Notre état de santé est empreint de nos modes de vie, d'apprentissage et de travail.

# Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural?

## Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé

Une composante de l'Initiative : Les communautés rurales du Canada : Comprendre la santé rurale et ses déterminants

**Septembre 2006**

Initiative sur la santé de la population canadienne


Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Centre for Rural and Northern Health Research

Institut canadien d'information sur la santé

Canadian Institute for Health Information

Les opinions exprimées dans le présent rapport ne répresentent pas nécessairement celles de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de l'Agence de santé publique du Canada, du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord ou de l'Université Laurentienne.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

L'information de Statistique Canada est utilisée avec la permission de Statistique Canada. Il est interdit aux utilisateurs de reproduire les données et de les redifuser, telles quelles ou modifiées, à des fins commerciales sans le consentement de Statistique Canada. On peut se renseigner sur l'éventail des données de Statistique Canada en s'adressant aux bureaux régionaux de Statistique Canada, en se rendant sur le site Web de l'organisme à http://www.statcan.ca ou en composant sans frais le 1-800-263-1136.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 13 : 978-1-55392-883-6 (PDF)
ISBN 10 : 1-55392-883-0 (PDF)

© 2006 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants*
ISBN 13: 978-1-55392-881-2 (PDF)
ISBN 10: 1-55392-881-4 (PDF)

Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

# Remerciements


## Rédacteurs

L'équipe principale de recherche et de rédaction du rapport *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé* était composée des chercheurs suivants :

## Chercheurs principaux

Marie DesMeules

Raymond Pong

## Co-chercheurs

Claudia Lagacé

Denis Heng

Doug Manuel

Roger Pitbaldo

Ray Bollman

Judy Guernsey

Arminée Kazanjian

Irene Koren

Le rapport *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé* est le fruit d'efforts de nombreux participants et organismes qui y ont contribué de bien des façons. L'équipe principale de la recherche remercie toutes les personnes qui ont généreusement partagé leurs pensées, leurs idées et leur temps. L'équipe croit que la vaste gamme de suggestions reçue ajoute à la richesse du produit final. Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur assistance technique et analytique : Lars Apland, Jenny Gold, Anita Li, Robert Semenciw et Feng Wang.

Les données sur la mortalité et sur l'incidence du cancer qui ont été fournies à l'Agence de santé publique du Canada proviennent de la Base canadienne de données sur l'état civil et du Registre canadien du cancer de Statistique Canada. Nous aimerions souligner la collaboration des équipes des registres provinciaux et territoriaux de la statistique de l'état civil et du cancer qui fournissent les données à Statistique Canada.

## Comité consultatif

Le Comité consultatif a aidé à préciser la vision élargie du rapport et a fourni des commentaires généraux ainsi qu'une rétroaction tout au long du projet. Le Comité consultatif est composé des personnes suivantes :

Jean Pruneau, gestionnaire, Unité de la promotion de la santé mentale,
Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé publique du Canada

Marc Hamel, directeur adjoint, Enquêtes sur la santé de la population,
Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

Kira Leeb, gestionnaire, Recherche sur les services de santé
Institut canadien d'information sur la santé

Judith Dowler, conseillère principale au sous-ministre
Secrétariat du Ministère, Bureau du sous-ministre, Santé Canada

Aurelie Mogan, économiste principale,
Secrétariat rural, Agriculture et Agroalimentaire Canada

## Réviseurs

Les personnes suivantes ont eu l'amabilité de réviser l'ensemble du présent document :

Marc Hamel, directeur adjoint, Enquêtes sur la santé de la population, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

D^re^ Renée Lyons, Chaire de recherche du Canada sur la promotion de la santé,
Dalhousie University

D^r^ Mark Wheeler, directeur adjoint, Division de la politique, Direction des politiques, de la planification et des priorités, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

# Contenu


Préface ..... i

Sommaire ..... iii

Chapitre 1 : Introduction et contexte ..... 1

1.1 Objectifs et cadre théorique du rapport ..... 2

1.2 Structure du rapport ..... 4

Chapitre 2 : Examen de la littérature ..... 7

2.1 Le contexte sociodémographique et économique des collectivités rurales du Canada ..... 7

2.2 L'état de santé et les déterminants de la santé dans les régions rurales et les petites villes ..... 11

2.3 Activités politiques associées à la santé en milieu rural ..... 18

Chapitre 3 : Méthodologie ..... 21

3.1 Définition de *rural* ..... 21

3.2 Sources de données et méthodes analytiques ..... 23

3.2.1 Données annuelles sur la mortalité au Canada ..... 23

3.2.2 Registre canadien du cancer ..... 25

3.2.3 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 ..... 26

3.2.4 Calcul des mesures d'espérance de vie et de santé ..... 27

3.3 Notes statistiques générales et limites ..... 28

Chapitre 4 : Résultats ..... 29

4.1 Caractéristiques sociodémographiques ..... 30

4.2 Comportements liés à la santé ..... 33

4.3 Indicateurs de l'état de santé global ..... 38

4.3.1 Mortalité toutes causes confondues ..... 38

4.3.2 Espérance de vie et espérance de vie ajustée en fonction de la santé ..... 51

4.3.3 Auto-évaluation de la santé et qualité de vie ..... 53

4.4 Problèmes de santé chroniques ..... 62

4.4.1 Maladies de l'appareil circulatoire ..... 62

4.4.2 Cancer ..... 68

4.4.3 Maladies de l'appareil respiratoire ..... 93

4.4.4 Diabète ..... 98

4.4.5 Arthrite et rhumatisme ..... 103

4.4.6 Analyse multivariée ..... 105

4.5 Traumatismes et empoisonnements ..... 107

Chapitre 5 : Discussion générale et incidences sur les politiques ..... 125

Références ..... 131

Annexe A : Exemples de subdivisions de recensement classées selon chaque degré de ruralité (ZIM) ..... 151

Annexe B : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : méthodologie et analyse ..... 161

Annexe C : Taux de mortalité normalisés selon l'âge : tableaux de données ..... 169

Annexe D : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.1 : tableaux de données ..... 185

Annexe E : Analyses de régression supplémentaires ..... 197

## Liste des tableaux


Tableau 1 Population selon le degré de ruralité (zone d'influence métropolitaine, ou ZIM), Canada, 1996 et 2001 ..... 8

Tableau 2 Changement de la population en fonction du degré de ruralité (zone d'influence métropolitaine, ou ZIM) entre 1996 et 2001 ..... 9

Tableau 3 Estimations relatives aux rapports de cotes (RC) ajustés du lien entre le lieu de résidence et l'usage du tabac, selon le sexe, Canada, 2000-2001 ..... 36

Tableau 4 Ratios normalisés de mortalité toutes causes confondues, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986-1996 ..... 42

Tableau 5 Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues, personnes de 0 à 44 ans, Canada, 1986 à 1996 ..... 44

Tableau 6 Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues chez les personnes de 45 à 64 ans, Canada, 1986 à 1996 ..... 45

Tableau 7 Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues chez les personnes de 65 ans et plus, Canada, 1986 à 1996 ..... 48

Tableau 8 Espérance de vie (EV) à la naissance, selon la ZIM et le sexe, 1999 à 2001 ..... 51

Tableau 9 Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS), selon la ZIM et le sexe, 1999 à 2001 ..... 52

Tableau 10 Estimations relatives aux rapports de cotes (RC) ajustés du lien entre le lieu de résidence et certains indicateurs de santé chez les Canadiens ..... 58

Tableau 11 Ratios normalisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 65

Tableau 12 Taux d'incidence normalisés selon l'âge, par 100 000 habitants (tous les âges), selon le siège de cancer et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 69

Tableau 13 Taux d'incidence normalisés selon l'âge, par 100 000 habitants, femmes de 0 à 85 ans et plus (tous les âges), selon le siège de cancer et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 70

Tableau 14 Ratios normalisés de mortalité par tous les cancers, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 74

Tableau 15 Ratios normalisés de mortalité par cancer du poumon, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....76

Tableau 16 Ratios normalisés de mortalité par cancer colorectal, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....80

Tableau 17 Ratios normalisés de mortalité par cancer du sein selon l'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....84

Tableau 18 Ratios normalisés de mortalité par cancer du col de l'utérus, selon l'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....88

Tableau 19 Ratios normalisés de mortalité par cancer de la prostate, selon l'âge et le lieu de résidence, Canada 1986 à 1996.....91

Tableau 20 Ratios normalisés de mortalité par maladies respiratoires, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....96

Tableau 21 Ratios normalisés de mortalité par diabète, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....101

Tableau 22 Estimations relatives aux rapports de cotes (RC) ajustés du lien entre le lieu de résidence et les affections chroniques chez les Canadiens et les Canadiennes.....106

Tableau 23 Ratios normalisés de mortalité attribuable aux accidents et aux empoisonnements, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....109

Tableau 24 Ratios normalisés de mortalité attribuable aux accidents de la route selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....111

Tableau 25 Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et la mortalité par accidents de la route, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 1986 à 1996.....113

Tableau 26 Ratios normalisés de mortalité attribuable à d'autres traumatismes, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....115

Tableau 27 Ratios normalisés de mortalité par suicide (ratio de mortalité normalisé), selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....120

Tableau 28 Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et le taux de mortalité par suicide, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 1986 à 1996.....121

## Liste des figures


Figure 1 Cadre théorique de la santé de la population en milieu rural .....3

Figure 2 Répartition des Canadiens par groupe d'âge de 15 ans et lieu de résidence, Recensement de la population, 1996 .....30

Figure 3 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré un niveau de scolarité inférieur au secondaire, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 .....31

Figure 4 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré un revenu faible/faible-moyen, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 .....31

Figure 5 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré un sentiment d'appartenance à la collectivité plus ou moins fort à très fort, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 .....32

Figure 6 Proportion normalisée selon l'âge des fumeurs de 12 ans et plus, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 .....33

Figure 7 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré être exposées à la fumée secondaire presque tous les jours, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 .....34

Figure 8 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré qu'elles consomment cinq portions de fruits et légumes ou plus chaque jour, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 .....34

Figure 9 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré qu'elles accordent du temps aux activités physiques dans les loisirs, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 .....35

Figure 10 Taux de mortalité toutes causes confondues normalisés selon l'âge, par 100 000 habitants, tous les âges, selon le lieu de résidence, Canada, 1986-1996 .....39

Figure 11 Taux de mortalité toutes causes confondues normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), garçons et filles de 0 à 19 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....40

Figure 12 Taux de mortalité toutes causes confondues normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....40

Figure 13 Taux de mortalité toutes causes confondues normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....41

Figure 14 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré un état de santé passable ou mauvais, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 54

Figure 15 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 20 à 64 ans ayant déclaré un surpoids/être obèse (indice de masse corporelle > 25,0), selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 55

Figure 16 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré mener une vie assez ou extrêmement stressante, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 55

Figure 17 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré n'avoir aucune difficulté à accomplir leurs activités quotidiennes, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 56

Figure 18 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus qui ont un indice de l'état de santé révélant une incapacité, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 56

Figure 19 Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus répondant aux critères des troubles mentaux choisis au cours des 12 mois précédents, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2002-2003 ..... 57

Figure 20 Taux de mortalité normalisés selon l'âge par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000 habitants), Canadiens (tous les âges), selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 63

Figure 21 Taux de mortalité normalisés selon l'âge par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 64

Figure 22 Taux de mortalité normalisés selon l'âge par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 64

Figure 23 Prévalence normalisée selon l'âge de l'hypertension chez les 12 ans et plus, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 66

Figure 24 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par tous les cancers (par 100 000 habitants), hommes et femmes (tous les âges), selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 72

Figure 25 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par tous les cancers (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 73

Figure 26 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par tous les cancers (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 73

Figure 27 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer du poumon (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 75

Figure 28 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer du poumon (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 76

Figure 29 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer colorectal (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 79

Figure 30 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer colorectal (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 80

Figure 31 Proportion normalisée selon l'âge des mammographies subies par les femmes de 50 à 69 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 83

Figure 32 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer du sein (par 100 000 habitants), femmes de 20 à 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 84

Figure 33 Proportion normalisée selon l'âge de tests de Pap effectués chez les femmes de 18 à 69 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 86

Figure 34 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer du col de l'utérus (par 100 000 habitants), femmes de 20 à 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 87

Figure 35 Proportion normalisée selon l'âge des tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), hommes de 40 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 90

Figure 36 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer de la prostate (par 100 000 habitants), hommes de 45 à 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986-1996 ..... 91

Figure 37 Prévalence normalisée selon l'âge de l'asthme, selon le sexe et le lieu de résidence, personnes de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ... 93

Figure 38 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par maladies respiratoires (par 100 000 habitants), hommes et femmes (tous les âges), selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 94

Figure 39 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par maladies respiratoires (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 95

Figure 40 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par maladies respiratoires (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 95

Figure 41 Prévalence normalisée selon l'âge du diabète chez les 12 ans et plus, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001 ..... 99

Figure 42 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par diabète chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 100

Figure 43 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par diabète chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 101

Figure 44 Prévalence normalisée selon l'âge de l'arthrite et du rhumatisme chez les 12 ans et plus, selon le lieu de résidence et le sexe, Canada, 2000-2001 ..... 104

Figure 45 Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable aux traumatismes et aux empoisonnements chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 107

Figure 46 Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable aux traumatismes et aux empoisonnements chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 108

Figure 47 Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable aux accidents de la route chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 110

Figure 48 Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable aux accidents de la route chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 111

Figure 49 Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable à d'autres traumatismes chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 114

Figure 50 Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable à d'autres traumatismes chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 115

Figure 51 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par suicide chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 119

Figure 52 Taux normalisés selon l'âge de mortalité par suicide chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 119

## Liste des tableaux des annexes


Tableau C-1 Taux de mortalité toutes causes confondues, normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....169

Tableau C-2 Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....170

Tableau C-3 Taux de mortalité par tous les cancer (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction de tous les groupes d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....171

Tableau C-4 Taux de mortalité par cancer du poumon (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....172

Tableau C-5 Taux de mortalité par cancer colorectal (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....173

Tableau C-6 Taux de mortalité par cancer du sein (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....174

Tableau C-7 Taux de mortalité par cancer du col de l'utérus (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....174

Tableau C-8 Taux de mortalité par cancer de la prostate (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996.....174

Tableau C-9 Taux de mortalité par maladie respiratoire (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....175

Tableau C-10 Taux de mortalité par blessures et empoisonnements (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....176

Tableau C-11 Taux de mortalité par accidents de la route (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....177

Tableau C-12 Taux de mortalité par suicide (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 .....178

Tableau C-13 Taux de mortalité liée à d'autres blessures (par 100 000 habitants), normalisé selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 179

Tableau C-14 Taux de mortalité par diabète (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 180

Tableau C-15 Nombre total de décès par cause, sexe et lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 181

Tableau C-16 Nombre total de nouveaux cas de cancer chez les hommes, par siège de cancer et lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 182

Tableau C-17 Nombre total de nouveaux cas de cancer chez les femmes, par siège de cancer et lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996 ..... 183

Tableau D-1 Proportions de caractéristiques sociodémographiques choisies, normalisées selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ..... 185

Tableau D-2 Taille de l'échantillon (population estimée), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ..... 186

Tableau D-3 Proportions d'indicateurs choisis d'état de santé et de qualité de vie, normalisées selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ..... 187

Tableau D-4 Taille de l'échantillon (population estimée), selon certains indicateurs d'état de santé et de qualité de vie, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ..... 189

Tableau D-5 Proportions d'indicateurs choisis de comportement lié à la santé, normalisées selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ..... 191

Tableau D-6 Taille de l'échantillon (population estimée), selon certains indicateurs de comportement lié à la santé, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ..... 192

Tableau D-7 Prévalence de problèmes de santé chroniques choisis, normalisée selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ..... 193

Tableau D-8 Taille de l'échantillon (population estimée), selon des problèmes de santé chroniques choisis, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 ..... 194

Tableau D-9 Proportion du recours aux tests de dépistage, normalisée selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 .....195

Tableau D-10 Taille de l'échantillon (population estimée) pour le recours aux tests de dépistage, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 .....195

Tableau E-1 Estimation des risques relatifs (RR) ajustés pour le lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues, par groupe d'âge et sexe, Canada, à l'exception du Nord, 1986 à 1996 .....197

Tableau E-2 Estimation des risques relatifs (RR) ajustés pour le lien entre le lieu de résidence et la mortalité par suicide, par groupe d'âge et sexe, Canada, à l'exception du Nord, 1986 à 1996.....198

# Préface

*Les communautés rurales du Canada : Comprendre la santé rurale et ses déterminants* est un programme de recherche financé conjointement par l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord. Ce programme à plusieurs volets comprend les cinq composantes ci-dessous :

- Composante 1 — **Aspects conceptuels et méthodologiques** (exploration des sources de données disponibles et des indicateurs pertinents de la santé rurale).
- Composante 2 — **Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural?** (analyse de sources de données nationales afin de réaliser une évaluation systématique et complète de l'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural).
- Composante 3 — **Quels sont les déterminants de la santé rurale?** (utilisation de sources de données secondaires et de techniques quantitatives pour identifier les principaux déterminants de la santé rurale).
- Composante 4 — **Point de mire sur les services de santé en tant que déterminant de la santé** (l'accès aux services de santé et leur utilisation ont été examinés plus à fond en tant que déterminant de la santé important).
- Composante 5 — **Préparation en vue de la Phase II** (des méthodes complémentaires, telles que des comparaisons internationales et de la recherche qualitative, ont été explorées et une étude de faisabilité a été réalisée).

Le présent rapport contient les résultats de nos travaux sur la composante 2 et une partie de la composante 3. Il est axé sur les analyses de plusieurs sources de données nationales dans le but de déterminer s'il existe des différences entre les populations urbaines et rurales du Canada sur le plan de la santé. Il explore les nombreux désavantages et déséquilibres auxquels font face les collectivités rurales du Canada. Notre intention n'est pas de rabaisser les avantages et les attraits que bien des régions rurales offrent à leurs résidents ou aux visiteurs. Nous visons plutôt à améliorer la compréhension des besoins en matière de santé des populations rurales ainsi qu'à orienter et à appuyer les programmes et politiques qui permettent de répondre à ces besoins.

Le matériel présenté dans le rapport est le fruit du travail de l'équipe de recherche sur les collectivités rurales canadiennes, qui a débuté en octobre 2002. La recherche sur les collectivités rurales canadiennes réalisée dans le cadre de ce programme se poursuivra au cours de la prochaine année, et les résultats seront présentés dans un rapport à venir.

# Sommaire

La publication *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé* est un rapport national qui examine les tendances de certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, de l'état de santé ainsi que des comportements liés à la santé et qui met l'accent sur les différences entre les populations urbaines et rurales du Canada. Le présent rapport vise à améliorer la compréhension des besoins en matière de santé des populations rurales ainsi qu'à orienter et à appuyer les programmes et politiques qui permettent de répondre à ces besoins.

Au cours des dernières années, il y a eu une résurgence de l'intérêt porté au rôle du lieu dans la santé. Toutefois, la majorité des travaux théoriques sur le lieu et la santé étaient basés sur des études des environnements urbains. La caractérisation de la santé des populations rurales du Canada a reçu moins d'attention. Le présent document est le premier rapport d'envergure nationale qui fournit une vue d'ensemble de l'état de santé des populations rurales. Il s'agit d'une analyse descriptive qui peut servir de base lors de discussions entre les décisionnaires du domaine de la santé sur les problèmes liés à la santé rurale. Il vise également à suggérer des pistes de recherche dans le domaine de la santé rurale.

