santé et d'accès aux soins : ils ont connu une urbanisation massive au cours du XX^e siècle dont l'ampleur n'a d'égale que celle du déclin prononcé des milieux ruraux.

1.2.1 Le déclin des collectivités rurales

Les pays aujourd'hui qualifiés d'« industrialisés » ont amorcé vers la fin du XIX^e siècle un virage majeur dans leur société, qui s'est accéléré à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. D'abord à dominante rurale et agricole, leur société a peu à peu adopté un profil à dominante industrielle, puis post-industrielle urbaine. Au Canada, ce sont les années 1930 qui marquent vraiment le passage de l'« Ère de la dominance rurale » [traduction] à l'« Ère du déclin rural » [traduction] (Troughton, 2002, p. 22).

Ce virage a entraîné des mutations profondes au sein de ces sociétés. Rapidement, les villes et les métropoles sont devenues le milieu de vie « naturel » des hommes et la scène privilégiée de l'activité économique, politique, scientifique ou encore culturelle. L'essentiel de l'attention des chercheurs, des planificateurs et des décideurs s'est alors portée vers ces milieux de vie en pleine effervescence. À l'inverse, à mesure que cette hégémonie urbaine grandissait et s'affirmait dans toutes les sphères de la société, les milieux ruraux périllicitaient. Comme le souligne Troughton, cette urbanisation massive est largement responsable du déclin des milieux ruraux et des problèmes qu'ils connaissent, y compris en matière de santé :

« Urban-driven change during the latter half of the twentieth century, especially its centralizing tendencies and pervasive influences, is largely the base of the current set of problems, including those of rural health. »
(Troughton, 2002, p. 22).

Le déclin des milieux ruraux a d'abord été démographique. L'augmentation considérable de la productivité agricole a chassé nombre de travailleurs agraires et provoqué un exode rural massif. Ce sont les jeunes, principalement, qui sont partis vers les villes à la recherche d'emploi et de formation. Ce départ de populations jeunes s'est traduit par un vieillissement progressif mais marqué des populations rurales. Le déclin a ensuite été économique, politique et culturel. Le départ des populations a directement entraîné la fermeture de nombreux services tels que les écoles, les banques, les bureaux de poste ou encore les hôpitaux, dont la rentabilité s'avère nettement supérieure dans les villes. Dans le même esprit, certaines voies de communication se sont détériorées, d'autres ont tout simplement été fermées. Le dynamisme économique s'est essoufflé, l'éventail de professions s'est rétréci. Un cercle vicieux de répulsion des activités et des personnes a alors pris forme.

La dépendance des milieux ruraux vis-à-vis des milieux urbains s'est par ailleurs accentuée au fur et à mesure que la prépondérance urbaine s'affirmait : dépendance financière, politique ou encore dans les domaines de l'expertise.

Finalement, ce processus de déclin des milieux ruraux peut se résumer en trois phénomènes imbriqués : la fragmentation, la désagrégation et la marginalisation des collectivités rurales. La fragmentation correspond à l'éclatement du milieu relativement homogène en termes économiques, sociaux et culturels que composaient les collectivités rurales avant d'entrer dans l'ère de déclin. Elle a donc conduit à une grande diversification de ces milieux (rural agricole, industriel, touristique, etc.). La désagrégation, quant à elle, fait essentiellement référence à la perte de population, de services, d'activités et d'emplois. La marginalisation, enfin, est multiple. Elle renvoie tant à l'isolement géographique (marginalisation géographique), qu'à l'affaiblissement du rôle dans l'économie (marginalisation économique) et à la mise à l'écart du processus politique et décisionnel (marginalisation politique).

Évidemment, les milieux ruraux dans les pays industrialisés n'ont pas tous été affectés par ce processus de la même façon ni avec la même ampleur. Mais des variantes de ce cercle vicieux ont toutefois été rapportées et décrites dans la plupart des pays industrialisés, en particulier au Québec et au Canada (Hamel, 2000; McKie, 1992), aux États-Unis (Loue *et al.*, 2001) et en Australie (Humphreys *et al.*, 2002; Cribb, 1994). Cribb, notamment, décrit remarquablement ce processus de déclin des collectivités rurales en Australie, à travers ce qu'il qualifie d'« effet domino d'effondrement des services » [traduction] (*ibid.*, p. 13) :

« Characteristically, the post office goes first, replaced by an agency. In any rural community the closure of the post office, not a greatly significant act itself, has come to symbolise doom. The rail line close as traffic dries up. The banks pull out as population and industry start to slide. Rail and telecommunications workers are relocated to larger centres. [...] The doctor retires or packs his bags. In small towns, the school is the next target : the classic mixed-age country classroom supervised by a single teacher is virtually extinct. Parents are forced to send their children to schools far

away. The local garage, the machinery dealer, the car dealer and the repair shop all succumb. Outside interests buy the gracious old pub and run it on a shoestring while it moulders towards collapse. It is a dispiriting process experienced by several hundred formerly thriving Australian communities. » (*ibid.*, p. 13).

Au Canada, où *grosso modo* une personne sur cinq vit en milieu rural en 2001 (du Plessis *et al.*, 2001), le portrait n'est guère plus reluisant. Depuis plusieurs décennies les petites collectivités, essentiellement rurales sont aux prises avec des difficultés économiques et perdent tant leurs populations que leurs emplois et services (Bollman, 1992). La situation est telle qu'elle a récemment fait la couverture d'un magazine hebdomadaire qui évoque la « lente agonie » [traduction] des petites collectivités au Canada (Catto, 2003). McKie a bien dépeint cette situation difficile que les résidents des milieux ruraux canadiens doivent supporter comparativement à leurs concitoyens urbains :

« (...) de nombreux services caractéristiques de la vie urbaine ne sont pas (ou ne sont plus) assurés dans les régions rurales. L'information y est moins abondante. (...) Les services municipaux sont également moins accessibles. Ceux-là comprennent entre autres des services policiers sur demande, l'éventail complet des services médicaux d'urgence et de soins pour malades chroniques, des biens et des services de consommation (plus chers et d'un choix plus limité dans les régions rurales). Les services éducatifs (comme des cours spécialisés en électronique, en informatique et en technologie des communications) ne sont en général pas disponibles dans les régions rurales, pas plus que ne le sont certaines commodités de la vie urbaine, comme des piscines et des tennis de quartier, ainsi que des bibliothèques. » (McKie, 1992, p. 483).

Ce schéma d'évolution des milieux ruraux dans les pays industrialisés, bien que non généralisable, permet néanmoins de mieux saisir la problématique actuelle de la santé des populations rurales. Vieillesse de la population, difficultés économiques, isolement géographique, etc. sont effectivement autant de facteurs qui laissent présager l'existence de spécificités et de besoins particuliers en matière de santé, de bien-être et d'accès aux soins dans les collectivités rurales des pays industrialisés.

1.2.2 L'intérêt porté à la santé des populations rurales par les gouvernements du Canada et du Québec

Des différences de santé, de bien-être et d'accès aux soins apparaissent de plus en plus nettement entre les citoyens vivant en milieu rural et ceux vivant en milieu urbain, souvent à l'avantage de ces derniers. Dans la mesure où les pays industrialisés s'efforcent de garantir à leurs citoyens une certaine équité devant la santé et les soins, la santé des populations vivant en milieu rural représente alors un intérêt majeur.

Cet intérêt a trouvé écho au Canada. La « Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada » reconnaît en effet que les populations vivant dans les collectivités rurales et éloignées du Canada sont désavantagées en matière d'état de santé, d'accès aux soins et aux professionnels de la santé. La

commission considère ainsi la lutte contre ces problèmes comme une des priorités nationales de santé (Santé Canada, 2002).

Les provinces canadiennes, pour leur part, n'accordent pas toutes les mêmes efforts quant à cette problématique. Certaines, comme l'Ontario avec son « Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales du Nord » (Ontario. Ministère de la Santé, 1997) et la Saskatchewan avec la « Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé » (Saskatchewan. Saskatchewan Health, 2001) affichent un grand intérêt envers cette problématique et partagent la vision commune de la nécessité d'établir des liens solides avec les grands centres urbains.

Le Québec se soucie depuis longtemps de la santé des populations autochtones vivant sur son territoire. Le « Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux » en 1988 (Gouvernement du Québec *et al.*, 1988) et le « Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux » en 2001 (Gouvernement du Québec *et al.*, 2001) font notamment état des difficultés d'accès aux soins que rencontrent les communautés autochtones dans le Grand Nord. Toutefois, la problématique des régions éloignées diffère quelque peu de celle des régions rurales.

Ces rapports, de même que plus récemment les « Priorités nationales de santé publique 1997-2002 » (Gouvernement du Québec, MSSS, 1997) et le « Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux » (Gouvernement du Québec, MSSS, 2001), restent assez évasifs quant à la problématique plus spécifique de la santé des populations vivant dans les collectivités rurales.

Le gouvernement québécois n'est pas pour autant insensible à la santé des populations rurales. Il a adopté en 2001 la Politique nationale de la ruralité en vertu de laquelle :

« Le gouvernement du Québec et ses partenaires reconnaissent officiellement l'importance de la ruralité et s'engagent de façon solidaire à travailler au renouveau, à la prospérité et à la pérennité des communautés rurales. » (Gouvernement du Québec, ministère des Régions, 2001, p. VIII).

Dans son volet destiné à « assurer la qualité de vie des collectivités rurales et renforcer leur pouvoir d'attraction » (*ibid.*, p. 41), cette politique prévoit que :

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux prendra en compte la spécificité des besoins des milieux ruraux dans ses orientations, dans ses politiques et programmes, dans sa planification et dans l'organisation des services sur le territoire. » (*ibid.*, p. 45).

Plusieurs directives du MSSS sont par ailleurs énoncées afin de préciser les orientations de ses politiques et programmes. Le projet de loi n° 114 adopté en juillet 2002, cité en exemple précédemment, découle certainement de ces directives, dont une précise que le MSSS entend :

« - s'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont adéquatement déployés dans les milieux ruraux et convenir d'ententes avec les associations municipales pour rendre disponibles des services de premiers répondants. » (*ibid.*, p. 45).

L'intérêt pour la santé des populations rurales est donc récent au Québec mais bien présent dans les orientations des politiques et programmes nationaux de santé. Visiblement, cet intérêt s'inscrit dans une problématique plus large et multidimensionnelle, celle de la revitalisation des milieux ruraux.

1.3 LES SPÉCIFICITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE BIEN-ÊTRE ET D'ACCÈS AUX SOINS DANS LES MILIEUX RURAUX DES PAYS INDUSTRIALISÉS

1.3.1 Les difficultés d'accès aux services de soins et de santé

Les collectivités rurales dans les pays industrialisés font aujourd'hui face à deux problèmes majeurs en ce qui concerne les services de soins et de santé, à propos desquels le consensus international est très large. Elles éprouvent d'une part des difficultés à accéder aux services de soins et services sociaux, même les plus rudimentaires. D'autre part, elles ont toutes les peines à attirer et retenir du personnel médical. Ces deux problèmes, étroitement reliés, provoquent une situation parfois délétère pour la santé de ces communautés.

Plusieurs études dans le monde font état des problèmes d'accès aux soins que rencontrent les populations vivant en milieu rural et des conséquences néfastes que cela implique pour leur santé. Tous les domaines, ou presque, de la santé et de la médecine sont concernés. L'accès aux diverses techniques de diagnostic (Monroe et al., 1992; Howe *et al.*, 1995; Zhang *et al.*, 2000; Hawley *et al.*, 2001) et de traitement (Jack *et al.*, 2003) des cancers, aux professionnels de la santé bucco-dentaire (Vargas *et al.*, 2002, 2003a, 2003b; Westover, 1999; Pacza *et al.*, 2001; Steele *et al.*, 2000), aux ophtalmologistes (Madden *et al.*, 2002), aux services de suivi médical prénatal et périnatal (Nesbitt *et al.*, 1989; Loda *et al.*, 1997), aux centres de soins de longue durée (Coburn *et al.*, 2003) ou encore aux psychiatres (Clayer *et al.*, 1995), est largement reconnu comme étant déficient dans les collectivités rurales.

Les habitants des milieux ruraux ne sont pas pour autant systématiquement désavantagés devant l'accès aux services de soins et de santé. Parfois peu de différences existent entre milieux ruraux et milieux urbains (Gillanders et Buss., 1993).

1.3.2 Les entraves à l'accès aux services de soins et de santé

On reconnaît généralement plusieurs obstacles à l'accès aux soins pour les collectivités rurales. La distance géographique, tout d'abord, peut dresser une barrière considérable à l'accès aux soins (Fearn, 1987; Coward et Cutler, 1989). Généralement, plus les gens vivent loin d'un hôpital, moins ils sont hospitalisés (Fearn, 1987). Parcourir plusieurs dizaines, voire plusieurs centaines de kilomètres pour recevoir des soins entraîne un coût, ou si l'on préfère un effort en termes financiers, de temps perdu, d'isolement social, mais aussi de risque lié au transport. Un effort souvent difficile à assumer pour le patient, mais aussi pour son entourage. Cet effort peut par ailleurs être substantiellement accentué par

l'environnement physique qui, dans les milieux ruraux, est souvent plus contraignant pour les déplacements (Ramp *et al.*, 1999; Rickets, 1999; Wakerman, 1999).

Les ressources financières peuvent par ailleurs constituer un obstacle à l'accès aux soins (Aday *et al.*, 2001). Au Canada, où les individus jouissent d'un système de santé universel, les ressources financières restent tout de même déterminantes dans l'accès aux soins lorsque ceux-ci impliquent de grands déplacements. Comme il est souligné dans le rapport de la « Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada » :

« Les habitants des collectivités rurales doivent [...] assumer des frais de déplacement élevés pour avoir accès aux soins dont ils ont besoin. Ils doivent, en effet, passer des jours ou des semaines loin de leur famille et de leur réseau de soutien social et assumer des coûts supplémentaires de logement et de repas. » (Santé Canada, 2002, p. 178).

L'éducation et la connaissance du réseau et du système de santé jouent également un rôle non négligeable dans l'accès aux soins. Pour être accessibles, les services de soins ou les services sociaux doivent être visibles pour la communauté. Les institutions gouvernementales, scolaires mais aussi les médias constituent la plupart du temps cette vitrine nécessaire. Dans la mesure où les relais institutionnel, éducationnel et informationnel sont souvent déficients voire inexistants dans les collectivités rurales, la circulation de l'information est plus difficile et peut ériger un obstacle à l'accès aux services de soins et de santé (McKie, 1992; Ramp *et al.*, 1999).

En outre, les difficultés d'accès aux soins que connaissent les populations rurales peuvent aussi être d'ordre culturel. Celles-ci entretiennent parfois une certaine méfiance à l'égard des régions urbaines et de leurs habitants. Cette méfiance et ce sentiment d'abandon sont d'autant plus grands que les collectivités rurales ont perdu leurs services au profit des régions urbaines qui seules ont pris la décision de restructurer les services en les centralisant (Bryant, 1999).

De même, le « choc culturel » est particulièrement important dans les régions rurales où vivent des communautés autochtones. Ces communautés présentent des traits culturels très caractéristiques et généralement très différents de ceux qui dispensent les soins. Les pratiques médicales doivent alors être en accord avec leurs croyances, leur mode de vie et la façon dont elles perçoivent ou conçoivent la médecine (MacLeod *et al.*, 1998; Ramp *et al.* 1999; Santé Canada, 2002). Ce problème concerne surtout des pays comme le Canada, l'Australie et les États-Unis.

Finalement, le principal obstacle à l'accès aux soins dans les collectivités rurales demeure le manque de personnel médical, que cela soit les médecins omnipraticiens, urgentistes, les infirmières ou les médecins spécialistes. Ce déficit de main-d'œuvre médicale résulte largement des difficultés qu'éprouvent les collectivités rurales pour attirer et retenir cette main-d'œuvre (Bushy, 2002; Santé Canada, 2002; Pollet et Harris, 2002). Mais ce déficit découle aussi en grande partie des mesures de réorganisation des services de santé (fermeture des petits hôpitaux en milieux ruraux, restriction, par le biais de quotas, de la formation de personnel médical, etc.) prises par certains gouvernements, y compris au Canada (James, 2001; Pollet et Harris, 2002).

Outre les mesures gouvernementales centralisatrices et restrictives, plusieurs autres éléments jouent en défaveur des milieux ruraux et entravent le processus de recrutement et de rétention à long terme de la main-d'œuvre médicale. La pratique en milieu rural, par exemple, se fait souvent dans des conditions où les ressources techniques et technologiques sont plus anciennes ou plus restreintes et où le personnel médical de soutien est très limité, voire inexistant. Elle implique également plus de transport pour la main-d'œuvre médicale qui, au bout du compte, doit supporter une charge de travail plus lourde (MacLeod *et al.*, 1998; MacLeod 1999).

Le personnel médical en milieu rural souffre aussi de l'isolement professionnel, du manque de reconnaissance et de préjugés défavorables. Effectivement, les médecins et infirmières ont moins la possibilité d'échanger avec des collègues à propos des techniques de traitement, des avis de diagnostic, etc. Ils ont alors un sentiment de responsabilité plus grand mais aussi un stress psychologique d'autant plus important. Les infirmières notamment sont particulièrement sensibles à ce problème puisqu'elles représentent la première ligne de soins dans ces collectivités où, dans le meilleur des cas le médecin est occasionnellement présent (Bushy, 2002; MacLeod 1999). S'ajoute à cela le peu de reconnaissance de la part des collègues pratiquant en milieu urbain, aux yeux desquels la pratique en milieu rural est souvent synonyme d'échec professionnel. Ce préjugé défavorable a d'ailleurs souvent été rapporté dans les milieux même d'enseignement de la médecine. Par exemple, il est rare que les meilleurs candidats soient encouragés à devenir médecin de campagne. On leur prédestine en revanche fréquemment une grande carrière de chirurgien dans un grand centre hospitalier métropolitain.

La proximité sociale et géographique avec les patients et l'absence d'anonymat compliquent par ailleurs la pratique en milieu rural. Le patient, par exemple, peut ressentir de la gêne, surtout si ses troubles de santé sont dus à des comportements « déviants » et, alors, risque d'être plus réticent à l'idée de consulter le médecin, ce qui à terme peut nuire gravement à sa santé. Dans ce contexte dépourvu d'anonymat, le personnel médical, lui, peut ressentir une certaine oppression sociale, psychologique et émotionnelle (MacLeod, 1999; Bushy, 2002).

Cette proximité avec la population dans les collectivités rurales confère en outre aux médecins ou aux infirmières d'autres responsabilités que celles inhérentes à leur profession. Il n'est pas rare en effet que ce personnel médical incarne aux yeux des populations dans les collectivités rurales une source de savoir et de sagesse. La population attend donc parfois de ce personnel qu'il joue les rôles de consultant, de médiateur, de leader, etc. auxquels le médecin ou l'infirmière n'aspirent pas forcément (Farmer *et al.*, 2003).

Enfin, plusieurs autres éléments de l'environnement économique, social ou culturel des collectivités rurales ont été rapportés pour l'entrave qu'ils constituent à l'attrait et à la rétention de la main-d'œuvre médicale. Le manque d'emploi pour le conjoint, l'absence de services de proximité, y compris services de garde et écoles pour les enfants, loisirs, etc. sont autant d'éléments qui peuvent rebuter la main-d'œuvre médicale à s'y installer, surtout à long terme (Farmer *et al.*, 2003, Hays, 1999).

Quelle qu'en soit la cause, ces difficultés éprouvées par les collectivités rurales pour attirer et retenir la main-d'œuvre médicale posent de sérieux problèmes aux pays industrialisés. En effet, en restreignant l'accès aux services de santé dans ces milieux, ces difficultés peuvent contribuer à créer une situation défavorable à l'état de santé de leurs populations.

1.3.3 La santé et le bien-être des populations vivant dans les collectivités rurales

L'unanimité quant à l'état de santé et de bien-être des populations rurales est loin d'être aussi grande au sein des pays industrialisés qu'en ce qui concerne la question de l'accès aux services de soins et services sociaux. Deux discours imprègnent généralement la littérature sur la santé et le bien-être des populations vivant dans les milieux ruraux.

Le premier discours, fait référence à un monde rural en difficulté, abritant des populations dont l'état de santé et de bien-être est plus médiocre que dans les villes. C'est le discours que l'on rencontre généralement dans la littérature nord-américaine et australienne. Le deuxième discours, à l'inverse, place les populations rurales dans une situation d'avantage relatif : moins défavorisées, elles présentent par conséquent des états de santé et de bien-être généralement meilleurs que leurs comparses urbaines. Cette « croyance populaire » est surtout présente au Royaume-Uni, mais se retrouve aussi assez largement dans d'autres pays européens, au Danemark, aux Pays-Bas ou encore en France. Finalement, comme nous allons le voir, la situation n'est pas tranchée, « noire ou blanche ». Pour un état de santé, certains pays observeront une situation de désavantage chez les populations rurales, d'autres l'inverse. Parfois, au sein d'un même pays les résultats de différentes études mènent à des conclusions différentes, voire opposées.

La revue de littérature présentée ci-après n'est pas exhaustive. Loin de là. Les disparités de santé et de bien-être entre milieux ruraux et urbains ont fait l'objet de quantité d'études. L'objectif de cette revue est en fait de montrer, à travers les principaux états de santé et de bien-être, qu'il n'existe pas de tendance simple et généralisable à l'ensemble des pays industrialisés.

La mortalité toutes causes confondues, tout d'abord, constitue un bon exemple de la diversité des discours et des constats relatifs à la santé des populations vivant en milieu rural. Plusieurs études ont mis en évidence des taux de mortalité plus élevés dans les milieux ruraux aux États-Unis (Miller *et al.*, 1987, 1994) et en Australie (Mathers, 1995) par exemple. D'autres recherches aux États-Unis révèlent que chez les personnes âgées, la mortalité semble à l'inverse être nettement inférieure en milieu rural (Smith *et al.*, 1995; Hayward *et al.*, 1997). Enfin, aux États-Unis toujours, il semblerait que les risques de mortalité soient supérieurs en milieu urbain chez les hommes, mais pas chez les femmes (House *et al.*, 2000). Au Royaume-Uni, par contre, la mortalité toutes causes confondues s'avère généralement inférieure chez les populations rurales (Phillimore et Reading, 1992; Charlton, 1996).

En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, la situation n'est pas plus tranchée. Elles semblent davantage affecter les populations vivant en milieu rural aux États-Unis (Miller *et al.*, 1987), notamment les femmes (McCarty *et al.*, 2002) et en particulier celles de couleur (Taylor *et al.*, 2002). Dans certaines régions de l'Italie (Barbagallo *et al.*, 2001) et de l'Espagne (Subirats i Bayego *et al.*, 1997), les populations rurales semblent également plus susceptibles d'être victimes de maladies cardiovasculaires. En revanche en Angleterre et au pays de Galles, les taux de mortalité standardisés observés pour les maladies cardiovasculaires sont au plus faible dans les milieux ruraux et les zones les plus favorisées en termes socio-économiques et atteignent leur maximum dans les zones urbaines, portuaires et industrielles (Charlton, 1996).

Les cancers illustrent également bien la complexité des écarts de santé observés entre les milieux ruraux et les milieux urbains. En effet, selon le pays, l'âge, le sexe et le siège de cancer, les patterns géographiques de l'incidence ou de la mortalité varient grandement, certaines fois à l'avantage des collectivités rurales, d'autres fois à leur détriment. L'étude de Doll (1991) révèle que parmi 13 populations étudiées (dans autant de pays industrialisés différents), l'incidence et la mortalité tendent à être plus fortes en milieu urbain pour 23 des 26 sièges de cancer pris en compte. Les cancers de la lèvre et de l'œil semblent par contre plus communs aux milieux ruraux. Ces constats ont été corroborés ultérieurement par d'autres recherches en France (Victoria *et al.*, 1994), au Danemark (Friis et Storm, 1993), aux Pays-Bas (Schouten *et al.*, 1996), en Angleterre (Wake, 1993) ou encore aux États-Unis (Risser, 1996). Néanmoins, ces recherches révèlent aussi que d'importantes variations persistent selon le sexe et le siège de cancer.

De même, les résultats sur la perception de l'état de santé et de bien-être paraissent mitigés entre les populations rurales et urbaines. Quelques travaux ont surtout mis en évidence que cette perception change selon le groupe d'âge des individus. Les plus jeunes et les plus âgées vivant en milieu rural ont tendance à considérer leur santé et bien-être moins bons que ceux vivant en milieu urbain (Eggebeen et Lichter, 1993; Manious et Kohrs, 1995). Chez les personnes d'âges moyen la situation est soit l'inverse (Eggebeen et Lichter, 1993), soit ne présente aucune différence entre milieux (Manious et Kohrs, 1995).

Si l'on a vu que pour nombre d'états de santé et de bien-être il est difficile de trancher en faveur des populations rurales ou urbaines, il s'avère par contre que certains problèmes de santé sont plus susceptibles d'affecter les personnes vivant en milieu rural. Les problèmes de santé mentale (Wagenfeld, 1990; Human et Wasen, 1991; Clayer *et al.*, 1995; Johnsen *et al.*, 1997; Hartley *et al.*, 1999; Judd et Humphreys, 2001), les désordres d'humeur et d'anxiété (Diala et Muntaner, 2003) et les suicides (Pesonen *et al.*, 2001; Singh et Siahpush, 2002; Middleton *et al.*, 2003), surtout chez les jeunes (Low et Andrews, 1990; Dudley *et al.*, 1997; Leenaars *et al.*, 1998) et les autochtones en Australie (Clayer et Czechowicz, 1991) et au Canada (Regnier, 1994; Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1995; Katt *et al.*, 1998; Massecar, 1998) sont reconnus pour toucher davantage les milieux ruraux. Il en est de même des troubles de la vue (Madden *et al.*, 2002), des problèmes bucco-dentaires (Westover, 1999; Steele *et al.*, 2000; Pacza *et al.*, 2001; Vargas *et al.*, 2002, 2003a, 2003b), des accidents de la route (Thouez *et al.*, 1991; Chen *et al.*, 1995; LaValley *et al.*, 2003) et des blessures graves qu'ils occasionnent (Stella *et al.*, 2001).

En ce qui concerne les habitudes de vie, là encore, les comportements à risque pour la santé ne sont pas forcément le lot des personnes vivant en milieu rural. La sédentarité chez les adultes (Parks *et al.*, 2003) et plus particulièrement chez les femmes (Wilcox *et al.*, 2000), le tabagisme chez les jeunes (Aloise-Young *et al.*, 2002) et les comportements sexuels à risque (Thomas *et al.*, 1996) constituent des problèmes plus fréquemment rencontrés dans les régions rurales, aux États-Unis notamment, dans le sud-est du pays. Toutefois, une enquête réalisée au Royaume-Uni montre que les personnes âgées vivant en milieu rural, même si elles pratiquent moins d'exercices physiques, mangent plus de fruits et légumes que celles vivant en milieu urbain (Morgan *et al.*, 2000).

En outre, certaines caractéristiques de l'environnement de vie et de travail en milieu rural sont réputées pour leurs effets nocifs sur la santé. Les activités reliées à l'agriculture, la pêche, l'exploitation minière et la sylviculture, très fréquentes dans les collectivités rurales, sont très largement responsables, directement et indirectement (par la contamination et la dégradation de l'environnement

de vie), d'accidents de transport (Gerberich *et al.*, 1996), de nombreuses blessures graves voire mortelles (Williams *et al.*, 1997), de contaminations diverses (Vuitton, 2003), de problèmes respiratoires (Dalphin *et al.*, 1993, 1998a, 1998b) et de certains types de cancers (Blair *et al.*, 1985; Doll, 1991).

