



BULLETIN D'ANALYSE

Régions rurales et petites villes du Canada



Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada
Vol. 4, n° 6 (octobre 2003)

N° 21-006-XIF au catalogue

LA SANTÉ DES CANADIENS DES RÉGIONS RURALES : UNE COMPARAISON RURALE-URBAINE DES INDICATEURS DE LA SANTÉ

Verna Mitura et Ray D. Bollman, *Statistique Canada*

FAITS SAILLANTS

- ◆ Une proportion plus faible de Canadiens vivant dans des petites villes (non adjacentes à des régions métropolitaines), des régions rurales et des régions septentrionales évaluent leur état de santé comme « excellent », comparativement à la moyenne nationale.
- ◆ Parmi les facteurs de risque pour la santé qu'on retrouve davantage dans la population des régions non métropolitaines, il y a l'embonpoint (c'est-à-dire un indice de masse corporelle élevé) et l'usage du tabac.
- ◆ Les Canadiens vivant dans les régions septentrionales sont proportionnellement moins nombreux à déclarer avoir une santé fonctionnelle excellente ou très bonne (selon huit facteurs : vision, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition et douleur).
- ◆ La prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme est plus élevée que la moyenne nationale dans les régions rurales (non adjacentes à des régions métropolitaines) et, à l'inverse, plus faible dans les grandes régions métropolitaines, même après normalisation des taux selon l'âge. L'hypertension est plus répandue dans les régions septentrionales. Il n'y a pas de différence significative entre les régions quant à la prévalence du diabète.
- ◆ On constate que dans les régions septentrionales les besoins de soins de santé non satisfaits sont plus grands comparativement à la moyenne nationale, tandis qu'ils le sont moins dans les grandes régions métropolitaines.



Statistique Canada
Statistics Canada

Canada

**Bulletin d'analyse — Régions
rurales et petites villes du Canada**

ISSN 1481-0972

Rédacteur : Ray D. Bollman

Publié en collaboration avec le Secrétariat rural d'Agriculture et Agroalimentaire Canada, le **Bulletin d'analyse — Régions rurales et petites villes du Canada** est une publication hors série de la Division de l'agriculture de Statistique Canada. On peut se le procurer sans frais à l'adresse http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/freepub_f.cgi.

On peut contacter la Division de l'Agriculture à l'adresse:

Division de l'agriculture, Statistique Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0T6

Numéro de téléphone sans frais : 1-800-465-1991

Internet: agriculture@statcan.ca
Télécopieur : (613) 951-3868

Comité de revue : Denis Chartrand, Ross Vani, Norah Hillary, Heather Clemenson, Aurelie Mogan, Richard Levesque, Eileen Kraker, Gaye Ward and Tom Vradenburg.

Remerciements particuliers à : Josée Bourdeau.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada.
©Ministre de l'Industrie, 2003.

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, enregistrée sur ordinateur ou transmise, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation écrite préalable des :

Services de concession des droits de licence, Division du marketing,
Statistique Canada, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0T6.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises et les administrations canadiennes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Normes de services à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois et dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.

Résumé

On s'intéresse davantage à la santé des Canadiens des régions rurales ces dernières années, depuis que des études ont montré que les

habitants des régions rurales et éloignées du Canada sont en moins bonne santé que les habitants des régions urbaines. La présente analyse a pour objet de comparer les régions rurales et urbaines du Canada sur les principaux

indicateurs de la santé pour déterminer s'il y a une corrélation entre la région de résidence et la santé de la population.

L'analyse du présent rapport est fondée sur des données extraites de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2000-2001 de Statistique Canada. L'échantillon de l'enquête est réparti en quatre catégories de régions métropolitaines (grandes régions métropolitaines, grandes banlieues métropolitaines, régions métropolitaines moyennes et petites régions métropolitaines) et quatre catégories de régions non métropolitaines (petites villes, municipalités, régions rurales et régions septentrionales).

L'étude révèle que l'auto-évaluation de la santé des Canadiens (ceux qui se déclarent en excellente santé) diminue en même temps qu'on s'éloigne des régions les plus urbanisées du pays. La recherche montre que les facteurs personnels de risque pour la santé, notamment l'embonpoint (c'est-à-dire un indice de masse corporel élevé) et l'usage du tabac, sont nettement plus fréquents dans les petites villes, les régions rurales et les régions septentrionales du Canada. En outre, on constate dans les régions septentrionales du Canada que la proportion de la population susceptible de souffrir d'un épisode de dépression majeure est plus élevée que pour l'ensemble des Canadiens et qu'une proportion plus élevée de la population souffre d'hypertension. Les régions rurales (non adjacentes à une région métropolitaine) et les petites régions métropolitaines ont une incidence plus élevée que la moyenne d'arthrite ou de rhumatisme, même après normalisation des taux selon l'âge.

Introduction

Des études récentes ont montré que les Canadiens vivant dans les régions les plus rurales et les plus éloignées du Canada sont en moins bonne santé que les Canadiens des régions urbaines (Pitblado et autres, 1999; Shields et Tremblay, 2002). Les gouvernements, les

chercheurs et les praticiens du secteur de la santé insistent encore sur l'importance de se pencher sur la santé rurale et d'en brosser le tableau pour étayer les décisions stratégiques et les programmes de santé en s'appuyant sur des preuves statistiques et non uniquement sur des anecdotes.

Les Canadiens des régions rurales et éloignées du Canada font face à des défis géographiques bien particuliers pour se garder en santé et obtenir des soins de santé. Environ les deux tiers des habitants des collectivités septentrionales éloignées vivent à plus de 100 km d'un médecin, et 7 % des Canadiens des régions rurales et des petites villes du Canada vivent à plus de 25 km d'un médecin (Ng et autres, 1999). En plus de la situation géographique des habitants des régions rurales du Canada, des différences sociales, culturelles et environnementales au sein de la population peuvent créer des facteurs de risque différents et, par conséquent, des effets différents sur la santé.

La présente étude a pour objet de comparer plusieurs indicateurs clés de la santé entre les régions rurales et urbaines du Canada. L'Enquête sur la santé dans les collectivités (ESCC) de 2000-2001 de Statistique Canada fournit une base de données très riche pour faire une telle comparaison. La grande taille de l'échantillon de l'enquête permet de répartir la population en quatre catégories de régions métropolitaines (grandes régions métropolitaines, grandes banlieues métropolitaines, régions métropolitaines moyennes et petites régions métropolitaines) et quatre catégories de régions non métropolitaines (petites villes, municipalités, régions rurales et régions septentrionales).

Le gouvernement du Canada a annoncé plusieurs initiatives au cours des dernières années pour s'occuper de la santé rurale. Santé Canada a présenté une stratégie nationale de la santé rurale en 2000 pour se pencher sur la problématique de l'avenir des soins de santé dans les régions

rurales et éloignées du Canada. Le rapport de la Commission Romanow sur le système de santé au Canada, publié récemment, a désigné explicitement la santé des collectivités rurales et éloignées comme une priorité. Au cours des dernières années, le gouvernement du Canada a encouragé l'inclusion de perspectives rurales dans la recherche sur la santé nationale. Par exemple, on a nommé un conseiller spécial en

santé rurale au sein des Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS), on a créé un Bureau de la santé rurale au sein de Santé Canada ainsi qu'un Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. De plus, Santé Canada, le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord de l'Université Laurentienne et Statistique Canada ont exécuté des projets de recherche concertée.

Méthodes

Source des données

L'analyse est fondée sur des données extraites de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (cycle 1.1) de Statistique Canada. L'ESCC a été exécutée sur une période de 14 mois à compter de septembre 2000. L'enquête a porté sur les membres des ménages de 12 ans et plus dans l'ensemble des provinces et des territoires (sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et quelques régions éloignées). La taille de l'échantillon constitué pour l'ESCC était de 131 535 répondants, 83 % des réponses ayant été obtenues dans des entrevues en personne et 17 % dans des entrevues téléphoniques. Veuillez vous reporter au document de Statistique Canada intitulé « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Aperçu de la méthodologie », d'Y. Béland, pour en savoir plus sur la conception et la méthodologie de l'enquête.

Technique analytique

Toutes les estimations produites à partir des données tirées de l'ESCC ont été pondérées de manière à représenter les populations cibles appropriées au plan régional. Nous avons normalisé toutes les estimations en fonction de l'âge pour prendre en compte la variation de la distribution de l'âge d'une région à l'autre, selon la distribution de l'âge de la population canadienne. Étant donné le plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC, nous avons calculé des intervalles de confiance et des niveaux de signification pour les estimations au moyen d'une méthode de rééchantillonnage *bootstrap*.

Limitations

Il a fallu agréger les données selon une définition géographique particulière pour étudier et comparer les indicateurs de la santé sur un gradient urbain à rural. Nous avons examiné un éventail de définitions, et celle que nous avons retenue correspond à une méthode qui révèle les écarts les plus importants en fait de taux de prévalence (c'est-à-dire le pourcentage de la population dans une région qui déclare chaque indicateur). Les comparaisons entre les indicateurs de la santé dans la présente analyse peuvent masquer des fluctuations importantes dues à des facteurs sociodémographiques comme le sexe, l'éducation, le revenu, des différences culturelles et la province de résidence. La petite taille de l'échantillon de l'ESCC dans les régions du Canada peu peuplées produit un intervalle de confiance comparativement grand dans l'analyse et, pour certains indicateurs de la santé, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Comment lire les chiffres

Les figures 1 à 12 présentent graphiquement les différences entre les répondants de l'ESCC vivant dans les régions métropolitaines et non métropolitaines du Canada. Pour chaque catégorie de région, la moyenne est représentée par le carré et l'intervalle de confiance de 95 % par la ligne (il y a 95 % des chances que la moyenne se situe dans cet intervalle). L'étoile au-dessus de la ligne montre que l'indicateur pour la région est nettement au-dessus ou au-dessous de la moyenne nationale.