Le rapport présente un intérêt pour les autorités nationales, provinciales, territoriales et régionales en matière de santé, les praticiens, les dirigeants et les décisionnaires responsables de la promotion de la santé ainsi que de la prévention des maladies et des programmes de soins cliniques. Il en va de même pour les responsables de l'élaboration des politiques des secteurs connexes non rattachés à la santé, tels que le développement social et économique des collectivités rurales.

Les résultats contenus dans le rapport ont été obtenus à partir de plusieurs sources de données nationales, dont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), la Base de données sur la mortalité annuelle au Canada et le Registre canadien du cancer. Le système de classification selon la zone d'influence métropolitaine (ZIM), conçu par Statistique Canada, a été utilisé pour faire la différence entre les collectivités urbaines et divers types de collectivités rurales. La définition de la ZIM est basée sur la densité de la population et la distance, mais prend également en considération le navettage entre les régions rurales, les petites villes et les grands centres. Les régions urbaines sont définies comme des régions métropolitaines de recensement (RMR) et des agglomérations de recensement (AR). Les ZIM sont assignées en fonction du pourcentage de navettage de la main-d'œuvre vers les RMR/AR (ZIM forte : 30 à < 50 %; ZIM modérée : 5 à < 30 %; ZIM faible : > 0 à < 5 %; Zone sans IM : aucun navetteur). Le rapport examine des enjeux tels que les caractéristiques sociodémographiques, les comportements liés à la santé, l'espérance de vie, les indicateurs de la qualité de vie, les problèmes de santé chroniques et les blessures dans les collectivités rurales et urbaines au Canada.

Même si, d'une part, il n'y avait pas de différences marquées entre les régions rurales et urbaines quant à certaines mesures de la santé et que, d'autre part, les résultats de certaines mesures de mauvaise santé étaient plus élevés dans les régions urbaines, les régions rurales affichaient généralement un désavantage sur le plan de la santé en ce qui concerne de nombreuses mesures de santé examinées dans la présente étude. Des désavantages sur le plan de la santé ont été reflétés dans les mesures incluant des taux de mortalité ou des ratios de mortalité normalisés plus élevés ou des risques relatifs supérieurs à 1,0.

- Les régions rurales ont déclaré un plus grand nombre d'habitants disposant d'un faible revenu et d'un niveau de scolarité moins élevé. En revanche, les habitants des régions rurales ont fait part d'un plus fort sentiment d'appartenance à la collectivité que ceux des régions urbaines.
- Certains facteurs liés à la santé, comme la prévalence du tabagisme et de l'obésité, étaient répandus dans les régions rurales du Canada. En ce qui concerne d'autres facteurs qui influent sur la santé, les habitants des régions rurales avaient, par exemple, moins tendance à avoir de bonnes habitudes alimentaires et à accorder du temps à l'activité physique durant les loisirs.
- Pour les hommes, l'espérance de vie à la naissance était beaucoup plus longue dans les régions urbaines que dans les régions rurales. Pour les hommes, l'espérance de vie variait de 74,0 ans dans les zones sans IM à 76,8 ans dans les RMR/AR, mais elle était plus élevée dans les ZIM fortes (77,4 ans) que dans les RMR/AR. Du côté des femmes, l'espérance de vie était la plus courte dans les ZIM faibles, soit 81,3 ans, et la plus longue dans les ZIM fortes, à 81,5 ans.
- Les taux de mortalité globaux plus élevés au sein des collectivités rurales semblent être liés à des causes comme les maladies de l'appareil circulatoire, les blessures et le suicide. Les résidents des régions les plus rurales sont souvent le plus à risque. En revanche, chez les résidents des collectivités rurales ayant un taux de navettage plus élevé vers les grands centres, les risques de mortalité liés à certaines maladies étaient moins élevés que chez les habitants des régions urbaines ou d'autres régions rurales.
- Les risques de mortalité liés aux maladies de l'appareil circulatoire étaient beaucoup plus élevés dans toutes les catégories de ZIM (sauf dans les régions à ZIM forte), tant chez les hommes que chez les femmes âgés de 0 à 65 ans et plus (les chiffres ci-dessous représentent les deux sexes combinés) :
  - ZIM forte : ratio de mortalité normalisé = 1,00
  - ZIM modérée : ratio de mortalité normalisé = 1,07
  - ZIM faible : ratio de mortalité normalisé = 1,06
  - Zone sans IM : ratio de mortalité normalisé = 1,10

- Les taux d'incidence de la plupart des cancers par cause étaient plus bas dans les régions rurales que dans les régions urbaines. Dans l'ensemble, les taux de mortalité attribuables au cancer étaient légèrement plus bas dans les régions rurales que dans les régions urbaines (chez les hommes — RMR/AR : 247,0 par 100 000 habitants; ZIM faible : 238,7 par 100 000 habitants; chez les femmes, RMR/AR : 155,1 par 100 000 habitants; ZIM faible : 149,9 par 100 000 habitants).
- En général, les risques de mortalité par maladie respiratoire étaient beaucoup plus élevés chez les résidents des régions rurales (pour les deux sexes combinés, ZIM modérée : ratio de mortalité normalisé = 1,08; ZIM faible : ratio de mortalité normalisé = 1,10; Zone sans IM : ratio de mortalité normalisé = 1,10). Quant aux résidents des ZIM fortes, les risques de mortalité par maladie respiratoire étaient plus faibles que chez les gens vivant dans des centres métropolitains (pour les deux sexes combinés, ratio de mortalité normalisé = 0,94). Chez les femmes vivant en ZIM faible, la prévalence de l'asthme était beaucoup moins importante que chez les femmes vivant en milieu urbain.
- Seules les femmes vivant dans les ZIM faibles et les zones sans IM ont signalé une prévalence plus élevée de diabète. Chez les hommes vivant dans les ZIM fortes, les risques de mortalité par diabète étaient plus faibles que chez les hommes vivant dans les régions urbaines (ZIM forte : ratio de mortalité normalisé = 0,81). Par contre, chez les femmes vivant dans les régions les plus rurales, les risques de mortalité par diabète étaient plus élevés que chez les femmes vivant dans les centres métropolitains (ZIM modérée : ratio de mortalité normalisé = 1,17; ZIM faible : ratio de mortalité normalisé = 1,16; zone sans IM : ratio de mortalité normalisé = 1,32).
- Les Canadiens vivant dans les ZIM fortes, faibles et dans les zones sans IM ont signalé une prévalence plus élevée d'arthrite et de rhumatisme par rapport aux résidents des régions urbaines (pour les deux sexes combinés, RMR/AR = 15,4 %; zone sans IM = 17,5 %).
- Des analyses multivariées ajustées selon divers facteurs socioéconomiques et démographiques ont démontré des taux de mortalité plus élevés dans les régions rurales : toutes causes confondues (risque relatif [RR], de 1,11 à 1,37 pour les hommes de 0 à 44 ans et de 1,08 et 1,31 pour les femmes du même groupe d'âge); accidents de la route (RR de 1,61 à 1,90 pour les hommes de 45 à 64 ans et de 1,69 à 2,98 pour les femmes du même groupe d'âge); suicide (RR de 1,28 à 1,67 pour les hommes de 65 ans plus et de 0,66 à 0,81 pour les femmes du même groupe d'âge).

Le rapport démontre qu'en général, les résidents des régions rurales du Canada sont plus susceptibles que les gens vivant en milieu urbain de vivre dans de moins bonnes conditions socioéconomiques, d'avoir un niveau de scolarité moins élevé, de présenter des comportements nuisibles pour la santé et d'afficher un taux de mortalité plus élevé. Bien qu'il soit difficile de modifier certains déterminants de la santé, les auteurs ont présenté des possibilités à explorer pour atténuer les disparités dans l'état de santé entre les régions rurales et urbaines. En voici quelques exemples* :

* Il est à noter que les recommandations énoncées dans le présent rapport ne sont pas forcément celles de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de l'Agence de santé publique du Canada, du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord ou de l'Université Laurentienne.

- Bien que de nombreux programmes ou projets régionaux de développement économique aient donné des résultats variables, certains cas de réussites peuvent servir de modèle pour les interventions communautaires. Des approches novatrices et multisectorielles pourraient jouer un rôle important afin d'aider les collectivités à s'adapter aux changements de macro-niveau et de micro-niveau, comme les cycles d'économie d'emballement et d'effondrement (qui tendent à frapper durement les collectivités rurales) ou la dépendance d'une collectivité à l'égard d'une seule industrie afin d'assurer sa durabilité économique.
- Les taux globaux de mortalité à la suite de blessures et d'empoisonnements sont bien plus élevés dans les régions rurales que dans les régions urbaines. Certaines industries rurales, comme l'agriculture, la pêche et l'exploitation forestière, comportent un degré de risque élevé d'accidents du travail. Une plus grande attention pourrait être portée aux questions de santé et sécurité au travail dans le contexte rural, car les travailleurs ruraux peuvent avoir des besoins particuliers qui peuvent exiger des solutions différentes.
- Les résidents des collectivités rurales doivent généralement parcourir de plus longues distances sur des routes qui sont souvent plus dangereuses pour se rendre au travail, pour faire des emplettes, etc. Il ne faut pas s'en surprendre, les blessures et les décès à la suite d'accidents de la route sont bien plus fréquents dans les régions rurales. L'amélioration de l'état des routes rurales et la sensibilisation à la sécurité routière sont des questions à explorer.
- L'importance de la prévention des maladies et de la promotion de la santé est reconnue dans la santé publique et dans les milieux cliniques. Ce qui est moins clair, c'est la question de savoir si les stratégies conventionnelles, élaborées dans la plupart des cas par des planificateurs de programmes urbains à l'intention des résidents des régions urbaines, sont aussi efficaces dans le milieu rural. Les résultats énoncés dans la présente étude en ce qui concerne les facteurs liés à la santé, comme une proportion plus élevée de fumeurs, une consommation moindre de fruits et de légumes et une proportion plus élevée de personnes qui accusent un surpoids chez les résidents des régions rurales, indiquent qu'il est peut-être nécessaire d'adopter des approches de prévention des maladies et de promotion de la santé qui sont adaptées aux réalités rurales.

# Chapitre 1 : Introduction et contexte

Par rapport aux habitants d'autres pays, la population canadienne dans son ensemble jouit d'un niveau de vie très élevé. Selon la plupart des mesures sommaires de bien-être collectif, le Canada se compare avantageusement à d'autres pays développés tels que les États-Unis (É.-U.), l'Australie, le Japon et le Royaume-Uni. Les Canadiens sont en bonne santé : en 2000, l'espérance de vie à la naissance était de 79,4 ans, une des plus longues parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En effet, seuls les Japonais, les Suisses, les Suédois et les Islandais ont une espérance de vie plus longue. Le taux de mortalité infantile au Canada a diminué de façon significative au cours des dernières décennies (le taux était de 5,3 décès par 1 000 naissances vivantes en 2000, soit un taux moins élevé que celui des É-U et comparable à la moyenne des pays de l'OCDE). Le taux de chômage est moins élevé qu'en Italie, en Grèce et en Allemagne, et la participation au marché du travail est semblable à celle de la plupart des pays de l'OCDE [1, 2]. Les mesures de la santé d'une population sont liées et reflètent d'autres aspects du bien-être collectif, y compris le statut socioéconomique.

Malgré tout, les mesures sommaires de l'ensemble d'une population brossent rarement un tableau complet. Le présent rapport et le travail d'autres chercheurs démontrent que la caractérisation des populations rurales au Canada et de leur état de santé est un processus complexe. Inévitablement, certains groupes de la population s'en tirent relativement plus ou moins bien que la moyenne quand nous étudions des mesures précises de la santé et du bien-être. Bien que les déficits de la santé ne soient pas irréversibles, ils existent[3]. Par exemple, la population autochtone du Canada accuse un retard par rapport au reste de la population en ce qui concerne plusieurs domaines d'importance, comme la santé et le statut socioéconomique[4]. Les résidents des régions éloignées sont également désavantagés pour ce qui est des possibilités d'études et d'emploi, du revenu et de l'accès aux biens et services (et dans certaines régions, l'accès aux nécessités de subsistance telles que l'eau et les denrées fraîches)[5-7]. Ces désavantages se manifestent dans leurs indicateurs généralement moins favorables de bien-être collectif, y compris les indicateurs de santé.

Plusieurs documents importants, par exemple *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*[8], ont insisté sur la nécessité de mieux comprendre les déterminants de la santé qui influent sur le bien-être des Canadiens. Par contre, les renseignements disponibles jusqu'à maintenant sont malheureusement incomplets et ne sont pas recueillis de façon systématique. Lorsque les études canadiennes existantes sont critiquées, les auteurs de ces critiques mentionnent généralement qu'elles ne sont pas d'envergure nationale, sont dépassées, ne sont pas comparables compte tenu des différentes définitions de « rural » et sont limitées en raison de l'ensemble très restreint d'indicateurs qui est utilisé. Des données probantes quelque peu limitées indiquent que les populations rurales peuvent présenter certaines vulnérabilités en ce qui concerne la santé, un état de santé moins bon, une espérance de vie moins longue, des taux d'accidents et de blessures plus élevés et des niveaux plus élevés d'incapacité[9-13]. De plus, certaines

données indiquent que les collectivités rurales ont des caractéristiques uniques en ce qui a trait aux déterminants de la santé, y compris les facteurs démographiques, économiques et sociaux ainsi que les facteurs liés à l'environnement physique[14, 15]. Jusqu'à maintenant, la majorité de la recherche en santé rurale au Canada a porté sur l'accès aux services de santé. Les autres déterminants de la santé ont reçu moins d'attention. Cet intérêt particulier accordé aux problèmes rencontrés par les résidents des régions rurales en matière de services de santé se justifie par le fait que le milieu rural est caractérisé par de longues distances et une faible densité de population et que le défi qui se rattache à la prestation de services de santé est, entre autres, composé des enjeux suivants :

1. La base économique de nombreuses collectivités rurales est en évolution, car la machinerie remplace la main-d'œuvre dans les collectivités qui vivent de l'agriculture, des mines, de la pêche et de l'exploitation forestière. Le problème auquel ces collectivités sont confrontées est de trouver de nouveaux moyens de maintenir leur base d'emploi, ce qui représente généralement une tâche ardue[242].
2. La technologie associée à de nombreux services de santé nécessite plus d'équipement par professionnel de la santé, ce qui ne peut être justifié que dans de plus grands hôpitaux qui offrent des services à de plus grandes collectivités[243-245].
3. Bon nombre de collectivités subissent un double revers : étant donné que leur population diminue, elles ne répondent plus aux exigences qui justifient des établissements de santé hautement spécialisés[246].

Des raisons autres que l'accès aux services de santé peuvent toutefois expliquer les disparités signalées dans la littérature. Pour bien comprendre la santé rurale, il est nécessaire de s'ouvrir à une perspective plus large.

## 1.1 Objectifs et cadre théorique du rapport

Le terme « lieu » peut désigner plusieurs choses. Il s'agit d'une façon abrégée de décrire un ensemble de facteurs susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé des collectivités, des populations, des familles et des personnes. Avant le début des années 1990, les recherches sur les effets du lieu sur la santé étaient rares, en partie à cause des préoccupations exprimées à l'égard des erreurs écologiques† et du manque de techniques méthodologiques et de calcul. La non-disponibilité des données ou la suppression et la publication des données relatives aux petites villes ont aussi contribué à cette situation. Le lieu était souvent considéré comme une catégorie résiduelle : « une boîte noire qui a un effet quelque peu mystérieux sur la santé et qui persiste même après que les chercheurs aient pris en compte une gamme de facteurs. » [Traduction][16]. Depuis le début des années 1990, il y a une résurgence de l'intérêt porté au rôle du lieu dans la santé. On soutient dorénavant que le lieu devrait avoir un statut spécial dans le débat sur la population et la santé en tant que variable indépendante importante[17-23].

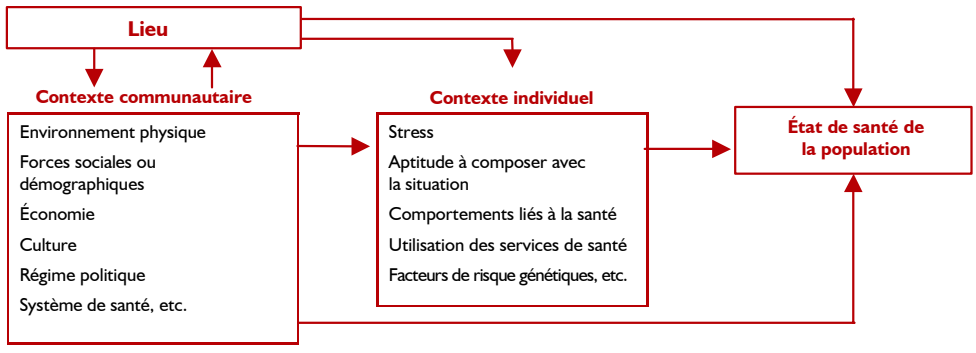
† L'erreur écologique est une erreur dans l'interprétation de données statistiques selon laquelle les inférences au sujet des caractéristiques des individus sont basées sur des statistiques agrégées recueillies pour le groupe auquel ces personnes appartiennent (en d'autres mots, on suppose que tous les membres d'un groupe présentent les caractéristiques du groupe dans son ensemble).

Compte tenu de ce regain d'intérêt pour le lieu et son rôle dans la recherche sur la population et la santé, une plus grande importance a été accordée à la conceptualisation et à la mesure du lieu. Trois types d'explications à l'appui des variations géographiques en matière de santé ont été fournis : compositionnel, contextuel et collectif[16]. Les explications compositionnelles nous amènent à porter notre attention sur les caractéristiques des personnes concentrées dans des lieux particuliers. Les explications contextuelles se rattachent aux structures de possibilités dans l'environnement physique et social à l'échelle locale. Les explications collectives (capital social) mettent l'accent sur les caractéristiques socioéconomiques et historiques d'une collectivité, comme les normes, les traditions, les valeurs et les intérêts communs. On considère que ces explications sont interdépendantes et font partie intégrante des relations qui lient les personnes et les organisations, les quartiers et les familles dans leur collectivité et qu'elles devraient être incluses dans les études sur le lieu et de ses effets sur la santé[16, 17, 24].

L'un des aspects importants du lieu est la taille de la collectivité et la ruralité. C'est d'ailleurs sur ces points que se concentre la présente étude. Même s'il est utile dans l'étude de la santé rurale, la majorité du travail théorique sur le lieu et la santé ainsi que sur la façon de mesurer ses effets est fondé sur les études des milieux urbains[24]. Cela fait partie des difficultés rencontrées dans le cadre de notre travail et du travail d'autres chercheurs lorsqu'il s'agit de caractériser les populations rurales du Canada et leur état de santé. Un cadre théorique simplifié a été élaboré pour les besoins de la présente recherche (figure 1). Il intègre le concept de « lieu » ainsi que sa dimension « rurale » et dépeint les relations hypothétiques entre les principales catégories de déterminants et l'état de santé des populations rurales. Ce cadre prend en compte les caractéristiques compositionnelles, contextuelles et collectives du lieu et montre que les relations peuvent être directes, indirectes ou réciproques.