Finalement, il est difficile de prétendre que les milieux ruraux des pays industrialisés constituent un environnement délétère sur la santé des populations rurales qui y vivent. L'accès aux soins, il est vrai, est souvent déficient dans les collectivités rurales. Cette déficience est reconnue comme étant déterminante dans l'incidence de certains problèmes de santé (problèmes bucco-dentaires, troubles de la vision, diagnostic tardif de cancer, etc.). Mais malgré les difficultés d'accès aux soins qu'éprouvent les personnes vivant en milieu rural, il semble que leur état de santé ne soit pas systématiquement plus médiocre que celui de leurs comparses urbaines. C'est que l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé ne sont pas les seuls déterminants de la santé. L'environnement de vie et les caractéristiques socio-économiques des individus jouent également un rôle majeur dans la santé et le bien-être de ces derniers (Blane, 1999; Mustard *et al.*, 1997; Marmot *et al.*, 1999; Marmot et Wilkinson, 1999; Leclerc *et al.*, 2000; Seeman et Crimmins, 2001).

Or les milieux urbains ne présentent pas forcément un meilleur environnement de vie. Pensons à la pollution atmosphérique, sonore, aux autres nuisances diverses, à la criminalité, etc. qui sont des particularités largement urbaines. Par ailleurs, la grande défavorisation matérielle et sociale, déterminante de nombreux états de santé et de bien-être, est un phénomène qui est surtout présent dans le centre des métropoles et des agglomérations (Townsend, 1987; Pampalon et Raymond, 2003). Ce dernier argument est d'ailleurs souvent évoqué par les chercheurs britanniques pour expliquer les meilleurs états de santé et de bien-être chez les populations vivant en milieu rural. Ce point soulève par contre une controverse. Il a en effet été démontré à plusieurs reprises au Royaume-Uni que la richesse et le bien-être économique et social que l'on attribue traditionnellement aux milieux ruraux britanniques n'étaient qu'apparence, ou plutôt ne résultaient que d'artefacts méthodologiques liés à l'utilisation de substituts écologiques de type générique, tels que les indices de défavorisation de Townsend (1987) ou de Carstairs et Morris (1989) (Phillimore et Reading, 1992; Cox, 1998; Haynes et Gale, 2000; Martin *et al.*, 2000).

Ainsi, les caractéristiques démographiques et socio-économiques des populations semblent davantage responsables des écarts de santé entre les milieux ruraux et urbains que leur lieu de résidence – urbain ou rural. C'est ce que soulignent plusieurs études qui, après contrôle de l'âge, du sexe et/ou de la plupart des caractéristiques socio-économiques, constatent une réduction considérable, sinon totale, de l'écart de l'état de santé étudié entre les personnes vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain (Miller *et al.*, 1987; Phillimore et Reading, 1992; Senior *et al.*, 2000).

1.3.4 La recherche sur la santé des populations vivant dans les collectivités rurales au Québec

La santé et le bien-être de la population québécoise ont fait l'objet de plusieurs analyses géographiques au cours des trente dernières années. Des variations territoriales de mortalité et d'autres indicateurs de santé, de bien-être et d'habitudes de vie ont été mises en évidence dans la province (Bernard *et al.*, 1975; Loslier, 1976, 1977, 1979; Wilkins, 1980; Pampalon, 1985, 1986). Des efforts ont aussi été consentis depuis le milieu des années 1980, à l'occasion notamment des enquêtes de Santé Québec, pour systématiser l'exploration de la santé à travers l'ensemble du territoire de la province. Ces efforts

ont permis de dresser un « portrait sanitaire » du Québec, en identifiant et caractérisant des régions homogènes en termes de santé, de bien-être et d'environnement de vie (Pampalon, 1985, 1986, Pampalon *et al.*, 1995). Certaines de ces régions couvrent le monde rural (Pampalon, 1991).

Il reste que ces explorations géographiques de la santé au Québec ont accordé moins d'importance au monde rural qu'à la ville. Plusieurs études ont en effet été consacrées à la variation d'états de santé et d'habitudes de vie entre les principales agglomérations du Québec (Côté et Barriault, 1987; Pampalon, 1985, 1986; Loslier, 1979) et au sein même de celles de Québec (Lacroix-Dubé et Youde, 1981; Loslier, 1977; Ferland, 2000; Ferland *et coll.*, 2000; Pageau *et al.*, 2001; Legault et Mercier *et coll.*, 2003) et de Montréal notamment (Loslier, 1976; Wilkins, 1980; O'Loughlin *et al.*, 1987; Choinière, 1993). Les milieux ruraux, en revanche, n'ont fait l'objet que de peu d'études, souvent anciennes, généralement parcimonieuses, isolées et non-systématiques.

Dans une revue de la littérature québécoise, Pampalon (1994) résume ainsi la situation sanitaire générale prévalant dans le monde rural : « La ville et la campagne ne s'opposent guère sur la base de leurs indicateurs globaux de santé même si l'indice de santé globale provenant de l'enquête Santé Québec donne un léger avantage à la campagne. La différence essentielle entre ces deux milieux se situe dans la nature des problèmes de santé. Ainsi, la ville est-elle plus vulnérable aux maladies chroniques (maladies cardiaques et cancers), à la pneumonie, à la cirrhose et à l'homicide? La campagne, par contre, est plus sensible aux traumatismes, à la bronchite, l'asthme et l'emphysème, aux maladies infectieuses, aux maladies hypertensives et à un seul type de cancer : le cancer de l'estomac... À l'intérieur du monde rural, les différences sanitaires entre l'arrière-pays et la plaine du Saint-Laurent sont également non négligeables, bien qu'elles ne ressortent guère à la lecture des valeurs d'espérance de vie. Les résidents de l'arrière-pays ont une santé globale nettement inférieure à celle de leurs concitoyens de la plaine du Saint-Laurent. Ils sont aussi particulièrement frappés par les maladies ostéo-articulaires et présentent deux fois plus d'incapacités que leurs concitoyens ».

Des études spécifiques permettent d'enrichir ce bilan. Ainsi a-t-on comparé dans le temps (1976-1992) les différences dans la consommation d'alcool, de tabac et de drogues auprès des jeunes vivant en milieu rural ou dans les petites villes et ceux vivant en milieu urbain. Les résultats montrent qu'avec le temps les jeunes des milieux ruraux ont rattrapé leurs comparses urbains dans la consommation de toutes les substances, les dépassant même pour l'alcool et la cigarette (Cronk et Sarvela, 1997).

Il a été reporté par ailleurs dans la province que les accidents de la route les plus sévères avaient lieu en milieu rural (Thouez *et al.*, 1991). Une autre étude a aussi révélé que la conduite en état d'ébriété chez les jeunes représente un problème important dans les milieux ruraux, ne serait-ce qu'à cause de l'absence de moyens de transport alternatifs (Audet *et al.*, 1995).

Quelques recherches au Québec ont aussi porté sur les risques liés à l'environnement de vie et à la profession dans les milieux ruraux. Par exemple, une étude a retracé des risques relatifs de cancers plus importants chez les populations rurales associés à l'utilisation de plusieurs pesticides (Godon *et al.*, 1989a; Godon *et al.*, 1989b). La culture maraîchère intensive, la plus grande utilisatrice de pesticides, est également soupçonnée de jouer un rôle dans la maladie de Parkinson (Barbeau *et al.*, 1987). Une étude a aussi reporté des taux anormalement élevés de cancers assez rares (péritoine, plèvre, langue, lèvre) dans les régions d'extraction de l'amiante (Graham *et al.* 1977). Enfin, le chauffage avec les poêles à bois, fréquent en milieu rural, s'est révélé être un facteur de risque très important dans l'apparition de polypose nasale (Kim et Hanley, 2002).

La question de l'accessibilité aux services de soins a également été documentée par Thouez *et al.* (1988) qui ont développé des méthodes pour l'estimer dans les régions rurales du Québec. Dans le domaine des soins toujours, une étude récente a montré que les médecins généralistes et spécialistes pratiquant en milieu rural sont moins enclins à prescrire de nouveaux médicaments (Tamblyn *et al.*, 2003). Enfin, une recherche a souligné l'importance de l'informatique pour améliorer la médecine préventive en milieu rural (Hogg, 1990).

Dans le cadre de la présente recherche, et tel que signalé en début de rapport, notre propos restera général. Il consiste ainsi à revoir le portrait tracé à l'instant par Pampalon (1994), en explorant un grand nombre de sources de données, en introduisant de nouveaux indicateurs et en recourant à une nouvelle classification de l'espace rural développée par Statistique Canada lors du dernier recensement.

En effet, l'amorce de toute étude relative aux milieux ruraux commence par la définition de ce que l'on entend par « rural ». La seconde partie de ce rapport en présentera donc les définitions couramment rencontrées dans la littérature scientifique, pour finalement aboutir à la définition opérationnelle de ce concept que nous avons adoptée. Cette définition nous permettra d'explorer la structure spatiale de la santé tant dans les nuances du rural qu'en regard des régions urbaines de la province.

Une troisième section précisera ensuite notre grille spatiale d'analyse, les indicateurs choisis et les méthodes pour les calculer. Le plan d'analyse fera ressortir les spécificités en matière de santé d'une part entre l'ensemble des collectivités rurales et les milieux urbains et, d'autre part, au sein des diverses zones identifiées du monde rural.

Ces résultats seront ensuite discutés dans une quatrième partie, à la lumière de la littérature internationale et des travaux québécois antérieurs. On y fera notamment ressortir les similitudes et les différences entre la situation du Québec et celle observée ailleurs. Les limites de notre recherche seront également abordées, en particulier celles relatives à notre définition du concept de « rural » et aux indicateurs que nous avons choisis.

Finalement, une dernière section fera guise de conclusion, au cours de laquelle nous reviendrons sur les principaux résultats de cette recherche et ferons ressortir deux séries de pistes, les unes pour la recherche, les autres pour la planification.

2 DÉFINITION DES COLLECTIVITÉS RURALES

Un élément clé, sinon le plus important, de la recherche sur la santé des populations vivant en milieu rural est la définition de ce que l'on entend par « rural ». En effet, selon la définition adoptée, la taille et la composition démographique et socio-économique de la population étudiée, ainsi que les caractéristiques de l'environnement physique varient (du Plessis, *et al.*, 2001). De cette définition dépendent donc la portée, la validité et la comparabilité des résultats.

A priori la définition de « rural » peut sembler évidente. *A priori* seulement. Il règne en effet un véritable imbroglio entre perceptions et réalités des milieux ruraux qui plus est évoluent dans le temps et l'espace (Troughton, 1999). En témoignent notamment les mythes ou idylles sur les milieux ruraux imprégnant la littérature scientifique.

2.1 LES DÉFINITIONS COURAMMENT RENCONTRÉES DE « RURAL »

Il existe aujourd'hui quantité de définitions de « rural » de part le monde et au sein même des pays, le Canada ne faisant pas figure d'exception (Bosak et Perlman, 1982; Ricketts et Johnson-Webb, 1997; Johnson-Weeb *et al.*, 1997; Pitblado *et al.*, 1999). Par ailleurs, dans ce dédale de définitions, nombreuses sont celles qui ne réfèrent à aucun cadre conceptuel et méthodologique, sinon de façon limitée (Bosak et Perlman, 1982). La raison est que le concept de « rural » ne fait pas l'unanimité au sein des chercheurs ni même des planificateurs et décideurs (Johnson-Weeb *et al.*, 1997). Le débat tourne toujours autour de la question de savoir si ce concept renvoie plutôt à des considérations géographiques, sociales, culturelles ou encore économiques (du Plessis *et al.*, 2001).

Les difficultés éprouvées à définir le « rural » ont fréquemment été contournées en élaborant une définition négative de l'« urbain », ce dernier étant plus facile à saisir. Concrètement, le rural est donc souvent défini comme étant tout ce qui n'est pas urbain (Troughton, 1999).

Plusieurs critères sont alors utilisés pour définir l'urbain et subséquemment le rural. La taille de la population, la densité de population, la distance jusqu'à un centre urbain (mesurée en unités de longueur ou en unité de temps), la contiguïté spatiale, l'activité économique ou encore le flux de migration professionnelle (navettage) vers un centre urbain sont les critères les plus communément utilisés pour distinguer l'urbain du rural. Des seuils sont établis pour permettre la distinction entre ces deux types d'espace. À titre d'exemple, peut être considérée comme rurale toute unité territoriale (géographique ou administrative) dont :

- La taille de la population est inférieure à 1 000 habitants (hab.);
- La densité de population est inférieure à 150 hab./km²;
- La distance jusqu'à un centre urbain est supérieure à 30 km ou 30 minutes de transport en automobile;
- La part de la population active travaillant dans le secteur primaire est supérieure à 50 %;
- La proportion de la population active qui migre quotidiennement vers un centre urbain est inférieure à 50 %.

Cependant, ces définitions du rural par la négative de l'urbain se révèlent rapidement insatisfaisantes. En effet, elles ont tendance à dichotomiser l'espace en deux blocs monolithiques, l'un urbain, l'autre rural, ne reflétant aucunement le grand éventail de nuances de milieux et de populations que l'on peut rencontrer entre le centre des affaires d'une grande métropole et l'hinterland lointain. Cela est d'autant plus problématique que l'urbanisation a complexifié le paysage, notamment avec l'étalement des banlieues, si bien que l'on ne sait plus très bien aujourd'hui où s'arrête l'urbain et où commence le rural. Cette zone de flou en périphérie des agglomérations urbaines correspond à ce que l'on appelle parfois le « rurbain », espace mixte entre le rural et l'urbain.

Des critères tels celui de distance, d'effectif ou de densité de population parviennent alors plus difficilement à distinguer la frontière entre le rural et l'urbain, surtout s'ils sont utilisés seuls. Certains avancent en outre que le concept de « rural » fait également référence à des notions sociales et culturelles, reflétant par exemple une manière de vivre particulière (Halfacree, 1993; Shucksmith 1994), permettant donc de le distinguer de l'urbain. Toutefois, si l'urbanisation n'a pas affecté directement tous les territoires, la culture et la façon de vivre urbaines se sont largement répandues aux populations vivant dans les collectivités rurales. Ces notions, qui ne sont pas forcément représentatives du concept actuel de « rural », présentent par ailleurs l'inconvénient d'être difficilement applicables dans la pratique pour l'élaboration d'une définition de ce concept.

Il existe ainsi maintes façons de définir le concept de « rural ». Celles moins restrictives, combinant plusieurs critères et préservant un certain degré de nuances dans le continuum entre l'hypercentre d'une métropole et le rural profond et éloigné sont à privilégier. Comme le soulignent certains chercheurs, il n'est peut-être pas souhaitable ni même réalisable de rechercher une définition universellement acceptable de « rural » (Halfacree, 1993; Pitblado *et al.*, 1999). L'essentiel est que la définition choisie soit pertinente en regard de la problématique tout en restant opérationnelle (du Plessis *et al.*, 2001).

2.2 LES DÉFINITIONS DE « RURAL » AU CANADA ET AU QUÉBEC

Une équipe de chercheurs qui s'est penchée sur la définition de « rural » au Canada a identifié au moins six définitions différentes du concept qui pourraient être applicables à l'échelle nationale (du Plessis *et al.*, 2001). Ces définitions présentent l'avantage de se baser sur des unités géostatistiques de Statistique Canada (excepté celle basée sur les régions géographiques de Postes Canada). Elles peuvent par conséquent être reliées à de nombreuses bases de données et permettre la construction d'indicateurs ou d'indices relatifs à la population vivant en milieu rural (Pitblado *et al.*, 1999).

Ces différentes définitions font appel à plusieurs critères, que nous avons vu pour l'essentiel, afin de distinguer le rural de l'urbain : la taille et la densité de la population de l'unité territoriale, le navettage et la distance jusqu'à un centre urbain. Voici une brève présentation de ces six définitions extraite du bulletin d'analyse produit par du Plessis *et al.* (2001).

- « • Région rurale du recensement englobe les personnes vivant à la campagne, à l'extérieur des centres urbains de 1 000 habitants ou plus;
- Région rurale et petite ville regroupe les habitants des villes ou municipalités situées à l'extérieur de la zone de migration quotidienne des grands centres urbains (soit ceux de 10 000 habitants ou plus). Ces habitants peuvent être répartis en zones selon le degré d'influence d'un

grand centre urbain (appelé zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM));

- Communauté rurale de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) s'entend des habitants des collectivités de moins de 150 personnes par kilomètre carré, c.-à-d. les personnes qui vivent à la campagne et dans les petites villes (à l'intérieur et à l'extérieur de la zone de migration quotidienne des grands centres urbains);
- Région essentiellement rurale de l'OCDE désigne les personnes vivant dans les divisions de recensement qui comprennent plus de 50 % de la population habitant dans les communautés rurales de l'OCDE. Ceci comprend toutes les divisions de recensement qui ne comptent pas de grande ville;
- Région non métropolitaine de Beale comprend les personnes qui vivent à l'extérieur des régions dont le centre urbain a une population de 50 000 habitants ou plus;
- Code postal rural correspond au code postal dont le deuxième élément est un 0. Les personnes qui ont un tel code postal vivent dans une région non desservie par un facteur, c'est-à-dire qu'elles doivent aller chercher leur courrier au bureau de poste ou à la boîte postale du coin. » (*ibid.*, p. 6).

La définition adoptée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) est celle des « Régions rurales du recensement », se basant sur des seuils d'effectif ou de densité de population par secteur de dénombrement. Cette définition ne distingue pas de degrés de nuance dans le rural. Les définitions de l'OCDE et de Beale en distinguent quelques-unes, mais reposent toutes deux sur les divisions de recensement (DR), vastes unités territoriales déterminées par une loi provinciale se situant à un niveau intermédiaire entre la province et la municipalité. L'objectif de l'étude étant d'illustrer les spécificités en matière de santé chez les populations vivant dans les collectivités rurales, à une échelle assez fine donc, ces deux définitions ne seraient pas appropriées.

Dans cette recherche, nous avons donc opté pour la définition des « Régions rurales et petites villes » (RRPV), désagrégeant le bloc rural en plusieurs zones d'influence métropolitaine (ZIM) et se basant sur la subdivision de recensement (SDR), désignant une municipalité (du Plessis *et al.*, 2001).

2.3 UNE DÉFINITION OPÉRATIONNELLE POUR LA PRÉSENTE RECHERCHE : LES ZIM

La typologie en ZIM, développée par Statistique Canada en 2000, est le fruit d'un travail de recherche débuté il y a près d'une décennie par la Division de la géographie de Statistique Canada, visant à différencier les régions non métropolitaines (McNiven *et al.*, 2000). Notons que la signification de l'acronyme ZIM a changé au cours du processus de consultation et désigne actuellement « Zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement ». Au cours de ce même processus, la définition a par ailleurs été testée à plusieurs reprises et raffinée.

Concrètement, selon cette définition, les régions rurales et petites villes, situées hors de la zone de migration quotidienne¹ des régions métropolitaines de recensement (RMR) et des agglomérations de recensement (AR), sont réparties en quatre types de zones² :

- les ZIM fortes
- les ZIM modérées
- les ZIM faibles
- les ZIM nulles

Le degré d'influence est essentiellement déterminé en fonction du taux de navettage³ (déplacement domicile-lieu de travail) vers les grands centre urbains (RMR/AR). La distance jusqu'à un centre urbain a également été utilisée en seconde mesure pour raffiner et valider la classification des ZIM adoptée par les chercheurs.

Comme McNiven *et al.* (2000) et d'autres chercheurs (Morrill *et al.*, 1995) l'ont souligné, le concept de navettage est certainement celui qui reflète le mieux « l'intégration économique et sociale entre deux régions » et, par conséquent, « l'influence relative qu'exerce un centre urbain sur une région rurale (ou toute autre région connexe) » (McNiven *et al.*, 2000, p. 3). Les navetteurs, en effet, profitent de plus en plus de leurs déplacements professionnels pour effectuer des déplacements secondaires vers des services tels que la garderie pour les enfants, des magasins ou encore un médecin (U.S. Department of Transportation, 1994).

La mesure du degré d'influence urbaine exercée sur les régions rurales pour distinguer des nuances au sein de celles-ci est particulièrement appropriée à notre problématique (Gouvernement du Canada, 1998). En effet, cette influence détermine indirectement pour une communauté la facilité d'accès aux nombreux services, y compris de santé, présents dans les grands centres urbains. Or précisément, l'accessibilité aux services de santé et services sociaux est un déterminant de l'état de santé des populations. Dans notre cas, il est donc plus pertinent de distinguer des nuances dans le rural selon le degré d'influence urbaine que strictement selon la taille ou la densité de population.

Enfin, cette définition se base sur l'unité territoriale de la SDR, permettant d'une part d'utiliser de nombreuses bases de données, et d'autre part de travailler à une échelle assez fine, celle de la municipalité ou de la « communauté », appropriée pour l'étude de nombreuses problématiques rurales, dont celle de la santé à caractère largement communautaire (du Plessis *et al.*, 2001).

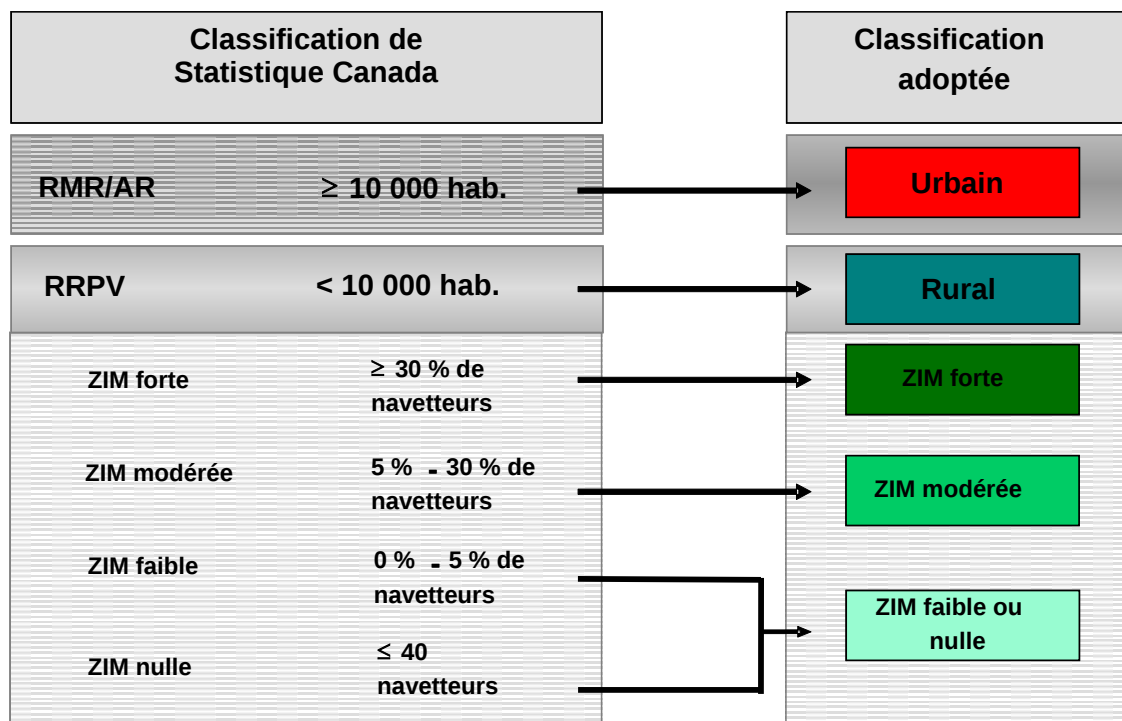
La définition de « rural » selon les RRPV désagrégées en ZIM constitue ainsi notre définition opérationnelle. Toutefois, nous avons choisi de la modifier quelque peu en regroupant les ZIM faible et nulle, pour des raisons méthodologiques, essentiellement afin d'augmenter l'effectif de population et donc de produire des statistiques plus robustes. La figure 1 présente la classification des RRPV que nous avons adoptée, par rapport à celle de Statistique Canada. Finalement, donc, trois types de milieux ruraux seront considérés dans cette recherche : les ZIM forte, modérée et, enfin, faible ou nulle.

¹ La zone de migration quotidienne des RMR et des AR correspond aux municipalités avoisinantes dont 50 % ou plus de la population active migre quotidiennement vers le noyau urbain de la RMR ou AR (Statistique Canada, 1999).

² Consulter la figure 1 pour voir en détail les seuils de navettage ayant servi à la classification.

³ Le taux de navettage est égal à la proportion de résidents de la municipalité faisant la navette quotidiennement pour aller travailler dans une RMR ou AR.

Figure 1 : Classification des régions rurales et petites villes selon Statistique Canada et adoptée dans la présente étude



Source : McNiven *et al.*, 2000.

3 MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, il sera fait mention de notre grille spatiale d'analyse, des différents indicateurs que nous avons choisi d'intégrer dans la présente recherche ainsi que d'informations relatives à leur calcul.

3.1 LA GRILLE SPATIALE D'ANALYSE

Dans la présente étude, la grille spatiale réfère à deux types d'espace : les Régions métropolitaines de recensement (RMR) et les Agglomérations de recensement (AR) constituant l'espace dit « urbain »; le reste du territoire de la province du Québec composant l'espace dit « rural ». L'unité territoriale de base est la subdivision de recensement (SDR) désignant une municipalité ou une entité équivalente (une réserve indienne, par exemple). Notons que les réserves indiennes et les régions de Kativik et des Terres-cries-de-la-Baie-James sont parfois exclues de certaines bases de données⁴ que nous allons mettre à contribution.