La définition de « rural »

On emploie plusieurs définitions différentes de « rural » au Canada pour analyser les politiques aux plans national et provincial. La question stratégique et la portée géographique de l'étude (c'est-à-dire locale, régionale, nationale ou internationale) pousse l'analyste à choisir une définition plutôt qu'une autre. Dans un document récent de Statistique Canada, on décrit six façons différentes de définir « rural » au Canada (du Plessis et autres, 2002). Selon la définition utilisée, entre 22 % et 38 % de la population canadienne (environ 6 à 11 millions de Canadiens) est rurale.

Pour la présente étude, nous avons choisi l'approche des codes de Beale pour répartir la population de l'enquête entre les régions métropolitaines et non métropolitaines. Ce système de classification américain a été mis au point par Calvin Beale au département de l'Agriculture des États-Unis. Nous avons adapté la classification de Beale aux fins de l'analyse en utilisant les divisions de recensement (DR) canadiennes comme « éléments de base » de la définition des catégories régionales.

Les régions métropolitaines sont définies comme les DR où au moins 50 000 personnes vivent dans des agglomérations urbaines, tandis que dans les régions non métropolitaines sont des DR où moins de 50 000 personnes vivent dans des agglomérations urbaines. Les régions métropolitaines et non métropolitaines sont divisées encore en sous-catégories, comme on le résume dans le tableau 1.

Tableau 1 : « Codes de Beale modifiés » pour l'analyse canadienne des régions métropolitaines par opposition à non métropolitaines (selon la division de recensement)

Régions métropolitaines		Population de l'ESCC (de 12 ans et plus)	
		millions	%
Grande région métropolitaine	Divisions de recensement (DR) comprenant des agglomérations urbaines d'au moins un million d'habitants (centre)	7,0	27,1
Grande banlieue métropolitaine	DR comprenant des agglomérations urbaines d'au moins un million d'habitants (périphérie)	3,0	11,5
Région métropolitaine moyenne	DR comprenant des agglomérations urbaines de 250 000 à 999 999 habitants	5,5	21,4
Petite région métropolitaine	DR comprenant des agglomérations urbaines de 50 000 à 249 999 habitants	3,9	15,2
Total partiel		19,4	75,2
Régions non métropolitaines			
Petite ville (adjacente à une région métrop.)	DR ayant de 20 000 à 49 999 habitants dans des agglomérations urbaines, adjacentes à une région métropolitaine	1,2	4,7
Petite ville (non adjacente à une rég. métrop.)	DR ayant de 20 000 à 49 999 habitants dans des agglomérations urbaines, non adjacentes à une région métropolitaine	1,5	6,0
Petite municipalité (adjacente à une région métrop.)	DR ayant de 2 500 à 19 999 habitants dans des agglomérations urbaines, adjacentes à une région métropolitaine	1,1	4,2
Petite municipalité (non adjacente à une rég. métrop.)	DR ayant de 2 500 à 19 999 habitants dans des agglomérations urbaines, non adjacentes à une région métropolitaine	1,9	7,1
Rurale (adjacente à une région métrop.)	DR n'ayant aucun habitant dans des agglomérations urbaines de 2 500 habitants ou plus, adjacentes à une région métropolitaine		
Rurale (non adjacente à une rég. métrop.)	DR n'ayant aucun habitant dans des agglomérations urbaines de 2 500 habitants ou plus, non adjacentes à une région métropolitaine	0,2	0,8
Rurale septentrionale	DR située entièrement ou en grande partie au nord des parallèles ci-dessous, selon la région : Terre-Neuve, 50°; Québec et Ontario, 49°; Manitoba, 53°; Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 54°; et la totalité du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut	0,4	1,7
Total partiel		6,4	24,8
Total		25,8	100,0

Sources : Ehrensaft (1990), Ehrensaft et Beeman (1992) et Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Définitions des indicateurs de la santé

Nous avons utilisé 12 indicateurs de la santé pour évaluer les différences significatives de l'état de santé de notre population canadienne selon la région géographique. Voici un résumé de ces indicateurs de la santé.

Arthrite ou rhumatisme : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'arthrite ou de rhumatisme d'un professionnel de la santé. L'arthrite ou le rhumatisme comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie.

Asthme : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé.

Auto-évaluation de la santé : Personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme excellent.

Besoins de soins de santé non satisfaits : Personnes de 12 ans et plus qui estiment avoir eu besoin de soins de santé durant la période de 12 mois précédant l'enquête, mais ne pas les avoir reçus.

Dépression : Personnes de 12 ans et plus présentant des symptômes de dépression, d'après leurs réponses à une série de questions visant à établir la possibilité d'un « trouble dépressif majeur ».

Diabète : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé.

Hypertension : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé.

Indice de masse corporelle (embonpoint) : L'indice de masse corporelle (IMC) est une méthode utilisée couramment pour déterminer si le poids d'une personne se situe dans une fourchette saine compte tenu de sa taille. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. L'indice est : inférieur à 20,0 (poids insuffisant), 20,0 à 24,9 (poids acceptable), 25,0 à 27,0 (poids un peu excédentaire) et plus de 27,0 (embonpoint). L'indice s'applique aux personnes de 20 à 64 ans.

Mesure destinée à améliorer la santé : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir pris des mesures au cours des 12 derniers mois pour améliorer leur santé.

Physiquement inactive : Les personnes de 12 ans et plus sont reconnues comme physiquement inactives si leur dépense d'énergie pendant les périodes de loisirs est inférieure à 1,5 kcal/kg par jour.

Santé fonctionnelle : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent des mesures qui donne une idée de la santé fonctionnelle globale fondée sur huit facteurs (vue, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition et douleur). Un résultat variant entre 0,8 et 1,0 est associé à une excellente ou à une très bonne santé fonctionnelle.

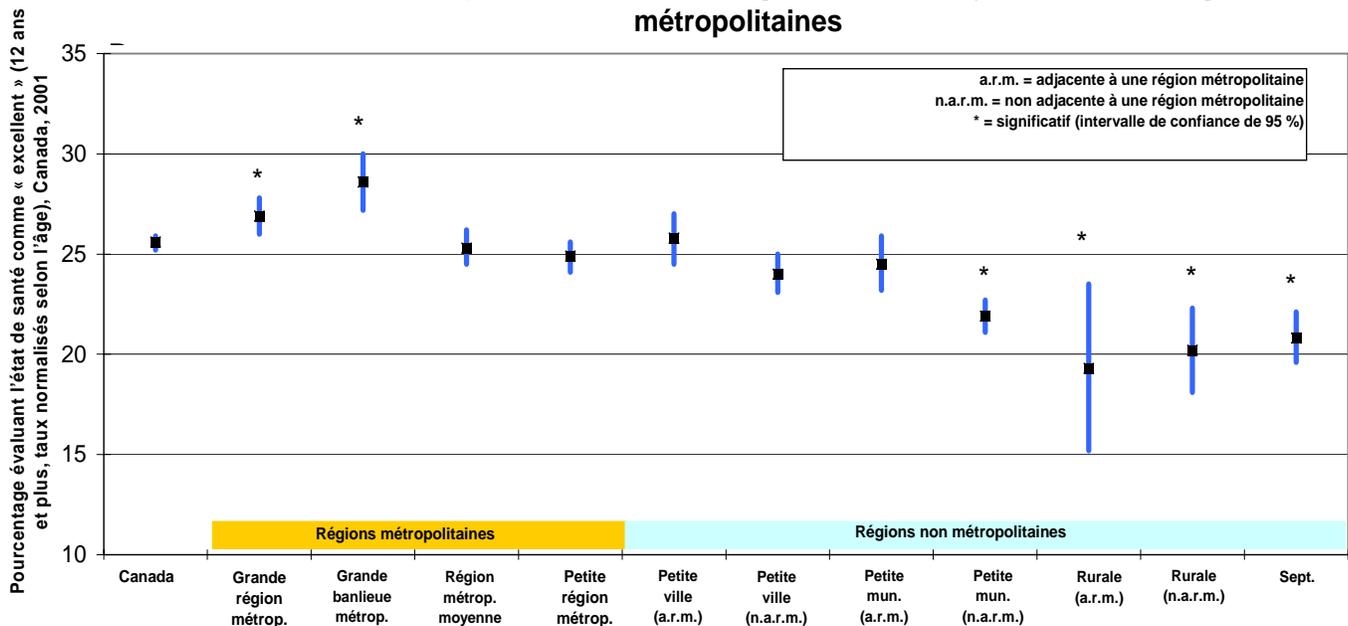
Usage du tabac : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent fumer quotidiennement ou à l'occasion.