Figure 1

Cadre théorique de la santé de la population en milieu rural



En s'appuyant sur ce cadre théorique, on cherche à répondre à la question de recherche suivante : Les gens vivant en régions rurales et dans de petites villes sont-ils moins en santé que ceux vivant dans les régions urbaines? Le rapport présente les résultats d'une analyse descriptive de divers indicateurs de santé et d'indicateurs socioéconomiques ainsi que des analyses de régression multivariées. L'objectif premier était de décrire l'état de santé et d'établir les principaux déterminants de la santé qui nous permettraient d'expliquer pourquoi certaines collectivités rurales sont en santé et d'autres ne le sont pas. Plus précisément, les objectifs étaient les suivants :

- établir les principales variables (déterminants de la santé ou indicateurs d'état de santé) qui mènent à des similitudes ou à des différences entre les populations urbaines, suburbaines, rurales et éloignées;
- expliquer si le fait de résider dans une région rurale ou éloignée est un déterminant de la santé, plus que tout autre déterminant connu de la santé;
- évaluer s'il existe des disparités entre les populations rurales et urbaines en ce qui a trait aux déterminants de la santé des individus et des collectivités;
- contribuer à combler certaines lacunes dans les connaissances qui ont été reconnues par le passé ainsi qu'à stimuler la recherche et à susciter de l'intérêt pour la santé rurale.

## 1.2 Structure du rapport

Le présent rapport comporte cinq chapitres et plusieurs annexes. Le chapitre 1 fournit l'introduction et contexte, les objectifs et le cadre théorique du rapport. Le chapitre 2 fournit un aperçu de la documentation sur la santé de la population et met l'accent sur la santé des populations rurales vivant dans les pays développés, notamment l'Australie, les É.-U. et le Royaume-Uni. Il est divisé en trois principales sections : les questions relatives au contexte sociodémographique et économique des collectivités rurales du Canada; les questions relatives à l'état de santé et aux déterminants de la santé dans les régions rurales, y compris la mortalité, le statut socioéconomique, la race et l'origine ethnique, les facteurs environnementaux, les comportements liés à la santé, l'accès physique et culturel aux services, et les facteurs psychosociaux; un aperçu des politiques au Canada dans le domaine de la santé rurale.

Le chapitre 3 décrit les sources de données et les méthodologies utilisées dans l'élaboration du présent rapport. Les points forts et les limites de l'approche utilisée y sont exposés de façon plus détaillée. Le chapitre 4 présente les résultats de l'étude. Ils sont présentés et analysés selon les cinq thèmes suivants : les caractéristiques socio-démographiques, les comportements liés à la santé, les mesures globales de l'état de santé, les maladies chroniques ainsi que les blessures et les empoisonnements. Le dernier chapitre regroupe les principales constatations et examine les incidences générales de nos résultats sur les politiques ainsi que les leçons apprises.

L'annexe A présente des exemples de subdivisions de recensement classées selon le degré de ruralité (zone d'influence métropolitaine [ZIM]). L'annexe B fournit de plus amples détails sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et présente les définitions des variables de l'ESCC qui ont été examinées dans le cadre de la présente étude. L'annexe C comprend tous les tableaux supplémentaires de taux de mortalité normalisés selon l'âge. Ces tableaux fournissent les taux nationaux de mortalité de certains chapitres de la CIM-9 selon le groupe d'âge, le sexe et le lieu de résidence pour la période de 10 ans entre 1986 et 1996. L'annexe D comprend tous les tableaux supplémentaires de taux normalisés selon l'âge qui ont été créés à partir des données obtenues du cycle 1.1 de l'ESCC (2000-2001). Ces tableaux décrivent en détail certaines caractéristiques sociodémographiques, des indicateurs de l'état de santé et de qualité de vie, des comportements liés à la santé et des problèmes de santé chroniques, selon le sexe et le lieu de résidence. L'annexe E contient des analyses de régression supplémentaires.

## Limites

Le présent document est le premier rapport d'envergure pancanadien qui fournit une vue d'ensemble de l'état de santé des populations rurales. Il s'agit d'une analyse descriptive qui a pour but de fournir du matériel aux fins de discussion sur les problèmes liés à la santé rurale, et peut-être de suggérer des pistes de recherche dans le domaine de la santé rurale. Il ne contient pas de renseignements sur les relations de cause à effet entre le lieu de résidence et des problèmes de santé particuliers. Il n'examine pas non plus l'hétérogénéité de la santé urbaine et ne fait pas de comparaison entre les différents types de collectivités urbaines et les régions rurales. Les « régions urbaines », définies comme région métropolitaine de recensement (RMR) et région d'agglomération de recensement (AR)‡ dans la présente étude, sont utilisées à titre de groupe de référence dans l'ensemble de nos analyses, malgré l'hétérogénéité apparente des régions urbaines démontrée par d'autres chercheurs[25]. L'objectif de notre projet n'est pas de nier l'importance des différents niveaux d'état de santé dans les régions urbaines en les traitant comme une unité homogène. Au contraire, les auteurs reconnaissent pleinement que ces questions sont importantes pour mieux comprendre les disparités géographiques. Notre objectif est de mettre l'accent sur les régions rurales, étant donné que l'ensemble des connaissances sur la santé des collectivités rurales au Canada est limité et qu'il est nécessaire de mieux comprendre les problèmes liés à la santé rurale.

‡ Les **régions métropolitaines de recensement** (RMR) comptent 100 000 habitants ou plus dans le noyau urbain (y compris les villes et municipalités environnantes, où 50 % ou plus de la population active fait la navette pour aller travailler dans le noyau urbain). Les **agglomérations de recensement** (AR) comptent de 10 000 à 99 999 habitants dans le noyau urbain (y compris les villes et municipalités environnantes, où 50 % ou plus de la population active fait la navette pour aller travailler dans le noyau urbain).

# Chapitre 2 : Examen de la littérature

## 2.1 Le contexte sociodémographique et économique des collectivités rurales du Canada

La plupart des gens ont une idée intuitive de ce que signifie *rural*, mais une définition précise et universellement reconnue de cet adjectif échappe encore aux chercheurs et aux administrateurs publics. Pour la plupart des gens, *rural* signifie *non urbain* et *urbain* signifie *non rural*; il s'agit là d'une définition tautologique qui n'est pas particulièrement utile dans le contexte de la recherche. Les résultats de recherche peuvent varier en fonction de la définition utilisée. Par exemple, la population rurale pouvait représenter aussi peu que 22 % et jusqu'à 38 % de la population totale canadienne en 1996, selon la définition choisie[26]. Pourtant, dans un grand nombre de publications de recherche, les auteurs contournent ce problème en ne donnant aucune définition explicite du terme *rural*, et ils l'utilisent comme si les lecteurs savaient d'emblée ce qu'il signifie. L'absence d'une définition précise rend la comparaison des résultats difficile.

Les recherches quantitatives réalisées au moyen de sources de données secondaires ont utilisé avec un certain succès des définitions de la ruralité fondées sur la distance et la densité; du Plessis et coll.[26] ainsi que Pong et Pitblado[27] ont cerné quelques-unes des définitions de *rural* utilisées couramment au Canada et ont noté leurs forces et leurs faiblesses. En général, ces définitions présentent certains degrés de ruralité fondés principalement sur la distance et la densité. Une des forces de ces types de définitions est qu'elles permettent d'établir des comparaisons, mais elles sont limitées puisqu'elles ne traitent pas en profondeur de la représentation sociale du terme *rural* et ne pourraient donc pas être utilisées pour d'autres types de recherche.

Si l'on définit le terme rural en fonction de la distance et de la densité (tel que la zone d'influence métropolitaine, ou ZIM, fondée sur les déplacements entre les régions rurales, les petites villes et les grands centres)§, les collectivités rurales du Canada peuvent être caractérisées, entre autres, par leur population très dispersée. Selon les données recueillies lors du Recensement de 1996, plus de 95 % de la masse continentale du Canada est rurale, mais cette masse n'est habitée que par 22,1 % de la population[28, 29]. Entre 1996 et 2001, la population rurale totale (toutes catégories de ZIM confondues) a diminué par rapport aux régions urbaines, tant sur le plan des nombres absolus que celui de la population canadienne (tableau 1). Lorsqu'on examine les différentes catégories de ruralité dans le système de classification des ZIM, on remarque que la population des ZIM fortes et, dans une moindre mesure, des zones sans IM, a augmenté, alors que les ZIM modérées et faibles ont enregistré une baisse de population**.

§ Consulter la section 3.1 pour la définition précise de « zone d'influence métropolitaine ».

** L'annexe A fournit à la fin du présent rapport des exemples de la façon dont certaines collectivités canadiennes sont classées pour chaque niveau de ruralité selon la zone d'influence métropolitaine (ZIM).

Tableau 1

Population selon le degré de ruralité (zone d'influence métropolitaine, ou ZIM), Canada, 1996 et 2001

| | Population et répartition en pourcentage (selon les frontières de 2001) | | | | Variation en pourcentage parmi les groupes de ZIM entre 1996 et 2001 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1996 | % | 2001 | % | |
| Région urbaine (RMR/AR) | 22 654 692 | 78,5 | 23 839 086 | 79,4 | 5,2 |
| Ensemble des régions rurales et des petites villes | 6 192 069 | 21,5 | 6 168 008 | 20,6 | -0,4 |
| ZIM forte | 1 470 493 | 5,1 | 1 524 579 | 5,1 | 3,7 |
| ZIM modérée | 2 307 387 | 8,0 | 2 285 538 | 7,6 | -0,9 |
| ZIM faible | 2 027 488 | 7,0 | 1 969 211 | 6,6 | -2,9 |
| Zone sans IM | 330 616 | 1,2 | 333 847 | 1,1 | 1,0 |
| Régions rurales et petites villes | 56 085 | 0,2 | 54 833 | 0,2 | -2,2 |
| Total | 28 846 761 | | 30 007 094 | | 4,0 |

Source : Adapté de Statistique Canada Recensement de la population, 1996 et 2001.
Cette analyse est fondée sur le Recensement de la population de Statistique Canada , 1996 et 2001.
Tous les calculs ainsi que l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent entièrement des auteurs.

La variation en pourcentage parmi les groupes de ZIM à l'échelle nationale cache des écarts importants au niveau provincial et territorial (tableau 2). Par exemple, bien que le pourcentage de la population vivant dans les régions métropolitaines de recensement/ agglomérations de recensement (RMR/AR) ait augmenté au niveau national, la population des régions urbaines de Terre-Neuve-et-Labrador, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest a diminué. Pour les différentes régions rurales, d'une part, Terre-Neuve-et-Labrador a enregistré de fortes baisses de population dans toutes les ZIM, alors que la population de l'Alberta a enregistré des hausses dans toutes les ZIM, plus particulièrement dans les ZIM fortes et les zones sans IM. Les autres provinces se sont classées entre ces deux extrêmes : la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan ont enregistré une baisse de la population rurale, alors que d'autres provinces, comme le Manitoba et l'Ontario, ont connu une hausse de leur population rurale au cours de cette période de cinq ans.

Les collectivités rurales font face à un certain nombre de défis sociodémographiques et économiques. En général, leur profil socioéconomique et démographique diffère de celui des collectivités urbaines. Le vieillissement de la population, les difficultés économiques et l'isolement géographique figurent parmi les facteurs susceptibles d'influer sur la vulnérabilité des régions rurales et des petites villes des pays développés sur le plan de la santé.

Tableau 2

Changement de la population en fonction du degré de ruralité (zone d'influence métropolitaine, ou ZIM) entre 1996 et 2001

| | Variation en pourcentage parmi les groupes de ZIM entre 1996 et 2001 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Régions urbaines | Régions rurales et petites villes (RRPV) | | | | | Total |
| | RMR/AR | Toutes les RRPV (sous-total) | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM | |
| Terre-Neuve-et-Labrador | -2,6 | -10,6 | -10,7 | -10,9 | -10,0 | -11,2 | -7,0 |
| Île-du-Prince-Édouard | 1,8 | -1,0 | 0,1 | -1,2 | -2,0 | -5,8 | 0,5 |
| Nouvelle-Écosse | 1,2 | -2,3 | 4,9 | -2,1 | -3,2 | -1,3 | -0,1 |
| Nouveau-Brunswick | 0,3 | -2,7 | -1,6 | -3,5 | -2,9 | 3,0 | -1,2 |
| Québec | 2,0 | -0,8 | 2,3 | -1,3 | -4,4 | -0,4 | 1,4 |
| Ontario | 6,8 | 1,5 | 4,1 | -0,1 | -2,9 | 11,6 | 6,1 |
| Manitoba | 0,5 | 0,5 | 3,1 | 1,8 | -1,3 | 1,4 | 0,5 |
| Saskatchewan | 0,6 | -3,5 | 0,8 | -2,6 | -4,4 | -3,5 | -1,1 |
| Alberta | 12,0 | 5,5 | 12,7 | 5,9 | 1,8 | 17,9 | 10,3 |
| Colombie-Britannique | 6,0 | -1,1 | 2,5 | 0,7 | -3,9 | 1,1 | 4,9 |
| Territoire du Yukon | -1,8 | -18,9 | s.o. | s.o. | s.o. | -18,9 | -6,8 |
| Territoires du Nord-Ouest et Nunavut | -4,2 | 0,9 | s.o. | s.o. | s.o. | 0,9 | -0,5 |

s.o. = sans objet.
Les **régions métropolitaines de recensement** (RMR) comptent 100 000 habitants ou plus dans le noyau urbain et incluent toutes les villes et municipalités avoisinantes où le taux de navettage vers le noyau urbain s'élève à 50 % ou plus de la main-d'œuvre. Les **agglomérations de recensement** (AR) comptent entre 10 000 et 99 999 habitants dans le noyau urbain et incluent toutes les villes et municipalités avoisinantes où le taux de navettage vers le noyau urbain s'élève à 50 % ou plus de la main-d'œuvre.
**Les zones d'influence métropolitaine** (ZIM) sont assignées en fonction du pourcentage de navettage de la main-d'œuvre vers les noyaux des RMR/AR (ZIM forte : 30 à < 50 %; ZIM modérée : 5 à < 30 %; ZIM faible : > 0 à < 5 %; Zone sans IM : aucun navetteur vers le noyau urbain).

Remarque : Conformément aux frontières du Recensement de 2001, les trois territoires sont réunis dans une seule catégorie pour ce qui est de la classification de la ZIM.

Source : Adapté de Statistique Canada Recensement de la population, 1996 et 2001.
Cette analyse est fondée sur le Recensement de la population de Statistique Canada , 1996 et 2001.
Tous les calculs ainsi que l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent entièrement des auteurs.

La plupart des collectivités rurales ont un ratio de dépendance élevé, soit une importante proportion d'enfants et de jeunes (0 à 19 ans) et de personnes âgées (plus de 60 ans), et une proportion relativement faible d'adultes en âge de travailler (20 à 59 ans). La population rurale est habituellement plus âgée que la population urbaine. De nombreux facteurs contribuent à ce phénomène, y compris le vieillissement de la population rurale, la tendance des retraités à déménager dans une région rurale et la migration des jeunes des régions rurales vers les centres urbains pour poursuivre leurs études et trouver un emploi[29].

Les perspectives d'emploi et les conditions d'accès à l'éducation sont essentielles au bien-être des petites collectivités. Malheureusement, de l'avis général, les possibilités sont restreintes dans les régions rurales, tout comme les installations socioculturelles et récréatives qui attirent une main-d'œuvre qualifiée. Dans l'ensemble, la population est moins instruite, le taux de chômage est plus élevé et les revenus sont moins élevés dans les régions rurales que dans les régions urbaines. En 2001, la proportion de personnes de

20 à 34 ans dont le niveau de scolarité était inférieur au secondaire était plus élevée dans les collectivités rurales (23 %) que dans les centres urbains (14 %)[30]. Enfin, l'écart entre les revenus des populations rurales et urbaines est toujours évident; le revenu familial médian en milieu rural est de 49 449 $, alors qu'il s'élève à 56 817 $ en milieu urbain[30]. La participation de la population active ainsi que les taux d'emploi et de chômage témoignent du rendement économique global d'une collectivité ou d'une région. Les taux de participation de la population active et d'emploi ont augmenté, tant dans les régions rurales qu'urbaines, entre 1996 et 2000 (6 % et 8 % respectivement). Bien que les taux de participation et d'emploi dans les régions rurales soient demeurés plus bas que dans les régions urbaines, la croissance était semblable dans les régions rurales et urbaines, soit un peu plus de 5 %. Au cours de la même période, le taux de chômage dans les régions rurales et urbaines a enregistré une baisse, mais celle-ci était légèrement moins élevée dans les régions rurales[31].

Il a été démontré que les jeunes gens qui vivent dans les collectivités rurales ont tendance à migrer vers des régions plus urbaines pour différentes raisons, notamment de meilleures possibilités d'emploi, et cette situation se traduit par un taux d'emploi inférieur chez les jeunes des régions rurales[29]. Le taux de participation de la population active chez les jeunes de 15 à 24 ans vivant en région rurale était plus bas que celui enregistré dans les régions urbaines et chez la population rurale en général. Bien que le taux de chômage ait diminué au fil du temps, il était plus élevé chez les jeunes vivant dans les régions rurales par rapport aux jeunes vivant dans les centres urbains en 2000 (15 % et 12 % respectivement); le taux de chômage était particulièrement élevé chez les jeunes hommes (plus de 15 %) vivant dans les régions rurales[31].

La composition ethnique des régions rurales diffère également de celle des régions urbaines. En 1996, le Canada rural comptait la plus faible proportion d'immigrants, y compris les immigrants nouvellement arrivés et les minorités visibles; 88 % des immigrants vivaient dans les régions urbaines[32]. Ceux qui se sont installés en région rurale ont opté pour les provinces dont le revenu est le plus élevé (Colombie-Britannique, Ontario et Alberta) et le Yukon. Dans les régions rurales de la Saskatchewan, du Québec et des provinces de l'Atlantique, les immigrants représentaient moins de 4 % de la population[32].

Les collectivités rurales se caractérisent également par une proportion relativement élevée d'Autochtones par rapport aux centres urbains. Le Canada occupe le deuxième rang au chapitre de la proportion d'Autochtones parmi la population totale, avec 3,3 %. En Nouvelle-Zélande, les Autochtones représentent 14 % de la population totale, ce qui justifie son premier rang. La population de l'Australie est composée de 2,2 % d'Autochtones, alors qu'aux États-Unis, on en dénombre 1,5 %[33]. En 2001, un peu plus de la moitié (51 %) de la population désignée comme étant autochtone — Premières Nations, Inuit et Métis — vivait dans des régions rurales[33]; 31 % de la population autochtone totale vivait dans des réserves et des établissements indiens et 19,5 % de la population vivait dans des régions rurales autres que des réserves[33]. Ces proportions ont légèrement diminué depuis 1996, car la population autochtone vit les mêmes problèmes associés à la migration des jeunes vers les centres urbains.

En plus des défis qui sont associés à la vie rurale, de nombreuses collectivités autochtones doivent composer avec le fait qu'elles sont éloignées. Santé Canada (2003)[4] a élaboré un système de classification qui classe les Premières Nations et les Inuits en quatre catégories selon l'éloignement : le type I — éloigné-isolé — pas de vols réguliers, services radiophoniques et téléphoniques minimaux, et pas d'accès routier; le type II — isolé — vols réguliers, de bons services téléphoniques, et pas d'accès routier; le type III — semi-isolé — accès routier et services d'un médecin à plus de 90 kilomètres; et le type IV — non isolé — accès routier et services d'un médecin à moins de 90 kilomètres. La majorité des collectivités autochtones, soit 64 %, sont non isolées, alors que 14 % sont semi-isolées et 22 % sont isolées ou éloignées-isolées[4].