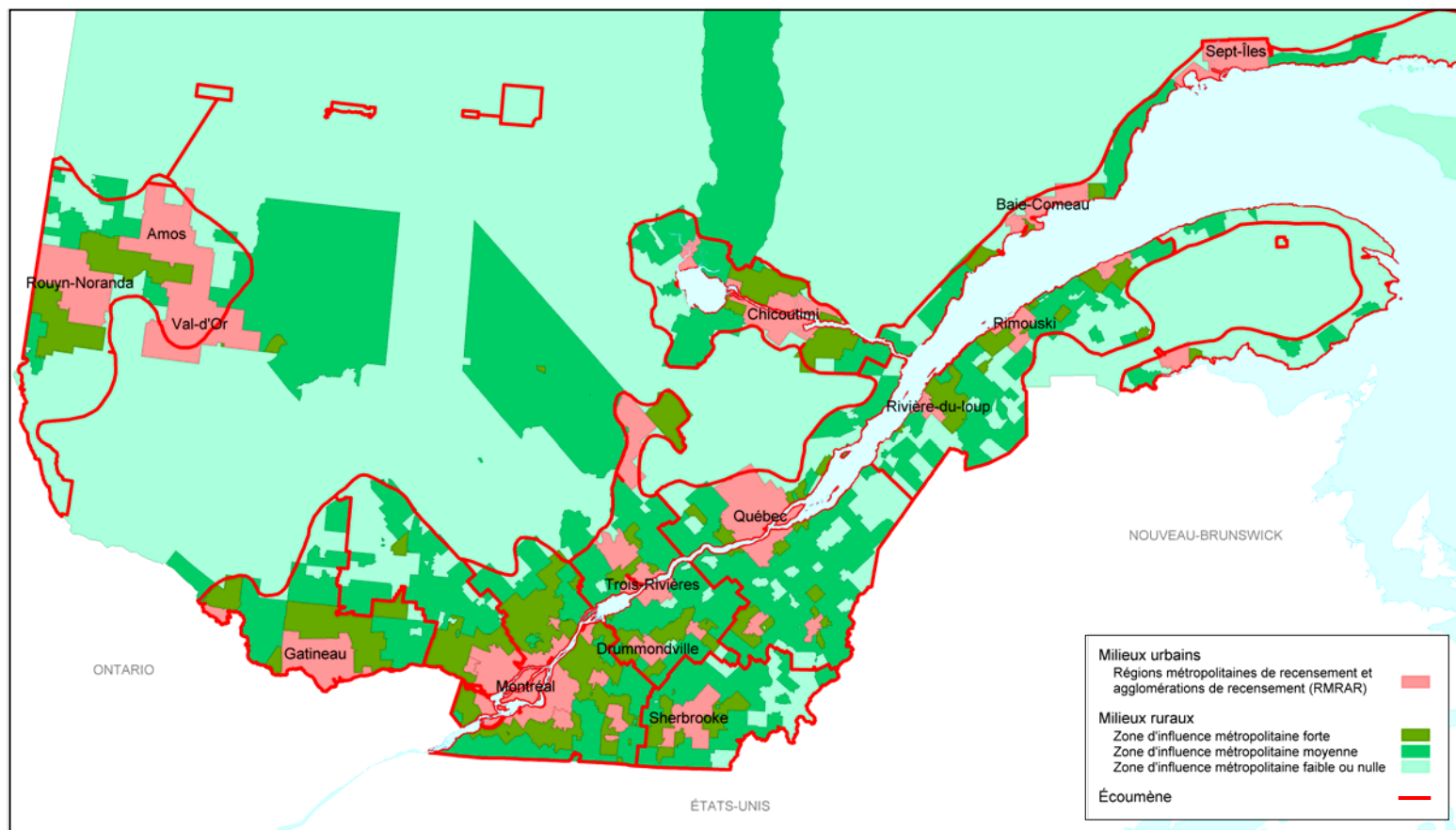
L'espace urbain est considéré comme un tout dans cette étude. Il réunit donc l'ensemble des SDR faisant partie des RMR et des AR telles que définies par Statistique Canada (Statistique Canada, 2003). L'espace rural, par contre, est subdivisé en trois zones géographiques selon la typologie en ZIM développée par Statistique Canada (McNiven *et al.*, 2000) que nous avons abordée dans la section précédente. Les SDR hors des RMR et AR sont alors regroupées en ZIM faible ou nulle, modérée et forte, selon les critères présentés dans la définition opérationnelle de « rural » que nous avons adoptée. La figure 2 illustre la localisation des RMR/AR et des collectivités rurales selon l'influence métropolitaine⁵. Il n'est guère étonnant de constater que la ZIM forte se restreint aux SDR situées aux abords immédiats des RMR/AR. La ZIM modérée correspond pour la plus grande partie aux SDR localisées au sud d'une ligne imaginaire allant de la RMR de Québec à celle de Hull, ainsi qu'aux SDR sises le long des deux rives du Fleuve St-Laurent, jusqu'à Havre-Saint-Pierre sur la rive nord et jusqu'à Sainte-Anne-des-Monts sur la rive sud. Quelques SDR classées dans la ZIM modérée se situent également aux pourtours des RMR/AR de Chicoutimi-Jonquière, de La-Tuque, de Val-d'Or, d'Amos et de Rouyn-Noranda. Enfin, la ZIM faible ou nulle englobe le reste des SDR, soit essentiellement l'immense majorité de la partie nord du Québec (jusqu'à la ligne imaginaire) et la Gaspésie.

Les divers indicateurs visant à illustrer les spécificités en matière de santé des collectivités rurales sont alors produits sur la base de ce découpage territorial qui nous permettra d'effectuer des comparaisons entre l'espace urbain et l'espace rural mais aussi au sein même de l'espace rural, entre les trois ZIM.

⁴ C'est le cas du recensement canadien, pour les données socio-économiques, et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

⁵ Le lecteur désireux de connaître la répartition de la population selon le type de zone par région sociosanitaire en 2001, peut se référer à l'annexe 1.

Figure 2 : Localisation des collectivités rurales et des RMR-AR selon la typologie en ZIM, Québec, 2001



Service des études et des analyses, MSSS, novembre 2003.

Source : Statistique Canada, recensement de 2001. Compilation, Service des études et des analyses.

3.2 LES SOURCES DE DONNÉES

La présente étude fait appel à plus de 70 indicateurs provenant de six sources de données, principalement. Ces sources sont les suivantes :

- Le Recensement de la population de 2001, Statistique Canada.
- L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 (ESCC), Statistique Canada.
- Le fichier des décès du Québec de 1998 à 2000, Gouvernement du Québec.
- Le fichier des naissances du Québec de 1998 à 2000, Gouvernement du Québec.
- Le fichier des hospitalisations (Med-Écho) de 1998-1999 à 2000-2001, Gouvernement du Québec.
- Le répertoire des établissements du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, année 2003, Gouvernement du Québec.

Il a été possible, à partir de la subdivision de recensement que l'on retrouve dans ces sources, de produire les indicateurs sur la base de la grille spatiale retenue, soit l'urbain, le rural et les différentes ZIM. Pour deux sources, soit le fichier des décès et celui des naissances de l'année 2000, on a dû attribuer un faible nombre d'événements en proportion de ceux attribués les années précédentes entre les ZIM, à la suite de fusions municipales survenues après janvier 2001 et pour lesquelles le code municipal avait été actualisé au moment de l'extraction des données, soit septembre 2003. Pour deux sources également, soit le fichier des décès et celui des hospitalisations pour les trois années retenues, on n'a pu obtenir les décès et les hospitalisations hors Québec. Ces événements seront donc légèrement sous-estimés, sans affecter cependant leur répartition urbaine/rurale et par ZIM.

Ces sources couvrent l'ensemble du territoire visé, à l'exception, pour certaines d'entre elles, des réserves indiennes et les régions du Nunavik et des Terres-cries-de-la-Baie-James. Il en va ainsi du recensement, en ce qui concerne les données socio-économiques, et de l'ESCC qui ne couvre pas ces populations. Cette dernière source s'adresse aussi à la population du Québec âgée de 12 ans et plus seulement.

3.3 LES INDICATEURS

Le recensement de 2001 a d'abord servi à établir **la population** urbaine/rurale et des ZIM, par âge et sexe. Elle a aussi servi à dresser un portrait sommaire des **caractéristiques sociales et économiques** des milieux urbain et rural et de celui des ZIM.

Le fichier des décès a permis d'estimer **l'espérance de vie** à la naissance et à 65 ans, **la mortalité générale, la mortalité infantile et la mortalité selon la cause médicale** (annexe 2). En outre, une forme particulière de décès a été retenue pour analyse. Il s'agit de **la mortalité jugée évitable**, regroupant un certain nombre de décès prématurés (avant 65 ans) reliés à des conditions médicales pour lesquelles il existe des interventions efficaces (annexe 3). Il peut s'agir notamment de décès par asthme, maladies hypertensives et vasculaires cérébrales, cancer du col de l'utérus et cardiopathies ischémiques. Une mortalité évitable élevée dans un secteur, une région, une zone, révélerait la présence de déficiences dans l'organisation du système de soins (Holland *et al.* 1997).

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a été mise à contribution pour illustrer **la perception de la santé**, la prévalence de certaines **maladies** et des principales **habitudes de vie** que

sont, entre autres, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'activité physique dans les loisirs, le recours aux **professionnels de la santé**, médecins, dentistes, et autres intervenants, et l'utilisation de **tests et examens à visée préventive**, tels que mammographie et test PAP. La mesure d'incapacité tirée de l'ESCC a aussi été combinée à la mortalité pour estimer l'espérance de vie en bonne santé, ou **l'espérance de santé**, indiquant le nombre d'années qu'une personne a l'espoir de vivre à la naissance, ou à un âge donné (à 65 ans, par exemple), sans être limité de façon importante dans la vie de tous les jours.

Le fichier des hospitalisations a permis d'établir l'intensité du **recours à l'hospitalisation** ainsi que la durée moyenne de séjour. Il a aussi aidé à caractériser l'importance d'une forme particulière d'hospitalisation, soit **l'hospitalisation jugée évitable**, et de certaines **interventions dites pertinentes** en milieu hospitalier (Pageau *et al.*, 2001, p. 256 et 260). L'hospitalisation évitable correspond à une série de conditions médicales pouvant être traitées dans un contexte de soins de première ligne, en cabinet médical ou en clinique externe, par exemple. Ces conditions font référence, notamment, à la pneumonie, le diabète, l'asthme et l'insuffisance cardiaque (annexe 4). Une valeur élevée pour ce genre d'hospitalisation dans un secteur, une région, ou une zone, pourrait indiquer un problème d'accès aux services de première ligne. Les interventions dites pertinentes, par ailleurs, font référence à des interventions qui nécessitent une hospitalisation et dont les bénéfices pour la qualité de vie sont importants. Parmi ces interventions on compte le remplacement de hanche, le traitement pour cataracte, l'angioplastie et le pontage coronarien (annexe 5).

Le fichier des naissances a rendu possible le calcul de **l'indice synthétique de fécondité**, correspondant au nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer, soit de 15 à 49 ans, le taux de **natalité selon l'âge de la mère** en particulier chez les adolescentes (15-19 ans) et le taux de **naissances de faible poids** (< 2 500 grammes).

Enfin, le fichier des établissements du MSSS et d'autres sources de même provenance ont fourni des indications sur les **établissements, organismes et places disponibles** dans le réseau de la santé et des services sociaux.

3.4 LES AJUSTEMENTS ET TESTS

Les indicateurs calculés dans le cadre de cette recherche sont principalement des taux ou des proportions. Ceux-ci ont été ajustés selon l'âge et le sexe de la population afin d'éliminer le poids de la structure démographique dans les comparaisons entre les milieux urbain et rural de même qu'entre les ZIM. Tous les indicateurs calculés à partir du fichier des décès, de l'ESCC et du fichier des hospitalisations (sauf pour la durée moyenne de séjour) ont été ajustés pour niveler les différences d'âge et de sexe. La méthode d'ajustement retenue est la standardisation directe, prenant pour référence la population de l'ensemble du Québec par âge et sexe, au recensement de 2001. Par ailleurs, les taux ou proportions calculés à partir de l'ESCC ont été pondérés pour tenir compte du plan de sondage, ou de ce qu'on appelle l'« effet de plan », à l'aide des poids *bootstrap* fournis par Statistique Canada. Cette pondération permet de corriger l'effet de la sur ou sous-représentation de certains groupes de la population et de certaines zones géographiques dans l'échantillon et de la dépendance entre les individus échantillonnés.

En outre, le fait de travailler sur une population échantillonnée plutôt que la population totale (données issues de l'ESCC) ou sur une population dynamique dans un intervalle de temps (données issues des fichiers de décès, des naissances et des hospitalisations) peut introduire un certain degré d'erreur dans l'estimation des taux ou proportions. Pour cela, des tests de différence ont été effectués (selon une approximation normale de la loi de l'écart estimé) avec un seuil de signification de 5 %. Prenons un exemple pour illustrer ce test. Soit deux régions A et B. La formule suivante est alors utilisée pour vérifier si la proportion observée dans la région A est significativement différente de celle de la région B :

$$Z = \frac{(\text{proportion région A} - \text{proportion région B})}{\sqrt{(\text{variance de la proportion région A} + \text{variance de la proportion région B})}}$$

Pour les taux se référant à une population dynamique, nous utiliserons la transformation logarithmique, nécessaire pour satisfaire aux critères de l'approximation normale. La statistique Z devient alors :

$$Z = \frac{\ln(\text{taux région A}) - \ln(\text{taux région B})}{\sqrt{\left(\frac{\text{Var}(\text{taux région A})}{(\text{taux région A})^2} + \frac{\text{Var}(\text{taux région B})}{(\text{taux région B})^2} \right)}}$$

À l'issue de ces tests, si Z est supérieure ou égale à la valeur critique de 1,96, alors la valeur de la région A est significativement plus élevée que celle de B, à un seuil de 5 %. Inversement, si Z est inférieure à -1,96, alors la valeur de A est significativement plus faible que celle de B, à un seuil de 5 %. Dans l'un comme dans l'autre cas, le seuil de 5 % signifie que nous acceptons qu'il y ait au plus 1 chance sur 20 pour que cet écart observé soit en réalité inexistant (écart nul).

Dans notre cas, des tests de différence ont été effectués entre les zones rurale (Σ des ZIM) et urbaine (RMR-AR), entre chaque ZIM et la zone urbaine et, finalement, entre chaque ZIM et le reste de la zone rurale (les deux autres ZIM réunies).

3.5 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les indicateurs produits ont été regroupés afin d'illustrer successivement le contexte socio-économique des milieux urbains et ruraux du Québec, l'état de santé général, les problèmes spécifiques de santé, la fécondité et certaines habitudes de vie, le recours aux professionnels et intervenants du secteur, l'utilisation de tests et examens à visée préventive, la disponibilité des ressources du réseau de la santé et des services sociaux et, finalement, l'impact global que peut avoir le système de soins et de services sur la santé et le bien-être de la population dans les milieux concernés.

La présentation des résultats se fait sous forme de tableau ou de figure selon le cas, parfois par la combinaison des deux lorsque nous voulons détailler une situation. L'intitulé complet de chaque variable ainsi que l'unité de mesure sont précisés dans tous les cas. Dans les tableaux, les valeurs de chaque indicateur sont présentées simultanément pour chacune des zones géographiques dans l'ordre

suyant : la zone urbaine (« RMR-AR »), la zone rurale dans son ensemble (« ZIM »), la ZIM forte (« ZIM influence forte »), la ZIM modérée (« ZIM influence modérée »), la ZIM faible ou nulle (« ZIM influence faible-nulle ») et, finalement, l'ensemble du Québec (« Total Québec »). Dans les figures, on trouve aussi les valeurs des indicateurs pour chaque zone géographique (sauf l'ensemble du Québec) et des différences entre la zone rurale de la zone urbaine sont parfois exprimées en pourcentage.

La symbolique suivante est utilisée dans les tableaux et figures.

Dans les tableaux :

 = Valeur statistiquement supérieure ($p < 0,05$) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

 = Valeur statistiquement inférieure ($p < 0,05$) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

+

 = Valeur statistiquement supérieure ($p < 0,05$) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

-

 = Valeur statistiquement inférieure ($p < 0,05$) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

Dans les figures :

★

 = Valeur statistiquement supérieure ou inférieure ($p < 0,05$) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

○

 = Valeur statistiquement supérieure ou inférieure ($p < 0,05$) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

Enfin, l'accent est mis sur les résultats les plus significatifs lors de l'analyse des résultats. Nous essayons ainsi de faire ressortir les traits les plus marquants des disparités de santé et de bien-être entre la zone urbaine et les zones rurales.

4 RÉSULTATS

4.1 RÉSULTATS PAR DIMENSION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

L'état de santé de la population tout autant que le recours aux services de santé et services sociaux dans les milieux urbains et ruraux du Québec s'inscrivent dans un contexte socio-économique et démographique général dont il importe, au départ, de présenter quelques traits structurants.

4.1.1 Le contexte socio-économique

La population du monde rural (petites villes et milieux ruraux) compte actuellement (2001) pour un peu plus de 20 % de l'ensemble de la population du Québec (tableau 1). Depuis 1996, elle a perdu près de 1 % de son effectif alors que celui-ci croissait de 2 % en milieu urbain. Les écarts de croissance sont surtout remarquables à l'intérieur même du monde rural. Alors que la ZIM située à proximité des grands centres (à influence forte) a vu grossir son effectif de plus de 2 %, c'est 4 % des résidents de la ZIM la plus distante de ces centres (à influence faible ou nulle) qui la quittaient.

La population du monde rural compte aussi à la fois un peu plus de jeunes (moins de 15 ans) et de personnes âgées (65 ans et plus) qu'en milieu urbain bien que la situation diffère dans la ZIM située à proximité des grands centres, où la proportion de jeunes est la plus forte et la proportion de personnes âgées la plus faible de tous les milieux considérés. C'est la ZIM à influence modérée qui présente le profil démographique le plus âgé du Québec.

Les conditions d'emploi, de revenu et de scolarité sont nettement meilleures en milieu urbain qu'en milieu rural et, de façon générale, plus on s'éloigne des grands centres, plus ces conditions se détériorent. Comme on doit s'y attendre, l'activité économique repose davantage sur les ressources naturelles en milieu rural qu'en milieu urbain alors qu'en milieu rural, le travail dans les mines, la forêt et la pêche remplace progressivement l'agriculture plus on s'éloigne des grands centres.

Les résidents des milieux ruraux sont davantage propriétaires de leur logement que ne le sont les citadins bien que cette réalité diminue plus on avance profondément au sein du monde rural. La proportion de personnes vivant seules et celle des familles mono-parentales est également plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain bien que cette proportion croît elle aussi plus on gagne l'arrière-pays.

En somme, si l'urbain se distingue du rural, on doit noter que le profil général de la ZIM adjacente aux grands centres s'en rapproche grandement au plan démographique et socio-économique et qu'il se distingue aussi profondément du profil des autres ZIM. Ainsi la ZIM adjacente aux grands centres apparaît-elle un milieu mixte où des activités typiquement rurales, ici principalement agricoles, côtoient une population résidente de type banlieusard : population en croissance, plutôt jeune, et affichant un bon bilan socio-économique.

4.1.2 L'état de santé général

L'état de santé général des résidents du monde rural ne diffère guère de celui des citadins si l'on considère certains indicateurs tels que l'espérance de vie et l'espérance de santé, une mesure combinant mortalité et incapacité (tableau 2). C'est moins d'une année d'espérance de vie et une année et demie d'espérance de santé à la naissance qui séparent les deux groupes, à l'avantage des citadins. L'appréciation que les résidents ont eux-mêmes de leur santé (perception de la santé) reproduit ce faible écart. Au sein du monde rural, ces indicateurs s'abaissent légèrement de la ZIM adjacente aux grands centres à la plus éloignée. L'écart le plus sensible entre ces ZIM concerne l'espérance de vie, et se chiffre à deux années.

Tableau 1 : Quelques caractéristiques sociales et économiques des milieux urbains et ruraux du Québec, 2001

Caractéristique	Milieu	Milieu		ZIM			Total Québec
		Urbain ¹ (RMR-AR)	Rural ² (ZIM)	influence forte	influence moyenne	influence faible-nulle	
Population	n	5 681 453	1 556 026	439 797	789 980	326 249	7 237 479
- croissance (depuis 1996)	%	2,0	-0,8	2,3	-1,3	-4,0	1,4
- jeune (< 15 ans)	%	17,7	18,4	19,4	17,6	19,1	17,8
- ânée (65 ans et +)	%	13,0	14,0	12,1	15,4	13,3	13,3
Revenu ³	\$	51 576	43 902	47 404	42 012	43 880	50 013
Emploi ⁴	%	60,1	54,4	58,0	54,2	49,9	58,9
Chômage ⁵	%	7,7	10,3	8,2	9,9	14,6	8,2
Secteur d'activité ⁶							
- agriculture	%	0,5	6,2	6,3	7,0	3,8	1,7
- forêt, mines et pêche	%	0,2	2,2	0,9	2,0	4,8	0,6
Scolarité ⁷							
- sans diplôme	%	30,0	43,5	39,3	44,5	46,8	32,8
Famille ⁸ (avec enfant < 15 ans)	%	35,3	33,0	34,0	31,8	34,7	34,8
- monoparentale	%	20,0	15,1	13,5	15,5	16,4	18,9
Personne vivant seule ⁹	%	13,1	10,0	9,0	10,8	9,6	12,4
Logement ¹⁰							
- loué	%	46,6	24,5	19,2	25,3	29,7	42,1
- avec réparations majeures	%	7,1	10,6	10,3	10,4	11,9	7,8

¹ Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

² Zones d'influence métropolitaine.

³ Revenu moyen annuel des ménages privés, année 2000, en \$.

⁴ Personnes ayant un emploi rémunéré sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus, en %.

⁵ Personnes en chômage sur l'ensemble de la population active, en %.

⁶ Travailleurs des secteurs de l'agriculture, de la forêt, des mines et de la pêche (sauf les manœuvres) sur l'ensemble de la population active, en %.

⁷ Personnes sans grade, diplôme ou certificat, sur l'ensemble de la population de 15 et plus, en %.

⁸ Familles avec enfant de moins de 15 ans sur l'ensemble des familles; et familles monoparentales avec enfant de moins de 15 ans sur l'ensemble des familles avec enfant de moins de 15 ans, en %.

⁹ Personnes vivant seules sur l'ensemble des personnes dans les ménages privés, en %.

¹⁰ Logements loués ou nécessitant des réparations majeures sur l'ensemble des logements privés, en %.

Source : Recensement canadien de 2001.

L'avantage des citadins est toutefois plus marqué chez les hommes que chez les femmes, et ce, tant pour l'espérance de vie que pour l'espérance de santé (figure 3). En outre, la tendance à la baisse observée entre les ZIM demeure chez l'un et l'autre sexes, sauf en ce qui concerne l'espérance de santé. Cela tient à l'absence de variations significatives de l'incapacité à l'intérieur du monde rural, comme on peut l'anticiper à partir des données présentées pour les deux sexes réunis (tableau 2). L'avantage des citadins disparaît par ailleurs complètement avec l'âge. Les valeurs d'espérance de santé à 65 ans chez les deux sexes réunis, par exemple, se chiffrent à 14,4 ans en milieu urbain et à 14,2 ans en milieu rural.

L'espérance de vie et l'espérance de la santé à la naissance sont enfin sensibles à un dernier indicateur général de l'état de santé de la population, soit la mortalité infantile, que l'on considère comme un reflet des conditions de vie et de la performance des soins de santé primaire. La mortalité infantile est plus importante en milieu rural et elle progresse de façon soutenue et marquée selon la ZIM. L'écart est plus du double entre les ZIM situées près et loin des grands centres.

4.1.3 Certains problèmes de santé spécifiques

Un regard de la mortalité selon la cause offre des contrastes saisissants entre les milieux urbains et ruraux du Québec (tableau 3). En ce qui concerne le cancer, on observe une surmortalité rurale pour le cancer de l'estomac et le cancer de la trachée, des bronches et du poumon alors que les femmes de ce milieu paraissent relativement épargnées par le cancer du sein. À l'intérieur du monde rural, on note que les décès par cancer de l'estomac sont relativement moins nombreux dans la ZIM rapprochée des grands centres alors que la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est plus faible dans la ZIM à influence modérée.

À l'image de cette dernière cause de décès, la mortalité par maladies pulmonaires obstructives (ex. : bronchite, emphysème et asthme) est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain, et ce, par contre, uniquement dans les ZIM à influence modérée, faible ou nulle. C'est encore ici la ZIM rapprochée des grands centres qui recueille la meilleure valeur du monde rural.

Les maladies de l'appareil circulatoire offrent moins de contrastes entre les milieux urbains et ruraux. La mortalité par cardiopathies ischémiques (ex. : infarctus du myocarde) est toutefois plus faible en milieu rural, et ce, peu importe la ZIM où l'on se trouve. On note par ailleurs un surplus de décès par maladies hypertensives dans la ZIM la plus éloignée des grands centres et un écart appréciable de mortalité par maladies vasculaires cérébrales entre la ZIM rapprochée des grands centres (taux faible) et celle à influence modérée (taux élevé).

De toutes les causes de décès, ce sont les traumatismes qui distinguent le plus les milieux urbains et ruraux. La mortalité par accident routier est trois fois plus élevée en campagne qu'en ville et le suicide y survient davantage. La surmortalité rurale pour l'une et l'autre causes valent pour les trois ZIM. Ces causes de décès sont aussi celles où les écarts de mortalité entre sexes sont parmi les plus importants, à l'avantage des femmes (environ 1 décès pour 2 en ce qui concerne les accidents de la route et 1 décès pour 4 en ce qui concerne le suicide). Si les écarts de mortalité se maintiennent tant chez les hommes que chez les femmes entre la ville et la campagne pour les accidents de la route, il en va autrement du suicide (figure 4). Ce sont seulement les hommes des deux milieux qui se distinguent de façon significative.

Enfin, parmi les problèmes de santé déclarés par la population, les milieux ruraux semblent moins affectés par les allergies, autres qu'alimentaires, l'asthme et les maux de dos (tableau 4). Les résidents de la ZIM rapprochée des grands centres signalent toutefois plus de cas de maladies cardiaques et de diabète.

Tableau 2 : Espérance de vie et espérance de santé à la naissance, mortalité générale et mortalité infantile, incapacité et restriction des activités de la vie quotidienne et perception négative de la santé dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 1998-2001

Indicateur	Milieu	Urbain ¹ (RMR-AR)	Rural ² (ZIM)	ZIM influence forte	ZIM influence moyenne	ZIM influence faible-nulle	Total Québec
Espérance de vie	ans	79,4	78,8	79,6 +	78,7	77,9 -	79,2
Espérance de santé ³	ans	72,0	70,5	70,8	70,5	70,2	71,7
Mortalité générale ⁴	‰/0000	732	741	697 -	750	761 +	734
Mortalité infantile ⁵	‰/00	4,83	5,73	3,56 -	5,21	9,29 +	5,01
Incapacité ⁶	%	8,2	9,9	10,9	9,7	9,4	8,6
Restriction des activités ⁷	%	7,2	7,9	7,5	8,1	8,0	7,3
Perception de la santé ⁸	%	10,6	12,3	12,7	12,3	11,6	11,0

 = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

 = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

+ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

- = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

¹ Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

² Zones d'influence métropolitaine.

³ Espérance de vie sans incapacité. La mesure d'incapacité est définie à la note 6.

⁴ Taux annuel moyen de décès pour 100 000 personnes.

⁵ Nombre de décès de moins de 1 an pour 1 000 naissances.

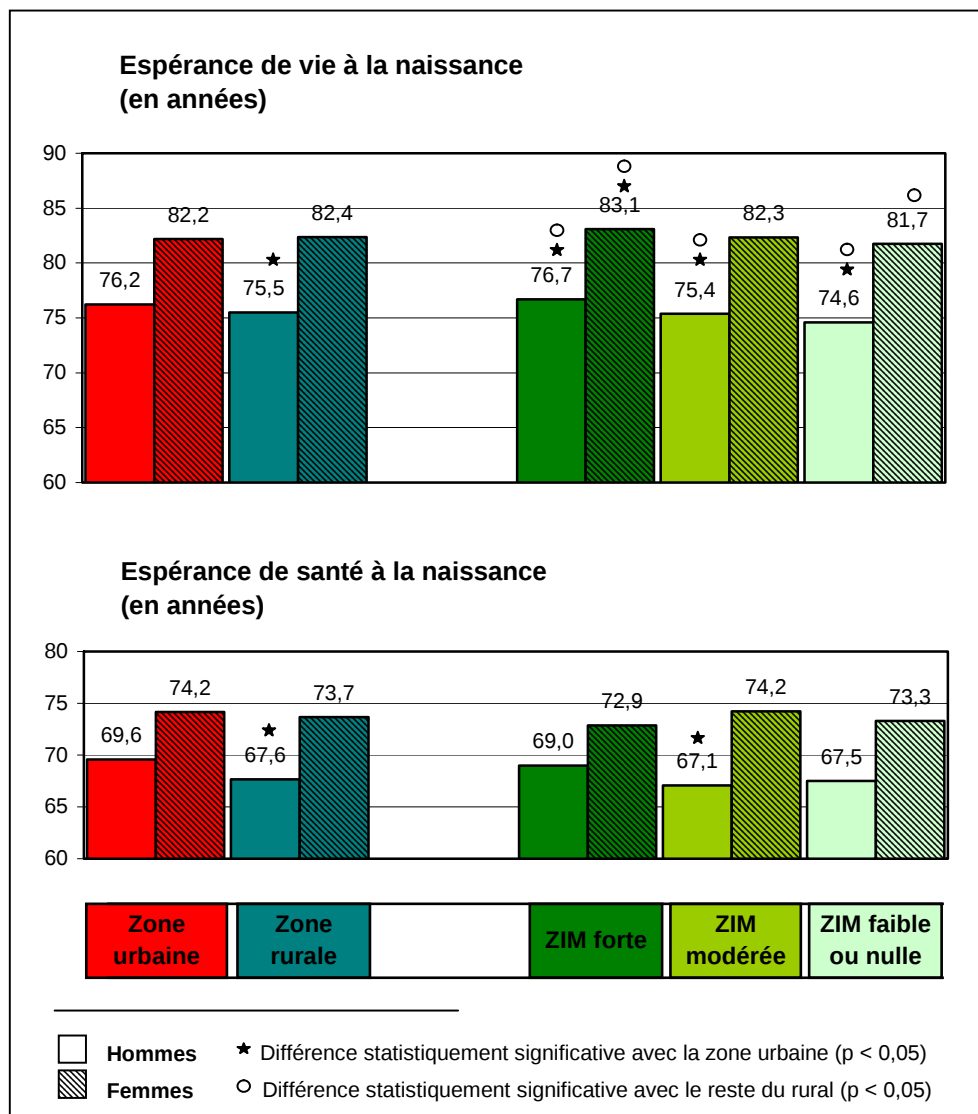
⁶ Personnes ayant souvent de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables, en %.