L'auto-évaluation de la santé diminue à mesure qu'on s'éloigne des régions urbaines

L'ESCC demandait aux Canadiens d'évaluer leur état de santé sur une échelle allant d'« excellent » à « mauvais ». Les résultats révèlent que plus la population est rurale, plus la proportion de la population qui juge que son état de santé est excellent est petite (figure 1). Chez les Canadiens vivant dans les grandes régions métropolitaines, une proportion nettement plus grande que la moyenne se considère en excellente santé, tandis qu'à l'inverse, chez les Canadiens vivant dans une

petite municipalité (non adjacente à une région métropolitaine), une région rurale ou une région septentrionale, une proportion nettement inférieure à la moyenne estime l'être. Par exemple, 28,6 % des personnes vivant dans les grandes banlieues métropolitaines du Canada (population de plus d'un million d'habitants) évaluent leur état de santé comme excellent, comparativement à seulement 20,2 % et 20,8 % dans les régions rurales (non adjacentes à une région métropolitaine) et dans les régions septentrionales, respectivement.

Figure 1 : La proportion des habitants évaluant leur état de santé comme « excellent » est la plus faible dans les régions rurales adjacentes à des régions métropolitaines



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

Cette constatation soulève une question : pourquoi les Canadiens des régions les plus rurales et les plus éloignées du Canada évaluent-ils leur état de santé de façon moins positive que les habitants de nos plus grands centres urbains? Les résultats de notre étude montrent que deux grands facteurs de risque pour la santé, notamment l'embonpoint (c'est-à-dire un indice de masse corporelle supérieur à 27) et l'usage du tabac, peuvent contribuer à l'état de santé global moins bon des habitants des régions rurales et septentrionales. Nous présentons dans les sections suivantes les points saillants de ces deux facteurs de risque importants.

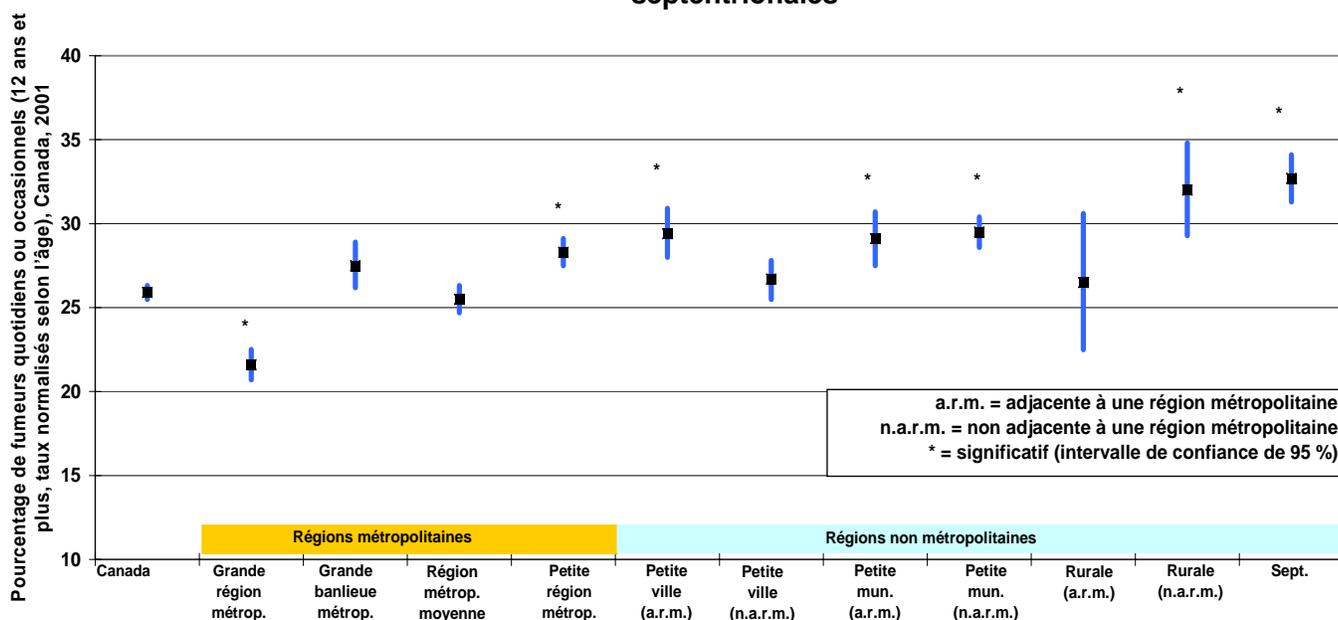
Plus la région est rurale, plus l'usage du tabac augmente

D'après l'ESCC de 2000-2001, 25,9 % des Canadiens (de 12 ans et plus) fument quotidien-

nement ou à l'occasion. La proportion de la population canadienne qui fume demeure plus élevée dans les régions septentrionales, soit 32,7 % de fumeurs, tandis que les régions rurales (non adjacentes à une région métropolitaine) se classent au deuxième rang avec 32,0 % (figure 2). Le taux d'usage du tabac le plus faible revient aux grandes régions métropolitaines, où l'on estime qu'il y a 21,6 % de fumeurs, un taux nettement inférieur à la moyenne canadienne.

L'usage du tabac est un facteur de risque étroitement lié à un mauvais état de santé. Au Canada, on estime qu'environ 45 000 décès survenus en 1996 étaient dus à l'usage du tabac, et le cinquième de tous les décès dus au cancer, aux maladies cardiovasculaires et aux accidents vasculaires cérébraux a été attribué à la cigarette (Shields et Tremblay, 2002).

Figure 2 : La proportion de fumeurs est la plus élevée dans les régions septentrionales

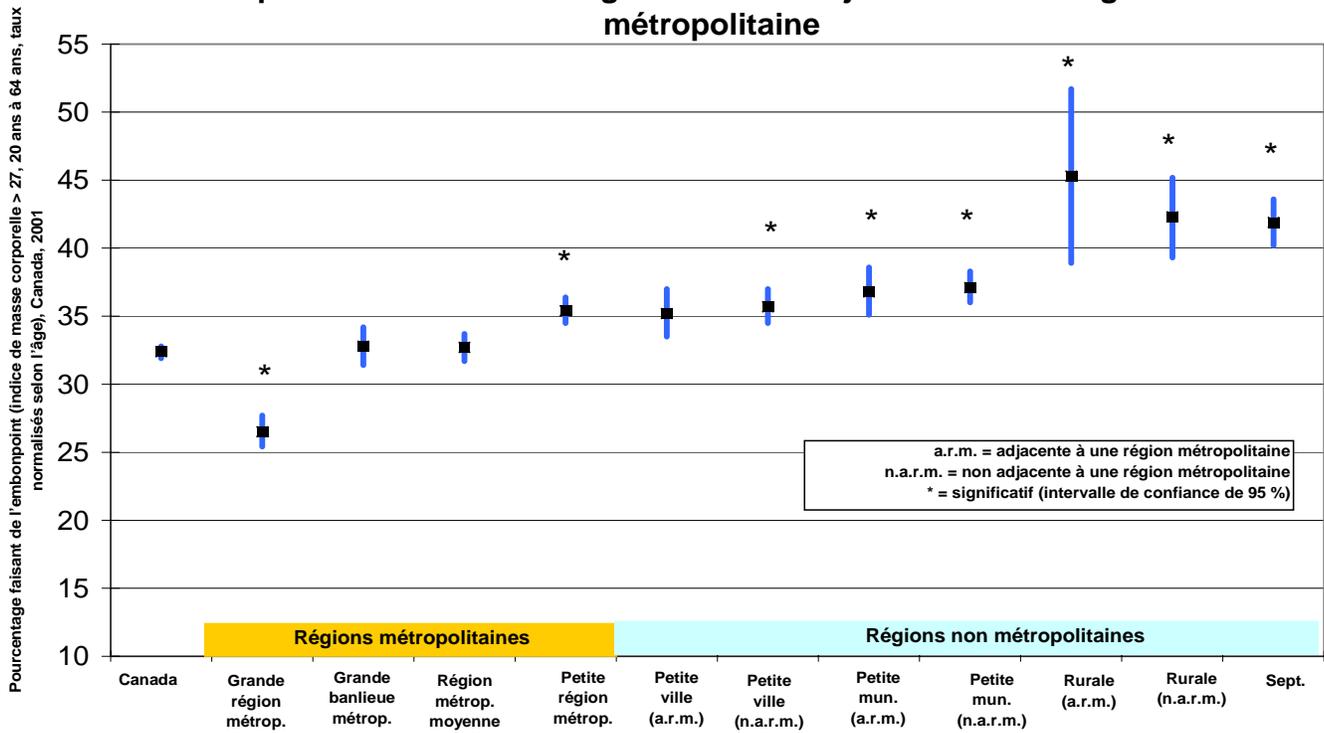


Une proportion plus élevée des Canadiens des régions rurales et septentrionales fait de l'embonpoint

Nous avons indiqué plus tôt que plus la région est rurale, plus l'auto-évaluation de la santé des Canadiens est négative. Le gradient est également apparent par rapport à la proportion des Canadiens qui font de l'embonpoint. Au Canada, on estime que 32,4 % de la population (de 20 ans à 64 ans) a un surplus de poids ou est obèse. La prévalence des Canadiens faisant de l'embonpoint varie de 26,5 % dans les grandes régions

métropolitaines à plus de 40,0 % dans les régions rurales et septentrionales (figure 3). La proportion de la population faisant de l'embonpoint est nettement supérieure à la moyenne canadienne dans les petites régions métropolitaines, dans les petites villes (non adjacentes à une région métropolitaine), de même que dans toutes les petites municipalités, les régions rurales et les régions septentrionales. Par conséquent, faire de l'embonpoint n'est pas qu'un « problème rural », mais la prévalence de Canadiens faisant de l'embonpoint augmente en général en même temps que le caractère rural de la région.