## 2.2 L'état de santé et les déterminants de la santé dans les régions rurales et les petites villes

Bien que la littérature en général décrive l'état de santé des habitants des collectivités rurales et éloignées comme étant moins bon que celui des personnes qui vivent dans les grands centres, il ne faut pas généraliser. Des études sur les différences entre l'état de santé des populations rurales et urbaines, parfois publiées dans un même pays, sont arrivées à des conclusions contradictoires, à savoir si certaines caractéristiques représentent un avantage ou un désavantage pour les régions rurales, selon le niveau de détail géographique et les résultats choisis d'une étude en particulier.

### Mortalité

Les études portant sur la mortalité globale démontrent bien la gamme des conclusions que l'on peut tirer lorsque les données sont analysées en fonction du lieu de résidence. Plusieurs études publiées aux États-Unis et en Australie ont révélé des taux de mortalité globaux plus élevés chez les personnes qui vivent dans des régions rurales et des petites villes[34, 35]. Au Royaume-Uni, au milieu du XIXe siècle, on a constaté que le taux de mortalité était plus élevé dans les régions urbaines, une différence que l'on note encore dans des travaux récents[36, 37]. Ces résultats peuvent toutefois dissimuler des écarts plus discrets dans les plus petites zones géographiques. Par exemple, au Royaume-Uni, certains districts ruraux du nord avaient un taux de mortalité plus élevé que les districts urbains du sud, et les districts ruraux plus éloignés avaient un taux de mortalité plus élevé et qui grimpait plus rapidement que dans les districts ruraux moins éloignés[36].

Non seulement les pays ont une opinion divergente sur le fait que les régions rurales sont désavantagées, mais cette question de recherche se complique davantage si l'on tient compte de l'âge, du sexe et d'autres facteurs de confusion possibles. Eberhardt et coll.[35] ont noté un taux de mortalité plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans les régions rurales des États-Unis. Inversement, une étude sur l'incidence de la résidence en région rurale sur les risques de mortalité chez les personnes de 55 ans et plus a révélé la présence d'un gradient de mortalité urbaine — le risque de mortalité diminue au fur et à mesure que la densité de population baisse — même après que l'on ait tenu compte de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, de l'appartenance ethnique et du statut socioéconomique[38]. On a également conclu que les principaux facteurs de confusion n'expliquaient pas le lien entre le niveau d'urbanisation et la mortalité toutes causes confondues.

Des études sur les types de mortalité par cause fournissent d'autres exemples qui démontrent que la population des régions rurales n'est pas nécessairement en moins bonne santé. Aux États-Unis, le taux de mortalité associé à une cardiopathie ischémique était plus élevé chez les hommes vivant dans les collectivités rurales, alors qu'il était moins élevé chez les femmes des régions rurales par rapport aux personnes vivant dans les centres urbains[35]. En Australie, le taux de décès associé à la cardiopathie était plus élevé dans les régions rurales et éloignées chez les deux sexes[34,39]. Au Canada, une étude menée au Québec a révélé que le taux de mortalité attribuable à une cardiopathie ischémique était moins élevé dans les régions rurales[40].

À l'instar du taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, celui attribuable au cancer varie en fonction du lieu de résidence : les différences géographiques semblent varier selon le sexe et le siège du cancer. En Australie, le taux de mortalité attribuable à tous les types de cancer était plus élevé chez les hommes vivant dans les régions rurales et éloignées mais chez les femmes, les taux étaient semblables pour toutes les catégories, tant dans les régions rurales qu'urbaines[34]. Le taux de mortalité attribuable au cancer du sein dans les régions rurales était inférieur ou semblable au taux enregistré dans les régions urbaines, alors que les taux de mortalité attribuables au cancer du col de l'utérus et du poumon semblaient plus élevés dans les régions rurales et éloignées[34, 40, 41]. L'appartenance ethnique pourrait également avoir une forte incidence sur les risques associés au cancer du col de l'utérus, plus particulièrement chez les femmes qui vivent dans les régions les plus éloignées. Une étude australienne a démontré que, si on les compare aux femmes non autochtones vivant dans les régions urbaines ou rurales, les femmes autochtones vivant dans les régions rurales risquent davantage de mourir du cancer du col de l'utérus[42].

On trouve également des résultats variables dans la littérature sur les maladies chroniques. Une étude provinciale effectuée au Canada n'a relevé aucun gradient urbain-rural pour plusieurs affections chroniques, y compris l'arthrite, les allergies alimentaires, l'asthme, les cardiopathies, le diabète et les maux de dos[40]. Ces résultats ont été corroborés par deux études (canadienne et australienne), qui ont démontré que les personnes vivant dans des régions rurales étaient moins susceptibles de signaler une affection chronique et que les problèmes de santé recensés chez les femmes vivant dans les régions rurales et éloignées étaient très semblables à ceux des femmes des régions urbaines[43, 44]. Cependant, les femmes vivant en région rurale étaient plus susceptibles d'être atteintes d'un cancer de la peau et du diabète[43]. Des études sur l'incidence du cancer démontrent que, dans l'ensemble, elle est la même dans les régions rurales et urbaines. En revanche, les données indiquent que l'incidence du cancer de la cavité buccale, des lèvres et du pharynx est beaucoup plus élevée dans les régions rurales et qu'il touche davantage les hommes que les femmes[45, 46].

Les blessures, les accidents de la route et le suicide sont de plus en plus reconnus comme des problèmes graves dans les régions rurales. Toutes les études examinées ont révélé que les décès associés aux blessures non intentionnelles, aux accidents de la route et au suicide étaient plus nombreux à mesure que le degré de ruralité augmentait[34, 35, 37, 40, 47, 48]. Le milieu agricole et la diversité des processus de production utilisés chaque jour sur les fermes peuvent contribuer au taux élevé de blessures[49]. En outre, les blessures sont la principale cause de mortalité chez les enfants qui vivent dans les régions rurales du Manitoba, plus particulièrement ceux qui vivent dans le nord de la province[50].

Le suicide est aussi un grave problème de santé et de société dans les régions rurales. On note une nette augmentation du taux de suicide chez les hommes, tant dans les régions urbaines que rurales, mais pas chez les femmes[35, 40, 47, 48]. De plus, l'état matrimonial (le fait d'être divorcé) et la composition ethnique (le fait d'être blanc ou d'origine autochtone) renforcent la relation entre un degré de ruralité de plus en plus prononcé et des taux de suicide de plus en plus élevés chez les deux sexes[48].

Un plus grand nombre d'habitants des régions rurales et du nord ont signalé que leur santé est  passable ou mauvaise, qu'ils sont limités dans leurs activités et que leur indice de l'état de santé (IES) révèle la présence d'une incapacité[14, 35, 40]. En revanche, une étude australienne a révélé une différence minime entre les femmes d'âge moyen des régions rurales et urbaines pour ce qui est des résultats obtenus au chapitre de la santé physique et mentale dans la version abrégée du questionnaire (SF-36) de l'Étude sur l'état de santé. En outre, les résultats associés à l'auto-évaluation de la santé étaient semblables chez les populations rurales et urbaines[43].

Les chercheurs s'entendent généralement sur les raisons des écarts entre les populations rurales et urbaines des pays industrialisés. Plus particulièrement, les facteurs de risques liés au mode de vie, les facteurs liés à l'environnement physique ainsi que l'accès aux services de santé et l'utilisation qu'on en fait sont souvent cités. D'autres déterminants sociaux de la santé contribuent à ces écarts, notamment le sexe, le statut socioéconomique, l'origine ethnique de même que des facteurs socioculturels et psychosociaux.

### Statut socioéconomique (SSE)

Le revenu personnel ou familial, la scolarité et l'emploi ont un lien très étroit avec la plupart des indicateurs de l'état de santé, de l'accès aux services de santé et de l'utilisation qu'on en fait ainsi que des comportements liés à la santé. Ainsi, la prospérité économique d'une collectivité et la proportion de sa population qui vit sous le seuil de la pauvreté, plus particulièrement, influencent grandement la santé et les besoins de ses habitants en matière de santé[35, 51].

Aux États-Unis, la plus forte concentration de pauvreté touchait les personnes vivant dans les grandes régions métropolitaines ainsi que dans les régions rurales et dans les petites villes; la plus faible touchait les populations vivant en périphérie des grandes régions métropolitaines[35]. Au Canada, c'est dans le Nord de l'Ontario (comparativement au reste de la province) qu'on a dénombré le pourcentage le plus élevé de familles monoparentales et la plus forte proportion de gens dont la principale activité consiste à prendre soin de leur famille. Cette région a également enregistré le plus faible pourcentage de personnes occupant un emploi rémunéré, la plus forte proportion de personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires et le taux de chômage le plus élevé par rapport à l'ensemble de la province[14]. Les résultats d'une étude longitudinale australienne sur la santé des femmes ont révélé que, par rapport aux femmes des régions urbaines, une proportion plus élevée de femmes vivant dans les régions rurales et éloignées comptaient moins de 10 ans de scolarité[43]. De plus, une proportion moins élevée de femmes vivant dans les régions rurales et éloignées occupaient un emploi rémunéré hors du foyer, et une proportion plus élevée de femmes travaillaient pour une entreprise familiale, comparativement aux femmes des régions urbaines[43].

Le statut socioéconomique d'une personne, jumelé à son lieu de résidence, est associé aux risques de maladie. Une étude australienne a démontré que le risque plus élevé de coronaropathie chez les populations rurales par rapport aux populations urbaines était attribuable, en partie, à un statut socioéconomique précaire et à la composition ethnique (à savoir, moins d'immigrants)[51]. Senior et coll.[52] ont également découvert qu'après avoir tenu compte des facteurs qui caractérisent le statut socioéconomique, le faible taux de mortalité habituellement noté dans les régions les plus rurales du Royaume-Uni avait diminué considérablement. Cependant, le lien entre le statut socioéconomique et la mortalité semble être moins apparent chez les hommes plus âgés des régions rurales et plus évident chez ceux des régions urbaines, ce qui permet de conclure que les hommes des régions rurales sont plus en santé[53].

## Origine ethnique

Très peu d'études se sont penchées sur l'état de santé des populations rurales d'origines ethniques variées. Cela peut s'expliquer en partie par la faible proportion d'immigrants vivant dans les régions rurales et les problèmes connexes de sous-échantillonnage et de suppression des données, et par les préoccupations à l'égard de la fiabilité statistique, du respect de la vie privée et de la confidentialité. Un rapport publié aux États-Unis en 2000 a révélé que les minorités vivant en milieu rural sont désavantagées par rapport à celles qui vivent en milieu urbain sur le plan de certains aspects touchant la santé, comme le dépistage et la prise en charge du cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète[54]. Ces différences se retrouvent principalement chez les Noirs, les Indiens américains et la population de l'Alaska.

Les Autochtones (les Premières Nations, les Inuits et les Métis) représentent une importante sous-population ethnique dans les régions rurales et éloignées au Canada. Il est admis que d'autres défis se présentent à eux en ce qui a trait à la santé. Des problèmes de santé, tels que le diabète, les cardiopathies, l'hypertension, le cancer et l'arthrite sont plus courants chez cette population[55-57]. Bien que les données sur la santé des Métis et des Inuits soient rares, la littérature dont nous disposons sur les Premières Nations indique que leur état de santé global est moins bon, que le taux de tabagisme est plus élevé et que le taux de mortalité attribuable au cancer, aux accidents de la route, aux maladies de l'appareil circulatoire, au diabète, à l'alcoolisme et au suicide est plus élevé que chez les non-Autochtones[4, 58-61].

## Environnement physique

Les recherches mettent de plus en plus l'accent sur l'environnement physique en tant que principal déterminant de la santé[62, 63], bien qu'elles ne semblent pas y accorder autant d'attention qu'à d'autres déterminants. Les chercheurs dans le domaine de l'hygiène du milieu établissent un lien entre l'environnement externe et les facteurs environnementaux, y compris les substances manufacturées et naturelles et les radiations, et la santé des personnes et des collectivités. Bien que cette question complexe comporte de nombreux chevauchements, certains enjeux environnementaux, tels que la qualité de l'air et de l'eau, ont une incidence directe sur des problèmes de santé très précis (par exemple, troubles respiratoires et intestinaux). D'autres questions environnementales, comme le changement climatique, les pluies acides et la pollution des sols, ont une incidence indirecte sur la santé. Même des changements environnementaux relativement insignifiants, comme les intempéries, peuvent avoir une incidence indirecte sur la santé puisqu'ils empêchent les gens d'accéder aux services de santé dans les collectivités rurales et éloignées[64].

Beaucoup de recherches sur le lien entre l'environnement et la santé ont porté sur les problèmes associés à la pollution de l'air, de l'eau et des sols[62] et se sont déroulées presque exclusivement dans des régions urbaines[65]. Le manque d'indicateurs de la santé en milieu rural, qui pourraient nous permettre d'évaluer la condition de l'environnement et son incidence possible sur la santé dans les régions rurales, est l'une des principales lacunes notées lors des rares recherches sur l'environnement physique en tant que déterminant de la santé. Bien que l'on ait examiné la possibilité de développer des indicateurs de la santé en milieu rural[64], il reste beaucoup à faire dans ce domaine.

## Comportements liés à la santé

Les résultats sont également contradictoires dans la littérature portant sur les comportements liés à la santé, ce qui est en grande partie attribuable à des questions d'ordre méthodologique. En général, les écarts entre les collectivités rurales et urbaines ne sont pas évidents. Le tabagisme et l'activité physique sont les deux indicateurs pour lesquels il semble y avoir une différence marquée entre les populations urbaines et rurales. On a constaté que la proportion de fumeurs était plus élevée dans les régions rurales et qu'un plus grand nombre de personnes vivant dans les collectivités rurales ne

pratiquaient aucune activité physique[14, 40, 46, 66]. On a observé le même gradient pour le taux de tabagisme chez les adolescents de 12 à 17 ans et les adultes[35, 67]. En revanche, moins de femmes vivant dans les régions rurales ont enregistré des niveaux inférieurs d'activité physique associée au travail et aux loisirs[43]. On n'a noté aucune différence au chapitre de la consommation d'alcool, de l'allaitement maternel ou de l'insécurité alimentaire[14, 35, 40]. Trois études ont démontré que le taux d'obésité était plus élevé dans les régions rurales; l'ensemble des hommes qui vivent dans les régions rurales et les femmes qui vivent dans les régions rurales dans des conditions de pauvreté ou les femmes d'âge moyen en milieu rural étaient plus susceptibles d'être obèses que les hommes et les femmes vivant dans les régions urbaines[14, 35, 40, 43, 68]. Par contre, une étude canadienne a révélé que l'indice de masse corporelle (IMC) global chez les hommes et les femmes vivant dans les régions rurales ne différait pas vraiment de celui des personnes qui vivent dans les régions urbaines[69].

## Accès physique et culturel aux services††

Les services de soins de santé sont restreints dans les régions rurales et éloignées[70]. L'isolement géographique et les problèmes associés à l'accès et à la pénurie de dispensateurs et de services sont des problèmes multidimensionnels. Par exemple, le piètre état des routes jumelé aux trajets interminables augmentent non seulement les risques de blessures, ils constituent une entrave à l'accès aux services de santé[49, 70]. En outre, une situation économique précaire, le temps requis pour se rendre en ville et le fait de ne pas posséder une automobile peuvent compromettre l'accès aux services de santé et la demande pour de tels services[71].

L'idée que nous nous faisons de la santé a également une incidence sur notre utilisation des services de soins de santé. Une étude australienne a démontré que la population rurale utilise une locution négative pour décrire la santé, soit par l'absence de maladies[72]. Ainsi, si nous associons la santé à l'absence de maladies, notre principale préoccupation sera de traiter les maladies plutôt que de se maintenir en bonne santé. Par conséquent, le système de soins de santé est axé sur le traitement curatif, et la demande porte sur les soins de courte durée plutôt que sur les soins de santé primaires, la promotion de la santé et la prévention des maladies[70]. Il reste à voir si c'est le cas au Canada.

## Facteurs psychosociaux

Il est généralement reconnu qu'un climat social sain qui entraîne un sentiment d'appartenance et de fierté chez les habitants d'une collectivité contribue à la santé de celle-ci et de sa population[73-82]. Certains auteurs ont même suggéré que les caractéristiques d'une collectivité ont une plus grande incidence sur l'état de santé que la disponibilité des soins médicaux[11, 83]. Il faut étudier les mécanismes qui font que des concepts comme le capital social et les capacités communautaires contribuent directement et indirectement à la santé d'une collectivité[84]. On définit le capital social de nombreuses façons[85]; il renvoie généralement aux liens qui unissent une personne et son

†† Des analyses plus détaillées sur l'accès aux services de soins de santé et leur utilisation seront publiées prochainement dans un rapport sur l'utilisation des services de santé.

environnement social immédiat; il inclut des concepts tels que les systèmes sociaux, la confiance mutuelle, la participation communautaire, l'engagement communautaire et d'autres relations institutionnelles qui peuvent avoir une incidence sur la santé des gens. Le capital social ne peut remplacer des facteurs socioéconomiques tels qu'un logement chauffé et sécuritaire, de quoi boire et manger en quantité suffisante, une saine hygiène et des réserves en eau, un moyen de transport adéquat et sécuritaire et un revenu suffisant, mais il contribue à la santé des collectivités une fois que celles-ci disposent des « biens de première nécessité ». Il s'agit donc d'un élément dont il faut tenir compte lorsqu'on étudie la santé en milieu rural[74, 82].

Une étude longitudinale australienne a révélé que les femmes des régions rurales et éloignées ont obtenu des résultats moins élevés que les femmes en milieu urbain sur le plan du stress, même si le nombre d'événements stressants qu'elles ont vécu au cours des 12 mois précédents était semblable pour les deux populations[43]. La même étude a démontré que la satisfaction de vivre (mesurée en fonction de la satisfaction sur le plan de ses réalisations dans des domaines comme le travail, les relations et les activités sociales) était semblable chez les femmes des régions rurales et urbaines. Cependant, les femmes des régions rurales et éloignées sont exposées à des relations personnelles plus violentes que les femmes des régions urbaines[86, 87]. Les femmes des régions rurales qui sont victimes de violence conjugale sont souvent isolées et souffrent du manque de services destinés aux victimes de ce type de violence[87].

De plus en plus d'études associent le soutien social positif à une guérison plus rapide et un faible taux de mortalité[78, 88]. À l'inverse, il semble que la pauvreté relative, les expériences de vie négatives et le manque de contrôle sur le travail et la vie en général sont des facteurs susceptibles de nuire à la santé mentale dans les régions rurales[87]. En parallèle, le taux élevé de suicide en milieu rural, particulièrement chez les hommes, a attiré l'attention sur le bien-être psychologique et émotionnel des personnes qui vivent dans les régions rurales et éloignées et a fait ressortir les dangers potentiels de la vie en milieu rural pour la santé mentale, notamment l'isolement, le taux de chômage à la hausse et la pauvreté[86].

La littérature dont nous disposons démontre le caractère hétérogène des collectivités rurales et urbaines des pays industrialisés[35, 39, 89]. On a tendance à associer les problèmes de santé aux régions rurales, mais il n'y a pas lieu d'affirmer que les collectivités rurales ont systématiquement une incidence négative sur la santé de la population. La diversité des résultats obtenus souligne la complexité de la recherche sur la santé en milieu rural et la variété des mesures utilisées. Cependant, les différences entre les populations rurales et urbaines semblent être liées à la nature des problèmes de santé ainsi qu'à la répartition des déterminants de la santé.