⁷ Personnes devant souvent réduire leurs activités à l'école, à la maison ou au travail en raison de leur état de santé physique ou mental ou d'un problème de santé, en %.

⁸ Personnes estimant leur santé passable ou mauvaise, en %.

Sources : Fichiers des décès et des naissances, 1998 à 2000; Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001.

Figure 3 : Espérance de vie à la naissance et espérance de santé à la naissance, selon le sexe et la zone géographique, Québec, 1998 à 2000



Sources : Fichiers des décès et des naissances, 1998 à 2000; Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001.

Tableau 3 : Mortalité¹ selon la cause dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 1998-2000

Cause \ Milieu	Urbain ² (RMR-AR)	Rural ³ (ZIM)		ZIM influence forte	ZIM influence moyenne	ZIM influence faible-nulle	Total Québec
Tumeurs							
Estomac	7,6	9,2		7,6 -	9,9	8,8	8,0
Côlon et rectum	27,5	26,9		26,1	27,6	25,9	27,4
Trachée, bronches, poumon	65,8	68,9		71,3	65,8 -	74,5 +	66,5
Sein	31,5	27,0		26,0	26,8	28,5	30,5
Prostate	29,4	29,8		27,3	30,8	31,5	29,7
Maladies de l'appareil circulatoire							
Maladies hypertensives	4,4	4,8		4,0	4,6	6,1 +	4,5
Cardiopathies ischémiques	139,5	128,0		124,8	130,2	125,2	136,9
Maladies vasculaires cérébrales	42,6	42,8		37,2 -	45,3 +	41,1	42,6
Maladies pulmonaires obstructives	38,3	42,7		37,4 -	44,3 +	44,0 +	39,3
Traumatismes							
Accidents de la route	4,6	12,7		11,0	13,8 +	12,3	6,3
Chutes accidentelles	5,8	5,2		5,2	5,5	4,5	5,7
Suicide	12,7	16,8		16,5	16,8	17,3	13,5

 = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

 = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

+ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

- = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

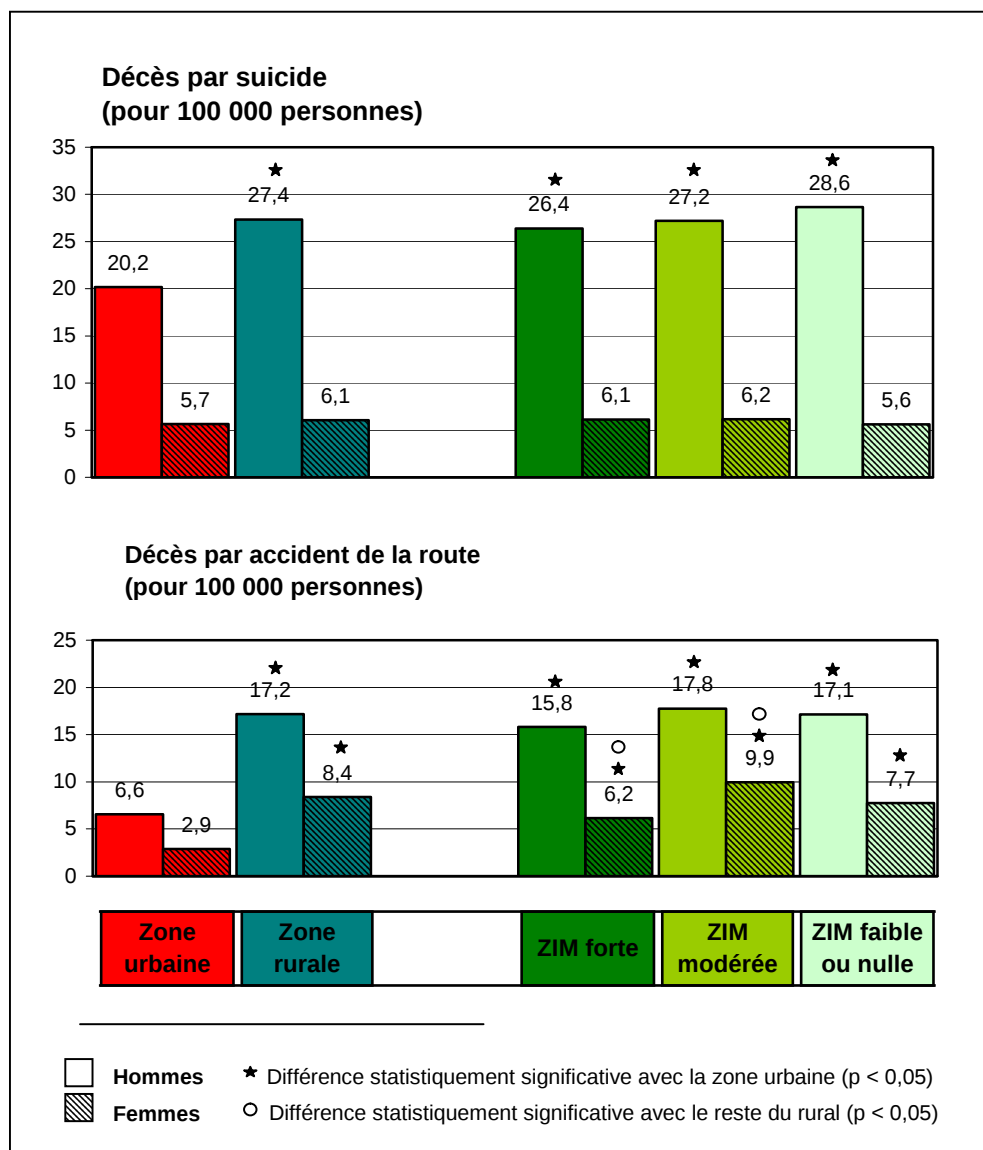
¹ Taux annuel moyen de décès pour 100 000 personnes.

² Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

³ Zones d'influence métropolitaine.

Sources : Fichier des décès, 1998 à 2000. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, février 2001, MSSS.

Figure 4 : Décès par suicide et accident de la route, hommes et femmes, selon le type de zone géographique, Québec, 1998 à 2000



Sources : Fichier des décès, 1998 à 2000. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, février 2001, MSSS.

4.1.4 Fécondité et natalité

La fécondité est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain (tableau 5) et elle est aussi beaucoup plus précoce en milieu rural (figure 5). Avant 30 ans, la fécondité des femmes du monde rural surpasse nettement celle des résidentes de la ville alors qu'après cet âge, la situation s'inverse. La fécondité des mères adolescentes reprend ce schéma général et présente des variations intéressantes selon la ZIM. Ainsi, les jeunes mères du monde rural se révèlent plus fécondes que les citadines sauf dans la ZIM rapprochée des grands centres urbains. C'est dans la ZIM la plus éloignée des grands centres que la fécondité est la plus forte et, à cet endroit, près de 3 % des adolescentes (2,7) donnent naissance à un enfant, une valeur deux fois plus élevée qu'en milieu urbain. Les naissances de faible poids, par contre, ne font montre d'aucune variation significative entre la ville et le monde rural.

4.1.5 Certaines habitudes de vie

La proportion de fumeurs réguliers est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain et celle des anciens fumeurs réguliers l'est tout autant, du moins dans certaines zones du monde rural (tableau 6). Les résidents de la campagne sont aussi nettement moins actifs, physiquement, dans leurs loisirs, que ne le sont leurs concitoyens habitant la ville. Dès lors, il n'est peut-être pas étonnant de constater que l'embonpoint est plus fréquent en milieu rural.

À l'opposé, la consommation régulière d'alcool (au moins une consommation par mois) est plus courante en ville, bien que cette habitude soit tout aussi fréquente dans la ZIM adjacente aux grands centres. En fait, c'est dans la ZIM la plus éloignée de ces centres que la consommation d'alcool est la plus faible. Quant à la consommation excessive d'alcool (au moins 5 verres à une même occasion, au moins une fois par mois), elle ne présente aucune variation significative selon le milieu.

Il en va un peu autrement de l'insécurité alimentaire. S'il n'y a pas de différence notoire entre la ville et le monde rural, on constate cependant que l'insécurité alimentaire est plus faible dans la ZIM la plus éloignée des grands centres qu'ailleurs dans le monde rural. Enfin, l'allaitement au sein ne présente aucune variation statistiquement significative selon le milieu. On note simplement en milieu rural une baisse légère de cette habitude avec l'éloignement des grands centres.

4.1.6 Utilisation des services de santé

Les résidents des milieux ruraux ont plus souvent que leurs concitoyens de la ville un médecin de famille (tableau 7). Ces mêmes résidents, cependant, consultent moins les médecins (omnipraticiens et spécialistes) que ne le font les citadins. Ils sont aussi nettement moins enclins à recourir aux services de dentistes ou d'orthodontistes et cette propension diminue systématiquement en milieu rural plus on progresse vers l'arrière-pays. Malgré cela, on n'observe aucune différence significative dans la déclaration de besoins de santé non satisfaits entre la ville et la campagne non plus qu'entre les ZIM en milieu rural. L'intérêt pour les médecines douces est aussi également réparti selon le type de milieu au Québec.

Tableau 4 : Prévalence des problèmes de santé¹ déclarés par les résidents des milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001

Problème \ Milieu	Urbain ² (RMR-AR) %	Rural ³ (ZIM) %	ZIM influence forte %	ZIM influence moyenne %	ZIM influence faible-nulle %	Total Québec %
Allergies alimentaires	5,8	5,5	5,9	5,2	5,8	5,8
Autres allergies	25,1	21,6	23,5	21,2	20,3	24,3
Asthme	8,9	7,7	7,1	7,8	7,9	8,6
Maladies cardiaques	5,1	5,7	6,5	5,2	5,8	5,3
Hypertension	12,6	12,6	12,1	12,6	13,3	12,6
Maux de dos	13,7	12,4	13,1	11,9	12,5	13,5
Arthrite ou rhumatisme	11,3	11,9	12,3	11,3	12,6	11,4
Diabète	4,0	4,4	5,4 +	3,9 -	4,6	4,1
Migraine	7,5	7,0	6,9	7,3	6,6	7,4

■ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

□ = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

+ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

- = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

¹ Nombre de personnes déclarant avoir ce problème pour 100 personnes.

² Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

³ Zones d'influence métropolitaine.

Source : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001.

Tableau 5 : Indice synthétique de fécondité, natalité chez les adolescentes et naissances de faible poids dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001

Problème \ Milieu		Urbain ¹ (RMR-AR)	Rural ² (ZIM)	ZIM influence forte	ZIM influence moyenne	ZIM influence faible-nulle	Total Québec
Indice de fécondité ³	n	1,47	1,69	1,67	1,67 -	1,77 +	1,50
Natalité chez les ados ⁴	‰	14,0	17,6	12,7	15,1 -	28,7 +	14,8
Naissances de faible poids ⁵	%	5,75	5,94	5,87	5,80	6,29	5,79

■ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

□ = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

+ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

- = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

¹ Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

² Zones d'influence métropolitaine.

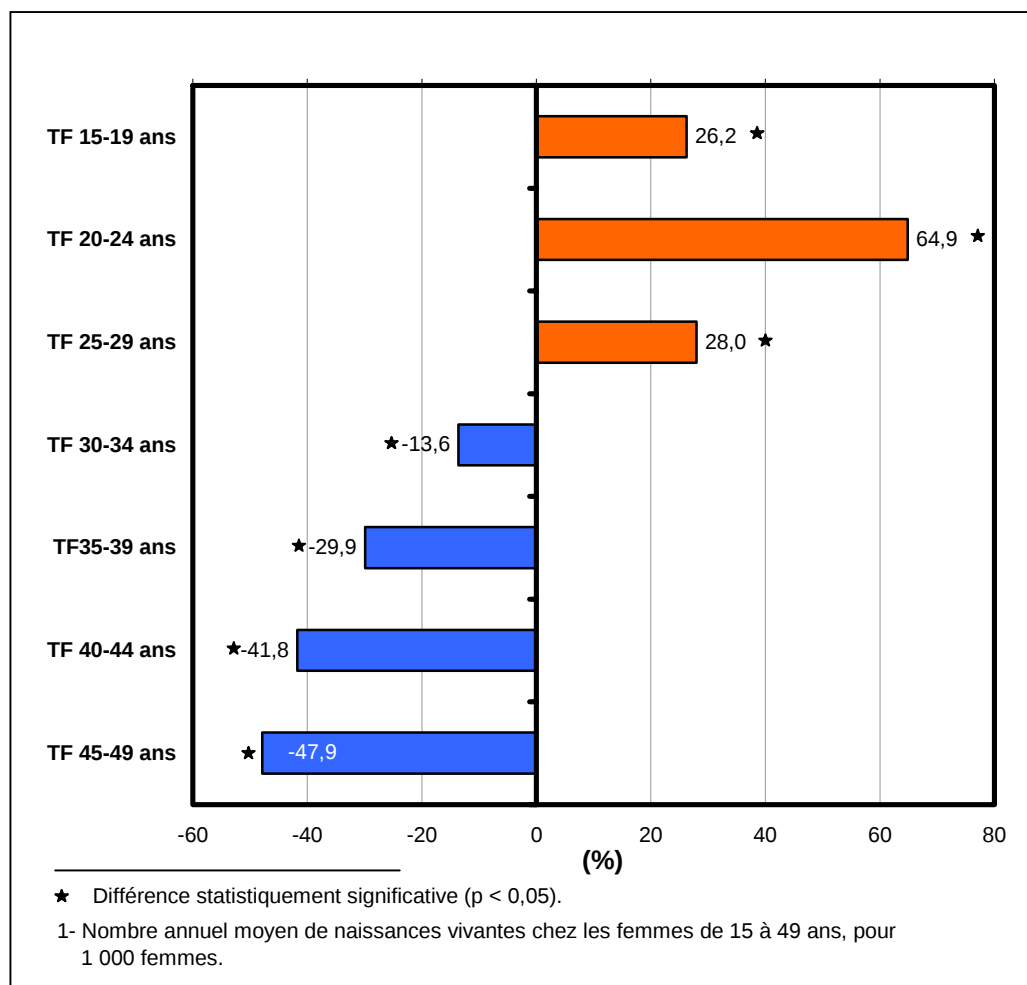
³ Nombre annuel moyen d'enfants par femme de 15 à 49 ans.

⁴ Nombre annuel moyen de naissances vivantes chez les moins de 20 ans pour 1 000 filles de 15 à 19 ans.

⁵ Nombre annuel moyen de naissances de moins de 2 500 grammes pour 100 naissances.

Sources : Fichier des naissances, 1998 à 2000. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, février 2001, MSSS.

Figure 5 : Différence (exprimée en %) des taux de fécondité¹ (TF) entre la zone rurale (Σ des ZIM) et la zone urbaine, selon le groupe d'âge, Québec, 2000-2001



Sources : Fichier des naissances, 1998 à 2000. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, février 2001, MSSS.

Tableau 6 : Certaines habitudes de vie¹ des résidents des milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001

Cause	Milieu	Urbain ²	Rural ³		ZIM	ZIM	ZIM		Total
		(RMR-AR)	(ZIM)		influence forte	influence moyenne	influence faible-nulle		Québec
		%	%		%	%	%		%
Tabac									
Fumeur régulier		24,2	27,7		28,8	27,4	26,8		24,9
Ancien fumeur régulier		25,9	27,2		29,1	25,4 +	28,9		26,2
Alcool									
Buveur régulier ⁴		64,8	59,3		63,8 +	58,4	56,1 -		63,6
Buveur excessif ⁵		14,8	14,9		16,6	13,9	14,7		14,8
Activités physiques⁶									
Actifs		30,2	25,3		26,4	24,3	25,9		29,1
Inactifs		30,3	37,1		38,3	38,0	33,4 -		31,7
Embonpoint		28,4	32,4		32,6	33,0	30,7		29,2
Insécurité alimentaire		10,4	11,1		11,6	11,6	9,3 -		10,6
Allaitement au sein ⁷		71,4	71,5		73,2	71,2	70,7		71,8

■ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

□ = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

+ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

- = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

¹ Nombre de personnes ayant déclaré cette habitude pour 100 personnes.

² Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

³ Zones d'influence métropolitaine.

⁴ Personnes ayant consommé des boissons alcoolisées au moins une fois par mois, dans les 12 derniers mois.

⁵ Personnes ayant bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion, au moins une fois par mois, dans les 12 derniers mois.

⁶ Personnes considérées comme physiquement actives ou inactives dans leurs activités de loisir.

⁷ Mères ayant eu un enfant dans les 5 dernières années et qui l'ont allaité ou essayé de l'allaiter.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Tableau 7 : Recours à des professionnels de la santé¹ et besoins de santé non satisfaits, dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001

Professionnel \ Milieu	Urbain ² (RMR-AR) %	Rural ³ (ZIM) %	ZIM influence forte %	ZIM influence moyenne %	ZIM influence faible-nulle %	Total Québec %
A un médecin de famille	69,9	77,5	77,5	78,8	74,8	71,5
A consulté dans l'année						
Un médecin	78,5	75,4	75,2	76,0	74,7	77,9
Un dentiste ou orthodontiste	55,0	43,8	46,9 +	43,1	41,6	52,6
Un intervenant en médecine douce	11,2	11,1	12,9	10,9	9,4	11,2
A des besoins non satisfaits	12,7	12,3	12,5	12,6	11,2	12,6

 = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

 = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

+ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

- = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

¹ Nombre de personnes ayant déclaré cette habitude pour 100 personnes.

² Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

³ Zones d'influence métropolitaine.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Contrairement aux services médicaux, le recours à l'hospitalisation est plus important en milieu rural qu'en milieu urbain et cela vaut particulièrement pour la zone la plus éloignée des centres urbains dont le taux d'hospitalisation dépasse celui des villes d'environ 40 % (figure 6). La durée de séjour à l'hôpital est cependant plus courte en milieu rural qu'en milieu urbain. En milieu rural, plus spécifiquement, ce sont la ZIM à proximité des centres urbains et celle qui en est la plus éloignée qui présentent les plus faibles durées de séjour.

4.1.7 Certains services de type préventif

Des tests et examens de dépistage sont recommandés afin de détecter tôt la présence d'anomalies pouvant être associées à certains cancers, tels que les cancers du sein (mammographie), du col de l'utérus (test PAP) et de la prostate (test de sang PSA). Le recours à ces tests et examens semble plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain et c'est le cas tout spécialement du test de sang PSA associé au cancer de la prostate (tableau 8). La mammographie semble en revanche légèrement plus courante en milieu rural, quelle que soit la zone.

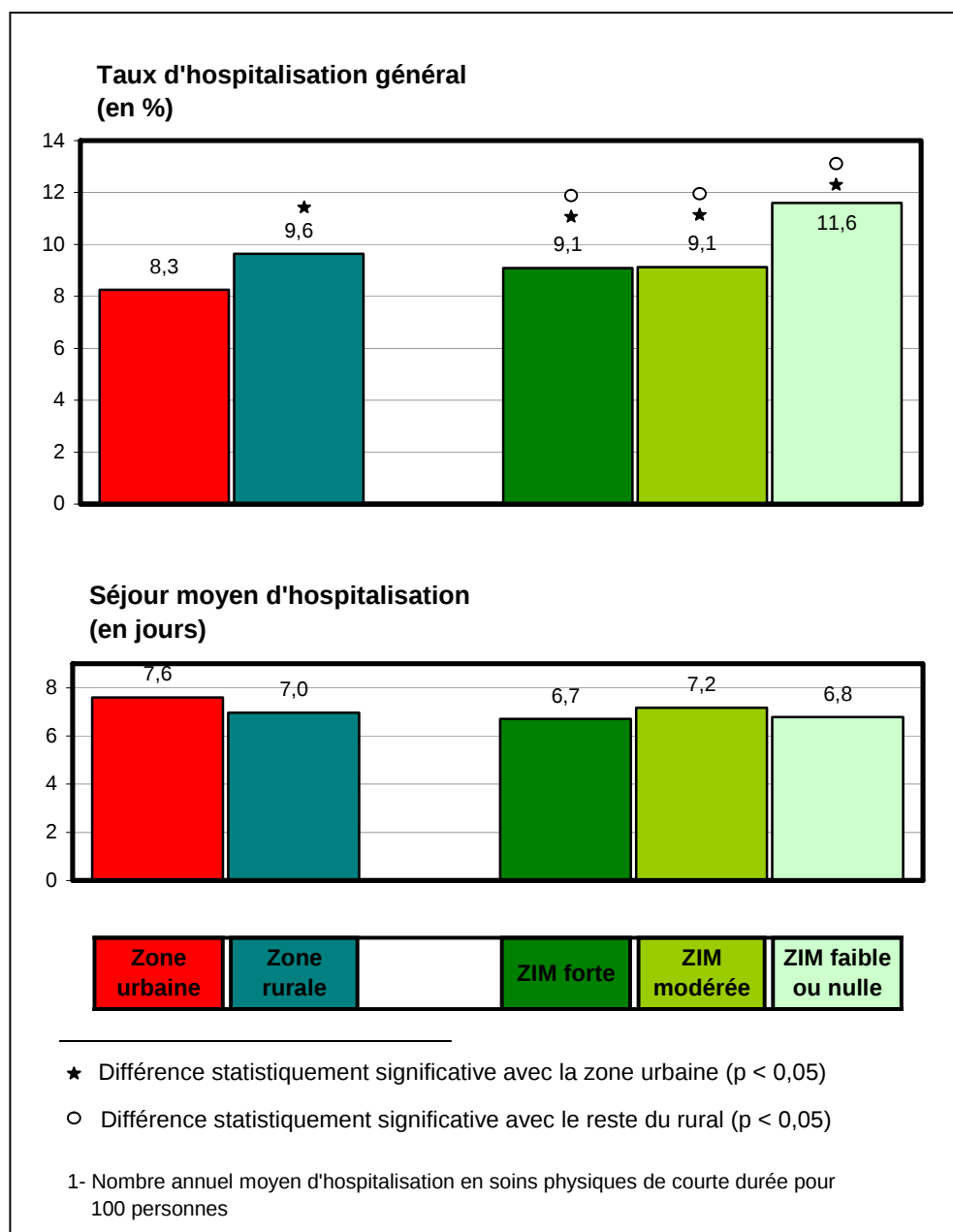
Au sein du monde rural, même si l'on observe peu de variations entre zones, il semble que les résidents de la ZIM modérée soient légèrement moins portés à utiliser de tels services de santé alors que les habitants de la ZIM faible ou nulle paraissent quelque peu plus enclins à se tourner vers ces services, le test PAP tout particulièrement.

Le recours à d'autres services de santé préventifs tels que la prise de la tension artérielle et la vaccination contre la grippe s'avère aussi un peu plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain, mais les différences ne sont pas significatives sur le plan statistique. Le recours à ces services semble par ailleurs légèrement augmenter à mesure que l'on s'éloigne de la périphérie rurale immédiate des grands centres urbains, sans toutefois présenter de différences significatives.

4.1.8 Disponibilité des ressources dans le réseau de la santé

Une première série d'indicateurs présente le nombre de places disponibles dans divers types d'établissements à vocation de santé et de bien-être : les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (avec et sans les centres universitaires), les centres hospitaliers de soins psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres jeunesse et, pour finir, les autres formes d'hébergement, foyer de groupe et pavillon (hébergement pour personne alcoolique et toxicomane, déficient intellectuel et déficient physique). De façon générale, le nombre total de lits disponibles, tous établissements confondus, est plus élevé dans la zone urbaine (12,3 lits/1 000 pers.) qu'en milieu rural (10,0/1 000 pers.). Toutefois, de fortes disparités existent au sein du monde rural. La zone rurale à proximité des grands centres possède le plus faible nombre total de lits (5,8 lits/1 000 pers.), mais ce nombre va en augmentant considérablement vers l'arrière pays, doublant dans la ZIM modérée (11,2 lits/1 000 pers.) et triplant presque dans la ZIM faible ou nulle (15,5 lits/1 000 pers.). C'est donc la ZIM forte qui, finalement, tire l'indicateur de l'ensemble du monde rural vers le bas, à un niveau moindre de celui de la zone urbaine (tableau 9).

Figure 6 : Taux d'hospitalisation général (toutes causes)¹ et séjour moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée, selon le type de zone géographique, Québec, 1998-1999 à 2000-2001



Source : Fichier des hospitalisations (Med-Écho) de 1998-1999 à 2000-2001.

Tableau 8 : Utilisation de certains tests et examens de type préventif¹ dans les milieux urbains et ruraux du Québec, 2000-2001

Test ou examen \ Milieu	Urbain ² (RMR-AR) %	Rural ³ (ZIM) %	ZIM influence forte %	ZIM influence moyenne %	ZIM influence faible-nulle %	Total Québec %
Tension artérielle ⁴	72,6	70,8	69,9	70,8	72,0	72,2
Test PAP ⁵	64,2	61,4	62,2	58,8	65,7 +	63,6
Test de sang PSA ⁶	28,1	24,3	25,6	22,9	25,8	27,2
Mammographie ⁷	73,7	76,4	77,1	75,3	77,9	74,3
Vaccin contre la grippe ⁸	59,6	57,1	54,4	56,6	61,3	59,0

 = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

 = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) en milieu rural ou dans une ZIM par rapport au milieu urbain.

+ = Valeur statistiquement supérieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

- = Valeur statistiquement inférieure (p < 0,05) dans la ZIM par rapport aux autres ZIM du milieu rural.

¹ Nombre de personnes ayant déclaré cette habitude pour 100 personnes.

² Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

³ Zones d'influence métropolitaine.

⁴ Personnes dont la tension artérielle a été prise dans la dernière année.

⁵ Femmes de 18 ans ou plus ayant passé un test PAP dans la dernière année.

⁶ Hommes de 40 ans ou plus ayant subi un test de sang PSA dans la dernière année.

⁷ Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie dans les deux dernières années.