Figure 3 : La proportion des répondants faisant de l'embonpoint est la plus élevée dans les régions rurales adjacentes à une région métropolitaine



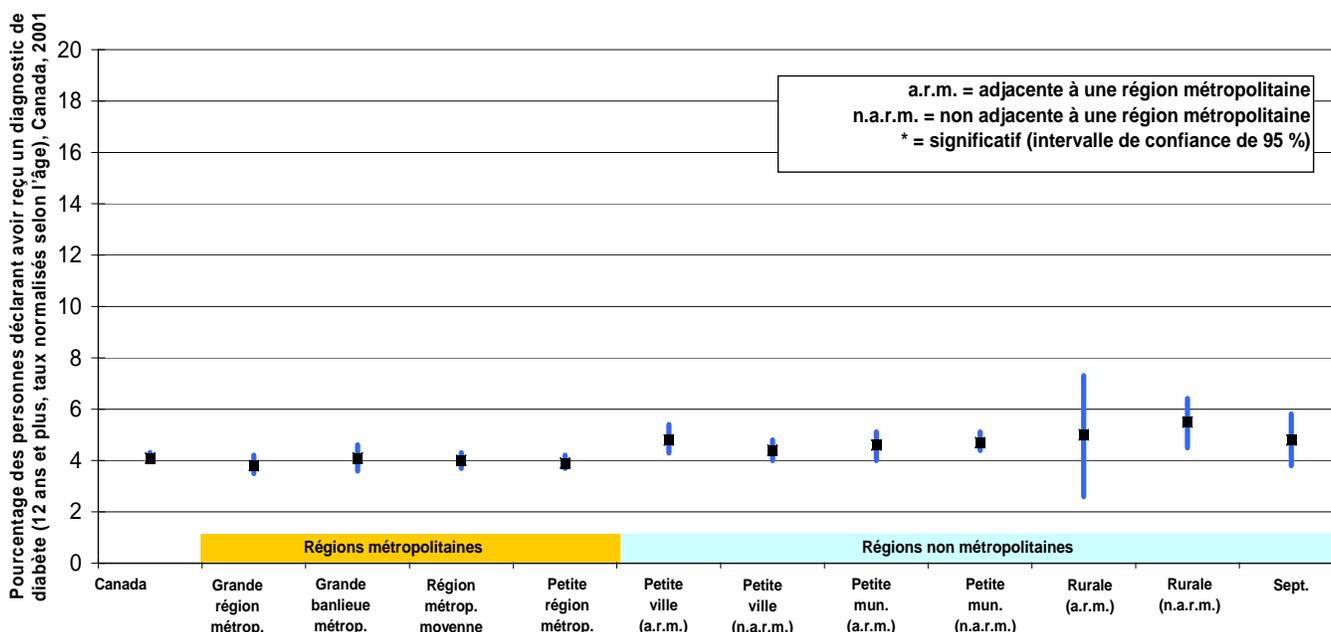
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Des études réalisées au Canada ont décrit l'obésité comme un grand facteur de risque entraînant des problèmes de santé chroniques dont le diabète, l'arthrite, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le cancer colorectal et les problèmes respiratoires. Dans la présente étude, nous examinons quatre maladies chroniques d'après les données extraites de l'ESCC (arthrite ou rhumatisme, asthme, diabète et hypertension) pour déterminer si la prévalence de ces maladies chroniques varie selon la région.

Aucune différence significative de la prévalence du diabète selon la région

Selon l'ESCC, on estime que 4,1 % des Canadiens sont diabétiques. La prévalence du diabète au Canada varie de 3,8 % dans les grandes régions métropolitaines à 5,5 % dans les régions rurales non adjacentes à une région métropolitaine (figure 4). Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les taux de prévalence du diabète en région et le taux national moyen.

Figure 4 : La prévalence du diabète est similaire dans toutes les catégories de régions



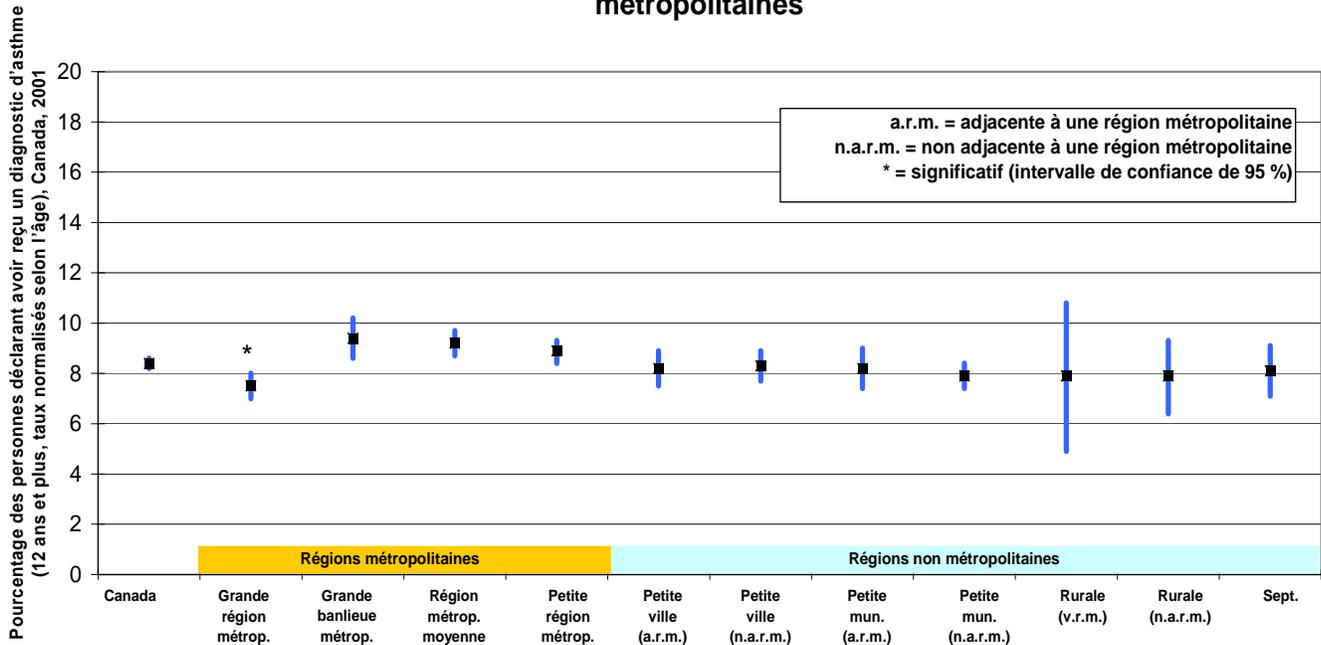
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Les taux d'asthme sont nettement inférieurs dans les grandes régions métropolitaines

On estime que 8,4 % des Canadiens souffrent d'asthme chronique. La proportion des Canadiens souffrant d'asthme ne varie pas beaucoup selon la

région. Ce n'est que dans les grandes régions métropolitaines que l'incidence de l'asthme est inférieure de façon significative, soit de 7,5 % (figure 5). Les taux de prévalence de l'asthme pour toutes les autres régions ne diffèrent pas de façon significative de la moyenne nationale.

Figure 5 : La prévalence de l'asthme est plus faible dans les grandes régions métropolitaines



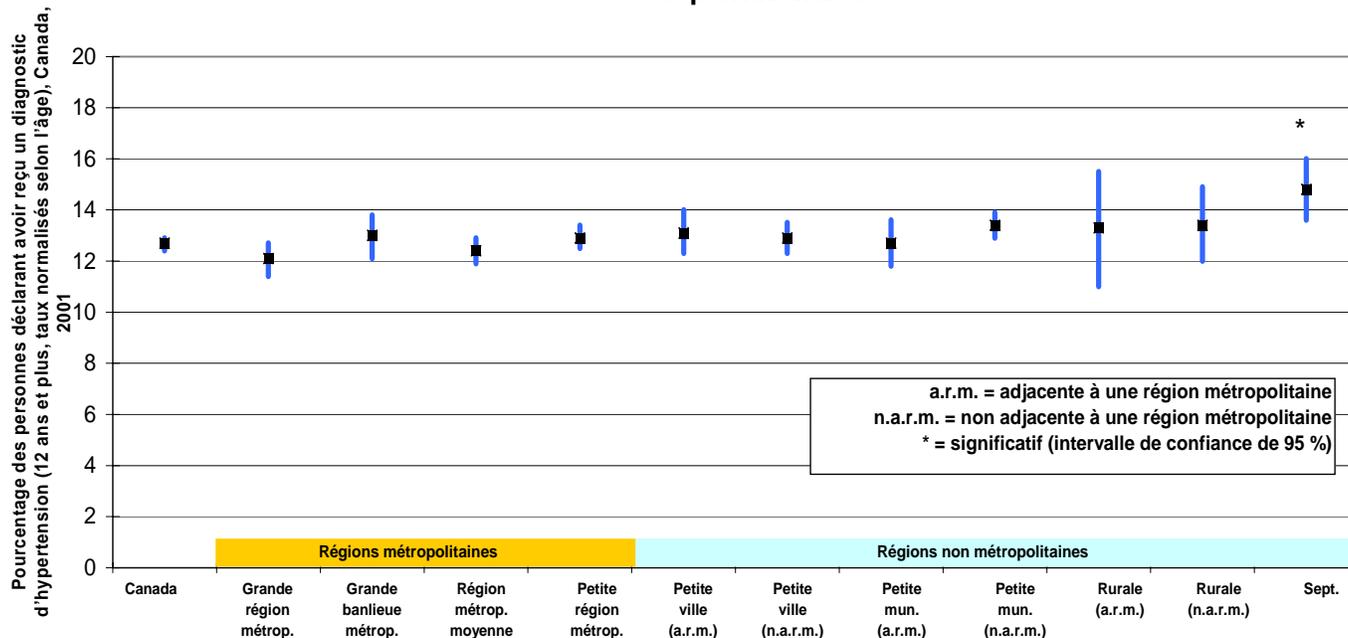
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Les taux d'hypertension sont nettement plus élevés dans les régions septentrionales