## 2.3 Activités politiques associées à la santé en milieu rural

Depuis quelques années, on passe de plus en plus au peigne fin l'état de santé et les déterminants de la santé des petites unités territoriales (par exemple, régions sanitaires ou services de santé publique)[90]. On reconnaît de plus en plus que le développement et la santé des collectivités dépendent largement des possibilités et des contraintes qui leur sont propres et qu'on devrait en tenir compte lors du processus d'élaboration de politiques. Les administrations provinciales, territoriales et fédérales doivent porter une attention particulière aux petites unités territoriales pour comprendre la façon dont les politiques universelles peuvent influencer différents domaines, et pour évaluer le potentiel des politiques locales. La décentralisation des services et les responsabilités accrues confiées aux entités administratives locales et régionales ont stimulé l'analyse du rendement de la santé sur une plus petite échelle géographique.

En tenant compte du fait que les soins de santé relèvent directement des provinces (sauf en ce qui concerne les Premières Nations et les Forces armées canadiennes), plusieurs initiatives fédérales visant à améliorer la santé en milieu rural ont été mises en place pour répondre aux préoccupations de la population rurale canadienne : l'initiative Innovations dans le domaine de la santé rurale et communautaire, la Stratégie canadienne de santé rurale, le Partenariat rural canadien, la création d'un conseil national sur la santé rurale et l'Initiative stratégique pour la recherche en santé dans les régions rurales et du nord des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Cependant, on note encore des lacunes sur le plan de la recherche, des interventions et des politiques, et celles-ci ont été démontrées[91].

# Chapitre 3 : Méthodologie

Le présent chapitre fournit une définition de la ruralité et décrit les sources de données ainsi que l'approche analytique particulière utilisée dans chacun des cas. La première section porte sur la définition du terme *rural* et met en évidence certaines forces et faiblesses de ce concept. La section 3.2 présente les sources de données et leur approche analytique respective. Enfin, la section 3.3 examine des questions générales d'ordre statistique ainsi que certaines des limites méthodologiques des données et des approches utilisées dans le rapport.

## 3.1 Définition de *rural*

La façon de définir ou d'opérationnaliser (c'est-à-dire définir le terme de façon à ce qu'il puisse être mesuré) le terme *rural* est cruciale dans tout type de recherche rurale. Comme il est expliqué dans la section 2.2, la taille et les caractéristiques des populations rurales dépendent de la façon dont *rural* est défini. À la suite d'un examen complet de la littérature et de la disponibilité des bases de données ainsi que de discussions entre les membres de l'équipe de recherche et les membres du comité consultatif, il a été décidé d'utiliser la définition de la Zone d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM) pour l'ensemble des composants du présent programme de recherche.

### Zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM)

La définition de régions rurales et petites villes (RRPV/ZIM) fait référence à la population qui vit à l'extérieur des zones de navettage des grands centres urbains et plus précisément à l'extérieur des régions métropolitaines de recensement (RMR) et des agglomérations de recensement (AR). Les RMR et les AR comprennent des grandes régions urbaines ou des noyaux urbains qui, tout comme les subdivisions de recensement (SDR) ou les municipalités avoisinantes, ont un niveau élevé d'intégration sociale et économique avec le noyau urbain.

La définition de ZIM est un affinement ou un prolongement de la notion de RMR/AR/RRPV‡‡ élaborée par la Division de la géographie de Statistique Canada « pour mieux montrer les effets de l'accessibilité métropolitaine sur les régions non métropolitaines »[26, 92]. Les subdivisions de recensement (SDR)§§ qui se trouvent à l'extérieur de ces régions sont classées selon une des quatre zones d'influence qui varient d'une influence « forte » à « sans influence » selon le degré d'influence qu'exercent les RMR/AR.

---

‡‡ RMR = régions métropolitaines de recensement; AR = agglomérations de recensement; RRPV = régions rurales et petites villes.

§§ *Subdivision de recensement* est le terme général qui désigne les municipalités telles que définies par l'équivalent provincial (par exemple, les réserves indiennes, les établissements indiens et les territoires non organisés). L'annexe A fournit à la fin du présent rapport des exemples de la façon dont certaines collectivités canadiennes sont classées pour chaque niveau de ruralité selon la zone d'influence métropolitaine (ZIM).

- **ZIM forte :** 30 % ou plus de la population active occupée qui demeure dans la SDR travaille dans un noyau urbain RMR/AR, *quel qu'il soit*.
- **ZIM modérée :** au moins 5 % mais moins de 30 % de la population active occupée qui demeure dans la SDR travaille dans un noyau urbain RMR/AR, *quel qu'il soit*.
- **ZIM faible :** plus de 0 % mais moins de 5 % de la population active occupée qui demeure dans la SDR travaille dans un noyau urbain RMR/AR, *quel qu'il soit*.
- **Zone sans influence métropolitaine :** toutes les SDR ayant une population active occupée restreinte (moins de 40 personnes) et les SDR où personne ne fait la navette pour aller travailler dans un noyau urbain de RMR/AR, *quel qu'il soit*.

Les taux de navettage des ZIM, comme ceux qui servent à la délimitation des RMR et des AR, sont calculés à l'aide des données sur le lieu de travail, qui proviennent du dernier Recensement. Contrairement à la délimitation RMR/AR, le concept de ZIM reconnaît la possibilité d'une *pluralité de centres d'attraction*. On combine les taux de navettage entre une municipalité de la catégorie RRPV et tout grand centre urbain de 10 000 habitants ou plus pour établir le degré d'influence (forte, modérée, faible ou sans influence) qu'exercent un ou plusieurs de ces centres sur la municipalité en question[93]. Cette classification et la méthodologie connexe ont été grandement validées par Statistique Canada[92].

La définition de ZIM permet de distinguer les populations qui ont un accès plus restreint au marché du travail des grands centres urbains de celles qui ont un accès plus facile. Le *taux de navettage* est utilisé comme approximation pour ce qui est de *l'accès* d'une population à des services tels que les établissements de santé et d'enseignement, les institutions financières ainsi que les centres commerciaux, culturels et sportifs. Ce taux représente l'influence relative qu'exerce un centre urbain sur une région rurale. L'annexe A présente les SDR du Canada et leur classification de ZIM par province afin de donner une idée générale de l'emplacement de chacune des régions de ZIM***. Il est à noter que les zones sans influence métropolitaine (par exemple, les réserves indiennes) apparaissent souvent (mais pas toujours) sur cette carte en tant que points situés dans des SDR de ZIM faible ou même modérée.

*** Vous trouverez dans le site Web suivant un fichier PDF qui vous permettra d'agrandir les différentes régions du Canada de façon à obtenir une carte plus détaillée : <http://geodepot.statcan.ca/Diss/Maps/ReferenceMaps/n_sac_f.cfm>.

### Points forts et limites

La définition de ZIM est fondée sur les frontières administratives et prend en compte l'hétérogénéité des collectivités rurales, contrairement à une définition dichotomique d'urbain et de rural. Elle permet aussi de comparer les régions urbaines (RMR/AR) et quatre catégories différentes de ruralité. Cependant, cette définition ne s'applique pas à la représentation sociale des concepts de rural et d'urbain et n'y est pas liée. De plus, elle ne prend pas en considération l'hétérogénéité au sein de la catégorie de RMR/AR. Bien qu'il puisse y avoir d'importants écarts à l'intérieur des RMR/AR, la présente cette étude n'avait pas pour objet de les examiner. Toutes les RMR/AR ont été regroupées dans cette étude afin d'examiner l'hétérogénéité et les écarts dans différentes régions rurales et de les comparer aux régions urbaines dans leur ensemble.

## 3.2 Sources de données et méthodes analytiques

La présente section décrit les sources de données utilisées dans le rapport et leurs approches analytiques respectives. Les sources de données suivantes ont été utilisées : 1) Données annuelles sur la mortalité au Canada; 2) Registre canadien du cancer; 3) Cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Un fichier qui comprend chaque SDR et sa catégorie de ZIM connexe a été incorporé à chaque ensemble de données énuméré ci-dessus.

### 3.2.1 Données annuelles sur la mortalité au Canada

#### Approche analytique

Les enregistrements de la base de données sur la mortalité annuelle au Canada ont été regroupés au niveau des SDR, puis aux échelles nationale et provinciale pour la période de 1986 à 1996. Les frontières des SDR correspondent à celles du Recensement de 1996. Dans la base de données sur la mortalité annuelle au Canada, on utilise la SDR de résidence du patient. Autrement dit, on fait référence au lieu de résidence des gens et non au lieu de décès (ce qui représente, dans la plupart des cas, la SDR d'un hôpital ou d'un établissement de soins de longue durée). Par la suite, les données de SDR ont été attribuées à une catégorie de ZIM afin de comparer les taux de mortalité dans les régions rurales et urbaines. On a fait des comparaisons à l'aide de taux normalisés de mortalité selon l'âge et les ratios normalisés de mortalité. La population-type était celle du Recensement de 1991. Les causes de décès, selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9), ont été examinées par chapitre de la CIM-9 d'après la fréquence dans chaque groupe d'âge. Les causes choisies représentent plus de 80 % de tous les décès (maladies de l'appareil circulatoire, maladies respiratoires, cancers, blessures, accidents de la route, suicide, etc.).

La signification statistique du ratio normalisé de mortalité a été testée au moyen de la méthode de Byar et est fondée sur l'hypothèse d'une distribution de Poisson[94]. Quant aux taux normalisés de mortalité selon l'âge, la méthode bootstrap a été utilisée, ce qui représente une transformation logarithmique qui permet la variation d'échantillonnage dans le taux dénominateur (de référence). Les taux et ratios de mortalité, toutes causes confondues et par cause spécifique, ont été stratifiés par les cinq catégories rurales et urbaines (puis comparés avec la moyenne des RMR/AR en tant que groupe de référence), le groupe d'âge et le sexe. On n'a pas tenté d'estimer un gradient linéaire urbain à rural, car une analyse préliminaire a montré une relation non linéaire entre la mortalité et la ruralité.

## Analyse multivariée

L'association possible entre la région de résidence, telle que classifiée selon la définition de ZIM, et la mortalité (toutes causes confondues), par suicide et due aux accidents de la route a été examinée dans le cadre d'analyses de régression multivariées afin de prendre en compte les incidences des déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé. La régression de Poisson a été utilisée afin de modéliser les variations dans le risque de mortalité par emplacement géographique et par caractéristique de la population pour les hommes et les femmes séparément, puis pour la population canadienne dans son ensemble. Les données et les frontières géographiques du Recensement de 1996 ainsi que les données annuelles sur la mortalité au Canada ont été utilisées. Le nombre de décès selon l'âge, le sexe et la SDR durant la période de 1986 à 1996 ainsi que les trois causes ont été calculés. Les décès survenus au cours de cette période ont été regroupés afin d'atténuer les problèmes inhérents aux analyses des petites régions, en particulier la probabilité qu'il n'y ait que quelques cas dans le numérateur pour ce qui est du calcul de n'importe lequel des taux. Des analyses séparées ont été réalisées en fonction des différents groupes d'âge (0 à 44, 45 à 64 et 65 ans et plus) et du sexe.

En plus de la variable de ZIM, les caractéristiques démographiques suivantes ont été dérivées du Recensement de 1996 et utilisées en tant que variables de contrôle : l'emplacement nord ou sud[†††]; le pourcentage de Canadiens ayant terminé leurs études secondaires; le revenu moyen du ménage; le nombre moyen de personnes par ménage; le pourcentage de personnes ayant déménagé, selon un statut de mobilité sur cinq ans; l'évolution démographique en pourcentage de 1991 à 1996; le pourcentage d'Autochtones; le pourcentage de personnes mariées; le pourcentage d'immigrants; le pourcentage de logements privés qui exigent d'importantes réparations; le pourcentage de professions propres au secteur primaire; le taux de chômage; le pourcentage de professions de la santé. Il est possible que certains professionnels de la santé travaillent et résident dans des SDR différentes, c'est pourquoi la variable du pourcentage de professions de la santé a été analysée au niveau de la division de recensement (DR). Les variables ont été exprimées en tant que pourcentage de la sous-population âgée de 15 ans et plus, le cas échéant. Les variables du Recensement ont été classées selon une analyse descriptive de quartiles et de moyens.

††† La catégorie nord/sud est également fondée sur la SDR. On a attribué des SDR au nord si leur point représentatif s'inscrivait au nord de la ligne nord-sud[249]. Chaque ZIM est attribuée à l'une des catégories suivantes : nord, transition nord, transition sud et sud.

D'autres aspects importants de la santé, comme le tabagisme, l'inactivité et une mauvaise alimentation peuvent contribuer à des taux de mortalité plus ou moins élevés dans les régions rurales. Il n'était pas possible de tenir compte de la contribution de ces facteurs à l'association entre les taux de mortalité et le lieu de résidence.

### Qualité des données et limites

Les données complètes du Recensement étaient disponibles pour 78,6 % des 5 984 SDR définies en 1996, compte tenu de la petite taille de la population dans les autres 21,4 % des SDR, mais la proportion de SDR incluses dans notre étude variait par ZIM : 75,3 % pour les RMR/AR, 99,1 % pour les ZIM fortes, 93,9 % pour les ZIM modérées, 82,3 % pour les ZIM faibles et 50,1 % pour les zones sans influence métropolitaine. La suppression des régions (c'est-à-dire la suppression des données pour les SDR dont la population est petite) permet d'expliquer pourquoi certaines données tirées du Recensement ne sont pas disponibles pour ce qui est des SDR. La suppression des régions consiste à supprimer toutes les données se rapportant aux régions géographiques dont la population est inférieure à 40 habitants. De plus, les données relatives aux variables du revenu sont supprimées dans les régions dont la population est inférieure à 250 habitants ou qui comptent moins de 40 ménages privés. Notez que les variables socioéconomiques sont énumérées dans la version complète du questionnaire du Recensement de la population, qui est rempli par un échantillon de 20 % des ménages. Ainsi, les renseignements sur une SDR dont la population est de 250 habitants seraient fondés sur un échantillon de 50 répondants au recensement.

Les modèles selon le sexe étaient basés sur des taux précis de mortalité, mais les covariables étaient fondées sur la population pour les deux sexes combinés (à l'exception du taux de chômage et du pourcentage des professions du secteur primaire). Dans chacun des modèles Poisson, la catégorie RMR/AR a été sélectionnée en tant que catégorie de référence. Un risque relatif (RR) nettement supérieur ou inférieur à 1 est révélateur d'un risque de mortalité plus ou moins élevé, respectivement, que le groupe de référence. Tous les modèles, ajustés selon la procédure GENMOD de SAS, ont démontré un ajustement raisonnable, tel qu'il est établi par la statistique du rapport de vraisemblance ou la somme des carrés des écarts.

## 3.2.2 Registre canadien du cancer

### Approche analytique

Une méthodologie semblable a été utilisée pour l'analyse des données sur l'incidence du cancer. Les enregistrements ont été regroupés au niveau des SDR, puis aux échelles nationales et provinciales pour la période de 1986 à 1996. Les frontières des SDR correspondent à celles du Recensement de 1996. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge et les ratios d'incidence normalisés ont été calculés au moyen de la population-type du Recensement de 1991. Les taux d'incidence ont été calculés pour 40 sièges du cancer.

La signification statistique des taux d'incidence normalisés a été testée au moyen de la méthode de Byar et est fondée sur l'hypothèse d'une distribution de Poisson. On a calculé les limites de confiance exactes lorsque le nombre de cancers observés était de deux ou moins[94]. Quant aux taux d'incidence normalisés selon l'âge, la méthode bootstrap a été utilisée, ce qui représente une transformation logarithmique qui permet la variation d'échantillonnage dans le taux dénominateur (de référence). Les taux et ratios de mortalité, toutes causes confondues et par cause spécifique, ont été stratifiés par les cinq catégories rurales et urbaines (en utilisant la RMR/AR en tant que groupe de référence), le groupe d'âge et le sexe.

### 3.2.3 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001

#### Approche analytique

L'analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a été réalisée en deux étapes. Des analyses bivariées ont été réalisées en premier afin d'examiner les différences dans l'état de santé entre les collectivités urbaines et rurales. Les taux de prévalence normalisés selon l'âge pour plus de 40 indicateurs ont été calculés en fonction du sexe, du groupe urbain (c'est-à-dire le groupe RMR/AR) et des groupes qui ne font pas partie des RMR/AR (c'est-à-dire pour toutes les catégories de ZIM) (veuillez vous référer à l'annexe D pour obtenir une liste des indicateurs). La population-type était celle du Recensement de 2001. On a pondéré les données de façon à prendre en compte le plan de sondage complexe et de faire des rajustements en fonction des non-réponses et de la stratification a posteriori. La procédure bootstrap a été utilisée afin de calculer des intervalles de confiance de 95 %.

#### Analyse multivariée

À la suite de l'analyse bivariée, des analyses multivariées de régression logistique ont été réalisées afin de déterminer les relations entre certains déterminants de la santé et le lieu de résidence (telle que mesurée par la ZIM). Cette analyse avait pour but d'évaluer si le lieu de résidence a des répercussions indépendantes sur des résultats précis pour la santé après avoir tenu compte de plusieurs déterminants de la santé. Des résultats clés pour l'état de santé ont été choisis : auto-évaluation de la santé, degrés de stress, états chroniques, indice de masse corporelle (IMC) et tabagisme. On a pondéré les données de façon à prendre en compte le plan de sondage complexe et de faire des rajustements en fonction des non-réponses et de la stratification a posteriori. La procédure bootstrap a été utilisée afin de calculer des intervalles de confiance à 95 %.

### Qualités des données et limites

Comme l'ESCC est un échantillon de toutes les SDR au Canada, ce ne sont pas toutes les SDR qui sont incluses dans la présente analyse. De plus, il est à noter que les habitants des réserves indiennes ou des terres de la Couronne, les personnes vivant en établissement (comme les pénitenciers, les maisons de soins infirmiers ou les établissements de santé mentale), les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'enquête. Ainsi, on peut s'attendre à ce que les associations ou les proportions signalées soient sous-estimées dans le cas de certaines régions rurales ou éloignées.

## 3.2.4 Calcul des mesures d'espérance de vie et de santé

La présente section décrit les méthodes utilisées afin de calculer l'espérance de vie et de santé par catégorie de ZIM. Les tables de survie sont un précieux outil dans l'évaluation de la santé. Bien que leur but premier soit de modéliser l'espérance de vie à la naissance, elles peuvent servir à établir des modèles de l'espérance de santé, des années de vie perdues ainsi que de nombreux autres modèles qui reflètent le fardeau de la maladie ou d'un mauvais état de santé pour une population.

### Espérance de vie

Les tables de survie ont été établies par catégorie de ruralité (ZIM) au moyen d'une méthode adaptée[95]. Cette méthode a été validée pour ce qui est des petites populations, y compris les régions rurales. Les données annuelles sur la mortalité au Canada des dernières années disponibles (1999 à 2001) ont été utilisées afin de calculer les taux de mortalité par âge et par sexe, selon les catégories de ruralité (ZIM). L'espérance de vie par sexe et par ZIM a été calculée d'après une méthode décrite précédemment[95, 96]. Les comparaisons des espérances de vie (entre les catégories de ruralité) ont été faites selon des méthodes décrites par Chiang[95] et d'autres.