⁸ Personnes de 65 ans ou plus ayant reçu un vaccin contre la grippe dans la dernière année.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Tableau 9 : Nombre et taux de places¹ dans les établissements du réseau public de la santé et des services sociaux selon le type d'établissement et le milieu, Québec, 2003

Établissement \ Milieu		Urbain ² (RMR-AR)	Rural ³ (ZIM)	ZIM influence forte	ZIM influence moyenne	ZIM influence faible-nulle	Total Québec
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	n	19 033	1 543	108	574	861	20 576
	o/100	3,35	0,99	0,25	0,73	2,64	2,84
- centre non universitaire	n	10 818	1 543	108	574	861	12 361
	o/100	1,90	0,99	0,25	0,73	2,64	1,71
Centre hospitalier de soins psychiatriques	n	1 239	41	0	41	0	1 280
	o/100	0,22	0,03	0,00	0,05	0,00	0,18
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	n	38 481	9 602	1 640	5 640	2 322	48 083
	o/100	52,1	47,5	28,7	54,9	54,7	51,1
Centre jeunesse	n	2 825	507	108	274	125	3 332
	o/100	2,33	1,44	1,04	1,58	1,62	2,13
Autres formes d'hébergement,⁴ foyer de groupe et pavillon	n	8 131	3 777	664	2 295	818	11 908
	o/100	1,43	2,43	1,51	2,91	2,51	1,65
TOTAL	n	69 770	15 523	2 552	8 885	5 049	85 239
	o/100	12,3	10,0	5,80	11,2	15,5	11,8

¹ Taux de places pour 1 000 résidents sur la base de la population totale, sauf pour les centres jeunesse (< 18 ans) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (65 ans et plus).

² Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

³ Zones d'influence métropolitaine.

⁴ Hébergement pour personne alcoolique et toxicomane, déficient intellectuel et déficient physique.

Source : Répertoire des établissements et installations, MSSS, 2003.

**Tableau 10 : Autres ressources du secteur de la santé et des services sociaux selon le milieu,
Québec, 2001-2003**

Ressource \ Milieu		Urbain ¹ (RMR-AR)	Rural ² (ZIM)	ZIM influence forte	ZIM influence moyenne	ZIM influence faible-nulle	Total Québec
Résidence privée pour personnes âgées ³	n ‰ ₁₀₀	64 740 87,7	12 885 63,7	2 493 43,6	7 639 74,4	2 753 64,9	77 625 82,5
Clinique médicale ⁴	n ‰ ₁₀₀	1 127 0,20	239 0,15	53 0,12	147 0,19	39 0,12	1 366 0,19
CLSC ⁵	n ‰ ₁₀₀	171 0,03	221 0,14	19 0,04	114 0,14	88 0,27	392 0,05
Clinique dentaire ⁶	n ‰ ₁₀₀	885 0,16	213 0,14	41 0,09	137 0,17	35 0,11	1 098 0,15
Organisme communautaire ⁷	\$ c	106,1 1,87	34,6 2,22	3,4 0,77	17,0 2,15	14,3 4,38	140,7 1,94

¹ Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement.

² Zones d'influence métropolitaine.

³ Nombre et taux de personnes en résidence privée pour 1 000 personnes de 65 ans et plus. Comprend les résidences privées à but lucratif et à but non lucratif, les coopératives et les communautés religieuses.

⁴ Nombre et taux de cliniques médicales pour 1 000 personnes.

⁵ Nombre et taux de sièges sociaux et de points de service en CLSC pour 1 000 personnes.

⁶ Nombre et taux de cliniques dentaires pour 1 000 personnes. Ne couvre pas les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay — Lac-Saint-Jean.

⁷ Sommes, en million de dollars, et dollar per capita versés aux organismes communautaires par le MSSS.

Sources : Répertoire des établissements et installations, MSSS, 2003; Registre des résidences pour personnes âgées avec services, 31 janvier 2003; Enquête téléphonique auprès des cliniques médicales, 2002; Système d'information et de gestion des organismes communautaires, 2001; Répertoire des ressources Info Santé CLSC, 2003.

Un constat analogue peut être fait pour les indicateurs concernant d'autres ressources à caractère public du secteur de la santé. Le montant *per capita* octroyé par le MSSS aux organismes communautaires, tout d'abord, est globalement un peu plus important (2,22 \$/pers.) en milieu rural qu'en milieu urbain (1,87 \$/pers.). Mais là encore, le montant varie grandement au sein des milieux ruraux selon la zone géographique. De trois quarts de dollars dans la ZIM forte (0,77 \$/pers.), le montant versé par le MSSS s'élève à un peu plus de deux dollars dans la ZIM modérée (2,15 \$/pers.) pour finalement atteindre plus de quatre dollars dans la ZIM faible ou nulle (4,38 \$/pers.). La tendance est similaire pour ce qui est du nombre de CLSC (siège social et points de services) par 1 000 personnes, l'écart entre milieux urbains et ruraux, à l'avantage de ces derniers, étant plus marqué (tableau 10).

La situation change quelque peu lorsque l'on observe les deux indicateurs correspondant à des services de santé de nature plutôt privée que sont les résidences pour personnes âgées d'une part et les cliniques médicales et les cliniques dentaires d'autre part. En effet, tant le nombre de personnes âgées (de plus de 65 ans) en résidence privée pour 1 000 personnes âgées que le nombre de cliniques médicales et de cliniques dentaires par 1 000 personnes sont inférieurs en milieu rural et ce, quelle que soit la zone rurale. Par ailleurs, pour l'un comme pour l'autre indicateur, le niveau de ressources relatives (pour 1 000 personnes âgées, ou 1 000 personnes) atteint son maximum dans la ZIM modérée et finalement tombe au plus bas dans la ZIM forte (tableau 10).

4.1.9 Système de soins et santé

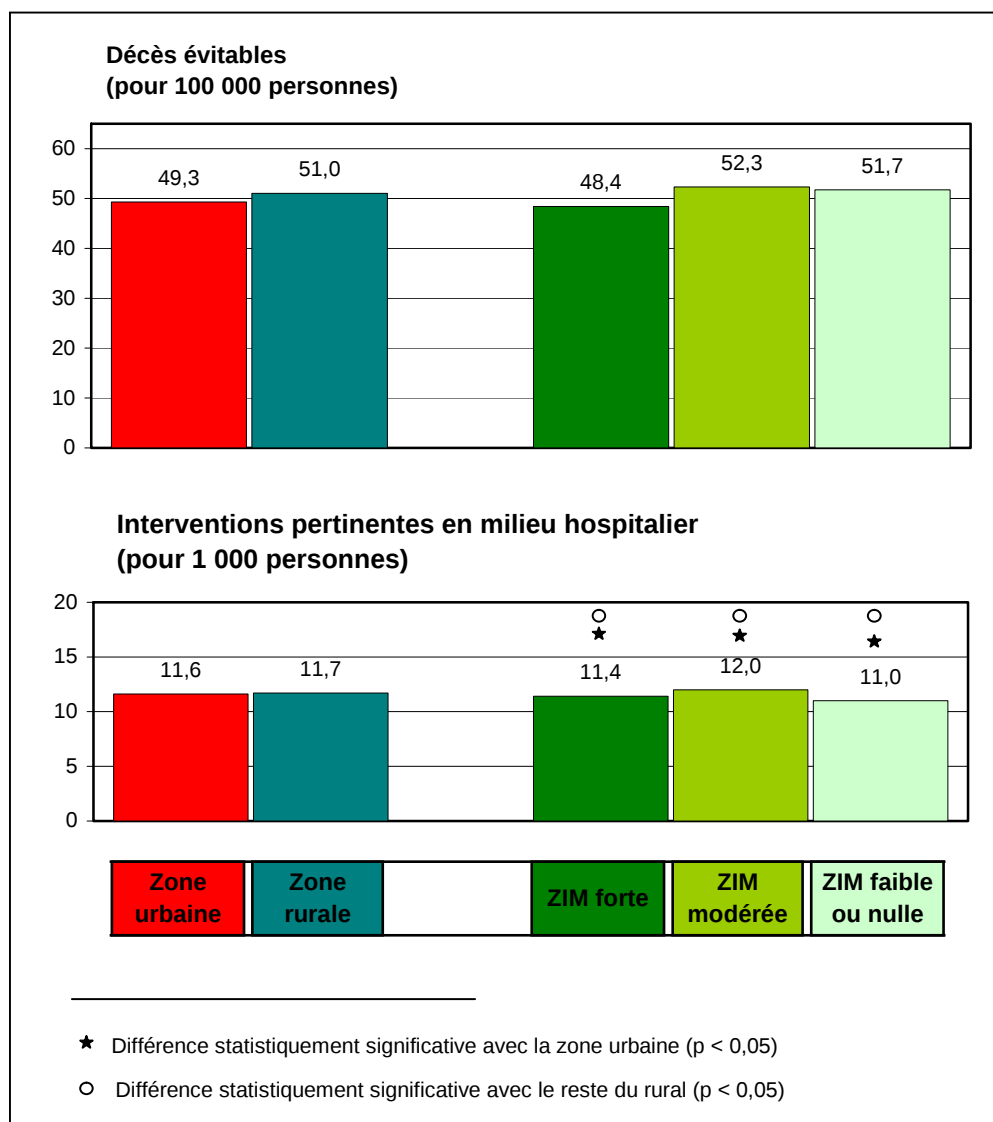
Si l'on observe des variations dans les caractéristiques reliées aux professionnels, à l'utilisation des services et à la disponibilité des ressources entre les milieux urbains et ruraux du Québec, on peut se demander si, en bout de piste, ces variations peuvent avoir un impact sur la santé des résidents des différents milieux. Deux indicateurs peuvent répondre à cette question, mais de manière générale seulement. Ces indicateurs peuvent révéler des déficiences dans l'organisation du système de soins, des déficiences qu'il importe alors de scruter davantage par des analyses plus approfondies, et plus spécifiques.

Un premier indicateur est la mortalité que l'on dit évitable, évitable car impliquant des conditions médicales pour lesquelles il existe des interventions appropriées qui, réalisées en temps utile, peuvent réduire la fréquence des décès. Pour ces décès évitables, on n'observe aucune différence significative entre les milieux urbain et rural non plus qu'entre les zones du monde rural (figure 7).

Un second indicateur correspond à un groupe d'interventions chirurgicales dites pertinentes. Il s'agit d'interventions réalisées en milieu hospitalier qui améliorent de façon importante la qualité de vie des personnes y ayant recours. Pour ces interventions dites pertinentes, on n'observe pas non plus de différence entre la ville et la campagne mais seulement de faibles écarts, quoique statistiquement significatifs, entre les zones du monde rural. Une différence de 1 % sépare la ZIM modérée de la ZIM faible, à l'avantage de la première (figure 7).

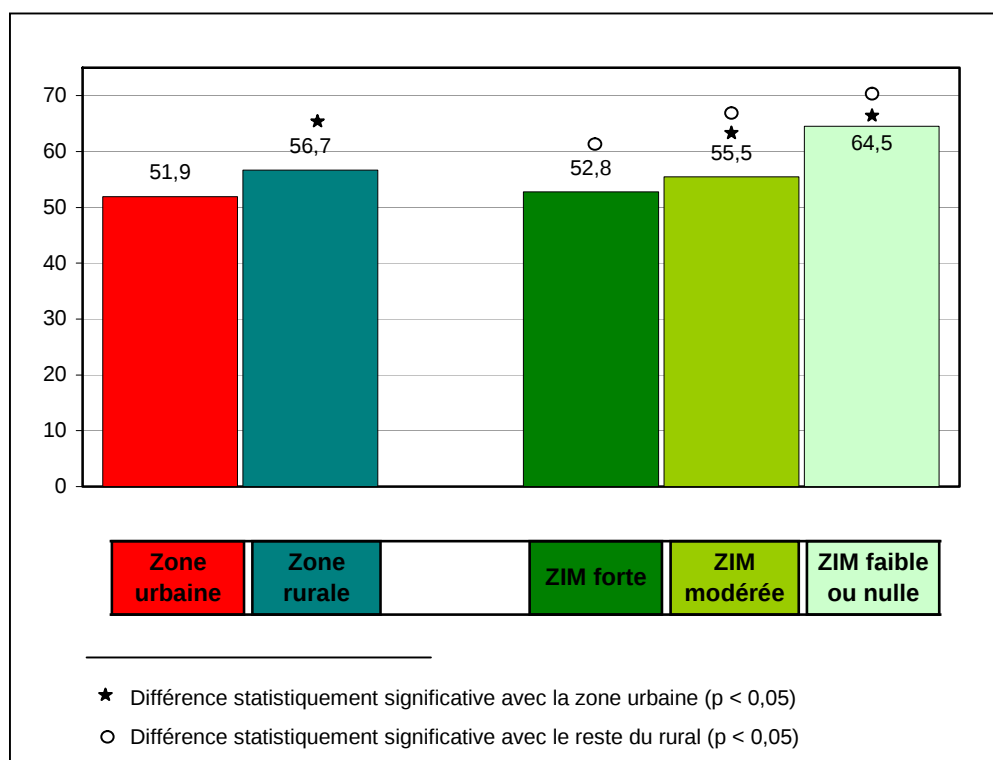
Un dernier indicateur ne témoigne pas tant de l'impact du système de soins sur la santé mais de son organisation et, plus particulièrement, de la présence de difficultés d'accès aux soins de première ligne. Il s'agit de conditions médicales pour lesquelles on hospitalise alors qu'elles pourraient être traitées dans un contexte de soins de première ligne, en clinique médicale ou en clinique externe. Pour ces formes d'hospitalisations jugées évitables, on observe une fréquence plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain et, en milieu rural, une fréquence qui s'accroît avec l'éloignement des centres urbains (figure 8).

Figure 7 : Décès jugés évitables et interventions dites pertinentes, selon le type de zone géographique, Québec, 1998 à 2000



Sources : Fichier des hospitalisations de courte durée (Med-Écho), 1998 à 2000.
Fichier des décès, 1998 à 2000. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, février 2001, MSSS.

Figure 8 : Hospitalisations jugées évitables, selon le type de zone géographique, Québec, 1998 à 2000



Sources : Fichier des hospitalisations de courte durée (Med-Écho), 1998 à 2000.
Fichier des décès, 1998 à 2000. Perspectives démographiques, Service du
développement de l'information, février 2001, MSSS.

4.2 RÉSULTATS PAR ZONE DU MONDE RURAL

Dans la présente section il est plus particulièrement fait mention des spécificités de chacune des zones qui composent le monde rural dans cette recherche. Aussi, cette section ne reprend pas l'ensemble des résultats pour chacune des zones du monde rural, mais s'attarde seulement sur les traits les plus singuliers de chacune d'entre elles.

4.2.1 La ZIM forte

À bien des égards, la ZIM forte se distingue du reste du monde rural. Localisée aux abords immédiats des grands centres urbains, elle présente nombre de caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires qui la rapprochent davantage de la zone urbaine que des deux autres ZIM. Toutefois, cette zone partage aussi avec le reste du monde rural des spécificités qui ne laissent aucun doute quant à son caractère rural.

La ZIM forte est ainsi la seule du monde rural à avoir connu une croissance démographique (2,3 %) entre 1996 et 2001, supérieure même à la zone urbaine (2,0 %). C'est également la zone qui compte la proportion de jeunes de moins de 15 ans la plus forte (19,4 %) et celle de personnes âgées de plus de 65 ans la plus faible (12,1 %) de toute la province. Cette zone géographique se positionne également mieux que les autres zones rurales pour ce qui est de l'emploi et du revenu, sans toutefois égaler les grands centres urbains. Le secteur d'activité de l'agriculture y occupe une place comparable à la ZIM modérée et supérieure à la ZIM faible, mais les activités liées à l'exploitation minière, à la forêt et à la pêche y sont nettement moins présentes que dans le reste du monde rural. Enfin, la part de logements loués est la plus petite de toute la province.

Cette ceinture rurale privilégiée affiche par ailleurs un très bon état de santé général, simultanément en regard des autres régions rurales et des milieux urbains. L'espérance de vie à la naissance y est de 79,6 ans, soit la plus longue de toutes les zones. L'espérance de santé à la naissance est par contre comparable au reste des milieux ruraux et inférieure d'un peu plus d'une année aux milieux urbains.

La ZIM forte conforte en outre sa position privilégiée avec les taux de mortalité générale et infantile nettement plus faibles que dans les deux autres zones rurales et la zone urbaine. En revanche les indicateurs d'incapacité, de restriction des activités et de perception de la santé la rapprochent davantage des autres zones rurales que de la zone urbaine.

L'analyse des causes spécifiques de mortalité révèle un profil fort contrasté de la ZIM forte. Pour plusieurs causes de mortalité, cette zone se positionne très bien et même mieux que toutes les autres zones, qu'elles soient rurales ou urbaines. C'est le cas notamment des tumeurs de l'estomac, de la prostate et du sein, des maladies hypertensives, des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales et des maladies pulmonaires obstructives. La ZIM forte n'est toutefois pas la seule à présenter de plus faibles taux de mortalité par cardiopathies ischémiques et cancer du sein. Elle se rapproche en ce sens du reste du monde rural qui semble aussi préservé de ces causes de décès qu'elle ne l'est. De même, elle partage avec le reste du monde rural des taux de mortalité amplement supérieurs à la zone urbaine pour les décès par accidents de la route et par suicide.

Pour certains problèmes spécifiques de santé, la ZIM forte se distingue là encore du reste de la province, tant dans ses contrées rurales qu'urbaines, par la prévalence élevée de maladies cardiaques et du diabète. Dans la même veine, la ZIM forte affiche à nouveau son caractère singulier avec le taux de natalité chez les adolescentes, le moins élevé de la province et plus de deux fois inférieur à celui de la ZIM faible ou nulle.

Bien qu'adjacente aux centres urbains, la ZIM forte se distingue assez franchement de ceux-ci sur le plan des habitudes de vie. En fait, elle présente généralement des résultats similaires aux deux autres ZIM dont elle se départage seulement par la présence nettement plus forte de buveurs réguliers et qui égale quasiment celle des milieux urbains.

Dans le registre des services de soins et de santé, la consultation de dentistes et orthodontistes est plus importante dans la ZIM forte que dans les autres zones rurales, bien que demeurant à un niveau largement en deçà de celui de la zone urbaine. Il semble par ailleurs que ce soit dans la ZIM forte que la disponibilité des ressources soit la plus faible. En témoigne notamment le nombre de lits par 1 000 habitants, tous types d'établissement confondus, deux fois moins élevé que dans la zone urbaine et presque trois fois moindre que dans la ZIM faible ou nulle. Ce constat vaut également pour la disponibilité d'autres services de santé, qu'ils soient plutôt de nature privée (résidences privées pour personnes âgées, cliniques médicales et cliniques dentaires) ou de nature publique (CLSC).

Finalement, la ZIM forte affiche un taux général d'hospitalisations et un taux d'hospitalisations dites évitables quelque peu inférieurs à ceux des autres ZIM, mais relativement comparables à ceux des milieux urbains.

4.2.2 La ZIM modérée

Géographiquement située entre la périphérie immédiate des grands centres urbains et l'arrière-pays, la ZIM modérée se distingue généralement des milieux urbains, mais aussi de la ZIM forte – que l'on a vue généralement assez distincte du reste du monde rural – sans toutefois marquer autant d'écarts avec cette dernière que ne le fait la ZIM faible ou nulle. En fait, les résultats qu'elle présente sont souvent intermédiaires entre ceux de la ZIM forte et ceux de la ZIM faible ou nulle.

À l'image de la ZIM faible, la ZIM modérée a perdu de la population entre 1996 et 2001 mais dans une moindre proportion (-1,3 % contre -4,0 % dans la ZIM faible ou nulle). Elle se démarque par contre par la proportion la plus faible de jeunes de moins de 15 ans (17,6 %) et la plus forte de personnes âgées de plus de 65 ans de toutes les zones géographiques de l'étude (15,4 %).

Les conditions d'emploi, de revenu et de scolarité sont généralement moins bonnes que celles de la ZIM forte mais meilleures que dans la ZIM faible ou nulle. Il en est de même pour la proportion de familles monoparentales et de personnes vivant seules. Notons toutefois, que le revenu moyen annuel des ménages privés y est le plus faible du monde rural pour l'année 2000.

L'état de santé général de la ZIM modérée diffère quant à lui sensiblement de celui de la zone urbaine et de la ZIM forte et se rapproche davantage de la ZIM faible ou nulle. Elle occupe en quelque sorte une position mitoyenne dans le monde rural.

Il ressort cependant de l'analyse des causes de décès quelques traits plus marquants dans la ZIM modérée. C'est la zone qui compte le taux de mortalité par cancer de l'estomac le plus élevé de toute la province et celui par cancer du poumon le plus faible du monde rural. Les décès par maladies vasculaires cérébrales y sont également plus fréquents que dans les milieux urbains et le reste du monde rural. Enfin, la proportion de personnes ayant déclaré souffrir du diabète est significativement plus faible que dans les autres zones rurales.

En outre, la ZIM modérée se rapproche davantage de la ZIM forte en ce qui a trait à la natalité. Ces deux zones présentent en effet un indice synthétique de fécondité identique (1,67) et un taux de natalité chez les adolescentes de même ampleur, quoique légèrement supérieur dans la ZIM modérée, mais encore presque 2 fois en deçà de celui de la zone rurale la plus éloignée des grands centres urbains.

Du côté des habitudes de vie, la ZIM modérée se démarque essentiellement du reste du monde rural par sa moindre proportion d'anciens fumeurs réguliers.

En ce qui concerne les services de santé, les résidents vivant dans les collectivités rurales à influence métropolitaine modérée ont légèrement plus tendance que leurs autres concitoyens ruraux à avoir un médecin de famille et à consulter un médecin, même si cette tendance n'est pas statistiquement significative. Par ailleurs, au sein du monde rural c'est dans la ZIM modérée que le séjour moyen à l'hôpital est le plus long, d'environ une demi-journée supplémentaire. Les résidents de la ZIM modérée sont en outre moins enclins que les autres résidents du Québec à utiliser les services de soins à visée préventive que sont le test PAP et le test de sang PSA.

La disponibilité de certaines ressources relatives à la santé et au bien-être des individus, pour sa part, se situe généralement à un niveau intermédiaire entre ceux des ZIM forte et faible ou nulle, d'ampleur quasiment comparable à celui des milieux urbains. La disponibilité des ressources privées (résidences privées pour personnes âgées, cliniques médicales et cliniques dentaires) est par contre supérieure dans cette zone rurale intermédiaire.

Finalement, la ZIM modérée affiche à la fois un taux d'hospitalisations évitables plus élevé que dans les milieux urbains et leur périphérie rurale immédiate et le taux d'hospitalisations pertinentes le plus élevé de la province.

4.2.3 La ZIM faible ou nulle

Cette zone rurale, couvrant les collectivités les plus éloignées des grands centres urbains, est certainement celle qui contraste le plus avec les milieux urbains et la zone rurale située à leur périphérie immédiate. C'est aussi la zone qui, de façon générale, présente le bilan sociosanitaire le plus préoccupant du monde rural.

Tout d'abord, le portrait socio-économique et démographique de la ZIM faible ou nulle n'est guère reluisant. À l'inverse de la zone urbaine et de la ZIM forte qui ont connu une croissance de la population entre 1996 et 2001, la ZIM faible ou nulle accuse la plus forte perte de population (-4,0 %) durant cette période. Les parts de jeunes (moins de 15 ans) et d'âînés (plus de 65 ans) y sont par contre comparables à celles de la ZIM forte.

Les situations d'emploi et de scolarité sont par ailleurs moins bonnes que dans le reste du monde rural. La part de l'activité économique liée à l'agriculture a laissé sa place aux activités relatives à la forêt, aux mines et à la pêche dont la part y est nettement plus grande que dans les autres zones rurales.

La ZIM faible ou nulle affiche en outre la plus grande proportion de familles monoparentales du monde rural. C'est également dans cette zone que l'on observe les plus importantes proportions de logements loués et de logements nécessitant des réparations majeures.

Sur un autre volet, celui de l'état de santé général des habitants, la ZIM faible ou nulle occupe aussi la moins bonne place. L'espérance de vie et de santé à la naissance y sont les plus courtes de toute la province. De même, la mortalité générale et surtout la mortalité infantile sont plus élevées que dans le reste du monde rural et la zone urbaine. Malgré ces résultats, les résidents de la ZIM faible ou nulle ne sont pas plus portés à percevoir leur santé comme passable ou mauvaise.

Du côté des états de santé spécifiques, la ZIM faible présente des résultats similaires aux deux autres ZIM, si ce n'est des décès par cancer du poumon, par maladies hypertensives et par maladies pulmonaires obstructives significativement plus élevés que dans le reste du monde rural.

Par ailleurs, la ZIM faible ou nulle se différencie nettement tant des autres zones rurales que des milieux urbains en regard de la natalité. L'indice synthétique de fécondité y est sensiblement plus élevé, mais l'écart le plus important concerne la natalité chez les adolescentes. Celle-ci y est environ deux fois plus importante que dans le reste du monde rural et dans la zone urbaine.

Sur le plan des habitudes de vie, la ZIM faible ou nulle présente aussi quelques traits qui lui sont propres. Elle compte des proportions significativement plus faibles de buveurs réguliers, de personnes inactives dans leurs loisirs et de personnes vivant dans une situation d'insécurité alimentaire que les autres zones rurales.

De toutes les zones rurales, même si les différences observées ne sont pas statistiquement significatives, les résidents de la ZIM faible ou nulle semblent moins enclins à avoir un médecin de famille, à consulter les médecins omnipraticiens ou spécialistes, les dentistes, orthodontistes et les intervenants en médecine douce mais aussi, inversement, à déclarer des besoins de santé non satisfaits. Enfin, le recours à l'hospitalisation est nettement plus élevé dans la ZIM faible que dans les autres zones rurales et dans les milieux urbains.

La situation diffère, par contre, en ce qui concerne le recours à certains services de santé de type préventif. Ainsi, les résidents de la ZIM faible ou nulle semblent systématiquement plus enclins que leurs concitoyens des autres zones rurales à recourir à la prise de tension artérielle, au test PAP, au test de sang PSA et à la mammographie, bien que les écarts ne soient pas statistiquement significatifs (sauf pour le test PAP).

En regard de la disponibilité de certaines ressources du réseau de la santé, la ZIM faible ou nulle paraît relativement avantagée vis-à-vis des autres zones rurales, notamment de la ZIM forte, voire même de la zone urbaine. Par exemple, en termes de lits par 1 000 habitants, la ZIM faible dispose de près de 16 lits par 1 000 habitants (tous types d'établissements confondus) alors que la ZIM modérée en dispose près de 12, la forte près de 6 et la zone urbaine 10. Le montant par personne versé par le MSSS aux organismes communautaires est également bien plus élevé dans la ZIM faible ou nulle que

dans quelqu'autre zone géographique. Il en est de même du nombre de CLSC. La disponibilité en services de nature plutôt privée, tels que les résidences pour personnes âgées, les cliniques médicales et les cliniques dentaires est par contre moindre dans la ZIM faible ou nulle que dans celle modérée et dans la zone urbaine mais demeure nettement au-dessus de la ZIM forte.

Finalement, en ce qui a trait aux interactions entre système de soins et santé, la zone la plus éloignée des grands centres urbains se distingue là encore du reste du monde rural par ses taux d'hospitalisations évitables plus élevés et d'hospitalisations pertinentes plus faibles.

5 DISCUSSION

5.1 VIVRE EN MILIEU RURAL PLUTÔT QU'EN VILLE : QUELLES DIFFÉRENCES EN TERMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE CELA FAIT-IL?

À la lumière de nos résultats, nous serions tentés de répondre en deux temps à la question qui a servi de trame de fond à l'orientation de la présente recherche, à savoir : « vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville, cela fait-il une différence en termes de santé et de bien-être? ».