On estime que 12,7 % des Canadiens souffrent d'hypertension (figure 6). Les habitants des

régions septentrionales du Canada déclarent souffrir d'hypertension dans une proportion plus élevée que la moyenne nationale, soit 14,8 %. Dans toutes les autres régions du Canada, les taux d'hypertension ne diffèrent pas de façon significative de la moyenne nationale.

Figure 6 : La prévalence de l'hypertension est plus élevée dans les régions septentrionales



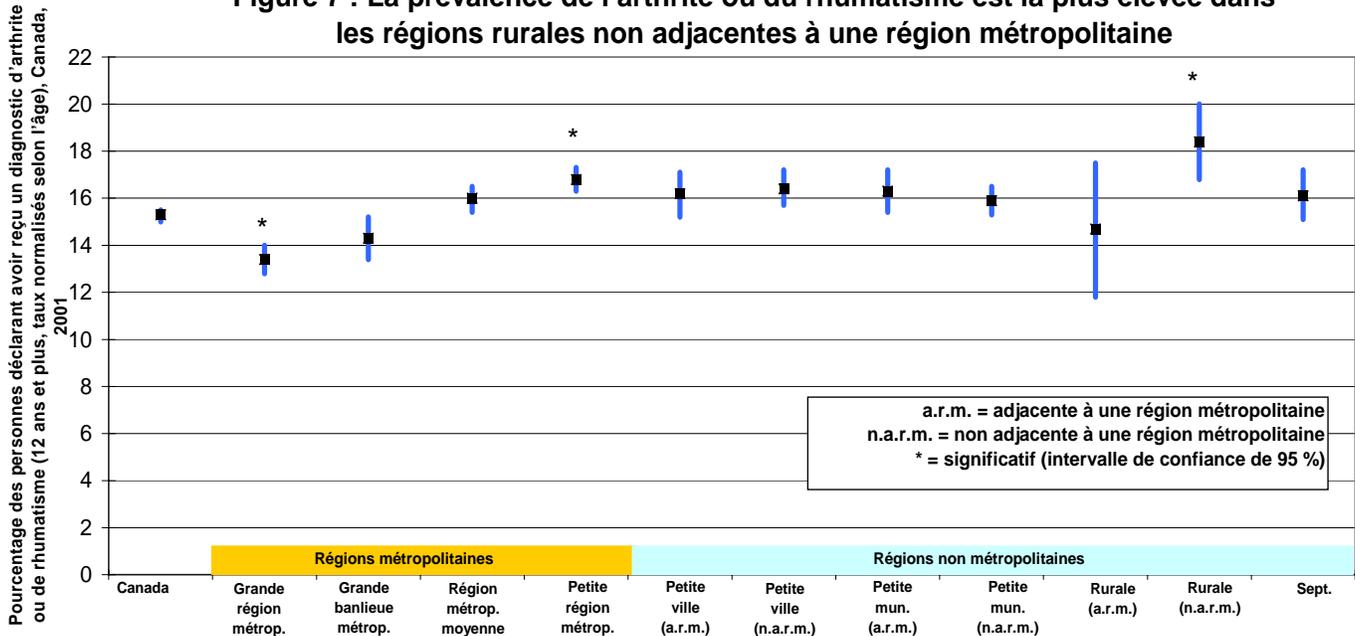
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Les taux d'arthrite sont nettement plus élevés dans les régions rurales (non adjacentes à une région métropolitaine)

On estime que 15,3 % des Canadiens souffrent d'arthrite ou de rhumatisme. La proportion de la population qui souffre d'arthrite ou de rhumatisme est nettement plus élevée dans les

régions rurales (non adjacentes à une région métropolitaine), soit 18,4 %, et dans les petites régions métropolitaines, soit 16,8 % (figure 7). Par contraste, le taux d'arthrite ou de rhumatisme est nettement plus faible que la moyenne nationale dans les grandes régions métropolitaines, soit 13,4 %.

Figure 7 : La prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme est la plus élevée dans les régions rurales non adjacentes à une région métropolitaine



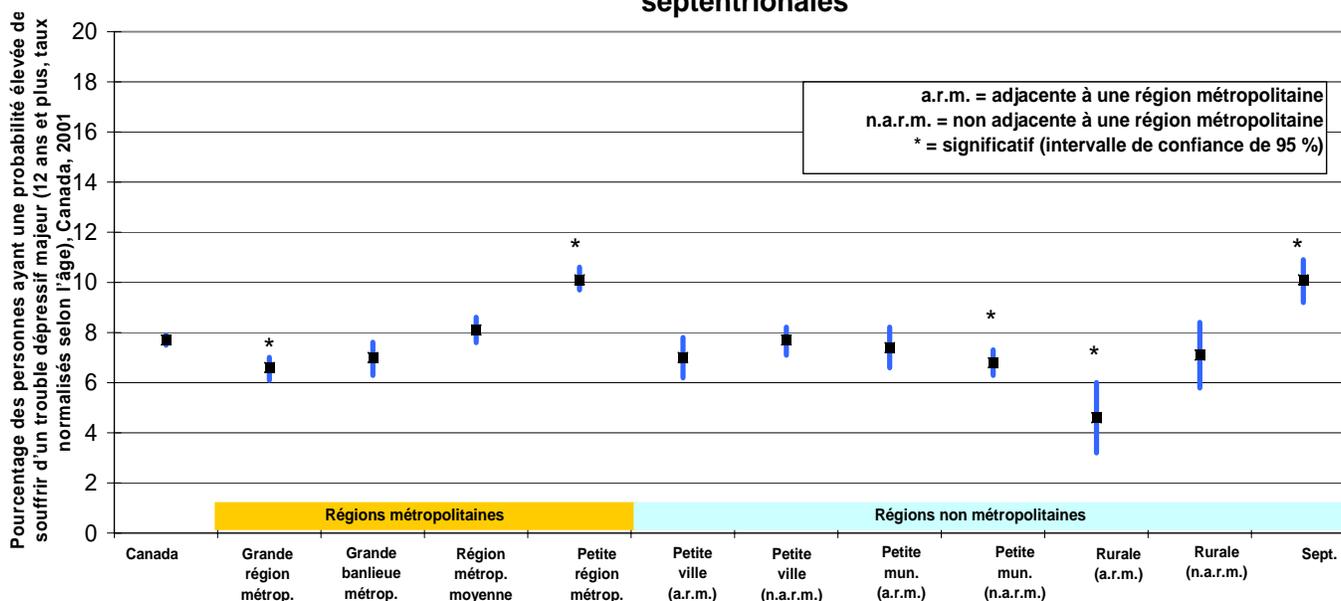
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

La probabilité de dépression est la plus élevée dans les régions septentrionales et dans les petites régions métropolitaines

On estime que 7,7 % des Canadiens ont 90 % de probabilité de souffrir d'un trouble dépressif

majeur. La prévalence de la probabilité de souffrir d'un trouble dépressif majeur est nettement plus élevée que la moyenne nationale dans les régions septentrionales et dans les petites régions métropolitaines, soit 10,1 % (figure 8).