### Espérance de vie ajustée en fonction de la santé

L'expression *espérance de santé* décrit un ensemble d'indices qui associent la mortalité (c'est-à-dire l'espérance de vie) à différentes mesures de la qualité de vie liée à la santé, dont l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)[97]. L'EVAS n'est pas seulement une mesure de quantité de vie, mais aussi de la qualité de vie et représente le nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé d'après l'expérience moyenne d'une population. L'espérance de santé a été calculée selon une version modifiée de la méthode de Sullivan[98]. Cette technique des tables de survie fondée sur la prévalence permet de calculer les années de vie vécues d'après une mesure de l'état de santé. Parmi les mesures incluses dans la présente étude, mentionnons l'indice de l'état de santé de l'ESCC. À l'aide de méthodes similaires à celles utilisées pour la mortalité, on a estimé la prévalence ou l'état de santé moyen dans le cas de 20 groupes d'âge dans chaque sous-population. Les données annuelles sur la mortalité au Canada et les renseignements tirés de l'ESCC relativement à la qualité de vie liée à la

santé (au moyen de l'indice de l'état de santé) ont été utilisés afin de calculer l'EVAS par catégorie de ZIM. L'EVAS par sexe et ZIM a été obtenue d'après une méthode décrite précédemment[98, 99]. Les comparaisons de l'EVAS par ZIM ont été faites d'après des méthodes décrites précédemment[100].

## 3.3 Notes statistiques générales et limites

Tout au long du présent rapport, les estimations sont fournies avec des intervalles de confiance à 95 %. Les statistiques déclarées doivent être considérées comme nettement différentes si les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas. Dans le présent texte, les taux décrits comme étant *nettement différents* doivent être considérés comme étant nettement différents du point de vue statistique, et ce, au niveau de 95 %. Étant donné que les régions à ZIM faible et sans influence métropolitaine comptent peu d'habitants, la quantité de données disponibles pour calculer les taux peut parfois être limitée. Dans le cas de ces régions, le niveau d'incertitude quant aux taux calculés est sans doute plus important que celui des régions plus peuplées (c'est-à-dire les RMR/AR). Par conséquent, les intervalles de confiance ont été calculés et accompagnent les taux et ratios présentés de façon à ce que le niveau d'incertitude soit clairement énoncé. Ces intervalles de confiance ne décrivent pas l'incertitude associée au biais potentiel, par exemple l'incertitude liée à l'identification exacte des SDR. Les valeurs numériques qui s'appliquent aux figures sont fournies aux annexes C et D.

# Chapitre 4 : Résultats

Le présent chapitre se divise en cinq sections principales :

- *Caractéristiques sociodémographiques* : la proportion de la population et des facteurs socioéconomiques choisis sont présentés selon le lieu de résidence.
- *Comportements liés à la santé* : la proportion de la population ayant déclaré avoir adopté certains comportements liés à la santé décrits dans le cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est présentée selon le lieu de résidence. De plus, des analyses de régression multivariées ont été effectuées pour évaluer l'incidence d'autres caractéristiques sociodémographiques et des comportements liés à la santé sur l'usage du tabac comme variable des résultats.
- *Indicateurs globaux de l'état de santé* : les indicateurs portant sur la mortalité toutes causes confondues, l'espérance de vie et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, l'état de santé et la qualité de vie sont présentés en fonction du sexe et du lieu de résidence. De plus, on a effectué des analyses de régression multivariées pour évaluer l'incidence d'autres caractéristiques sociodémographiques et des comportements liés à la santé sur la mortalité toutes causes confondues, l'auto-évaluation de la santé, l'auto-évaluation du stress et l'indice de masse corporelle (IMC).
- *États chroniques* : les données sur les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer, les maladies respiratoires, le diabète et l'arthrite/rhumatisme sont présentées. Cette section est divisée en plusieurs sous-sections correspondant à un problème de santé particulier. Pour certains types de cancer, comme le cancer du sein ou de la prostate, on présente les données de l'ESCC portant sur les habitudes des Canadiens en matière de dépistage. Le cas échéant, on présente des descriptions détaillées des taux de mortalité et des comparaisons entre les régions rurales et urbaines pour la période de 1986 à 1996 et les taux de mortalité normalisés‡‡‡. En outre, on a effectué des analyses de régression multivariées pour évaluer le lien entre le lieu de résidence et les affections chroniques.
- *Traumatismes et empoisonnements* : les données sur les accidents de la route, les autres traumatismes ainsi que les empoisonnements et les suicides sont présentées. On y retrouve des descriptions détaillées des taux de mortalité et des comparaisons entre des régions rurales et urbaines pour la période de 1986 à 1996. En outre, on a effectué des analyses de régression multivariées pour examiner le lien entre le lieu de résidence et les risques de mortalité attribuable aux accidents de la route ou au suicide, selon le groupe d'âge et le sexe, tout en tenant compte d'importants prédicteurs.

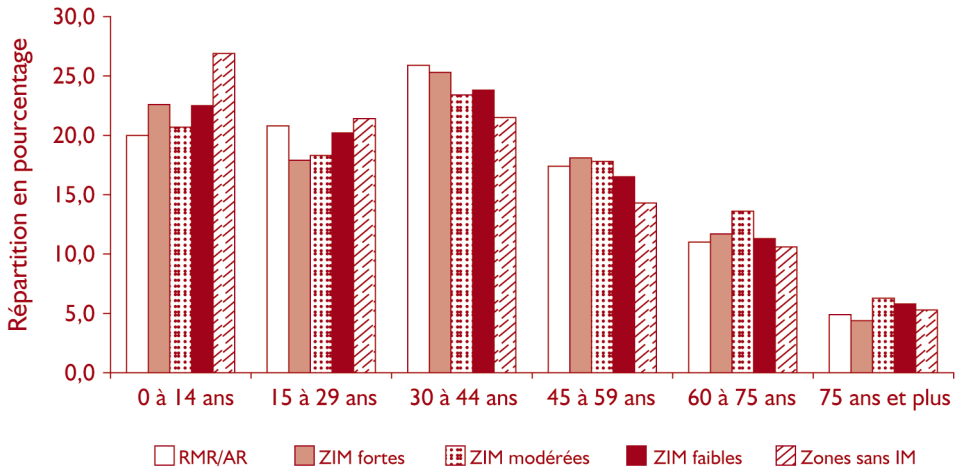
‡‡‡ Veuillez noter que les analyses présentées dans le présent chapitre ont également été réalisées à l'aide de données plus récentes sur la mortalité (1997 à 2000) et on a obtenu les mêmes résultats (données non présentées).

## 4.1 Caractéristiques sociodémographiques

Selon les données recueillies lors du Recensement de 1996, la population des régions rurales est plus jeune, alors que les centres urbains comptent une plus grande proportion de personnes en âge de travailler (30 à 59 ans) (figure 2). Lorsqu'on tient compte des personnes de 60 ans et plus, les ZIM modérées affichent les proportions les plus élevées.

Figure 2

**Répartition des Canadiens par groupe d'âge de 15 ans et lieu de résidence, Recensement de la population, 1996**

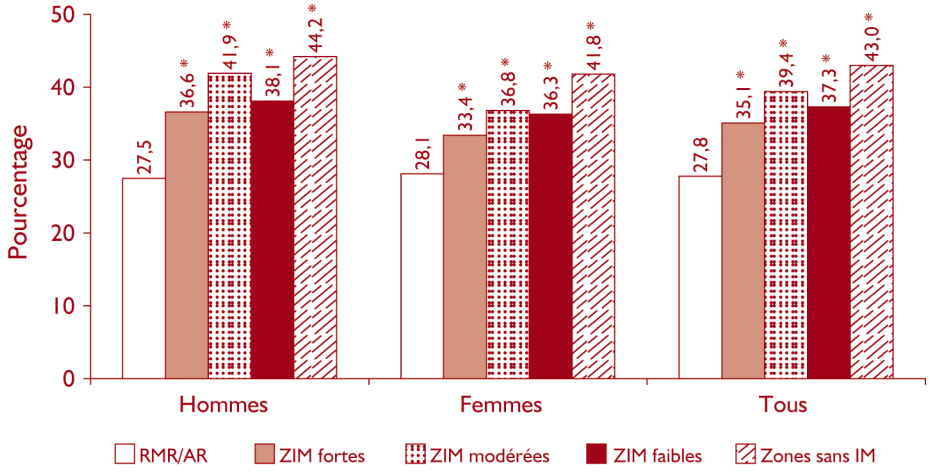



Source : Recensement de la population 1996, Statistique Canada.

On a observé des écarts importants entre les régions urbaines et rurales pour la plupart des facteurs socioéconomiques choisis. Les régions rurales ont déclaré des proportions plus élevées de faible niveau de scolarité (RMR/AR : 27,8 %; Zones sans IM : 43,0 %) (figure 3), de faible revenu (RMR/AR : 32.4%; Zones sans IM : 49,9 %) (figure 4) et de chômage (RMR/AR : 33,4 %; Zones sans IM : 37,1 %) (données non présentées). Nous n'avons pu mesurer le capital social qu'en fonction du sentiment d'appartenance à la collectivité. On a noté des différences statistiquement significatives dans les proportions de personnes éprouvant un sentiment d'appartenance à la collectivité plus ou moins fort à très fort selon le lieu de résidence, la plus faible proportion étant dans les RMR/AR et la plus forte dans les zones sans IM (RMR/AR : 56,2 %; Zones sans IM : 76,8 %) (figure 5). D'autres caractéristiques sociodémographiques choisies, recueillies dans le cadre de l'ESCC, sont présentées dans le tableau D-1 (annexe D). Les mêmes indicateurs socioéconomiques ont été analysés en fonction des régions (provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Colombie-Britannique) et les résultats étaient semblables (données non présentées).

Figure 3

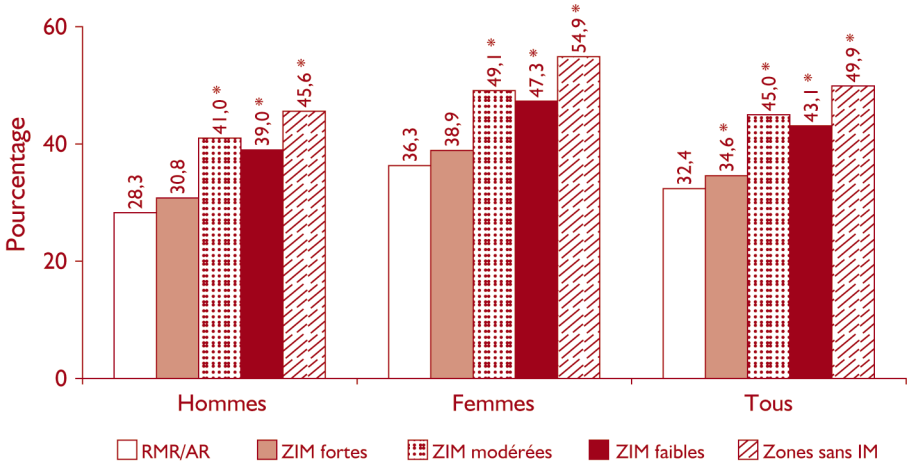
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré un niveau de scolarité inférieur au secondaire, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 4

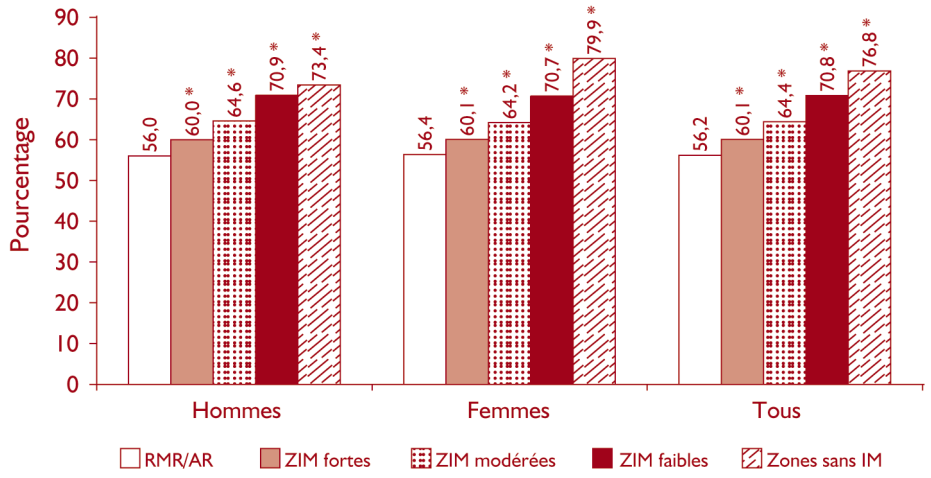
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré un revenu faible/ faible-moyen, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 5

**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré un sentiment d'appartenance à la collectivité plus ou moins fort à très fort, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

## Analyse

Toutes les catégories de ZIM étaient désavantagées sur le plan des indicateurs du statut socioéconomique. Les régions rurales étaient plus susceptibles de compter un plus grand nombre d'habitants disposant d'un faible revenu et d'un niveau de scolarité moins élevé. En revanche, on a noté un sentiment d'appartenance à la collectivité plus fort chez les habitants des régions rurales que ceux des régions urbaines. Les résultats sont semblables à ceux signalés dans le chapitre 1.

La principale limite de cette analyse se rapporte à la taille de l'échantillon : il n'a donc pas été possible d'examiner les niveaux de scolarité, le revenu en fonction du groupe d'âge et du lieu de résidence de même que la source du revenu (emploi ou paiements de transfert) en fonction du lieu de résidence. Il n'a pas été possible non plus d'examiner les écarts de revenu entre les ZIM du nord et du sud. Le coût de la vie normalisé, ainsi que le revenu, peut être plus élevé dans les collectivités rurales du nord que dans celles du sud. La variable du revenu utilisée, soit le « revenu adéquat », tient compte du revenu total du ménage et de la taille de la famille. Bien que cette façon de procéder réduise les écarts entre les revenus du nord et du sud, elle ne tient pas compte des écarts possibles entre les collectivités du nord et du sud sur le plan du coût de la vie normalisé.

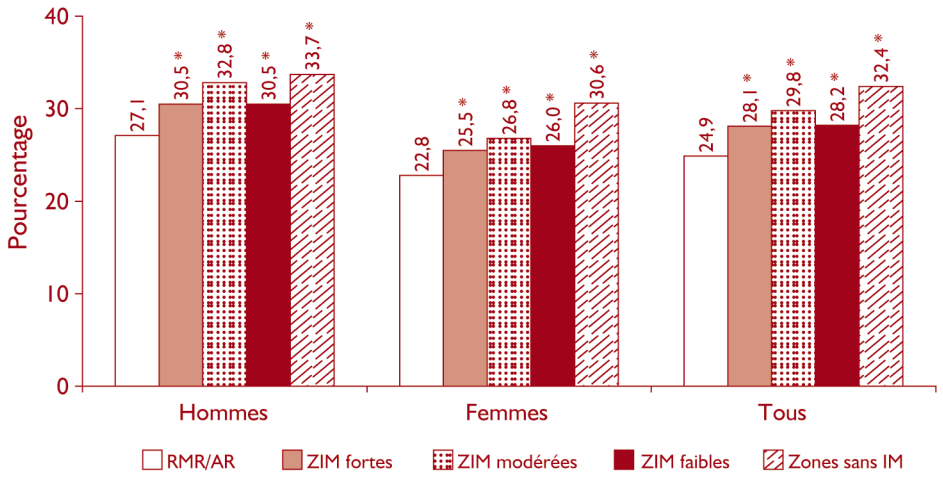
Il sera question de l'incidence de ces facteurs socioéconomiques sur plusieurs résultats pour la santé dans les sections suivantes.

## 4.2 Comportements liés à la santé

Le taux de tabagisme (incluant à la fois les fumeurs quotidiens et occasionnels), l'exposition à la fumée secondaire et la consommation des cinq portions de fruits et légumes recommandées ou plus chaque jour sont les catégories qui ont enregistré les plus forts écarts entre les régions rurales et urbaines parmi tous les comportements liés à la santé faisant l'objet de l'étude. Des proportions beaucoup plus élevées de Canadiens vivant en région rurale (RMR/AR : 24,9 %; Zones sans IM : 32,4 %), plus particulièrement les hommes, étaient fumeurs (figure 6) ou étaient exposés à la fumée secondaire (RMR/AR : 27,0 %; Zones sans IM : 34,2 %) (figure 7). Un nombre moins élevé d'habitants des régions rurales ont déclaré qu'ils consommaient les cinq portions de fruits et légumes recommandées ou plus chaque jour (RMR/AR : 38,2 %; Zones sans IM : 31,1 %) (figure 8). Les femmes vivant dans les ZIM fortes et faibles ont déclaré qu'elles accordaient plus de temps aux activités physiques dans les loisirs que les femmes des régions urbaines, alors que les hommes vivant dans les ZIM modérées ont affirmé qu'ils accordaient beaucoup moins de temps aux activités physiques dans les loisirs que les hommes vivant dans les régions urbaines (figure 9).