Il apparaît en effet dans un premier temps qu'en termes d'état de santé et de bien-être général, le fait de vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville semble n'avoir que peu d'influence. Les résidents des milieux ruraux peuvent ainsi s'attendre à une espérance de vie et de santé à la naissance comparables, quoique légèrement inférieures à leurs concitoyens urbains. Cela reflète la tendance qui a été observée à l'échelle canadienne pour l'espérance de vie à la naissance qui était inférieure dans les collectivités de moins de 1 000 habitants (Wilkins, 1992).

La comparabilité en matière de santé et de bien-être entre les milieux s'arrête cependant là. En effet, si les résidents des milieux ruraux peuvent espérer vivre aussi longtemps ou presque que leurs concitoyens urbains, il semble en revanche qu'ils peuvent s'attendre à vivre dans des conditions de santé et de bien-être différentes de celles des citadins. Vivre en milieu rural plutôt qu'en milieu urbain ferait donc vraisemblablement une différence quant à la nature des problèmes de santé et de bien-être et à l'organisation des services de santé. C'est sur ces différences que la discussion va maintenant être orientée.

Les résidents des milieux ruraux au Québec demeurent tout d'abord plus nombreux en proportion à déclarer souffrir d'une forme d'incapacité et à percevoir leur santé comme étant passable ou mauvaise. Au Canada, il a déjà été remarqué à l'échelle nationale que les taux d'incapacité étaient généralement supérieurs dans les petites collectivités essentiellement rurales (Wilkins, 1992). Aux États-Unis, une étude a révélé que ce sont seulement les personnes âgées de plus de 65 ans vivant en milieu non-métropolitain qui présentent une santé physique et mentale et une perception de leur santé moins bonnes que leurs homologues métropolitains (Mainous III et Khors, 1995). En outre, une autre étude, réalisée aux États-Unis toujours, a observé que les résidents des milieux ruraux, quel que soit leur âge, auto-évaluent leur santé physique plus médiocrement que les citadins, ce qui rejoint en quelque sorte ce que l'on a observé ici au Québec (Eggebeen et Lichter, 1993).

Toutefois, dans le registre des indicateurs généraux de l'état de santé, c'est la mortalité infantile qui soulève le plus de préoccupations dans les milieux ruraux du Québec, en particulier dans les collectivités les plus éloignées des grands centres urbains. En effet, en plus d'être largement plus élevée dans les collectivités rurales, la mortalité infantile affecte aussi très inégalement les milieux ruraux, touchant l'hinterland deux fois plus que la périphérie rurale bordant les grands centres. Ce constat n'est pas nouveau au Canada puisque l'on notait déjà durant la période 1975-1977 à l'échelle nationale une mortalité infantile jusqu'à 43 % supérieure dans les plus petites collectivités (moins de 1 000 habitants) en regard des grandes régions métropolitaines. Plusieurs hypothèses pourraient être avancées pour expliquer cet écart au Québec. L'une d'elle renvoie à une déficience dans le suivi des femmes enceintes et notamment celles pouvant présenter des complications. Il a en effet été montré assez récemment au Québec que les centres hospitaliers de niveau 1 et 2 comptaient encore trop de

naissances de faible poids qui auraient dû être transférées à un centre hospitalier de niveau supérieur (niveau 2 ou 3), mieux équipé pour répondre aux besoins particuliers de ces nouveaux-nés (Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1998).

Il ressort par ailleurs d'une étude américaine réalisée à l'échelle nationale que le risque plus élevé de mortalité infantile, ainsi que le recours tardif aux soins prénataux, sont associés à la résidence en milieu non-métropolitain (Larson *et al.*, 1997). Des lacunes dans la prévention prénatale et le suivi des femmes enceintes dans les milieux ruraux les plus isolés du Québec pourraient donc expliquer, en partie du moins, cette surmortalité infantile qu'on y observe.

Sur le plan des indicateurs de santé et de bien-être plus spécifiques, on dénote aussi des différences, parfois majeures, entre la ville et la campagne. L'analyse des taux de mortalité selon la cause de décès est certainement celle qui a révélé les écarts entre milieux les plus importants. On fait référence ici aux décès par traumatisme, notamment les suicides et accidents de la route, qui sont très ségrégationnistes en affectant davantage les résidents des milieux ruraux d'une part et les hommes d'autre part. Ce constat n'est toutefois ni nouveau au Québec ni propre à la province.

Le suicide, tout d'abord, a été reporté à maintes reprises au Canada et ailleurs dans le monde comme étant une cause de décès très préoccupante dans les milieux ruraux (Pesonen *et al.*, 2001; Singh et Siahpush, 2002; Middleton *et al.*, 2003). Ce sont les hommes et plus particulièrement les jeunes et les autochtones qui constituent généralement la population la plus à risque (Low et Andrews, 1990; Clayer et Czechowicz, 1991; Regnier, 1994; Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1995; Dudley *et al.*, 1997; Leenaars *et al.*, 1998; Katt *et al.*, 1998; Masecar, 1998). Ce problème reste toutefois difficile à expliquer. Plusieurs hypothèses peuvent néanmoins être avancées. Les conditions sociales et économiques difficiles que vivent les milieux ruraux, le phénomène d'anomie ou de désintégration sociale (Clayer et Czechowicz, 1991) surtout présent dans les collectivités où vivent des autochtones, et enfin le manque de professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé mentale dans ces milieux, pourraient favoriser cette surmortalité par suicide dans les collectivités rurales.

Le problème que représentent les accidents de la route dans les milieux ruraux a aussi été souligné à maintes reprises dans les pays industrialisés, que cela soit au Québec (Thouez *et al.*, 1991; Audet *et al.*, 1995), aux États-Unis (Chen *et al.*, 1995; LaValley *et al.*, 2003) ou encore en Australie (Stella *et al.*, 2001). Dans un contexte de faible densité de population, de longues distances à parcourir pour accéder aux services et d'absence de transport publique, le recours à l'automobile devient non seulement nécessaire mais aussi plus fréquent, ce qui accroît alors le risque d'accident de la route (Thouez *et al.*, 1991; Audet *et al.*, 1995). La conduite avec facultés affaiblies, en raison de la consommation d'alcool ou de drogues, pourrait aussi constituer un facteur explicatif (Stella *et al.*, 2001). Ici même, au Québec, il a été souligné que la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool représentait un problème préoccupant chez les jeunes vivant en milieu rural (Audet *et al.*, 1995). À cela peuvent s'ajouter d'autres éléments à risque tels que la présence de conditions météorologiques et topographiques difficiles, le mauvais entretien des routes, l'absence de signalisation et d'éclairage, la présence de machineries lourdes (liées à l'activité agricole, minière, ou forestière) constituant de véritables obstacles, ou encore la vitesse excessive (Chen *et al.*, 1995; Stella *et al.*, 2001; LaValley *et al.*, 2003).

L'analyse des causes de mortalité a aussi révélé dans cette étude des taux significativement supérieurs en milieu rural pour les cancers de l'estomac et du poumon ainsi que pour les maladies pulmonaires obstructives. Peu d'études ont analysé les disparités territoriales entre milieux urbains et ruraux pour ces deux cancers et encore moins nombreuses sont celles qui se sont spécifiquement penchées sur les maladies pulmonaires obstructives dans leur ensemble. Pour ces raisons, nos résultats restent difficilement comparables avec ce qui a été observé dans d'autres pays pour ces maladies.

Toutefois, pour ce que nous avons pu observer de la littérature concernant les cancers de l'estomac et du poumon, il semblerait que nos résultats aillent à contre-courant de ce que l'on observe habituellement dans les pays industrialisés. Il ressort en effet d'une recension de nombreuses études portant sur 26 types de cancer parmi 13 populations de pays industrialisés, qu'hormis pour le myélome et les cancers de l'œil et de la lèvre, l'incidence et la mortalité relatives aux 23 autres cancers, comprenant ceux du poumon et de l'estomac, sont plus élevées dans les villes, tant pour les hommes que pour les femmes (Doll, 1991). En outre, dans notre recherche, nous avons observé que les résidents du monde rural sont plus que leurs concitoyens de la ville des fumeurs réguliers, et d'anciens fumeurs réguliers, ce qui n'est certes pas sans conséquences sur leur santé pulmonaire et, par conséquent, le risque d'être atteint d'un cancer du poumon ou d'une maladie pulmonaire obstructive. La sur-représentation de cette habitude de vie malsaine dans les milieux ruraux pourrait donc constituer une hypothèse pour expliquer la surmortalité par cancer du poumon et par maladies pulmonaires obstructives que l'on observe dans les milieux ruraux au Québec. Il se pourrait également que la situation touchant le cancer du poumon soit récente, ce dont nous discuterons plus loin, et qu'elle diffère pour cette raison des constats faits ailleurs dans les années 80.

Le cancer de l'estomac est, quant à lui, reconnu pour être associé à des habitudes alimentaires particulières telles qu'une consommation importante d'aliments salés, marinés ou encore fumés, une faible consommation de fruits et légumes frais, ainsi qu'à l'infection par la bactérie *Helicobacter pylori* (Stewart, B.W. et P. Kleihues, 2003, pp. 194-195). On pourrait supposer qu'il existe des différences d'habitudes alimentaires entre résidents de la ville et de la campagne au Québec, ce que suggèrent également les variations touchant l'obésité, mais aucune étude à ce jour ne permet d'étayer cette hypothèse.

Vivre en milieu rural au Québec n'est toutefois pas forcément synonyme de désavantage en matière de santé. Dans le cas de certaines maladies, il semble que cela peut aussi présenter quelques avantages. Il ressort en effet de la présente recherche que les résidents des milieux ruraux, quelle que soit la zone rurale dans laquelle ils vivent, sont relativement protégés du cancer du sein et des cardiopathies ischémiques par rapport à leurs concitoyens urbains.

Ce que l'on observe ici, au Québec, à propos du cancer du sein semble assez concordant avec ce que l'on a observé ailleurs dans le monde. Par exemple, une étude réalisée en Espagne par Vioque *et al.* (1997) montre que durant la période s'étalant de 1975 à 1991, la mortalité par cancer du sein était supérieure dans les provinces au plus haut niveau de revenu, à la plus faible proportion de femmes vivant en milieu rural et à la plus faible parité (nombre d'enfants mis au monde par une femme). Même si la conception de notre recherche reste différente, rappelons qu'au Québec nous notons une mortalité par cancer du sein plus élevée dans la zone urbaine où précisément le revenu moyen annuel des ménages privés est le plus élevé et l'indice synthétique de fécondité le plus faible. Nous pourrions donc présumer, sans toutefois le certifier, que les mêmes facteurs jouent en faveur des résidentes des milieux ruraux du Québec pour le cancer du sein. Quoiqu'il en soit, cette observation est peu

surprenante. Le cancer du sein est effectivement un des rares cancers reconnu pour affecter plus favorablement les femmes au statut socio-économique plus élevé. On observe ainsi une double tendance, d'une part entre les pays et, d'autre part, au sein même des pays. Dans le monde, le cancer du sein touche ainsi plus favorablement les pays industrialisés que les pays en voie de développement (Stewart, B.W. et P. Kleihues, 2003, pp. 188-189). Et à une échelle nationale, ce cancer affecte plus grandement les femmes dont le statut socio-économique est le plus élevé (Faggiano *et al.*, 1997). Par ailleurs, on reconnaît aussi à la fécondité précoce, à la parité élevée ainsi qu'à l'allaitement des vertus protectrices du cancer du sein (Stewart, B.W. et P. Kleihues, 2003, p. 189). L'indice synthétique de fécondité plus élevé et la fécondité précoce qui caractérisent les milieux ruraux du Québec ne seraient donc peut-être pas étrangers à l'avantage relatif de ces milieux quant à la mortalité par cancer du sein. Notons enfin – fait intéressant – qu'alors que la mortalité par cancer du sein s'accroît à mesure que l'on gagne l'arrière-pays, la pratique de l'allaitement au sein, à l'inverse décroît. Mentionnons cependant que les différences entre les trois zones rurales, tant pour la mortalité suite à une tumeur au sein que pour l'allaitement au sein, ne sont pas significatives.

La recherche internationale menée sur les maladies cardiovasculaires présente de son côté des résultats fort différents selon le pays en ce qui concerne les disparités entre milieux urbains et ruraux. Les études spécifiquement axées sur les cardiopathies ischémiques qui tiennent compte de différents types de milieux sont en outre très rares. Parmi celles-ci, une étude réalisée aux États-Unis dans l'état de l'Illinois a montré que la mortalité hospitalière suite à un infarctus du myocarde, la plus importante des cardiopathies ischémiques, a tendance à être plus élevée dans les régions rurales (Hand *et al.*, 1996). Une autre étude menée en Australie dénote une mortalité hospitalière 7 jours après l'infarctus plus élevée dans les hôpitaux non-métropolitains (Vu *et al.*, 2000). Peut-on en conclure pour autant que les résultats que l'on a observés dans la présente recherche indiquent une tendance inverse au Québec? Cela reste difficile à dire, d'autant plus que l'on ne traite pas de mortalité hospitalière dans cette recherche ni même de mortalité à 7 jours. Nos résultats intègrent par ailleurs d'autres formes de cardiopathies ischémiques que l'infarctus du myocarde. Il est toutefois intéressant de constater qu'au Québec, les habitudes de vie telles que le tabagisme, l'inactivité physique dans les loisirs et l'embonpoint, facteurs de risque majeurs des cardiopathies ischémiques (Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999, p. 23-43), affectent pourtant davantage les résidents des milieux ruraux (tableau 6). Pourquoi alors semblent-ils être moins victimes de cardiopathies ischémiques? Existe-t-il un facteur protecteur en milieu rural? Où sommes-nous en présence d'un artefact lié à un phénomène de substitution de la cause de décès? La présente recherche ne nous permet pas d'y répondre mais ces questions mériteraient de plus amples investigations.

Vivre en milieu rural plutôt qu'en ville semble aussi marquer certaines habitudes de vie importantes pour la santé et le bien-être des individus. On fait ici explicitement référence au tabagisme, à l'embonpoint et à l'inactivité physique dans les loisirs. Ces trois comportements sanitaires importants, nous l'avons vu, dans le développement de certaines pathologies, ressortent plus fréquemment dans l'ensemble du monde rural, mais seulement au sein des ZIM forte et modérée, la ZIM faible ou nulle ne présentant pas de résultats significativement supérieurs à la zone urbaine. À l'inverse, on observe une tendance de la consommation régulière d'alcool plus faible dans l'ensemble du monde rural que dans la zone urbaine. La ZIM forte se distingue là des deux autres ZIM puisque la proportion de personnes ayant déclaré consommer régulièrement de l'alcool (au moins une fois par mois) y est significativement plus élevée que dans le reste du monde rural et de même ampleur que dans la zone urbaine.

Ces disparités territoriales d'habitudes de vie relèvent certainement de plusieurs facteurs qui peuvent par ailleurs être différents et propres à chacune de ces habitudes. Plusieurs recherches ont toutefois montré que ces comportements sanitaires ont généralement un point commun : ils reflètent largement la situation économique et sociale des individus. Les disparités territoriales des habitudes de vie retracées dans la présente recherche pourraient donc, cela reste une hypothèse, être le reflet des inégalités socio-économiques entre nos zones. Au Québec, si l'on s'en tient aux résultats issus de l'Enquête sociale et de santé de 1998, il semblerait que les individus les plus défavorisés sont les plus susceptibles de présenter des habitudes de vie malsaines telles que le tabagisme, la sédentarité dans les loisirs et la malnutrition (Daveluy *et al.*, 2000). Dans notre étude, on observe une concordance entre la détérioration des caractéristiques socio-économiques à mesure que l'on se dirige vers la ZIM modérée et le plus fort penchant pour le tabagisme, l'inactivité physique dans les loisirs et l'embonpoint. Cette hypothèse ne semble cependant pas suffisante pour expliquer les écarts observés entre milieux, puisque la ZIM faible ou nulle, affichant le portrait socio-économique le plus médiocre, se démarque pourtant du reste du monde rural par une plus faible présence de ces comportements malsains. Des pistes d'explication pourraient aussi provenir de différences dans l'accessibilité aux équipements sportifs et de loisirs ou encore dans le niveau de sensibilisation des individus par les programmes de prévention ciblés.

Une étude réalisée récemment au Canada a montré que les personnes vivant en milieu rural ne sont pas plus sujettes à fumer que celles vivant en milieu urbain, à l'exception de la province du Québec, où la prévalence de fumeurs reste plus importante en milieu rural (Pitblado *et al.*, 1999, pp. 53-54). Cela corrobore donc nos résultats concernant le tabagisme. Mentionnons enfin qu'en dépit de différences méthodologiques, nos résultats corroborent aussi ceux obtenus dans d'autres études aux États-Unis à propos notamment de l'activité physique dans les loisirs et de l'obésité. La probabilité d'atteindre les recommandations d'activité physique apparaît ainsi positivement associée à la fois au niveau de revenu et à la résidence en milieu urbain, et *vice versa* (Parks *et al.*, 2003). L'obésité, quant à elle, semble plus importante chez les résidents de milieux ruraux, même si après contrôle des caractéristiques démographiques l'écart avec les résidents urbains diminue (Sobal *et al.*, 1996).

Sur un tout autre registre maintenant, celui du système de soins, on peut conclure à la lumière des indicateurs retenus pour qualifier certains aspects du système de soins, qu'il n'y a pas de différence significative entre la ville et la campagne et même entre les ZIM quant à l'impact général, positif ou négatif, que peuvent avoir ces soins sur la santé de la population. On n'observe en effet aucune différence dans la mortalité évitable ou dans les interventions dites pertinentes entre les milieux considérés.

Les différences entre les milieux se situent plutôt au niveau de l'organisation et de la disponibilité des services. On note d'abord en milieu rural un recours à l'hospitalisation plus important, particulièrement dans la ZIM la plus éloignée, et ce, pour des conditions médicales qui peuvent très bien être traitées dans un contexte de soins de première ligne, en clinique médicale ou en clinique externe par exemple. Une étude réalisée dans la province du Manitoba durant l'année fiscale 1991-1992 a également observé des taux d'hospitalisation plus importants dans les régions rurales que dans la région urbaine de Winnipeg (Black *et al.*, 1995). Il ressort aussi de cette étude que les résidents de milieux ruraux étaient d'une part plus susceptibles que leurs concitoyens citadins d'être hospitalisés pour des conditions de santé plus sévères et d'autre part plus enclins à utiliser des soins hospitaliers de courte durée. L'abondance relative de lits hospitaliers en milieu rural que l'on observe au Québec pourrait expliquer le recours plus important à l'hospitalisation dans les milieux ruraux. D'autres

facteurs pourraient aussi entrer en ligne de compte. La distance à parcourir pour recevoir les soins en est notamment un important. Il est en effet beaucoup plus difficile et délétère de renvoyer à domicile une personne présentant un problème de santé qui a parcouru une grande distance pour rejoindre l'hôpital. À cet égard, le taux d'hospitalisation le plus élevé que l'on observe dans la présente recherche concerne les milieux ruraux les plus reculés, ce qui sous-tendrait l'importance du facteur distance. Il est possible enfin, comme l'indique l'étude manitobaine, que les résidents des milieux ruraux ressentent le besoin de recourir aux soins plus tardivement, en raison de leur perception différente de la santé (Garrison, 1998; Heckman *et al.*, 1998; Matthews *et al.*, 1997; Weinert et Long, 1987). Ils se présentent donc à l'hôpital avec des conditions de santé plus sévères nécessitant inévitablement une hospitalisation.

En outre, le recours à l'hospitalisation et le nombre d'hospitalisations évitables plus élevés dans les collectivités rurales du Québec, en particulier celles de l'arrière-pays, indiquent peut-être la présence de certaines déficiences dans les soins de première ligne et notamment les soins de routine. La présente recherche ne permet pas de le vérifier avec certitude, mais rappelons que ce constat a déjà été établi à l'échelle nationale par Statistique Canada en 2001 (Sanmartin *et al.*, 2001) :

« Des améliorations pourraient être apportées en ce qui concerne les soins de santé de routine et l'information et les conseils en matière de santé, afin de réduire le nombre de personnes qui s'adressent aux hôpitaux et aux salles d'urgence pour obtenir des services de premier contact à n'importe quel moment de la journée. » (*Ibid.*, p. 23).

Il est en effet probable que cette situation n'en soit que plus vraie en milieu rural.

Nous avons par ailleurs vu que les résidents du monde rural ont davantage que les résidents de la ville un médecin de famille. Ce constat traduit l'importance qu'accordent généralement les résidents des milieux ruraux aux médecins omnipraticiens, non seulement parce qu'ils constituent la plupart du temps le seul personnel médical, avec le personnel infirmier, présents dans ces milieux, mais parce qu'ils incarnent souvent aux yeux des ruraux un support et réconfort moral, la sagesse et la connaissance (Farmer *et al.*, 2003). Les populations vivant dans les collectivités rurales sont par ailleurs plus réceptives à une médecine plus « compréhensive » que « médicale », à leur écoute, attentive à leurs besoins particuliers, que dispensent les médecins de famille (Miller *et al.*, 1987).

Dans cette optique, les médecins omnipraticiens et les infirmières qui constituent souvent le premier contact avec le réseau de la santé pour les résidents de milieux ruraux et, par conséquent, la pierre angulaire de l'organisation des soins de santé dans ces milieux, devraient être appelés à devenir les véritables « spécialistes » de la médecine rurale (Santé Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002). On observe en parallèle de nos jours une tendance à la saturation en médecins spécialistes. Ces médecins jouent un rôle important dans le système de santé. Mais les milieux ruraux ont avant tout besoin de médecins généralistes et d'infirmières, premier maillon du système et dispensateurs de premiers soins, souvent les plus nécessaires.

Le rôle à jouer par les facultés de médecine est alors de première importance. Les incitatifs financiers sont reconnus par l'ensemble des pays industrialisés comme nécessaires pour attirer ce personnel médical de première ligne. Toutefois, ils ne constituent pas à eux-seuls une solution suffisante, notamment pour retenir le personnel à moyen et long termes. Plusieurs études et commissions

recommandent donc, en complément à ces incitatifs financiers, de réviser et réorienter la formation de la main-d'œuvre. Pour inciter la pratique en milieu rural, les universités de médecine devraient tout d'abord encourager leurs étudiants à réaliser leurs stages dans les collectivités rurales. Il a en effet été montré à maintes reprises que les étudiants qui sont familiarisés avec les milieux ruraux et leurs populations sont plus enclins à y retourner pour pratiquer une fois diplômés. Dans ce sens, il est aussi important de faciliter le recrutement des candidats provenant de milieux ruraux, notamment en leur offrant des aides financières (Hart *et al.*, 2002). Les universités devraient également offrir un programme de médecine rurale complet, préparant le futur personnel aux particularités de ces milieux et de ce que cela implique dans la pratique médicale et la vie au quotidien (Pollet et Harris, 2002; Rourke et Strasser, 1996). De tels programmes participeraient aussi à défaire les préjugés défavorables de la pratique en milieu rural en créant un personnel « spécialiste de la médecine rurale » (Hart *et al.*, 2002).

Ceci ne doit cependant pas minimiser le rôle des médecins spécialistes dans les milieux ruraux dont la présence est essentielle pour prévenir ou traiter certains états de santé et de bien-être. On peut penser ici aux obstétriciens ou encore aux psychiatres qui, d'après nos résultats, ont fort à faire en milieu rural au Québec. N'oublions pas non plus les dentistes et orthodontistes. Il ressort de la présente recherche que les résidents des milieux ruraux sont moins enclins à les consulter et cette tendance diminue à mesure que l'on gagne la ZIM faible ou nulle. Il y a fort à parier que dans ce cas, de même que dans celui d'autres spécialistes, la faible disponibilité influence grandement le niveau de consultation. Cette situation qui prévaut au Québec est cependant loin de constituer un cas isolé dans les pays industrialisés. À plusieurs reprises il a été démontré au sein de ces pays qu'ils existait de très grandes variations territoriales dans l'utilisation des services de santé bucco-dentaire, à l'avantage des zones urbaines (Vargas *et al.*, 2002, 2003a, 2003b; Westover, 1999; Pacza *et al.*, 2001; Steele *et al.*, 2000). Au Canada, de telles variations territoriales d'utilisation de services de santé bucco-dentaires ont déjà été relevées en Ontario (Pitblado et Pong, 1995) et dans la majorité des provinces, y compris celle du Québec (Pitblado *et al.*, 1999). C'est la disponibilité des médecins spécialistes, dans l'ensemble, qui finalement est problématique dans les milieux ruraux des pays industrialisés.

Enfin, pour conclure cette discussion sur les principaux résultats de la présente recherche, il serait important de revenir quelque peu sur les résultats relatifs à la disponibilité des ressources du réseau de la santé au Québec. Rappelons en effet que les indicateurs de disponibilité des ressources présentés dans cette étude, pour l'essentiel des ratios ressource/population, ne sont en aucun cas des mesures de l'accessibilité aux services de soins et de santé. Ces indicateurs de disponibilité ne reflètent qu'une situation théorique très grossière. Par exemple, pour les CLSC, comme pour les cliniques médicales et dentaires, le nombre d'installations recensées n'est pas ajusté selon le nombre de professionnels ou d'intervenants associés à chacun de ces établissements. Si tel était le cas, le profil de variations pourrait être alors différent. De même, ces mesures ne tiennent pas compte de la localisation des ressources sur le territoire, ce qui peut aussi avoir des conséquences importantes sur l'accessibilité. Une mesure d'accessibilité pourrait tenir compte de nombreux autres facteurs tels que la distance moyenne à parcourir, le moyen de transport utilisé, les heures ouvrables, la couverture d'assurance des résidents, leur capacité financière, etc. Pour compléter la présente étude, il serait donc utile de produire de telles mesures d'accessibilité tant en ce qui concerne les ressources médicales que les ressources hospitalières. Les mesures développées au MSSS, telles que les ratios de lits ajustés pour la distance et la compétition, pourraient d'ailleurs servir à cette fin (Piché et Côté, 1997).

5.2 LE BILAN DE SANTÉ DES RÉSIDANTS DES MILIEUX URBAINS ET RURAUX AU QUÉBEC A-T-IL CHANGÉ? S'EST-IL AMÉLIORÉ OU DÉGRADÉ AU FIL DES ANS?

Dans la présente recherche il n'a pas été possible de produire des données permettant des comparaisons dans le temps pour les différents indicateurs et, par conséquent, de suivre l'évolution de certaines tendances. Par ailleurs, la conception originale de cette recherche intégrant de nombreuses sources de données sur la base d'une nouvelle grille territoriale – les ZIM – ne permet pas d'effectuer de comparaison stricte avec les recherches précédentes. En fait, divers travaux ont déjà exploré quelques particularités sanitaires des mondes urbain et rural au Québec depuis la fin des années 1970. Ce sont des études portant soit sur la mortalité ou sur l'état de santé général, ses déterminants et ses conséquences, à la faveur des grandes enquêtes sociales et de santé (références déjà citées). Ces études et enquêtes ont toutefois fait appel à des méthodologies différentes de celles que nous avons retenues ici (définition des territoires, mode de calcul des indices, etc.). On ne peut donc évaluer avec grande précision les changements survenus dans la santé des résidents des milieux concernés. Ce qu'il est possible de faire ressortir, ce sont les changements majeurs, les différences notoires, que l'on ne peut imputer exclusivement à des questions de méthodes.