Figure 8 : La proportion des personnes rapportant des signes de dépression est plus élevée dans les petites régions métropolitaines et dans les régions septentrionales



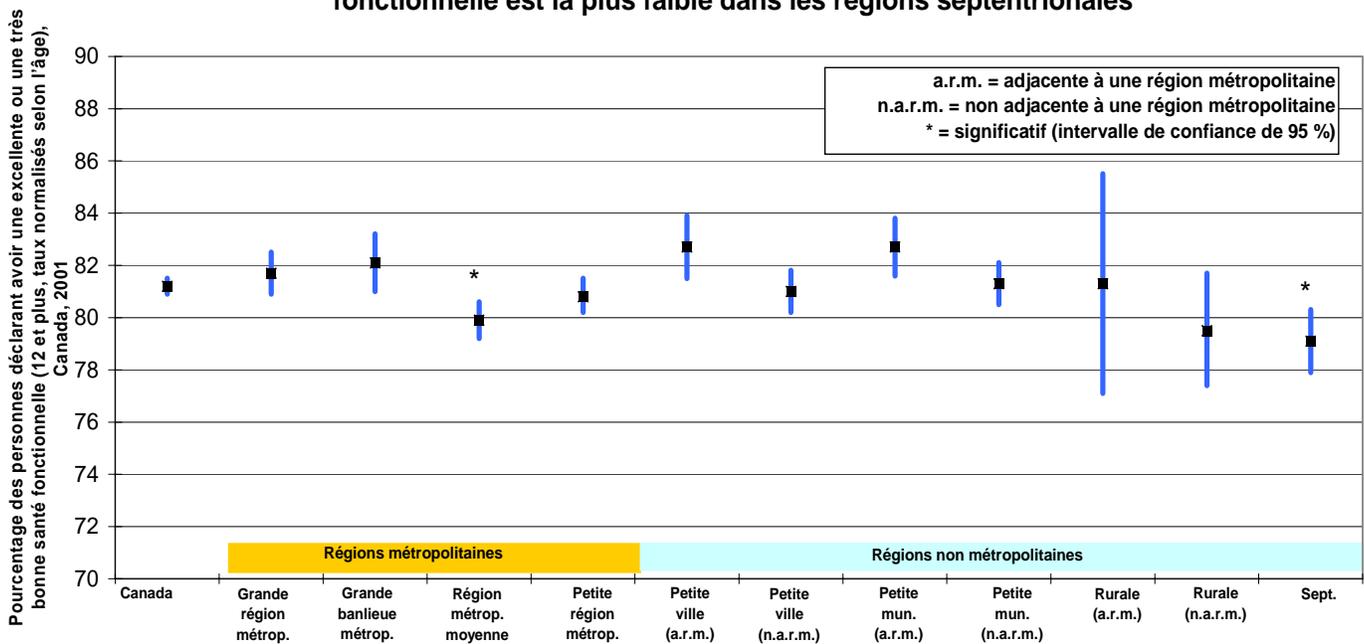
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

La santé fonctionnelle est nettement moins bonne dans les régions septentrionales et les régions métropolitaines moyennes

La santé fonctionnelle est une variable dérivée des données de l'ESCC, d'après huit facteurs de la santé qui comprennent la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, les

sentiments, la cognition et la douleur. On constate que la santé fonctionnelle des Canadiens est nettement moins bonne dans les régions métropolitaines moyennes et dans les régions septentrionales. Au Canada, on estime que 81,2 % de la population a une excellente ou une très bonne santé fonctionnelle, tandis que dans les régions septentrionales, cette proportion est de 79,1 % (figure 9).

Figure 9 : La proportion des personnes ayant une excellente ou une très bonne santé fonctionnelle est la plus faible dans les régions septentrionales



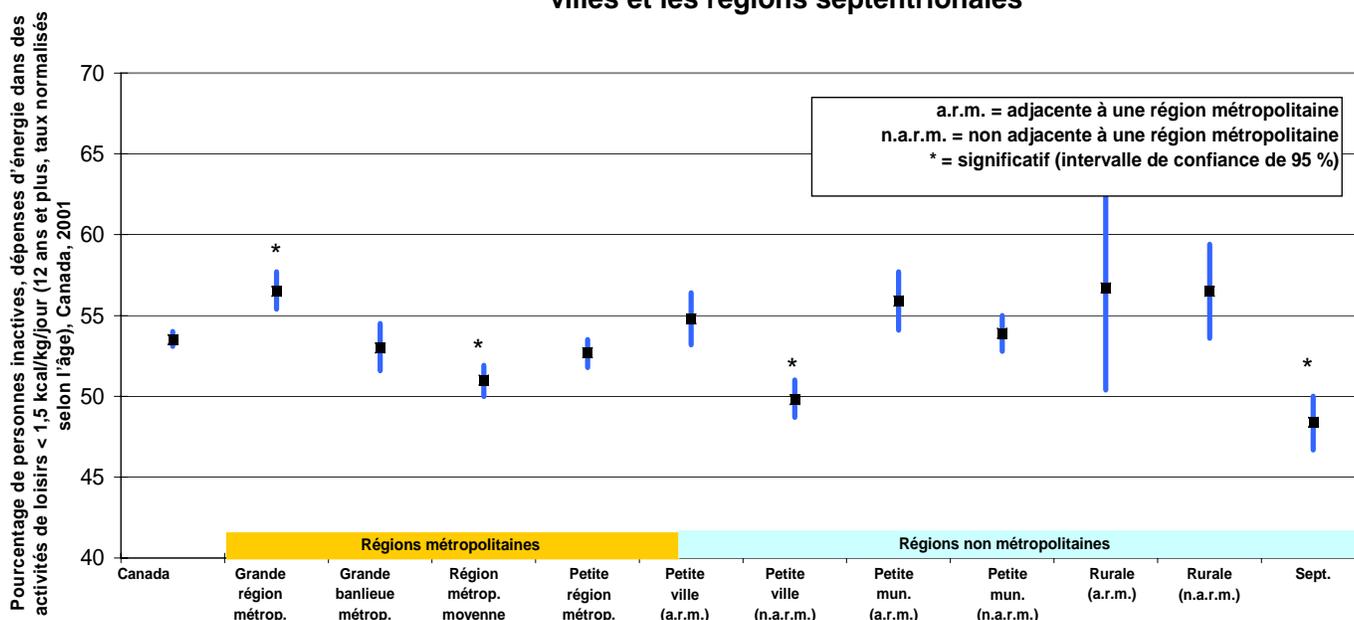
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

L'inactivité physique, un enjeu au Canada

L'inactivité physique est un problème général au Canada. Notre mode de vie nous pousse vers des activités plus sédentaires (travail assis au bureau ou à l'école, jeux informatisés et navigation sur Internet à la maison). Les études révèlent une corrélation positive entre l'exercice physique et la santé, alors qu'une quantité même modérée d'exercice régulier réduit les risques de maladies cardiovasculaires plus tard dans la vie.

On estime que 53,5 % des Canadiens de 12 ans et plus sont physiquement inactifs (moins de 1,5 kcal/kg par jour de dépense d'énergie dans les périodes de loisirs). L'inactivité physique est nettement plus fréquente dans les grandes régions métropolitaines (56,5 %). À l'inverse, les habitants des régions septentrionales, des régions métropolitaines moyennes et des petites villes (non adjacentes à une région métropolitaine) sont nettement moins inactifs (ou à l'inverse, plus actifs dans les activités de loisirs) que la moyenne nationale (figure 10).

Figure 10 : La prévalence de l'inactivité physique est plus faible dans les petites villes et les régions septentrionales

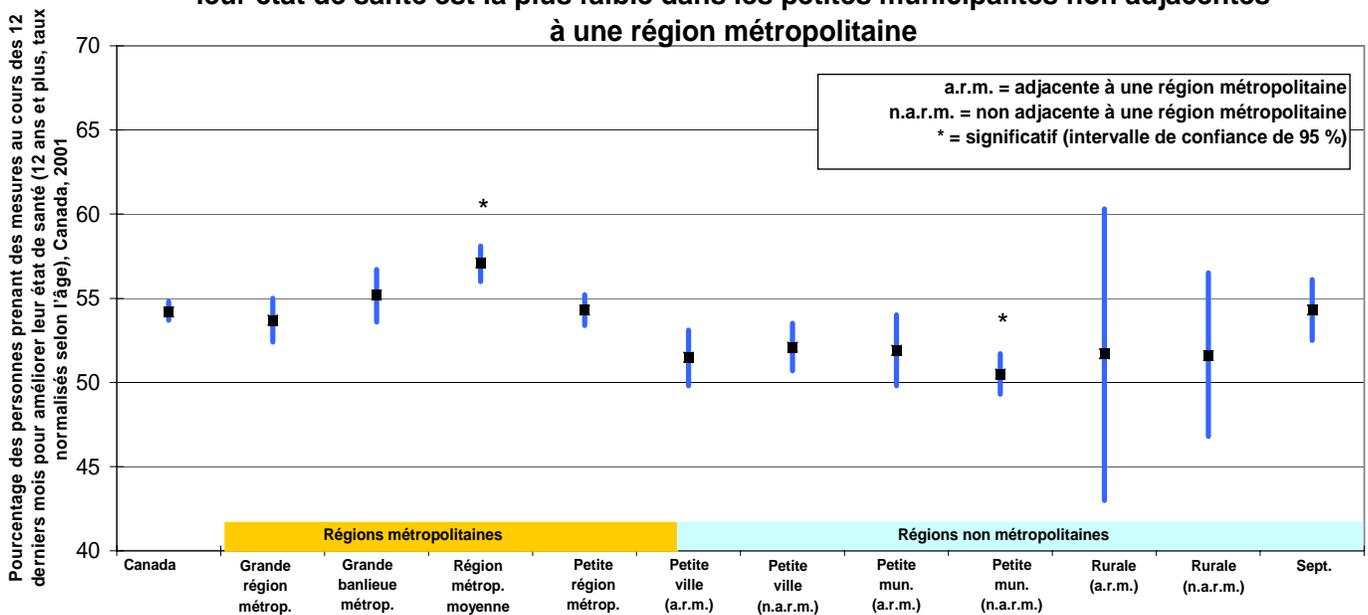


Mesures destinées à améliorer l'état de santé

Plus de la moitié des Canadiens (54,2 %) déclarent faire quelque chose pour améliorer leur état de santé. On relève la proportion la plus élevée dans les régions métropolitaines moyennes,

soit 57,1 %, un taux nettement supérieur à la moyenne nationale. À l'inverse, les habitants des petites municipalités (non adjacentes à une région métropolitaine) sont nettement moins nombreux, soit 50,5 %, à prendre des mesures pour améliorer leur état de santé (figure 11).