Figure 6

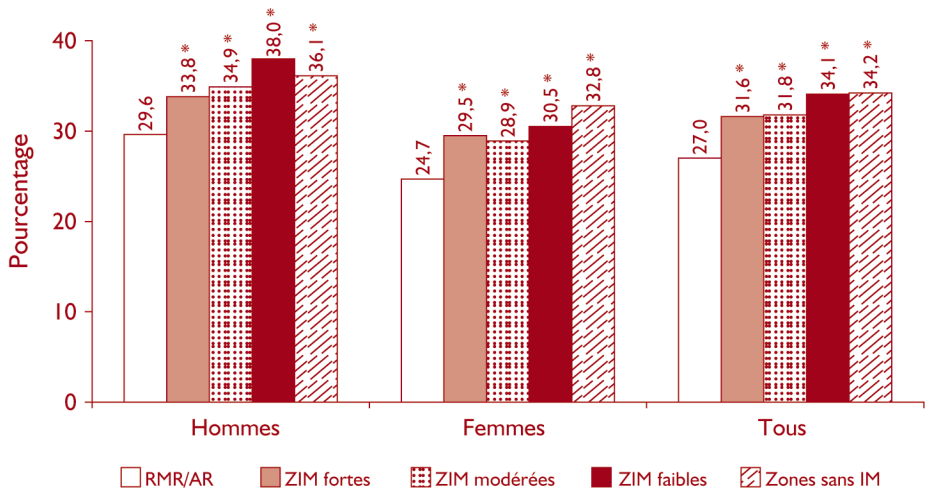
**Proportion normalisée selon l'âge des fumeurs de 12 ans et plus, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Le terme *fumeurs* désigne les fumeurs quotidiens et occasionnels.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 7

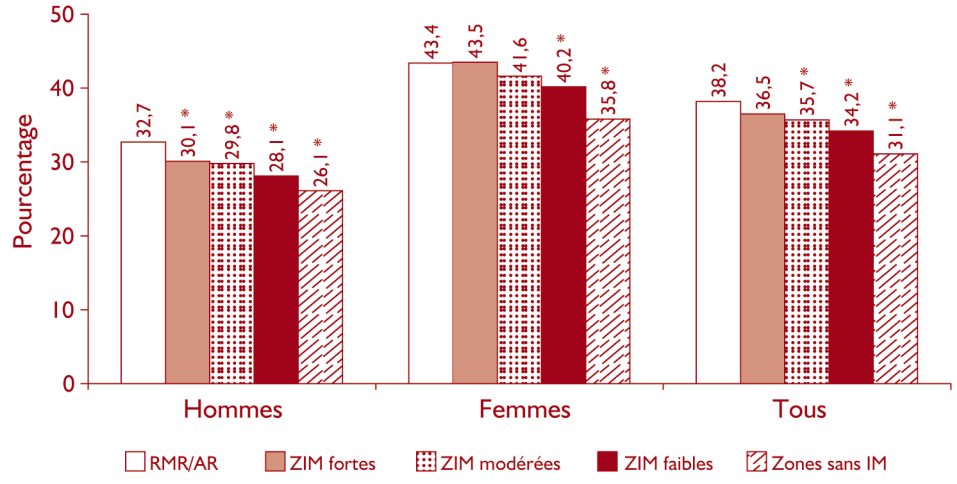
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré être exposées à la fumée secondaire presque tous les jours, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 8

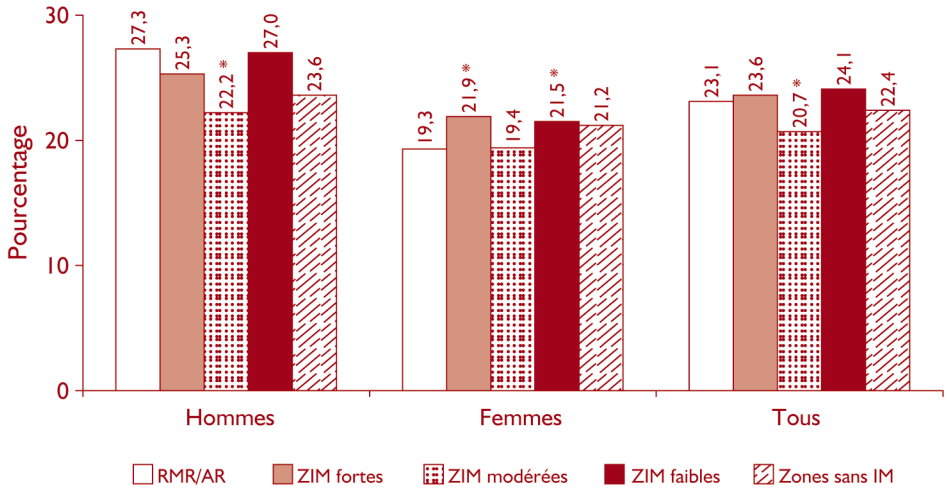
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré qu'elles consomment cinq portions de fruits et légumes ou plus chaque jour, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 9

Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré qu'elles accordent du temps aux activités physiques dans les loisirs, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

## Analyse multivariée

La présente sous-section contient les résultats de l'analyse de régression multivariée sur le lien entre le lieu de résidence et l'usage du tabac. On trouve une description de la méthodologie associée à cette analyse à la section 3.2.3.

On a examiné le lien entre l'usage du tabac et le lieu de résidence défini par les catégories de ZIM en fonction du sexe. Ce lien n'était plus statistiquement significatif après qu'on ait tenu compte de certains déterminants de la santé (tableau 3). Les prédicteurs sociodémographiques, économiques et des comportements liés à la santé étaient également inclus dans les modèles de régression. Les prédicteurs du tabagisme étaient semblables chez les Canadiens et les Canadiennes. Les prédicteurs qui ont révélé une différence significative dans l'augmentation du risque de fumer chez les fumeurs quotidiens ou occasionnels étaient les suivants (en ordre décroissant de risque) : origine autochtone, âge (moins de 45 ans), consommation régulière d'alcool, inactivité physique et auto-évaluation de l'état de santé mauvais ou passable. En outre, le risque de fumer était fortement associé à un revenu faible, à un faible niveau de scolarité et à un niveau de stress élevé.

Tableau 3

Estimations relatives aux rapports de cotes (RC) ajustés du lien entre le lieu de résidence et l'usage du tabac, selon le sexe, Canada, 2000-2001[i, ii]

| Variable<br>Groupe de référence = 1,0 | Hommes<br>Fumeurs | Femmes<br>Fumeuses |
|---|---|---|
| Lieu de résidence[iii] | | |
| ZIM forte | 1,01 (0,91-1,12) | 0,98 (0,89-1,09) |
| ZIM modérée | 1,04 (0,95-1,13) | 0,99 (0,91-1,08) |
| ZIM faible | 0,96 (0,89-1,03) | 0,95 (0,88-1,03) |
| Zone sans IM | 1,03 (0,85-1,26) | 1,11 (0,92-1,33) |
| Âge[iv] | | |
| < 45 ans | 1,87 (1,75-2,00)* | 2,06 (1,93-2,20)* |
| Autochtone — oui | 2,59 (2,08-3,21)* | 3,78 (3,18-4,51)* |
| Origine ethnique — non-blanc (excluant les populations autochtones)[v] | 0,63 (0,56-0,71)* | 0,29 (0,25-0,33)* |
| Revenu[vi] | | |
| Moyen-élevé | 1,30 (1,20-1,40)* | 1,35 (1,24-1,47)* |
| Moyen-faible | 1,49 (1,36-1,63)* | 1,50 (1,37-1,64)* |
| Faible | 2,27 (2,03-2,54)* | 2,08 (1,88-2,31)* |
| Scolarité[vii] | | |
| Études secondaires/pas de diplôme | 1,48 (1,37-1,59)* | 1,56 (1,46-1,67)* |
| d'études postsecondaires | 1,91 (1,77-2,06)* | 1,67 (1,55-1,80)* |
| Niveau inférieur aux études secondaires | | |
| A travaillé au cours des 12 mois précédents — non | 0,66 (0,58-0,75)* | --- |
| Consommation d'alcool — régulière | 1,56 (1,46-1,67)* | 1,47 (1,38-1,56)* |
| Autoévaluation de la santé — mauvaise/passable | 1,24 (1,13-1,36)* | 1,28 (1,18-1,38)* |
| Niveau de stress[viii] | | |
| Journées un peu stressantes | 1,15 (1,07-1,24)* | 1,13 (1,05-1,21)* |
| Journées assez ou extrêmement stressantes | 1,37 (1,27-1,48)* | 1,51 (1,39-1,64)* |
| Activité physique[ix] | | |
| Modérée | --- | --- |
| Aucune | 1,46 (1,37-1,55)* | 1,26 (1,19-1,33)* |

i. Les intervalles de confiance ont été calculés au moyen de 500 poids bootstrap afin de tenir compte du plan de sondage complexe.
ii. --- Exclus lors de la modélisation; s.o. non inclus dans la modélisation; * statistiquement significatif à $p < 0,05$.
iii. Groupe de référence : RMR/AR.
iv. Groupe de référence : ≥ 45 ans.
v. Groupe de référence : Blancs.
vi. Groupe de référence : revenu élevé.
vii. Groupe de référence : études post-secondaires.
viii. Groupe de référence : journées pas tellement/pas du tout stressantes.
ix. Groupe de référence : active.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

## Analyse

Comme en fait état le rapport de l'Institut national de santé publique du Québec sur la santé rurale et urbaine[40], le lieu de résidence semble être un repère pour certains comportements, comme l'usage du tabac, l'activité physique dans les loisirs et les habitudes alimentaires. Ces comportements sont tous liés à l'apparition de certains problèmes de santé.

L'analyse de l'ESCC a révélé que les résidents des régions rurales ont déclaré des taux de tabagisme plus élevés, étaient plus susceptibles d'avoir été exposés à la fumée secondaire et étaient moins portés à manger les cinq portions de fruits et légumes recommandées ou plus. Les taux d'activité physique dans les loisirs étaient très semblables dans les régions rurales et urbaines, mais les profils géographiques des hommes étaient différents de ceux des femmes.

Les écarts décelés entre les différentes régions géographiques pourraient être associés à de nombreux facteurs, ou en découler. Ces facteurs peuvent différer selon le lieu de résidence et être spécifiques à chacun des comportements liés à la santé faisant l'objet de la présente étude. On a évalué à maintes reprises l'influence des facteurs de risque modifiables sur la prévalence de plusieurs problèmes de santé et il s'est avéré que la répartition de ces facteurs de risque est étroitement liée au statut socioéconomique.

Dans notre analyse de régression multivariée, nous avons étudié l'hypothèse selon laquelle le lieu de résidence aurait un effet indépendant sur le taux de tabagisme plus que tout autre déterminant de la santé. Bien que l'analyse bivariée des taux de tabagisme ait révélé des différences géographiques marquées, le lien entre l'usage du tabac et le lieu de résidence en milieu rural a perdu de son importance lorsque nous avons tenu compte des principaux facteurs de confusion. Ce phénomène vient appuyer l'hypothèse selon laquelle le statut sociéconomique serait un intermédiaire entre le lieu de résidence et l'adoption de certains comportements liés à la santé. En outre, dans la section précédente portant sur les facteurs socioéconomiques (section 4.1), nous avons remarqué une baisse constante des indicateurs socioéconomiques au fur et à mesure que le degré de ruralité augmentait.

Cependant, d'autres facteurs susceptibles d'expliquer les proportions élevées de comportements malsains signalés dans les collectivités rurales pourraient également être pris en compte, comme l'accès restreint aux installations récréatives dans les régions rurales, la sensibilisation de la population rurale à un mode de vie sain ou l'accès à une variété d'aliments sains à un coût raisonnable dans les régions rurales. Ces facteurs n'ont pas été pris en compte dans notre analyse multivariée puisque les données secondaires nationales sur ces importantes covariables variaient trop d'une région à l'autre.

La prévalence du tabagisme chez les jeunes adultes et les adolescents est une préoccupation qui touche autant les régions urbaines que rurales. Notre échantillonnage ne nous a pas permis d'examiner les taux de tabagisme selon le groupe d'âge et le lieu de résidence. Cependant, une étude canadienne récente démontre clairement que l'usage du tabac chez les plus jeunes est un problème de santé publique important dans les régions rurales[67]. Par exemple, la prévalence du tabagisme était de 21 % chez les filles vivant dans les régions du Nord du Canada. Compte tenu que l'habitude de fumer se développe souvent avant l'âge de 18 ans, la prévention du tabagisme chez les plus jeunes pourrait être considérée comme une priorité si l'on souhaite réduire la prévalence globale du tabagisme dans les régions rurales et urbaines.

L'exposition à la fumée secondaire est un autre important problème de santé publique qui retient de plus en plus l'attention. On a eu recours à des interventions efficaces, comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics, partout au Canada. Les maladies attribuables au tabagisme résultant de l'exposition à la fumée secondaire sont aussi fréquentes dans les régions urbaines que rurales. Cependant, notre étude a démontré qu'un plus grand nombre de personnes en milieu rural qu'en milieu urbain ont déclaré être exposées à la fumée secondaire chaque jour. De plus, certaines données semblent indiquer que les gens en milieu rural tolèrent davantage la fumée secondaire. Un sondage national sur le climat social lié à la lutte contre l'usage du tabac mené aux États-Unis en 2001 (Social Climate of Tobacco Control survey) a révélé que les habitants des régions rurales étaient plus tolérants que ceux des régions urbaines à l'égard des gens qui fument à la maison, dans l'automobile et à proximité des enfants[101]. Nous ignorons si c'est aussi le cas au Canada. Cette question, de même que l'efficacité des interventions telles que l'interdiction de fumer et la vente de cigarettes aux personnes de plus de 18 ans, pourrait possiblement être étudiée dans le contexte rural.

## 4.3 Indicateurs de l'état de santé global

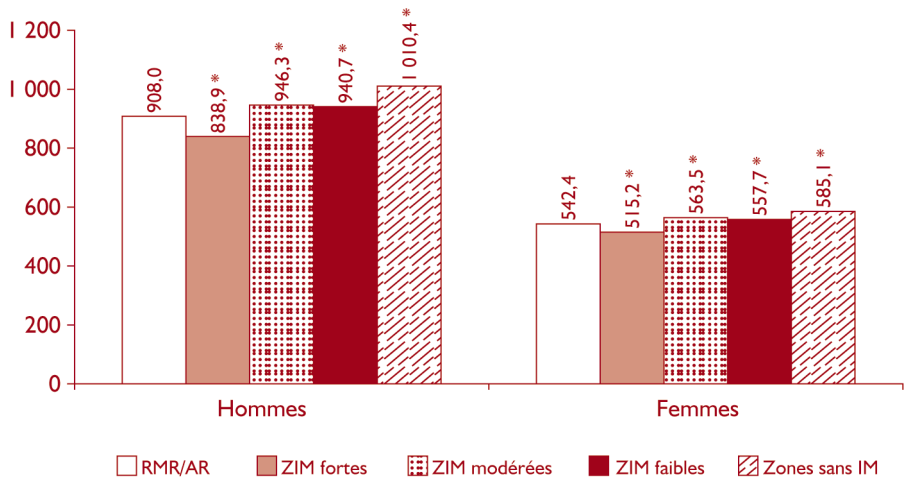
La présente section porte sur plusieurs mesures de l'état de santé global. Les taux et les ratios de mortalité toutes causes confondues sont présentés selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence dans la sous-section 4.3.1, puis selon l'espérance de vie et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé dans la sous-section 4.3.2. Enfin, les indicateurs liés à l'auto-évaluation de la santé et à la qualité de vie sont présentés dans la sous-section 4.3.3.

### 4.3.1 Mortalité toutes causes confondues

Plus le lieu de résidence était éloigné, plus les taux de mortalité toutes causes confondues (normalisés selon l'âge) chez les Canadiennes et les Canadiens (figure 10) de tout âge étaient élevés. Cette observation comporte une exception : les taux de mortalité toutes causes confondues étaient beaucoup plus faibles chez les hommes et les femmes vivant dans les ZIM fortes. Si l'on s'éloigne des centres urbains, les taux de mortalité toutes causes confondues étaient plus élevés dans les ZIM modérées, les ZIM faibles et les zones sans IM.

Figure 10

Taux de mortalité toutes causes confondues normalisés selon l'âge, par 100 000 habitants (tous les âges), selon le lieu de résidence, Canada, 1986-1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

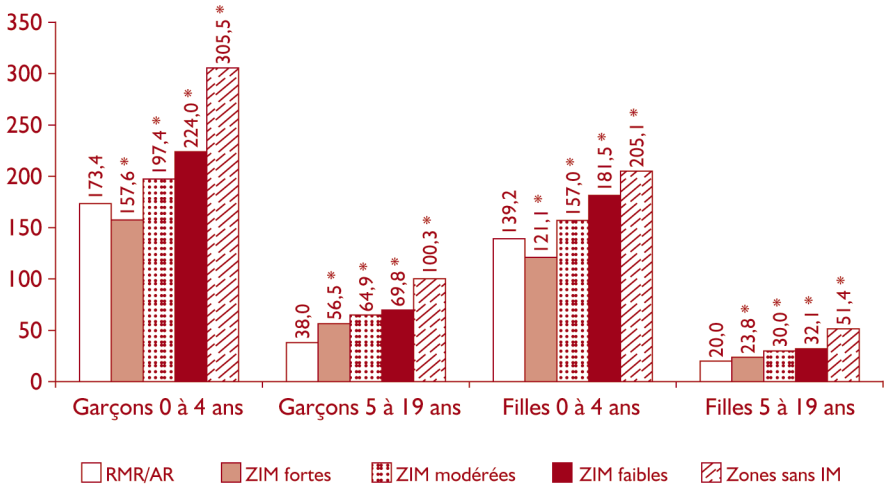
## Taux de mortalité toutes causes confondues selon l'âge

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge sont plus élevés dans les régions plus éloignées. En examinant la répartition selon l'âge, on note des taux de mortalité toutes causes confondues plus faibles dans les ZIM fortes, alors qu'ils sont plus élevés dans les ZIM modérées, les ZIM faibles et les zones sans IM pour la plupart des groupes d'âge. Deux exceptions : les Canadiens de 5 à 19 ans, chez qui nous avons noté un taux de mortalité toutes causes confondues plus élevé dans les ZIM fortes pour les deux sexes (figure 11), et ceux de 20 à 44 ans, chez qui nous n'avons noté aucune différence significative entre les zones urbaines et les ZIM fortes (figure 12). Aucune tendance particulière ne s'est dégagée chez les personnes de 65 ans et plus, les taux dans les régions rurales étant beaucoup plus bas ou ne comportant aucune différence significative par rapport aux régions urbaines (figure 13).

Tant chez les hommes que chez les femmes, les risques de mortalité pour chaque groupe d'âge avaient tendance à être plus élevés dans les régions rurales et éloignées, bien que ces risques étaient statistiquement plus faibles chez les personnes de 65 ans et plus de la plupart des ZIM (tableau 4). Chez les enfants et les adolescents de 5 à 19 ans vivant dans les deux zones les plus éloignées (ZIM faible et zone sans IM), les risques de décès étaient particulièrement élevés, avec des ratios de mortalité normalisés variant de 1,60 à 2,64.