En considérant certains indicateurs généraux de l'état de santé tels que l'espérance de vie à la naissance ou la prévalence des incapacités, on note peu de changement au fil des ans entre le bilan de santé des urbains et des ruraux du Québec. Si l'espérance de vie était légèrement supérieure en milieu rural à la fin des années 70, elle est maintenant légèrement inférieure en milieu rural par rapport à celle notée en milieu urbain. On parle ici d'un écart d'une année entre les milieux pour une espérance de vie moyenne qui avoisine actuellement les 80 ans. Un constat semblable s'applique à l'ensemble des incapacités, maintenant plus importantes en milieu rural, dont la différence reste minime entre les milieux urbain et rural.

On note aussi peu de changement quant à la variabilité de l'état de santé à l'intérieur du monde rural. La détérioration progressive de l'état de santé du voisinage des grands centres urbains jusqu'à la périphérie du Québec était déjà évidente en 1987 et en 1992-1993, à la suite des enquêtes sociales et de santé.

De même, on note peu de modifications en ce qui concerne la plupart des problématiques spécifiques au monde rural. Certaines formes de décès, cependant, offrent maintenant un profil différent de ce qu'il était à la fin des années 70. C'est le cas des cancers de la trachée, des bronches et du poumon qui sont passés d'une situation de sous-mortalité à une situation de surmortalité en milieu rural. C'est le cas également des suicides chez les femmes qui sont passés d'une situation de sous-mortalité rurale à une situation d'équivalence entre les milieux urbain et rural. Enfin, bien que les décès par accident routier et les décès infantiles aient régressé de façon importante partout au Québec, on note un certain accroissement des écarts reliés à ces décès entre la ville et la campagne, au détriment toujours de la campagne.

5.3 QU'APPORTE LA PRÉSENTE ÉTUDE À LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS AU QUÉBEC ET AILLEURS?

L'atout premier de la présente recherche est de faire appel à un vaste éventail de sources de données et d'indicateurs, en considérant simultanément l'état de santé général et certains problèmes spécifiques, la fécondité, les habitudes de vie, le recours aux services de santé et certaines mesures relatant l'organisation du système de soins. Ces diverses facettes de la santé et du bien-être des personnes vivant en milieu rural ont jusqu'à présent peu été documentées au Québec et au Canada et rarement dans une aussi large mesure. Au Québec, les enquêtes sociales et de santé de 1987, 1992-1993 et 1998 (Santé Québec, 1988a et 1988b; Pampalon *et al.*, 1990; Santé Québec *et al.*, 1995a et 1995b; Pampalon *et al.*, 1995; Daveluy *et al.*, 2000) et le Portrait de santé (Pageau *et al.*, 2001) marquent des précédents d'études vastes et approfondies de la santé et du bien-être des individus mais non axées spécifiquement sur les résidents de milieux ruraux. Dans le reste du Canada on retrouve quelques illustrations seulement de recherches assez larges sur la santé rurale. Parmi ces recherches, celles menées par le groupe de recherche du Centre for Rural and Northern Health Research (Laurentian University, Ontario) sont de première importance. Ce groupe, en collaboration avec le Canadian Institute for Health Information et le College of Family Physicians of Canada, a notamment jeté les bases d'une méthodologie pour évaluer la santé et le bien-être en milieu rural et démontré le potentiel encore non-exploité de création d'indicateurs à diverses échelles à partir des bases de données existantes au Canada (Pitblado *et al.*, 1999). La recherche que nous avons menée ici, au Québec, témoigne en quelque sorte de ce potentiel.

L'utilisation de ce potentiel est d'ailleurs souhaitable puisqu'elle permet non seulement de documenter des aspects de la santé jusque là inexplorés ou peu documentés, mais aussi de mieux comprendre les interactions entre les différentes dimensions de la santé et du bien-être. En outre, cela permet d'identifier des pistes de recherche intéressantes qui peuvent être explorées ultérieurement par des études plus pointues. Une telle approche multidimensionnelle, s'appuyant sur un large éventail d'indicateurs et de sources de données, est en effet gage d'un gain substantiel de subtilité dans l'analyse et la compréhension de la construction des inégalités de santé entre résidents des milieux urbains et ruraux. Comme nous l'avons vu au travers de nos résultats, une espérance de vie ou de santé semblables entre résidents de milieux urbains et ruraux peuvent très bien dissimuler des problèmes de santé très spécifiques à chacun des milieux. De même, à santé comparable il est possible d'observer des pratiques sanitaires et une organisation des soins fort différentes. Ce qui, finalement, n'implique pas le même type d'intervention de santé publique.

La présente recherche repose par ailleurs sur une grille spatiale d'analyse récemment développée par Statistique Canada, jusqu'alors très peu utilisée, qui différencie plusieurs degrés dans la ruralité. Respecter la pluralité des milieux ruraux est en effet aussi important que de distinguer le rural de l'urbain. Les multiples différences significatives que nous avons observées au sein du monde rural dans la présente recherche ne font que confirmer cette recommandation déjà énoncée à de nombreuses reprises. L'entendement du concept de « rural » peut être différent selon les individus et les pays, mais il importe effectivement d'adopter une définition qui permet tout autant de différencier le rural de l'urbain que de distinguer différents degrés dans le continuum rural-urbain.

Au Canada il existe pas moins de six définitions différentes de « rural », utilisant des critères, seuils et unités territoriales différentes. Il a été montré que ces définitions sont différemment pertinentes pour travailler sur des problématiques relatives au monde rural et que leur utilisation doit être fonction de la nature de la question de recherche et de la portée géographique (locale, régionale, nationale ou internationale) de celle-ci (du Plessis *et al.*, 2001). Parmi ces définitions, la typologie en ZIM produite par Statistique Canada, adoptée dans la présente recherche, se révèle particulièrement intéressante et pertinente à nos questions de recherche. Elle distingue en effet divers degrés de ruralité et offre ainsi la possibilité d'explorer les variations de la santé et du bien-être tant entre les milieux ruraux et urbains qu'au sein même des milieux ruraux. Cette typologie en ZIM présente aussi l'avantage de se baser sur une unité territoriale assez fine, soit la subdivision de recensement (SDR) qui, d'une part, est appropriée à un portrait local de la santé et du bien-être et, d'autre part, permet de construire des zones rurales plus précisément délimitées. Enfin, puisque cette typologie s'appuie sur la géographie du recensement elle procure toute la souplesse pour une analyse plus détaillée par région administrative d'échelon supérieur telle que par exemple la région socio-sanitaire, unité administrative de gestion et de planification des services de santé au Québec. Elle offre aussi la possibilité d'exploiter assez largement les nombreuses bases de données du domaine de la santé et du bien-être compatibles avec la géographie du recensement.

Mentionnons enfin que la typologie en ZIM utilisée dans la présente recherche diffère sensiblement des autres approches visant à découper le monde rural en différentes zones. En effet, cette typologie n'identifie pas *a priori* de zones rurales selon un profil socio-économique ou fonctionnel, mais selon la force des liens qu'elles entretiennent avec les grands centres urbains. Ainsi, le découpage en ZIM renvoie plutôt à des concepts de lieu de travail, de distance, de contiguïté et d'accessibilité (McNiven *et al.*, 2000) qu'à des caractéristiques socio-économiques ou à une approche fonctionnelle de l'espace (par exemple, un découpage en zone rurale traditionnelle, agricole, industrielle, touristique, etc.). On peut trouver au Québec des exemples de découpage sous un angle socio-économique et démographique avec les enquêtes sociales et de santé distinguant des aires homogènes vulnérables, intermédiaires et peu vulnérables dans le monde rural (Pampalon *et al.*, 1990, 1995). La démarche exploratoire sur le thème « santé et milieu rural » menée par trois Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) en France fournit quant à elle une bonne illustration de découpage territorial socio-économique et fonctionnel du monde rural qui peut être produit (Urcam Franche-comté *et al.*, 2002). La lunette de découpage en ZIM combine toutefois jusqu'à un certain point une grille spatiale socio-économique et fonctionnelle. Le portrait sociosanitaire produit par ZIM (tableau 1) montre effectivement qu'à mesure que l'influence des RMR-AR diminue, le profil socio-économique des zones rurales se dégrade et l'activité économique cède de plus en plus la place aux activités minières, de foresterie et de pêche. Ces trois approches de découpage du monde rural sont finalement inter-reliées. En bout de ligne, le choix de la méthode de découpage d'un territoire dépend de la problématique sur laquelle l'analyste se penche.

5.4 LIMITES DE L'ÉTUDE

La présente étude comporte certaines limites de différentes natures qui invitent donc le lecteur à la prudence lors de l'interprétation des résultats.

Sur le plan méthodologique, tout d'abord, une première série de limites peut être inhérente aux diverses bases de données utilisées. Ces bases de données peuvent ainsi être lacunaires pour certaines données mais aussi présenter des erreurs de saisie ou encore de codage. Par ailleurs, l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes de 2001, largement mise à contribution dans la présente recherche, porte sur un échantillon. De même, les décès, hospitalisations et naissances pris en compte ne reflètent que la situation prévalant sur trois années seulement. Les taux produits dans cette étude constituent ainsi des estimations et ils comportent une marge d'erreur, que nous avons fixée ici à moins de 5 %. Il reste donc une chance sur vingt que les différences observées entre milieux n'existent pas véritablement.

À l'inverse, parfois, certaines différences entre unités géographiques ne peuvent pas être déclarées comme étant statistiquement significatives en raison justement de la variabilité trop importante de certaines estimations. Une reprise périodique de cette recherche permettrait alors de mieux juger de la signification de ces différences.

Le choix de découpage du monde rural en ZIM doit également retenir l'attention du lecteur. Bien que ce choix semble judicieux en regard de notre problématique et de nos questions de recherche, il possède aussi ses limites. En effet, comme toute définition s'établissant à partir de seuils il existe une part d'arbitraire et des zones de flou autour de ces seuils. La typologie en ZIM étant récente, elle ne permet par ailleurs que difficilement d'effectuer des comparaisons avec d'autres études. Pour la même raison, le volet temporel est absent de cette étude qui n'a pu analyser avec précision l'évolution dans le temps des différents indicateurs produits. En revanche, ce volet pourrait dorénavant être inclus dans de futures reprises de cette recherche.

Finalement, bien que cette recherche intègre un grand nombre d'indicateurs documentant diverses facettes de la santé et du bien-être, elle n'en reste pas moins qu'une image partielle de la réalité. De plus, son caractère résolument exploratoire et descriptif ne permet pas d'établir de liens de cause à effet entre les différentes dimensions de la santé et du bien-être que nous avons considérées. Si cette étude a mis en évidence des disparités territoriales de santé et de bien-être, il reste ainsi difficile de les expliquer, si ce n'est par l'entremise d'hypothèses qui restent à vérifier.

6 CONCLUSION

La présente étude a permis de constater la spécificité tout autant que la pluralité des milieux ruraux en regard de la santé, de ses déterminants et des caractéristiques marquant l'organisation du système de soins. Elle montre la nécessité de reconnaître explicitement l'existence du monde rural et la diversité des milieux ruraux dans le développement de nouvelles connaissances et l'intervention en matière de santé et de bien-être.

La présente étude a voulu mettre à jour un certain nombre d'indicateurs permettant de jeter les bases d'un bilan sanitaire global des milieux ruraux du Québec. Si plusieurs problématiques ont pu être abordées, certaines n'ont pu l'être faute de temps ou de ressources mais certes pas par manque d'intérêt ou de données utiles. Parmi les aspects à documenter, il reste notamment les situations d'abus, de négligence et de troubles de comportement chez les jeunes référées aux Directions régionales de la protection de la jeunesse; il reste la criminalité sous ses différentes formes telle que recensée par le ministère de la Sécurité publique; il reste le monde du travail pour lequel la Commission de la santé et de la sécurité au travail possède une information extrêmement riche; il reste la santé mentale qui pourra être mieux caractérisée à l'aide du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, dont les données sont maintenant disponibles; il reste enfin un secteur que des intervenants de milieux ruraux considèrent comme distinctif de ces milieux, soit les réseaux sociaux : leur cohésion, leur enracinement dans le milieu. Si la présente étude a montré l'importance des groupes communautaires en milieu rural, et particulièrement dans l'arrière-pays, elle aurait pu exploiter davantage l'ESCC sous l'angle des réseaux sociaux; une donnée issue de cette enquête révèle en effet que le sentiment d'appartenance à la communauté locale est plus élevé en milieu rural et qu'il s'accroît à mesure que l'on s'éloigne des centres urbains.

Brosser un tel portrait global de santé et de bien-être en milieu rural est nécessaire mais ne saurait être suffisant pour bien comprendre les interactions qui existent entre les multiples déterminants de la santé et la santé elle-même. Pour cela, des travaux plus ciblés, et plus spécifiques aussi sont requis. Il importe notamment de modifier l'échelle d'analyse et d'examiner en profondeur la situation prévalant au niveau local, en ciblant par exemple certaines MRC dont les caractéristiques reflètent la diversité des milieux ruraux québécois. Un projet de cette nature est actuellement en cours dans la région de Québec (De Koninck *et al.*, 2002) mais ce projet devra être étendu à d'autres régions pour mieux refléter la diversité rurale. Il importe également de conduire des analyses plus spécifiques sur des questions complexes et qui, par ailleurs, constituent des enjeux majeurs pour le système de santé québécois. C'est le cas, par exemple, de l'organisation des soins de première ligne en milieu rural, et plus particulièrement de celle existant en milieu éloigné des grands centres, qui ne pourra être comprise sans des efforts particuliers. Deux projets (Loslier *et al.*, 2003; Gauthier *et al.*, 2003) d'envergure s'intéressent actuellement à cette question. Ces initiatives sont à encourager et à développer dans d'autres domaines.

S'il est nécessaire d'approfondir notre connaissance des réalités rurales, il demeure que la présente étude fournit des indications utiles à l'intervention sanitaire et sociale. Elle montre d'abord que les efforts actuellement consentis, que ce soit par le biais de politiques, de programmes ou de services concrets à la population, doivent prendre en compte explicitement la réalité propre aux milieux ruraux. Comment ces politiques, programmes et services rejoignent-ils la population résidant en milieu rural? Comment ces éléments sont-ils ajustés aux caractéristiques des milieux et des populations rurales?

Ces questions interpellent au premier chef le réseau de la santé et des services sociaux. Face à l'importance de la mortalité infantile, elles interpellent les programmes locaux de *Santé maternelle et infantile*, de même que les programmes plus ciblés de type *Naître égaux et grandir en santé* et de *Soutien aux jeunes parents*, ainsi que les soins de première ligne dispensés par les médecins en cabinet privé ou en CLSC. Face à l'importance du suicide, elles interpellent les *Centres régionaux de prévention du suicide*. Face à la persistance d'habitudes de vie néfastes telles que le tabagisme, l'embonpoint et le peu de penchant ou d'opportunité pour la pratique d'activités physiques de loisir, elles interpellent les autorités nationale et régionales de santé publique pour l'adoption de stratégies d'intervention adaptées aux milieux ruraux.

Ces questions interpellent tout autant d'autres secteurs de l'activité gouvernementale et celui des transports est non le moindre, compte tenu du nombre d'accidents mortels survenant sur les routes rurales du Québec. Elles interpellent enfin les secteurs de l'éducation, de l'emploi et de la sécurité du revenu pour un certain rehaussement des conditions de vie générales des populations rurales, lesquelles demeurent inférieures à celles des populations urbaines et non sans lien avec la santé et le bien-être en milieu rural.

7 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aday, L.A., Quill, B.E. et C.C. Reyes-Gibby (2001). « Equity in rural health and health care ». In S. Loue et B.E. Quill. *Handbook of rural health*. New York, Kluwer Academic / Plenum Publishers.

Aloise-Young, P.A., Wayman, J.C. et R.W. Edwards (2002). « Prevalence of cigarette smoking among rural adolescents in the United States ». *Substance Use and Misuse*, 37(5-7): 613-630.

Audet, T., Marcil, I. et M. Pouliot (1995). « La conduite automobile avec facultés affaiblies par l'alcool chez les jeunes du milieu rural du Québec : comparaison entre les années 1983 et 1992 ». *Canadian Journal of Public Health*, 86 (5): 333-334.

Barbagallo, C.M., Cavera, G., Sapienza, M., Noto, D., Cefalu, A.B., Pagano, M., Montalto, G., Notarbartolo, A. et M.R. Aversa (2001). « Prevalence of overweight and obesity in rural southern Italy population and relationships with total and cardiovascular mortality: the Ventimiglia di Sicilia project ». *International Journal of Obesity and related metabolic disorders*, 25(2):185-190.

Barbeau A., Roy M., Bernier G., Campanella G. et S. Paris (1987). « Ecogenetics of Parkinson's disease: prevalence and environmental aspects in rural areas ». *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 14(1): 36-41.

Bernard, J.M. et L. Guyon-Bourbonnais (1975). *La Géographie de la mortalité au Québec, 1969-1972*. Québec, Service des études épidémiologiques, MAS.

Black, C.D., Roos, N.P. et C.A. Burchill (1995). « Utilization of hospital resources ». *Medical Care*, 33(12 suppl.): DS55-72.

Blair, A., Malker, H., Cantor, C.P., Burmeister, L. et K. Wiklund (1985). « Cancer among farmers : a review ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 11: 397-407.

Blane, D. (1999). « The life course, the social gradient, and health ». In M. Marmot et R.G. Wilkinson. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

Bollman, R.D. (sous la direction de) (1992). *Régions rurales et petites villes du Canada*. Toronto, Thompson Educational Publishing.

Bosak, J. et B. Perlman (1982). « A review of the definition of rural ». *Journal of Rural Community Psychology*, 3(1): 3-34.

Bryant, L. (1999). « The delivery of sustainable rural and remote health services ». *Regional Australia Summit*, 27-29 October 1999. <http://www.dotrs.gov.au/regional/summit/> (septembre 2003).

Bushy, A. (2002). « International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA ». *Australian Journal of Rural Health*, 10: 104-111.

Carstairs, V. et R. Morris (1989). « Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales ». *British Medical Journal*, 299: 886-889.

Catto, Susan *et coll.* (2003). « Slow Death. Canada's small towns are fading away. Should you care? ». *Time*, 13 octobre 2003: 48-57.

Charlton, J.R. (1996). « Which areas are healthiest? ». *Population Trends*, 83: 17-24.

Chen, B., Mario, R.F., Green, P.E. et R.E. Burney (1995). « Geographical variation in mortality from motor vehicle crashes ». *Journal of Trauma*, 38(2): 228-232.

Choinière, R. (1993). « Principales causes de décès et d'hospitalisation dans la région de Montréal ». *Cahiers Québécois de démographie*, 22 (1): 179-192.

Clayer, J.R. et A.S. Czechowicz (1991). « Suicide by aboriginal people in South Australia : comparison with suicide deaths in the total urban and rural populations ». *Medical Journal of Australia*, 154(10): 683-685.

Clayer, J.R., McFarlane, A.C., Bookless, C.L., Air, T., Wright, G. et A.S. Czechowicz (1995). « Prevalence of psychiatric disorders in rural South Australia ». *Medical Journal of Australia*, 163(3): 124-5 - 128-9.

Coburn, A.F., Bolda, E.J. et R.G. Keith (2003). « Variations in nursing home discharge rates for urban and rural nursing facility residents with hip fracture ». *Journal of Rural Health*, 19(2): 148-155.

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Ottawa, Santé Canada.

Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales (1998). *Rapport de 1998 du Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatale*. Montréal, Publication du Collège des médecins du Québec.

Côté, C. et C. Barriault (1987). *Les disparités entre les populations en besoins et la répartition géographique des ressources disponibles*. Dossier thématique. Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Coward, R.T. et S.J. Cutler (1989). « Informal and formal health care systems for the rural elderly ». *Health Services Research Journal*, 23(6):785-806.

Cox, J. (1998). « Poverty in rural areas...is more hidden but no less real than in urban areas ». *British Medical Journal*, 316: 722.

Cribb, J. (1994). « Farewell to the heartland ». *The Australian Magazine*, February : 11-16.

Cronk, C.E. et P.D. Sarvela (1997). « Alcohol, tobacco, and other drug use among rural/small town and urban youth : a secondary analysis of the monitoring the future data set ». *American Journal of Public Health*, 87(5):760-764.

Dalphin, J.C., Debieuvre, D., Pernet, D. *et al.* (1993). « Prevalence and risk factors for chronic bronchitis and farmer's lung in French dairy farmers ». *British Journal of Industrial Medicine*, 50: 941-944.

- Dalphin, J.C., Dubiez, A., Monnet, E. *et al.* (1998a). « Prevalence of asthma and atopy in dairy farmers in the French province of the Doubs ». *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 158: 1493-1498.
- Dalphin, J.C., Maheu, M.F., Dussaucy, A. *et al.* (1998b). « Six year longitudinal study of respiratory function in dairy farmers of the Doubs ». *European Respiratory Journal*, 11: 1287-1293.
- Daveluy C., Pica L., Audet N., Courtemanche R., *et al.* (2000). *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- De Koninck, M. *et al.* (2002). *Inégalités de santé et milieux de vie : déterminants sociaux en cause et leurs interactions*. Projet subventionné par l'Institut canadien d'information sur la santé.
- Diala, C.C. et C. Muntaner (2003). « Mood and anxiety disorders among rural, urban, and metropolitan residents in the United States ». *Community Mental Health Journal*, 39(3): 239-52.
- Doll, R. (1991). « Urban and rural factors in the aetiology of cancer ». *International Journal of Cancer*, 47(6): 803-810.
- Dudley, M., Kelk, N., Florio, T. *et al.* (1997). « Suicide among young rural Australians 1964-1993 : a comparison with metropolitan trends ». *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiol*, 32(5): 251-260.
- du Plessis, V., Beshiri, R. et R.D. Bollman, Statistique Canada et Heather Clemenson, Secrétariat rural, Agriculture et agroalimentaire Canada (2001). « Définitions de " rural " ». *Bulletin d'analyse - Régions rurales et petites villes du Canada*, 3 (3), No 21-006-XIF au catalogue.
- Eggebeen, D.J. et D.T. Lichter (1993). « Health and well-being among rural americans: variations across the life course ». *Journal of Rural Health*, 9(2): 86-98.
- Faggiano, F., Partanen, T., Kogevinas, M. et P. Boffetta (1997). « Socio-economic differences in cancer incidence and mortality ». In M. Kogevinas, Pearce, N., Susser, M. et P. Boffetta (sous la direction de). *Social inequalities and cancer*. Lyon, IARC Scientific publications No. 138.
- Farmer, J., Lauder, W., Richards, H. et S. Sharkey (2003). « Dr. John has gone: assessing health professionals' contribution to remote rural community sustainability in the UK ». *Social Science and Medicine*, 57: 673-686.
- Fearn, R. (1987). « Rural health care: a British success or a tale of unmet need? ». *Social Science and Medicine*, 24(3): 263-274.
- Ferland, M. (2000). *L'Enquête sociale et de santé dans la région de Québec : un premier constat*. Québec, RRSSS de Québec, Direction de la santé publique.
- Ferland, M. et Bouillon, J.L. et M. Côté (coll.) (2000). *L'Enquête sociale et de santé dans la région de Québec : un premier constat. Rapport statistique*. Québec, RRSSS de Québec, Direction de la santé publique.

Fondation des maladies du cœur du Canada (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Ottawa, FMCC.

Friis, S. et H.H. Storm (1993). « Urban-rural variation in cancer incidence in Denmark 1943-1987 ». *European Journal of Cancer*, 29A(4): 538-544.

Garrison, M.E.B. (1998). « Determinants of the quality of life of rural families ». *Journal of Rural Health*, 14: 146-154.

Gauthier, J., Haggerty, J., Pineault, R., Lamarche, P., Morin, D., Sylvain, H. et al. (2003). *Modèles d'organisation des services de santé primaire et accès aux services requis par les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec*. Programme de recherche subventionné par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, le Fonds de recherche en santé du Québec et le ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Gerberich, S.G., Robertson, L.S., Gibson, R.W. et C. Renier (1996). « An epidemiological study of roadway fatalities related to farm vehicles: United States, 1988 to 1993 ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38 : 1135-1140.

Gillanders, W.R. et T.F. Buss (1993). « Access to medical care among the elderly in rural Northeastern Ohio ». *Journal of Family Practice*, 37(4): 349-355.

Godon, D., Lajoie, P., Thouez, J.P. et D. Nadeau (1989a). « Pesticides and cancer in a Quebec rural farming population : a geographical interpretation ». *Social Science and Medicine*, 29 (7) : 819-833.

Godon D., Thouez J.P., Lajoie P. et D. Nadeau (1989). « Incidence of cancers of the brain, the lymphatic tissues, and of leukemia and the use of pesticides among Quebec's rural farm population, 1982-1983 ». *Geography and Medicine*, 19: 213-32.

Gouvernement du Canada (1998). *Des solutions rurales aux questions rurales : Atelier rural national, 2-4 octobre, 1998, rapport final*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. [J. Rochon, commissaire]. Québec, Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec, Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001). *Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. [M. Clair, commissaire]. Québec, Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Plan stratégique 2001-2004 du MSSS*. Québec, Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec. Ministère des Régions (2001). *Politique nationale de la ruralité. Une vision d'avenir*. Québec, Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec (2002). *Projet de loi No 114, chapitre 39 : " Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence "*. Québec, Assemblée Nationale, Deuxième session, Trente-sixième législature.

Graham S., Blanchet M. et T. Rohrer (1977). « Cancer in asbestos-mining and other areas of Quebec ». *Journal of the National Cancer Institute*, 59(4): 1139-1145.

Halfacree, K.H. (1993). « Locality and social representation: space, discourse and alternative definitions of rural ». *Journal of Rural Studies*, 9(1): 23-37.

Hamel, P.J. (2000). La gestion des services publics locaux sur des territoires de très faible densité. In M. Carrier et S. Côté (sous la direction de). *Gouvernance et territoires ruraux*. Collection Science Régionale. Sainte Foy, Les Presses de l'université du Québec.

Hand, R., Klemka Walden L. et D. Inczauskis (1996). « Rural hospital mortality for myocardial infarction in medicare patients in Illinois ». *American Journal of Medical Quality*, 335:1880-1887.

Hart, L.G., Salsberg, E., Phillips, D.M. et D.M. Lishner (2002). « Rural health care providers in the United States ». *Journal of Rural Health*, 18(S): 211-232.

Hartley, D., Bird, D.C. et P. Dempsey (1999). « Rural mental health and substance abuse ». In T.C. Ricketts (sous la direction de). *Rural health in the United States*, pp. 159-178. New York: Oxford University Press.

Hawley, S.T., Foxhall, L., Vernon, S.W., Levin, B. et J.E. Young (2001). « Colorectal cancer screening by primary care physicians in Texas: a rural-urban comparison ». *Journal of Cancer Education*, 16(4): 199-204.

Haynes, R. et S. Gale (2000). « Deprivation and poor health in rural areas : inequalities hidden by averages ». *Health and Place*, 00: 1-11.

Hays, R.B. (1999). « Common international themes in rural medicine ». *Australian Journal of Rural Health*, 7(3): 191-194.

Hayward, M.D., Pienta, A.M. et D.K. McLaughlin (1997). « Inequality in men's mortality: the socio-economic status gradient and geographic context ». *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(4): 313-330.

Heckman, T.G., Somlai, A.M., Kalichman, S.C., Franzoi, S.L. et J.A. Kelly (1998). « Psychosocial differences between urban and rural people living with HIV/AIDS ». *Journal of Rural Health*, 14: 138-145.

Hogg W. (1990). « The role of computers in preventive medicine in a rural family practice ». *Canadian Medical Association Journal*, 143(1) : 33-37.

House, J.S., Lepkowski, J.M., Williams, D.R et al. (2000). « Excess mortality among urban residents: how much, for whom, and why? ». *American Journal of Public Health*, 90(12) : 1898-1904.