Figure 11 : La proportion des personnes prenant des mesures pour améliorer leur état de santé est la plus faible dans les petites municipalités non adjacentes à une région métropolitaine



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

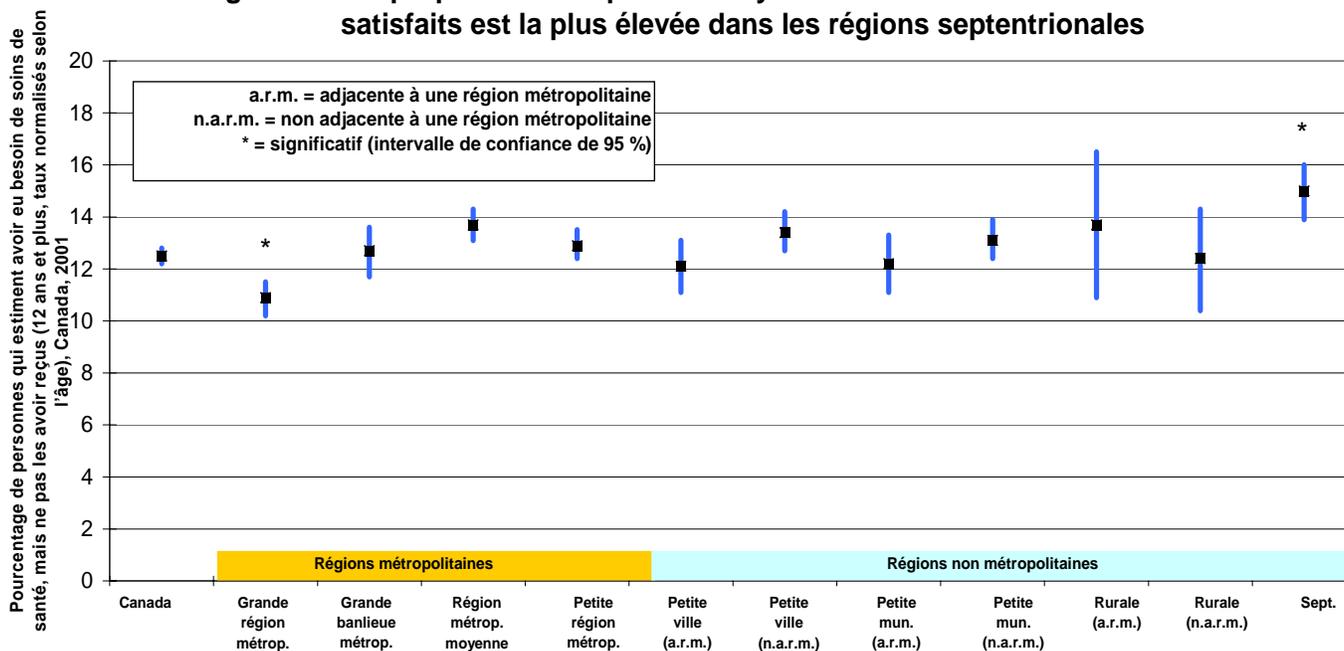
Les besoins de soins de santé non satisfaits sont les plus grands dans les régions septentrionales

À la question de l'ESCC demandant aux Canadiens si leurs besoins en soins de santé avaient été satisfaits au cours des 12 derniers mois, les réponses variaient très peu d'une région à l'autre. Au Canada, 12,5 % des Canadiens déclarent que leurs besoins en soins de santé n'ont pas été satisfaits. Cette réponse était très similaire dans toutes les régions du pays, sauf dans les régions septentrionales où le taux était nettement plus élevé (soit 15,0 %) et dans les grandes régions métropolitaines, où il était nettement

moins élevé (10,9 %), que la moyenne nationale (figure 12).

Une étude réalisée par Wilson et Rosenberg (2002) d'après des données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999 montre que 5,9 % des Canadiens (de 25 ans et plus) déclaraient ne pas avoir reçu de soins de santé au moment où ils en ont eu besoin. Par conséquent, le sentiment que les besoins de soins de santé ne sont pas satisfaits semble se répandre au Canada, et ces opinions sont généralement exprimées dans toutes les catégories de régions.

Figure 12 : La proportion de répondants ayant des besoins de soins de santé non satisfaits est la plus élevée dans les régions septentrionales



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

Résumé

L'analyse révèle des différences significatives entre le Canada urbain et rural sur des indicateurs de la santé. Les comportements à risque pour la santé, comme l'usage du tabac et l'embonpoint, affichent un gradient croissant des régions urbaines aux régions rurales. En outre, la proportion de Canadiens évaluant leur état de santé comme « excellent » a tendance à diminuer à mesure qu'on s'éloigne des régions urbaines. Il est intéressant de constater que l'analyse révèle peu de différences significatives entre les régions urbaines et les régions rurales par rapport à la prévalence de maladies chroniques et à la santé fonctionnelle.

Des projets sont en cours au Canada pour mettre au point une série d'indicateurs de la santé destinés explicitement aux collectivités rurales. Par ailleurs, on met en œuvre de nombreux programmes, politiques et technologies pour s'attaquer aux problématiques de la santé dans les régions rurales et éloignées du Canada où les densités de population sont faibles. Ces initiatives, conjuguées aux mesures que les personnes prennent pour mener une vie saine, peuvent contribuer à faire en sorte que la population canadienne se classe parmi les populations les plus en santé du monde, tant dans les régions rurales que dans les régions urbaines du pays.

Annexe A : Indicateurs de la santé choisis selon la catégorie de région, Canada, 2001

Indicateur	Canada	Grande région métrop.	Grande banlieue métrop.	Région métrop. moyenne	Petite région métrop.	Petite ville		Petite municipalité		Région rurale	
						adjacente métrop.	non adjacente métrop.	adjacente métrop.	non adjacente métrop.	adjacente métrop.	non adjacente métrop.
		(pourcentage)				(pourcentage)					
Auto-évaluation de santé (excellente)	25.6 (25,2-25,9)	26,9* (26,0-27,8)	28,6* (27,2-30,0)	25.3 (24,5-26,2)	24.9 (24,1-25,6)	25.8 (24,5-27,0)	24.0 (23,1-25,0)	24.5 (23,2-25,9)	21,9* (21,1-22,7)	19,3* (15,2-23,5)	20,2* (18,1-22,3)
Santé fonctionnelle (excellente/très bonne)	81.2 (80,9-81,5)	81.7 (80,9-82,5)	82.1 (81,0-83,2)	79,9* (79,2-80,6)	80.8 (80,2-81,5)	82.7 (81,5-83,9)	81.0 (80,2-81,8)	82.7 (81,6-83,8)	81.3 (80,5-82,1)	81.3 (77,1-85,5)	79.5 (77,4-81,7)
Indice de masse corporelle (embonpoint)	32.4 (31,9-32,8)	26,5* (25,4-27,7)	32.8 (31,4-34,2)	32.7 (31,7-33,7)	35,4* (34,5-36,4)	35.2 (33,5-37,0)	35,7* (34,5-37,0)	36,8* (35,1-38,6)	37,1* (36,0-38,3)	45,3* (38,9-51,7)	42,3* (39,3-45,2)
Dépression (90 % de probabilité)	7.7 (7,5-7,9)	6,6* (6,1-7,0)	7.0 (6,3-7,6)	8.1 (7,6-8,6)	10,1* (9,7-10,6)	7.0 (6,2-7,8)	7.7 (7,1-8,2)	7.4 (6,6-8,2)	6,8* (6,3-7,3)	4,6* (3,2-6,0)	7.1 (5,8-8,4)
Usage du tabac (quotidien/à l'occasion)	25.9 (25,5-26,3)	21,6* (20,7-22,5)	27.5 (26,2-28,9)	25.5 (24,7-26,3)	28,3* (27,5-29,1)	29,4* (28,0-30,9)	26.7 (25,5-27,8)	29,1* (27,5-30,7)	29,5* (28,6-30,4)	26.5 (22,5-30,6)	32,0* (29,3-34,8)
Inactivité physique	53.5 (53,1-54,0)	56,5* (55,4-57,7)	53.0 (51,6-54,5)	51,0* (50,0-51,9)	52.7 (51,8-53,5)	54.8 (53,2-56,4)	49,8* (48,7-51,0)	55.9 (54,1-57,7)	53.9 (52,8-55,0)	56.7 (50,4-63,0)	56.5 (53,6-59,4)
Mesures pour améliorer la santé	54.2 (53,7-54,8)	53.7 (52,4-55,0)	55.2 (53,6-56,7)	57,1* (56,0-58,1)	54.3 (53,4-55,2)	51.5 (49,8-53,1)	52.1 (50,7-53,5)	51.9 (49,8-54,0)	50,5* (49,3-51,7)	51.7 (43,0-60,3)	51.6 (46,8-56,5)
Besoins de soins de santé non satisfaits	12.5 (12,2-12,8)	10,9* (10,2-11,5)	12.7 (11,7-13,6)	13,7* (13,1-14,3)	12.9 (12,4-13,5)	12.1 (11,1-13,1)	13.4 (12,7-14,2)	12.2 (11,1-13,3)	13.1 (12,4-13,9)	13.7 (10,9-16,5)	12.4 (10,4-14,3)
Arthrite ou rhumatisme	15.3 (15,0-15,5)	13,4* (12,8-14,0)	14.3 (13,4-15,2)	16.0 (15,4-16,5)	16,8* (16,3-17,3)	16.2 (15,2-17,1)	16.4 (15,7-17,2)	16.3 (15,4-17,2)	15.9 (15,3-16,5)	14.7 (11,8-17,5)	18,4* (16,8-20,0)
Asthme	8.4 (8,2-8,6)	7,5* (7,0-8,0)	9.4 (8,6-10,2)	9.2 (8,7-9,7)	8.9 (8,4-9,3)	8.2 (7,5-8,9)	8.3 (7,7-8,9)	8.2 (7,4-9,0)	7.9 (7,4-8,4)	7,9 (E) (4,9-10,8)	7.9 (6,4-9,3)
Diabète	4.1 (4,0-4,3)	3.8 (3,5-4,2)	4.1 (3,6-4,6)	4.0 (3,7-4,3)	3.9 (3,7-4,2)	4.8 (4,3-5,4)	4.4 (4,0-4,8)	4.6 (4,0-5,1)	4.7 (4,4-5,1)	5,0 (E) (2,6-7,3)	5.5 (4,5-6,4)
Hypertension	12.7 (12,4-12,9)	12.1 (11,4-12,7)	13.0 (12,1-13,8)	12.4 (11,9-12,9)	12.9 (12,5-13,4)	13.1 (12,3-14,0)	12.9 (12,3-13,5)	12.7 (11,8-13,6)	13.4 (12,9-13,9)	13.3 (11,0-15,5)	13.4 (12,0-14,9)