Howe, H.L., Johnson, T.P., Lehnherr, M., Warnecke, R.B., Katterhagen, J.G. et L. Ford (1995). « Patterns of breast cancer treatment : a comparison of a rural population with an urban population and a community clinical oncology program sample ». *Cancer Control Journal*, 2(2): 113-120.

Human, J. et C. Wasem (1991). « Rural mental health in America ». *American Psychologist*, 46: 232-239.

Humphreys, J., Hegney, D., Lipscombe, J., Gregory, G. et B. Chater (2002). « Whither rural health? Reviewing a decade of progress in rural health ». *Australian Journal of Rural Health*, 10: 2-14.

Jack, R.H., Gulliford, M.C., Ferguson, J. et H. Moller (2003). « Geographical inequalities in lung cancer management and survival in South East England: evidence of variation in access to oncology services? ». *British Journal of Cancer*, 88: 1025-1031.

James, A. (2001). « Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness? ». *Social Science and Medicine*, 49(8): 1021-1034.

Johnsen, M.C., Morrissey, J.P., Calloway, M.O., Fried, B.J., Bank, M. et al. (1997). « Rural mental health leader's perceptions of stigma and community issues ». *Journal of Rural Health*, 13: 59-70.

Johnson-Weeb, K.D., Baer, L.D. et W.M. Gesler (1997). « What is rural? Issues and considerations ». *Journal of Rural Health*, 13(3): 253-6.

Judd, F.K. et J.S. Humphreys (2001). « Mental health issues for rural and remote Australia ». *Australian Journal of Rural Health*, 9(5): 254-258.

Katt, M., Kinch, P., Boone, M. et B. Minore (1998). « Coping with northern Aboriginal youths' suicides ». In, A.A. Leenaars et al., (sous la direction de). *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press.

Kim, J. et J.A. Hanley (2002). « The role of Woodstoves in the etiology of nasal polyposis ». *Archive of Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, 128: 682-686.

Lacroix-Dubé, N. et L. Youde (1981). *La mortalité à Québec. Étude de distribution spatiale des principales causes pour les années 1976 à 1978*. Mémoire de recherche. Québec, Université Laval, Département de Géographie.

Larson, E.H., Hart, L.G. et R.A. Rosenblatt (1997). « Is non-metropolitan residence a risk factor for poor birth outcome in the U.S.? ». *Social Science and Medicine*, 45(2): 171-188.

Lavalley, J., Crandall, C.S., Banks, L., Sklar, D.P. et L. Boodlal (2003). « Rural and urban fatal pedestrian crashes among United States American Indians and Alaskan natives ». *Annual Proceedings of the Association for the Advancement of Automotive Medicine*, 47: 127-143.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. et INSERM (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.

Leenaars, A.A., Wenckstern, S., Sakinofsky, I., Dyck, R.J., Kral, M.J. et R.C. Bland (sous la direction de) (1998). *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press.

Legault, O. et P. Mercier et Pineault, R. et J. Morisset (coll.) (2003). *Mortalité et hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire, cancer du poumon, maladies pulmonaires obstructives chroniques et diabète sucré. Région de Québec et territoires locaux (de CLSC)*. Québec, RRSSS de Québec.

Liu, L., Hader, J., Brossart, B., White, R. et S. Lewis (2001). « Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada ». *Social Science and Medicine*, 52(12): 1793-1804.

Loda, F.A., Speizer, I.S., Martin, K.L., Skatrud, J.D. et T.A. Bennett (1997). « Programs and services to prevent pregnancy, childbearing, and poor birth outcomes among adolescents in rural areas of the southeastern United States ». *Journal of Adolescent Health*, 21(3): 157-166.

Loslier, J., Vanasse, A. et T. Niyonsenga (2003). *Ruralité au Québec et infarctus du myocarde*. Poster présenté dans le cadre des 7^e journées annuelle de santé publique, Montréal, 1^{er} décembre 2003.

Loslier, L. (1976). *La mortalité dans les aires sociales de la région métropolitaine de Montréal*. Québec, Service des études épidémiologiques, MAS.

Loslier, L. (1977). *La différenciation spatiale et sociale de la mortalité dans la région métropolitaine de Québec*. Montréal, UQAM, Département de Géographie.

Loslier, L. (1979). *Modes de vie et disparités de santé : la mortalité dans les zones rurales et les agglomérations du Québec*. Montréal, UQAM, Département de Géographie.

Loue, S. et B.E. Quill (2001). *Handbook of rural health*. New York, Kluwer Academic / Plenum Publishers.

Low, B.P. et S.F. Andrews (1990). « Adolescent suicide ». *Medical Clinics of North America*, 74(5): 1251-1264.

MacLeod, M. (1999). « “We’re It”: Issues and realities in rural nursing practice ». In W. Ramp, Kulig J., Townshend I., McGowan V. (sous la direction de). *Health in Rural Settings: Contexts for Action*. Lethbridge, University of Lethbridge, pp. 165-178.

MacLeod, M., Browne, A.J. et B. Leipert (1998). « Issues for nurses in rural and remote Canada ». *Australian Journal of Rural Health*, 6: 72-8.

Madden, A.C., Simmons, D., McCarty, C.A., Khan, M.A. et H.R. Taylor (2002). « Eye health in rural Australia ». *Clinical and Experimental Ophthalmology*, 30(5): 316-321.

Manious III, A.G. et F.P. Kohrs (1995). « A comparison of health status between rural and urban adults ». *Journal of Community Health*, 20(5): 423-431.

Manitoba Centre for Health Policy et al. (2003). *The Manitoba RHA Indicators Atlas : Population-Based Comparisons of Health and Health Care Use*. Winnipeg, MCHP, University of Manitoba.

Marmot M., Siegrist J., Theorell T. et A. Feeney. 1999. « Health and the psychosocial environment at work ». In M. Marmot, Wilkinson R.G. *Social Determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press.

Marmot M. et R.G. Wilkinson. 1999. *Social Determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press.

Martin, D., Brigham, P., Roderick, P., Barnett, S. et I. Diamond (2000). « The (mis)representation of rural deprivation ». *Environment and Planning A*, 32: 735-751.

Masecar, D. (1998). « Suicide prevention in rural communities: "designing a way forward" ». In A.A. Leenaars et al., (sous la direction de), *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press.

Mathers, C. (1995). « Mortality patterns of urban, rural and remote populations in northern Australia ». *People Place*, 3(2): 15-24.

Matthews, H.F., Lannin, D.R. et J.P. Mitchell (1997). « Coming to terms with advanced breast cancer: black women's narratives from eastern North Carolina ». In G.E. Henderson, N.M.P. King, R.P. Strauss (sous la direction de), *The Social Medicine Reader*, Durham, Duke University Press, pp. 43-61.

McCarty, C., Chyou, P.H., Ziegelbauer, L. et al. (2002). « A comparison of cardiovascular disease risk factors in farm and non-farm residents: the Wisconsin Rural Women's health Study ». *Wisconsin Medical Journal*, 101(7): 34-39.

McKie, C. (1992). « Le mot « rural » désigne-t-il un concept pertinent? ». Chapitre 22, in R.D. Bollman (sous la direction de). *Régions rurales et petites villes du Canada*. Toronto, Thompson Educational Publishing.

McNiven, C., Puderer, H. et D. Janes (2000). *Zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM): une description de la méthodologie*. Ottawa, Statistique Canada, Série de documents de travail de la géographie N° 2000-2, N° 92F0138MIF au catalogue.

Middleton, N., Gunnell, D., Frankel, S., Whitley, E. et D. Dorling (2003). « Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1998 ». *Social Science and Medicine*, 57(7): 1183-1194.

Miller, M.K., Stokes, C.S. et W.B. Clifford (1987). « A comparison of the rural-urban mortality differential for deaths from all causes, cardiovascular disease, and cancer ». *Journal of Rural Health*, 3: 23-24.

Miller, M.K., Farmer, F.L. et L.L. Clarke (1994). « Rural populations and their health ». In J.E. Beaulieu, Berry, D.E., (sous la directions de). *Rural health services*. Ann Arbor, AUPHA Press/Health Administration Press.

Monroe, A.C., Ricketts, T.C. et L.A. Savitz (1992). « Cancer in rural versus urban populations: a review ». *Journal of Rural Health*, 8(3): 212-220.

Morgan, K., Armstrong, G.K., Huppert, F.A., Brayne, C. et W. Solomou (2000). « Healthy ageing in urban and rural Britain: a comparison of exercise and diet ». *Age and Ageing*, 29: 341-348.

Morrill, R., Gaille, G. et G. Thrall (1995). *Spatial diffusion*. Newberry Park, CA: Sage Publications, Inc.

Mustard C., Derksen S., Berthelot J.M., Wolfson M. et L.L. Roos (1997). « Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province ». *Social Science and Medicine*, 45(3): 383-397.

Nesbitt, T.S., Scherger, J.E. et J.L. Tanji (1989). « The impact of obstetrical liability on access to perinatal care in the rural United States ». *Journal of Rural Health*, 5(4): 321-335.

O'Loughlin, J. et J.F. Boivin (1987). *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal*. Recueil de résumés : pp. 159-168. Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ontario.Mministère de la Santé (1997). *Access to Quality Health Care in Rural and Northern Ontario : The Rural and Northern Health Care Framework*. Toronto, ministère de la Santé.

Pacza, T., Steele, L. et M. Tennant (2001). « Development of oral health training for rural and remote aboriginal health workers ». *Australian Journal of Rural Health*, 9(3): 105-110.

Pageau, M., Choinière, R., Ferland, M. et Y. Sauvageau (2001). *Le Portrait de santé. Le Québec et ses régions*. Édition 2001. Les publications du Québec, Québec.

Pageau, M., Ferland, M. et P. Mercier (2001). *Le Portrait de santé de la région de Québec : synthèse des principaux constats*. Édition 2001. Les publications du Québec, Québec.

Pampalon, R. (1985). *Géographie de la santé au Québec*. Québec, Les Publications du Québec.

Pampalon, R. (1986). *La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations du Québec; 1979-1983*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pampalon, R., Gauthier, R., Raymond, G. et D. Beaudry (1990). *La santé à la carte*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Les Publications du Québec.

Pampalon, R. (1991). « Health discrepancies in rural areas in Québec ». *Social Science and Medicine*, 3 (4): 355-360.

Pampalon, R. (1994). « La santé des Québécois et des Québécoises » In V. Lemieux,, Bergeron P. Bégin C. et Bélanger G. (Éditeurs) *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Chapitre 2. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Pampalon, R., Loslier, L., Raymond, G., Provencher, P. et Santé Québec (1995). *Variations géographiques de la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 3*.Montréal, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pampalon R. et G. Raymond (2000). « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec ». *Maladies chroniques au Canada*, 21(3): 113-122.

Parks, S.E., Housemann, R.A. et R.C. Brownson (2003). « Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socio-economic backgrounds in the United States ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1): 29-35.

Pesonen, T.M., Hintikka, J., Karkola, K.O., Saarinen, P.I., Antikainen, M. et J. Lehtonen (2001). « Male suicide mortality in eastern Finland: urban-rural changes during a 10-year period between 1988 and 1997 ». *Scandinavian Journal of Ppublic Health*, 29(3): 189-193.

Phillimore, P. et R. Reading (1992). « A rural advantage? Urban-rural health differencies in Northern England ». *Journal of Public Health Medicine*, 14(3): 290-299.

Piché J. et H. Côté (1997). *Développement et validation d'une indicateur d'accessibilité géographique aux ressources hospitalières*. Québec, ministère de la santé et des services sociaux, Collection Méthodologie et Instrumentation, numéro 11.

Pitblado, J.R., Pong, R.W., Irvine, A. et al. (1999). *Assessing rural health: toward developing health indicators for rural Canada*. Sudbury, Centre for Rural and Northern Health Research Laurentian University.

Pitblado, J.R. et R.W. Pong, (1995). « Comparisons of regional variations in the utilization of medical and dental services in Ontario : a test of several hypotheses ». In Canadian Health Economics Research Association et Wilfred Laurier University. *Canadian Conference on Health Economics*. Waterloo.

Pollet, W.G. et K.A. Harris (2002). « The future of rural surgical care in Canada : a time for action ». *Journal canadien de chirurgie*, 45(2): 88-89.

Ramp W., Kulig J., Townshend I., McGowan V. (sous la direction de) (1999). « Health in Rural Settings: Contexts for Action ». Lethbridge, University of Lethbridge.

Regnier, R. (1994). « The sacred circle : A process pedagogy of healing ». *Interchange*, 25(2):129-144.

Ricketts, T.C., III. (sous la direction de). (1999). *Rural health in the United States*. New York, Oxford University Press.

Ricketts, T.C. et K.D. Johnson-Weeb (1997). *What is a "rural" and how to measure "rurality": a focus on health care delivery and health policy*. Chapel Hill, North Carolina Rural Health Research and Policy Analysis Center.

Risser, D.R. (1996). « Cancer incidence and mortality in urban versus rural areas of Texas, 1980 through 1985 ». *Texas Medical Journal*, 92(1): 58-61.

Rourke, J.T.B. et R. Strasser (1996). « Education for rural practice in Canada and Australia ». *Academic Medicine*, 71(5): 464-469.

Royal Commission on Aboriginal Peoples (1995). *Choosing life: Special report on suicide among Aboriginal people*. Ottawa, Supply and Services Canada.

Sanmartin, C., Houle, C., Berthelot, J.-M. et K. White (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa, Statistique Canada, Groupe d'analyse et de mesure de la santé, No 82-575-XIF au catalogue.

Santé Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada*. [R.J. Romanow, commissaire]. Rapport final. Ottawa, Santé Canada.

Santé Québec (1988). *Et la santé, ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.

Santé Québec (1988). *Et la santé, ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 2*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Les Publications du Québec.

Santé Québec, Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L. et M. Levasseur (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1*. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Santé Québec, Lavallée, C., Bellerose, C., Camirand, J. et P. Caris (sous la direction de) (1995). *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2*. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Saskatchewan. Saskatchewan Health, Commission on Medicare (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality system*. [K.J. Fyke, commissaire]. Regina, Saskatchewan Health.

Seeman T.E. et E. Crimmins (2001). « Social environment effects on health and aging. Integrating Epidemiologic and demographic approaches and perspectives ». *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954: 88-117.

Senior, M., Williams, H. et G. Higgs (2000). « Urban-rural mortality differentials: controlling for material deprivation ». *Social Science and Medicine*, 51: 289-305.

Schouten, L.J., Meijer, H., Huveneers, J.A. et L.A. Kiemeney (1996). « Urban-rural differences in cancer incidence in the Netherlands 1989-1991 ». *International Journal of Epidemiology*, 25(4): 729-736.

Shucksmith, M. (1994). « Conceptualisation de la ruralité postindustrielle ». In J.M. Bryden (dir. pub.). *Vers des communautés rurales durables : Série des séminaires de Guelph*. Guelph, University of Guelph, pp. 141-150.

Singh, G.K. et M. Siahpush (2002). « Increasing rural-urban gradients in US suicide mortality, 1970-1997 ». *American Journal of Public Health*, 92(7): 1161-1167.

Smith, M.H., Anderson, R.T., Bradham, D.D. et C.F. Longino Jr. (1995). « Rural and urban differences in mortality among Americans 55 years and older: analysis of the National Longitudinal Mortality Study ». *Journal of Rural Health*, 11(4): 274-285.

Sobal, J., Troiano, R.P. et E.A. Frongillo Jr. (1996). « Rural-urban differences in obesity ». *Rural Sociology*, 61(2): 289-305.

Statistique Canada (2003). *Dictionnaire du recensement de 2001*. Ottawa : Statistique Canada, n° 92-378-XPF au catalogue.

Steele, L., Pacza, T. et M. Tennant (2000). « Rural and remote oral health, problems and models for improvement : a Western Australian perspective ». *Australian Journal of Rural Health*, 8(1): 22-28.

Stella, J., Sprivulis, P. et C. Cooke (2001). « Head injury-related road crash mortality in rural western Australia ». *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 71(11): 665-668.

Stewart, B.W. et P. Kleihues (Eds) (2003). *World cancer report*. Lyon, IARC Press.

Subirats i Bayego, E., Vila I Ballester, L., Vila I Subirana, T. et R. Vallescar I Pinana (1997). [« The prevalence of cardiovascular risk factors in a rural population from the north of Catalonia (Spain): La Cerdana »] [article en espagnol]. *Revista Anual de Medicina Interna*, 14(5): 220-225.

Tamblyn, R., McLeod, P., Hanley, J.A., Girard, N. et J. Hurley (2003). « Physician and practice characteristics associated with the early utilization of new prescription drugs ». *Medical Care*, 41(8): 895-908.

Taylor, H.A., Hughes, G.D. et R.J. Garrison (2002). « Cardiovascular disease among women residing in rural America: epidemiology, explanations, and challenges ». *American Journal of Public Health*, 92(4): 548-551.

Thomas, J.C., Schoenbach, V.J., Weiner, D.H., Parker, E.A. et J.A. Earp (1996). « Rural gonorrhea in the southeastern United States: a neglected epidemic? ». *American Journal of Epidemiology*, 143(3): 269-277.

Thouez, J.P., Bodson, P. et A.E. Joseph (1988). « Some methods for measuring the geographic accessibility of medical services in rural regions ». *Medical Care*, 26(1): 34-44.

Thouez, J.P., Joly M.F., Rannou A., Bussiere Y. et R. Bourbeau (1991). « Geographical variations of motor-vehicle injuries in Quebec, 1983-1988 ». *Social Science and Medicine*, 33(4): 415-421.

Townsend, P. (1987). « Deprivation ». *Journal of Social Policy*, 16(2): 125-146.

Troughton, M.J. (1999). « Redefining "rural" for the Twenty-First Century ». In W. Ramp, Kulig J., Townshend I., McGowan V. (sous la direction de). *Health in Rural Settings: Contexts for Action*. Lethbridge, University of Lethbridge, pp. 21-38.

Urcam Franche-Comté, Urcam Aquitaine, Urcam Languedoc-Roussillon, CCMSA, Credes (V. Lucas-Gabrielli, F. Tonnellier) (2002). *Santé et milieu rural - une démarche exploratoire menée par trois Urcam*, CREDES n° 1394 bis.

U.S. department of Transportation (1994). *Journey to work trends in the United States and its major Metropolitan Areas, 1960-1990*. Washington, DOT.

Vargas, C.M., Dye, B.A. et K.L. Hayes (2002). « Oral health status of rural adults in the United States. » *Journal of the American Dental Association*, 133(12) : 1672-1681.

Vargas, C.M., Ronzio, C.R. et K.L. Hayes (2003a). « Oral health status of children and adolescents by rural residence, United States ». *Journal of Rural Health*, 19(3): 260-268.

Vargas, C.M., Yellowitz, J.A. et K.L. Hayes (2003b). « Oral health status of older rural adults in the United States ». *Journal of the American Dental Association*, 134(4): 479-486.

Victoria, J., Bremond, A. et I. Courtial (1994). « Incidence du cancer du sein dans le département du Rhône : influence du caractère urbain ou rural des communes et de la densité de population ».. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 42(4): 301-306.

Vioque, J., Ferrer, P.J. et F. Bolumar (1997). [« Income, percent of women living in rural areas, parity, and breast cancer mortality in Spain, 1975-1991 »] [article en espagnol]. *Medicina Clinica (Barcelona)*, 108(2): 41-44.

Vu, H.D., Heller, R.F., Lim, L.L.Y., D'este, C. et R.L. O'Connell (2000). « Mortality after acute myocardial infarction is lower in metropolitan regions than in non-metropolitan regions ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 590-595.

Vuitton, D.A. (2003). « Le réseau régional de recherche en santé publique INSERM " PRISMAL " (Perception, représentation et prise en charge des risques pour la santé en milieu rural) ». *Santé Publique*, 15(hors série): 169-178.

Wagenfeld, M.O. (1990). « Mental health and rural America. A decade review ». *Journal of Rural Health*, 6: 507-522.

Wake, M. (1993). « The rural/urban divide in head and neck cancer - the effect of atmospheric pollution ». *Clinical Otolaryngology*, 18(4): 298-302.

Wakerman, J. (1999). *Access to health-care services in remote areas. Regional Australia Summit, 27-29 October 1999*. <http://www.dotrs.gov.au/regional/summit/> (septembre 2003).

Weinert, C. et L.A. Long (1987). « Understanding the health care needs of rural families ». *Family Relations*, 36: 450-455.

Westover, W. (1999). « Results of a seniors' oral health survey in rural Alberta ». *Probe*, 33(2): 57-62.

Wilcox, S., Castro, C., King, A.C., Housemann, R. et R.C. Brownson (2000). « Determinants of leisure time physocal activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United Sates ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(9): 667-72.

Wilkins, R. (1980). « L'inégalité sociale face à la mortalité à Montréal, 1975-1977 ». *Cahiers Québécois de démographie*, 9 (2): 159-184.

Wilkins, R. (1992). « Santé de la population rurale : certains indicateurs ». Chapitre 13, in R.D. Bollman (sous la direction de). *Régions rurales et petites villes du Canada*. Toronto, Thompson Educational Publishing.

Williams, J., Higgins, D., Furbee, P. et J. Prescott (1997). « Work-related injuries in a rural emergency department population ». *Academic Emergency Medicine*, 4: 277-281.

Zhang, P., Tao, G. et K.L. Irwin (2000). « Utilization of preventive medical services in the United States: a comparison between rural and urban populations ». *Journal of Rural Health*, 16(4): 349-356.

ANNEXES

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

**Tableau A-1 : Répartition de la population par type de zone dans chacune des régions
socio-sanitaires, Québec, 2001**

Numéro de RSS	Nom de la RSS	Population en 2001*	Type de zone			
			Urbain	ZIM forte	ZIM modérée	ZIM faible ou nulle
01	Région du Bas-Saint-Laurent	n	86 276	17 939	60 817	35 598
		%	43,00	8,94	30,31	17,74
02	Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean	n	19 9943	20 704	31 309	26 323
		%	71,85	7,44	11,25	9,46
03	Région de Québec	n	55 3748	18 708	55 165	11 296
		%	86,67	2,93	8,63	1,77
04	Région de la Mauricie et Centre-du-Québec	n	31 6871	34 337	11 6070	6 492
		%	66,88	7,25	24,50	1,37
05	Région de l'Estrie	n	17 6346	15 425	73 186	20 656
		%	61,74	5,40	25,62	7,23
06	Région de Montréal-Centre	n	181 2723	s/o	s/o	s/o
		%	100,00			
07	Région de l'Outaouais	n	258 953	14 632	33 313	8 648
		%	82,07	4,64	10,56	2,74
08	Région de l'Abitibi-Témiscamisque	n	90 480	4 861	17 786	32 970
		%	61,93	3,33	12,17	22,57
09	Région de la Côte-Nord	n	55 892	2 888	23 296	15 690
		%	57,17	2,95	23,83	16,05
10	Région du Nord-du-Québec	n	s/o	s/o	s/o	16 314
		%				100,00
11	Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	n	2 955	604	18 020	75 345
		%	3,05	0,62	18,59	77,74
12	Région de la Chaudière-Appalaches	n	18 3459	15 090	158 864	25 963
		%	47,85	3,94	41,44	6,77
13	Région de Laval	n	343 005	s/o	s/o	s/o
		%	100,00			
14	Région de Lanaudière	n	253 909	97 037	35 062	2 487
		%	65,36	24,98	9,03	0,64
15	Région de Laurentides	n	32 0598	55 380	59 182	26 206
		%	69,49	12,00	12,83	5,68
16	Région de la Montérégie	n	1 026 295	1 421 92	107 910	s/o
		%	80,41	11,14	8,45	
17	Région de Nunavik	n	s/o	s/o	s/o	9 632
		%				100,00
18	Région des Terres-cries-de-la-Baie-James	n	s/o	s/o	s/o	12 629
		%				100,00

* Sans ajustement pour le sous-dénombrement.

s/o : sans objet.

Note : En raison des arrondis, la somme des valeurs ne donne pas toujours un total de 100 %.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2001.

Tableau A-2 : Liste des causes de décès avec leurs codes de la CIM-9

Cause de décès	Code de la CIM-9
Tumeur de l'estomac	151
Tumeur du côlon et du rectum	153-154
Tumeur du poumon	162
Tumeur du sein	174
Tumeur de la prostate	185
Maladies hypertensives	401-405
Cardiopathies ischémiques	410-414
Maladies vasculaires cérébrales	430-438
Maladies pulmonaires obstructives	490-496
Accident de la route	E810-E819
Chutes accidentelles	E880-E888
Suicide	E950-E959

Sources : Fichier des décès, 1998 à 2000. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, février 2001, MSSS.

Tableau A-3 : Liste des causes de décès jugées évitables, groupes d'âge considérés et codes de la CIM-9

Cause de décès	Groupe d'âge considéré	Code CIM-9
Tuberculose	5-64 ans	010-018, 137
Cardiopathies rhumatismales chroniques	5-44 ans	393-398
Asthme	5-44 ans	493
Hernie abdominale	5-64 ans	550-553
Maladies hypertensives et maladies vasculaires cérébrales	35-64 ans	401-405, 430-438
Mortalité périnatale	Tous les décès de moins de 7 jours plus les mortinaissances	
Cardiopathies ischémiques	35-64 ans	410-414
Cancer du col de l'utérus	35-64 ans	410-414, 429.2
Maladie d'Hodgkin	5-64 ans	201
Maladie respiratoire des enfants	1-14 ans	460-519
Appendicite	5-64 ans	540-543
Cholélithiase et cholécystite	5-64 ans	574-575.1, 576.1
Mortalité maternelle	Tous âges	630-676
Cancer du sein	25-64 ans	174
Ulcères peptiques	25-64 ans	531-534

Source : *Le portrait de santé : le Québec et ses régions, édition 2001*, p. 262.

Tableau A-4 : Liste des causes d'hospitalisation jugées évitables, groupes d'âge considérés et codes CIM-9

Cause d'hospitalisation	Groupe d'âge considéré	Code CIM-9
Appendice rompu	Tous âges	540.0
Pneumonie	5-49 ans	480-486, 487.0
Insuffisance cardiaque	18 ans et plus	428
Gangrène	18 ans et plus	785.4
Maladies évitables par immunisation	18 ans et plus	032, 037, 041.2, 041.5, 070.2, 070.3
Pyélonéphrite	18 ans et plus	590
Hernie abdominale en occlusion	18 ans et plus	552
Asthme	5-49 ans	493
Cellulite	18 ans et plus	682
Diabète	18 ans et plus	250
Hypokaliémie	18 ans et plus	276.8
Hypertension maligne	18 ans et plus	401.0, 402.0, 403.0, 404.0, 405.0
Ulcère perforé ou avec hémorragie	18 ans et plus	531-534 sauf les valeurs 3, 7 et 9 pour la 4 ^e position
Phlébite sans embolie pulmonaire	18 ans et plus	451, à l'exception des cas où l'un des 15 diagnostics secondaires est CIM-9 = 415.1

Source : *Le portrait de santé : le Québec et ses régions, édition 2001*, p. 260.

Tableau A-5 : Liste des interventions dites pertinentes et codes de la classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC)

Nature de l'intervention	Code de la CCADTC
Traitement pour cataracte	27.3, 27.4, 27.6
Traitement de la rétinopathie	28.4, 28.6
Angioplastie	48.0
Pontage coronarien	48.1
Implantation d'un pacemaker	49.7, 49.8
Remplacement total de la hanche	93.5
Remplacement de la tête du fémur	93.6
Remplacement total du genou	93.41, 93.43

Source : *Le portrait de santé : le Québec et ses régions, édition 2001*, p. 256.