Remarques :

1. Nous utilisons les codes de Beale pour appairer les divisions de recensement aux diverses catégories géographiques.
2. Nous avons utilisé des techniques de pondération *bootstrap* pour produire le coefficient de variation (CV) et les intervalles de confiance de 95 %.
3. Les intervalles de confiance de 95 % apparaissent entre parenthèses.
4. Nous avons normalisé selon l'âge l'incidence de chaque indicateur.
5. * diffèrent de façon significative de la moyenne nationale (intervalle de confiance de 95 %).
6. Les données dont le CV varie entre 16,6 % et 33,3 % sont indiquées par un (E) et devraient être interprétées avec prudence.

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

Bibliographie

- Béland, Y. 2002. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-XIF au catalogue de Statistique Canada.
- du Plessis, V. et autres. 2002. *Définitions de « rural »*, produit n° 21-601-MIF au catalogue de Statistique Canada. Document de travail n° 61.
- Ehrensaft, Philip. 1990. *Policy Codes for Rural Policy Analysis: A Preliminary Report*, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Ehrensaft, Philip, et Jennifer Beeman. 1992. « Éloignement et diversité dans les économies non métropolitaines », *Régions rurales et petites villes au Canada*, publié sous la direction de Ray D. Bollman, Toronto, Thompson Educational Publishing, p. 217 à 252.
- Mendelson, R., et R. Bollman. 2000. « Croissance démographique observée dans les régions rurales et les petites villes dans les années 1990 », *Bulletin d'analyse — Régions rurales et petites villes du Canada*, produit n° 21-006-XIF au catalogue de Statistique Canada, vol. 1, n° 1.
- Ng, E., et autres. 1999. « À quelle distance se trouve le plus proche médecin? », *Bulletin d'analyse — Régions rurales et petites villes du Canada*, produit n° 21-006-XIF au catalogue de Statistique Canada, vol. 1, n° 5.
- Pitblado, J.R., et autres. 1999. *Assessing Rural Health: Toward Developing Health Indicators for Rural Canada*, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, Université Laurentienne. Disponible en direct à <http://www.laurentian.ca/cranhr/pdf/indcat/indcats.pdf>.
- Pong, R.W. 2002. *De la connaissance à la pratique : Fonds pour l'adaptation des services de santé : Série de rapports de synthèse : La santé rurale et la télésanté*, publication préparée pour Santé Canada par le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, Université Laurentienne. Disponible en direct à <http://www.hc-sc.gc.ca>.
- Santé Canada. 2001. *Initiatives de Santé Canada en santé rurale : rétrospective d'une première année*. Disponible en direct à <http://www.hc-sc.gc.ca>.
- Shields, Margot, et Stéphane Tremblay. 2002. « La santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-XIF au catalogue de Statistique Canada, vol. 13. Supplément.
- Statistique Canada. 2002. *Indicateurs de la santé*. Disponible en direct à http://dissemination.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01002/defin1_f.htm.
- Statistique Canada. 2003. *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-XIF au catalogue de Statistique Canada, vol. 14, n° 2.
- Statistique Canada. 2003. Définitions, sources de données et méthodes. Disponible en direct à http://www.statcan.ca/francais/concepts/definitions/geography_f.htm.
- Wilson, Kathleen, et Mark W. Rosenberg. 2002. « The geographies of crisis: exploring accessibility to health care in Canada », *Le géographe canadien*, vol. 46, n° 3, p. 223 à 234.

Verna Mitura est économiste chercheuse à la Section de la recherche et de l'analyse des données rurales, Division de l'agriculture, Statistique Canada, et Ray D. Bollman est chef de la Section de la recherche et de l'analyse des données rurales, Division de l'agriculture, Statistique Canada.

Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada (Cat. n° 21-006-XIF)

Volume 1

- n° 1 : Croissance démographique observée dans les régions et les petites villes dans les années 90**
Robert Mendelson et Ray D. Bollman
- n° 2 : Tendances de l'emploi au sein de la population active non métropolitaine**
Robert Mendelson
- n° 3 : La composition des établissements commerciaux dans les petites et les grandes collectivités du Canada**
Robert Mendelson
- n° 4 : Les régimes de dépenses des ménages ruraux et urbains, 1996**
Jeff Marshall et Ray D. Bollman
- n° 5 : A quelle distance se trouve le plus proche médecin?**
Edward Ng, Russell Wilkins, Jason Pole et Owen B. Adams
- n° 6 : Les facteurs associés à la croissance économique locale**
Ray D. Bollman
- n° 7 : Utilisation de l'ordinateur et d'Internet par les membres des ménages ruraux**
Margaret Thompson-James
- n° 8 : Tendances géographiques de bien-être socio-économique des collectivités de premières nations**
Robin P. Armstrong

Volume 2

- n° 1 : Facteurs liés aux taux d'emploi des femmes dans les régions rurales et les petites villes du Canada**
Esperanza Vera-Toscano, Euan Phimister et Alfons Weersink
- n° 2 : Structure démographique et variation de la population dans les régions essentiellement rurales**
Roland Beshiri et Ray D. Bollman
- n° 3 : Migration des jeunes ruraux entre 1971 et 1996**
Juno Tremblay
- n° 4 : Conditions d'habitation dans les régions essentiellement rurales**
Carlo Rupnik, Juno Tremblay et Ray D. Bollman
- n° 5 : Évaluation du bien-être économique des canadiens ruraux au moyen d'indicateurs de revenu**
Carlo Rupnik, Margaret Thompson-James et Ray D. Bollman
- n° 6 : Structure de l'emploi dans les régions rurales et les petites villes du Canada—Un aperçu**
Roland Beshiri
- n° 7 : Structure de l'emploi dans les régions rurales et les petites villes du Canada: Le secteur primaire**
Roland Beshiri
- n° 8 : Structure de l'emploi dans les régions rurales et les petites villes du Canada: Le secteur manufacturier**
Roland Beshiri

Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada (Cat. n° 21-006-XIF)

Volume 3

- n° 1 : Structure de l'emploi dans les régions rurales et les petites villes du Canada: Le secteur des services à la production**
Roland Beshiri
- n° 2 : Urbanisation des terres agricoles**
Nancy Hofmann
- n° 3 : Définitions de « rural »**
Valérie du Plessis et autres
- n° 4 : Situation de l'emploi dans les régions rurales et petites villes du Canada—Mise à jour jusqu'en 2000**
Neil Rothwell
- n° 5 : Technologies de l'information et des communications dans le Canada rural**
Louise M^cLaren
- n° 6 : Migration interne dans les régions rurales et les petites villes du Canada**
Neil Rothwell et autres
- n° 7 : La disparité des revenus en milieu rural au Canada : Une comparaison entre les provinces**
Vik Singh
- n° 8 : Variation saisonnière de l'emploi en milieu rural**
Neil Rothwell

Volume 4

- n° 1 : Emploi à temps partiel dans les régions rurales du Canada**
Justin Curto et Neil Rothwell
- n° 2 : Les immigrants au Canada rural**
Roland Beshiri et Emily Alfred
- n° 3 : L'équilibre de l'emploi entre les hommes et les femmes des régions rurales et petites villes du Canada**
Justin Curto et Neil Rothwell
- n° 4 : Le fossé ville/campagne ne se comble pas : La disparité des revenus perdue**
Alessandro Alasia et Neil Rothwell
- n° 5 : Le niveau de scolarité dans les régions rurales et urbaines : Analyse des tendances, 1981 à 1996**
Alessandro Alasia