Figure 11

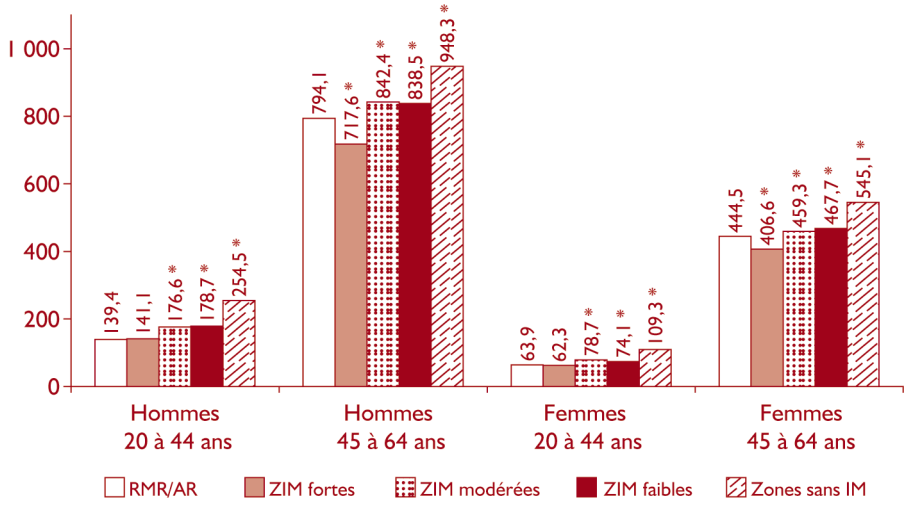
**Taux de mortalité toutes causes confondues normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), garçons et filles de 0 à 19 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 12

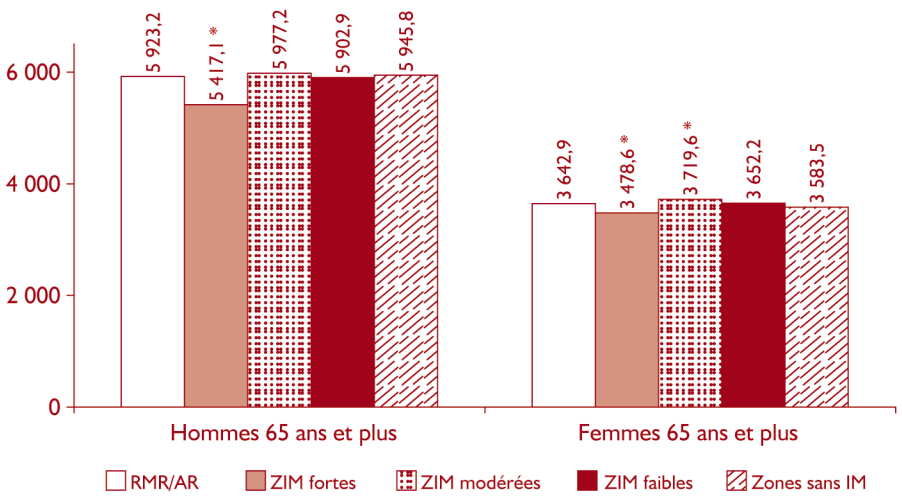
**Taux de mortalité toutes causes confondues normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 13

**Taux de mortalité toutes causes confondues normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 4

Ratios normalisés de mortalité toutes causes confondues, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986-1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | 0,91 (0,85-0,97)* | 1,15 (1,09-1,20)* | 1,3 (1,24-1,36)* | 1,77 (1,62-1,92)* |
| 5 à 19 ans | 1,49 (1,14-1,58)* | 1,71 (1,63-1,79)* | 1,84 (1,76-1,92)* | 2,64 (2,42-2,87)* |
| 20 à 44 ans | 1,00 (0,97-1,03) | 1,26 (1,3-1,29)* | 1,28 (1,26-1,31)* | 1,86 (1,78-1,95)* |
| 45 à 64 ans | 0,90 (0,89-0,91)* | 1,06 (1,05-1,07)* | 1,06 (1,04-1,07)* | 1,19 (1,15-1,23)* |
| 65 ans et plus | 0,91 (0,90-0,92)* | 1,01 (1,00-1,01) | 0,99 (0,99-1,00) | 1,00 (0,99-1,02) |
| Total | 0,92 (0,91-0,93)* | 1,04 (1,03-1,04)* | 1,04 (1,03-1,04)* | 1,12 (1,10-1,14)* |
| **Groupe d'âge** | **Femmes** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 0,87 (0,81-0,94)* | 1,13 (1,07-1,20)* | 1,31 (1,24-1,38)* | 1,48 (1,33-1,65)* |
| 5 à 19 ans | 1,19 (1,08-1,31)* | 1,50 (1,40-1,60)* | 1,60 (1,50-1,71)* | 2,55 (2,24-2,88)* |
| 20 à 44 ans | 0,97 (0,93-1,01) | 1,23 (1,19-1,27)* | 1,16 (1,12-1,20)* | 1,73 (1,60-1,86)* |
| 45 à 64 ans | 0,91 (0,89-0,93)* | 1,03 (1,01-1,05)* | 1,05 (1,03-1,07)* | 1,22 (1,17-1,28)* |
| 65 ans et plus | 0,96 (0,95-0,97)* | 1,02 (1,02-1,03)* | 1,00 (1,00-1,01) | 0,98 (0,96-1,00) |
| Total | 0,95 (0,94-0,96)* | 1,03 (1,03-1,04)* | 1,02 (1,02-1,03)* | 1,06 (1,04-1,08)* |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 0,90 (0,85-0,94)* | 1,14 (1,10-1,18)* | 1,30 (1,26-1,35)* | 1,65 (1,54-1,76)* |
| 5 à 19 ans | 1,40 (1,33-1,47)* | 1,65 (1,59-1,71)* | 1,77 (1,70-1,83)* | 2,62 (2,44-2,81)* |
| 20 à 44 ans | 1,00 (0,98-1,02) | 1,27 (1,24-1,29)* | 1,26 (1,24-1,29)* | 1,86 (1,78-1,93)* |
| 45 à 64 ans | 0,92 (0,91-0,94)* | 1,06 (1,05-1,07)* | 1,07 (1,05-1,08)* | 1,22 (1,19-1,26)* |
| 65 ans et plus | 0,96 (0,95-0,97)* | 1,00 (1,00-1,01) | 0,99 (0,98-0,99)* | 0,88 (0,87-0,89)* |
| Total | 0,96 (0,95-0,96)* | 1,06 (1,05-1,06)* | 1,06 (1,05-1,06)* | 1,13 (1,12-1,15)* |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse multivariée

Des analyses de régression multivariées de Poisson ont été réalisées pour examiner le lien entre la mortalité toutes causes confondues et le lieu de résidence, pour les trois groupes d'âge suivants : 0 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. La méthodologie utilisée est présentée à la section 3.2.1.

Le lien entre la mortalité toutes causes confondues et le lieu de résidence n'a pas été expliqué par les déterminants de la santé choisis aux fins de notre analyse de régression chez les hommes et les femmes de 0 à 44 ans. Le lieu de résidence avait encore un effet indépendant et statistiquement significatif sur le risque de mortalité toutes causes confondues de ce groupe d'âge. Par rapport aux personnes vivant dans les RMR/AR, le risque de mortalité chez la population totale de 0 à 44 ans vivant dans les régions rurales et éloignées était plus élevé dans une proportion de 11 à 33 %, (tableau 5). Les risques augmentaient au même rythme que la ruralité, que l'on analyse les deux sexes ensemble ou non.

De faibles proportions de personnes qui ont terminé leurs études secondaires et un faible revenu moyen du ménage étaient des prédicteurs importants du risque de mortalité accru chez les hommes et les femmes. La composition ethnique avait aussi une forte incidence sur le risque de mortalité; une proportion inférieure à 10 % des Autochtones dans la subdivision de recensement (SDR) était associée à une réduction de 53 % à 61 % du risque de mortalité, et une proportion d'immigrants de moins de 5 % était associée à une réduction de 5 % du risque de mortalité. Un risque de mortalité légèrement plus élevé était également associé à un ménage de petite taille (soit moins de trois personnes par ménage), une proportion de moins de 5 % de personnes occupant des professions médicales et moins de 50 % des personnes dans la SDR étant mariées. Les personnes vivant dans les SDR situées au nord ont enregistré un taux de mortalité toutes causes confondues plus élevé de 26 % par rapport aux personnes vivant dans les SDR situées au sud.

On a effectué une autre analyse de régression excluant toutes les SDR situées dans le nord et le lieu de résidence rural avait toujours une influence très forte par rapport aux lieux de résidence urbains pour ce groupe d'âge (annexe E).

Tableau 5

Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues, personnes de 0 à 44 ans, Canada, 1986 à 1996

| | RR hommes (IC de 95 %) | RR femmes (IC de 95 %) | RR population totale (IC de 95 %) |
|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | *1,10 (1,07-1,14) | *1,08 (1,03-1,12) | *1,11 (1,08-1,15) |
| ZIM modérée | *1,17 (1,14-1,21) | *1,19 (1,15-1,24) | *1,20 (1,17-1,23) |
| ZIM faible | *1,20 (1,16-1,23) | *1,18 (1,12-1,22) | *1,20 (1,18-1,24) |
| Zone sans IM | *1,32 (1,23-1,41) | *1,27 (1,15-1,40) | *1,33 (1,25-1,42) |
| **% personnes ayant terminé leurs études secondaires** | | | |
| 75-100 % | Référence | Référence | Référence |
| 50-74 % | *1,20 (1,17-1,24) | *1,13 (1,09-1,18) | *1,20 (1,17-1,23) |
| 25-49 % | *1,27 (1,21-1,33) | *1,17 (1,10-1,24) | *1,26 (1,21-1,31) |
| 0-24 % | *1,74 (1,45-2,07) | *1,31 (1,01-1,71) | *1,63 (1,39-1,91) |
| **% personnes mariées** | | | |
| ≥ 50 % | Référence | Référence | Référence |
| < 50 % | *1,20 (1,18-1,22) | *1,14 (1,11-1,16) | *1,18 (1,16-1,20) |
| **Revenu moyen du ménage** | | | |
| ≥ 40 000 $ | Référence | Référence | Référence |
| 20 000 $-< 40 000 $ | *1,20 (1,18-1,22) | *1,16 (1,13-1,19) | *1,20 (1,17-1,22) |
| < 20 000 $ | *1,36 (1,23-1,51) | *1,52 (1,33-1,75) | *1,43 (1,31-1,57) |
| **% chômage** | | | |
| ≥ 15 % | Référence | Référence | Référence |
| 10 %-< 15 % | *0,96 (0,94-0,98) | 0,98 (0,95-1,03) | *0,92 (0,90-0,94) |
| < 10 % | *0,87 (0,85-0,89) | 0,95 (0,92-1,00) | *0,91 (0,89-0,93) |
| **% professions médicales** | | | |
| ≥ 5 % | Référence | Référence | Référence |
| < 5 % | *1,06 (1,04-1,08) | *1,04 (1,02-1,07) | *1,06 (1,04-1,08) |
| **% Autochtones** | | | |
| ≥ 10 % | Référence | Référence | Référence |
| < 10 % | *0,71 (0,68-0,74) | *0,66 (0,62-0,70) | *0,71 (0,68-0,73) |
| **% immigrants** | | | |
| ≥ 5 % | Référence | Référence | Référence |
| < 5 % | *0,95 (0,93-0,97) | *0,95 (0,93-0,98) | *0,96 (0,95-0,98) |
| **% personnes ayant déménagé (inter-SDR)** | | | |
| ≥ 20 % | Référence | Référence | Référence |
| < 20 % | *0,90 (0,88-0,92) | *0,93 (0,91-0,95) | *0,90 (0,88-0,91) |
| **Nombre moyen de personnes par famille** | | | |
| ≥ 3 % | Référence | Référence | Référence |
| < 3 % | *1,19 (1,16-1,22) | *1,15 (1,12-1,18) | *1,18 (1,16-1,20) |
| **Nord vs Sud** | | | |
| Nord | *1,25 (1,19-1,32) | *1,24 (1,15-1,33) | *1,26 (1,21-1,32) |
| Sud | Référence | Référence | Référence |

Remarques :
* Estimation du RR statistiquement différente de la référence (1,00) à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996; Recensement de 1996, Statistique Canada.

Le tableau 6 démontre qu'il existait encore un lien indépendant entre le lieu de résidence et les risques de mortalité toutes causes confondues chez les personnes de 45 à 64 ans. La vie en milieu rural était associée à un risque de mortalité plus élevé pour ce groupe d'âge, bien que celui-ci était moindre chez les personnes de 0 à 44 ans. Les risques relatifs associés au lieu de résidence se situaient entre 1,04 dans les ZIM fortes et 1,16 dans les zones sans IM. Une faible proportion de personnes ayant terminé leurs études secondaires (moins de 74 %), un faible revenu de ménage moyen (moins de 40 000 $), un ménage de petite taille, une population en décroissance dans la SDR et un nombre peu élevé de personnes occupant un emploi dans le secteur primaire étaient des prédicteurs associés aux risques accrus de mortalité pour ce groupe d'âge. L'état matrimonial (population mariée des SDR inférieure à 50 %) était également associé à un risque plus élevé de mortalité, mais il avait une incidence moindre si l'on compare aux plus jeunes. Le risque de décès était beaucoup plus élevé chez les résidents des SDR du nord que chez ceux du sud (RR = 1,20;  IC 1,13-1,26). Un plus petit nombre d'Autochtones au sein d'une même SDR, un taux de migration inférieur à 20 % et un taux de chômage plus bas (soit moins de 15 %) étaient associés à un risque de mortalité moindre.

Tableau 6

Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues chez les personnes de 45 à 64 ans, Canada, 1986 à 1996

| | RR hommes (IC de 95 %) | RR femmes (IC de 95 %) | RR population totale (IC de 95 %) |
|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | 1,04 (1,00-1,07) | 1,02 (0,98-1,06) | *1,04 (1,01-1,07) |
| ZIM modérée | *1,08 (1,05-1,11) | *1,06 (1,03-1,09) | *1,07 (1,05-1,10) |
| ZIM faible | *1,10 (1,07-1,13) | *1,06 (1,03-1,10) | *1,09 (1,07-1,12) |
| Zone sans IM | *1,14 (1,06-1,22) | *1,12 (1,03-1,22) | *1,16 (1,09-1,23) |
| **% personnes ayant terminé leurs études secondaires** | | | |
| 75-100 % | Référence | Référence | Référence |
| 50-74 % | *1,20 (1,17-1,23) | *1,16 (1,12-1,19) | *1,19 (1,16-1,22) |
| 25-49 % | *1,21 (1,16-1,26) | *1,18 (1,13-1,24) | *1,23 (1,19-1,28) |
| 0-24 % | *1,27 (1,04-1,55) | *1,23 (1,09-1,40) | *1,32 (1,10-1,59) |
| **% personnes mariées** | | | |
| ≥ 50 % | Référence | Référence | Référence |
| < 50 % | *1,15 (1,13-1,17) | *1,08 (1,06-1,10) | *1,12 (1,11-1,14) |
| **Revenu moyen du ménage** | | | |
| ≥ 40 000 $ | Référence | Référence | Référence |
| 20 000 $-< 40 000 $ | *1,12 (1,10-1,14) | *1,09 (1,06-1,11) | *1,11 (1,09-1,13) |
| < 20 000 $ | *1,23 (1,12-1,35) | *1,21 (1,09-1,34) | *1,22 (1,13-1,33) |
| **% chômage** | | | |
| ≥ 15 % | Référence | Référence | Référence |
| 10 %-< 15 % | *0,94 (0,92-0,96) | 0,99 (0,96-1,02) | *0,94 (0,92-0,96) |
| < 10 % | *0,87 (0,85-0,89) | 0,97 (0,94-1,00) | *0,92 (0,90-0,94) |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau 6 (suite)

| | RR hommes (IC de 95 %) | RR femmes (IC de 95 %) | RR population totale (IC de 95 %) |
|---|---|---|---|
| **% professions médicales** | | | |
| ≥ 5 % | Référence | Référence | Référence |
| < 5 % | *1,18 (1,16-1,21) | *1,40 (1,35-1,46) | *1,29 (1,26-1,32) |
| **% Autochtones** | | | |
| ≥ 10 % | Référence | Référence | Référence |
| < 10 % | *0,86 (0,82-0,90) | *0,81 (0,77-0,86) | *0,86 (0,82-0,89) |
| **% immigrants** | | | |
| ≥ 5 % | Référence | Référence | Référence |
| < 5 % | *0,93 (0,92-0,95) | *0,95 (0,93-0,97) | *0,93 (0,92-0,95) |
| **% personnes ayant déménagé (inter-SDR)** | | | |
| ≥ 20 % | Référence | Référence | Référence |
| < 20 % | *1,15 (1,12-1,17) | *1,08 (1,06-1,11) | *1,12 (1,10-1,14) |
| **Nombre moyen de personnes par famille** | | | |
| ≥ 3 % | *1,16 (1,09-1,23) | *1,16 (1,08-1,24) | *1,20 (1,13-1,26) |
| < 3 % | Référence | Référence | Référence |

Remarques :
* = Estimation du RR statistiquement différente de la référence (1,00) à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996; Recensement de 1996, Statistique Canada.

Les résultats des analyses de régression selon le sexe pour ce groupe d'âge ont révélé des différences intéressantes. L'incidence de la mortalité d'une proportion inférieure à 50 % de personnes mariées dans une SDR était deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (8 % chez les femmes et 16 % chez les hommes). Une moyenne de moins de trois personnes par famille avait une plus grande incidence sur le risque de mortalité chez les hommes que chez les femmes (RR = 1,08 chez les femmes, par rapport à un RR = 1,15 chez les hommes). L'effet de protection des faibles taux de chômage n'était pas statistiquement significatif chez les femmes, mais il a diminué considérablement le taux de mortalité chez les hommes.

On a également procédé à une analyse de régression dans laquelle on a retiré toutes les SDR du nord pour ce groupe d'âge, et l'incidence des lieux de résidence en milieu rural est demeurée inchangée (annexe E).

Le tableau 7 illustre les estimations du risque relatif pour le lien entre le lieu de résidence et la mortalité chez la population de 65 ans et plus. Chez cette sous-population, le lieu de résidence a une incidence plus faible que dans les autres sous-groupes. La vie en milieu rural avait toujours une légère incidence sur la mortalité toutes causes confondues chez les hommes vivant dans les ZIM modérées et faibles ainsi que dans les zones sans IM, les risques étant de 7 % à 9 % plus élevés par rapport aux RMR/AR. Chez les femmes, on a noté un risque un peu plus élevé dans les ZIM modérées et faibles seulement (RR de 1,05 et 1,03 respectivement).

L'incidence des déterminants de la santé choisis était également moindre pour ce groupe d'âge, particulièrement chez les femmes. Les déterminants de la santé les plus significatifs (ceux qui ont entraîné un risque de mortalité plus élevé) pour les femmes étaient les suivants : vivre dans une SDR où moins de 50 % de la population était mariée (RR 1,04), où moins de 10 % de la population occupait un emploi dans le secteur primaire (RR 1,26) et où la proportion d'immigrants était inférieure à 5 % (RR 1,03). On a noté un effet de protection statistiquement significatif lorsqu'il y avait un faible taux de chômage, une population autochtone inférieure à 10 % et un faible pourcentage de migration à l'extérieur de la SDR. Le risque de mortalité était 12 % plus élevé chez les habitants d'une SDR du nord.

Chez les hommes, la plupart des déterminants de la santé dont on a tenu compte dans l'analyse de régression avaient une forte incidence sur les risques de mortalité. Un faible revenu moyen du ménage, un nombre moins élevé de personnes mariées, une faible proportion de personnes occupant un emploi dans le secteur primaire, un faible taux d'immigrants dans une SDR et le fait de vivre dans une SDR du nord étaient des facteurs associés à un risque de mortalité élevé. Un faible taux de chômage, une population autochtone inférieure à 10 % dans une SDR et un faible pourcentage de personnes ayant déménagé étaient associés à une réduction du risque de mortalité chez les hommes de 65 ans et plus.

L'exclusion des SDR situées dans le nord n'a rien changé à l'incidence du lieu de résidence en milieu rural sur la mortalité pour ce groupe d'âge.

Tableau 7

Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues chez les personnes de 65 ans et plus, Canada, 1986 à 1996

| | RR Hommes (IC de 95 %) | RR Femmes (IC de 95 %) | RR Population totale (IC de 95 %) |
|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | 1,02 (1,00-1,04) | 1,01 (0,99-1,03) | *1,03 (1,01-1,05) |
| ZIM modérée | *1,07 (1,06-1,09) | *1,05 (1,04-1,07) | *1,07 (1,06-1,09) |
| ZIM faible | *1,09 (1,07-1,11) | *1,03 (1,01-1,05) | *1,07 (1,05-1,09) |
| Zone sans IM | *1,08 (1,04-1,13) | 1,00 (0,95-1,05) | *1,08 (1,03-1,12) |
| **% personnes ayant terminé leurs études secondaires** | | | |
| 75-100 % | Référence | Référence | Référence |
| 50-74 % | *1,11 (1,10-1,13) | *1,06 (1,04-1,08) | *1,09 (1,08-1,11) |
| 25-49 % | *1,07 (1,04-1,10) | 1,02 (0,99-1,04) | *1,07 (1,05-1,10) |
| 0-24 % | 1,09 (0,94-1,26) | 1,11 (0,92-1,33) | *1,16 (1,01-1,33) |
| **% personnes mariées** | | | |
| ≥ 50 % | Référence | Référence | Référence |
| < 50 % | *1,09 (1,08-1,11) | 1,04 (1,03-1,06) | *1,05 (1,04-1,06) |
| **Revenu moyen du ménage** | | | |
| ≥ 40 000 $ | Référence | Référence | Référence |
| 20 000 $-< 40 000 $ | *1,03 (1,02-1,05) | *1,02 (1,01-1,03) | *1,03 (1,02-1,04) |
| < 20 000 $ | *1,11 (1,05-1,17) | 0,99 (0,93-1,07) | *1,07 (1,01-1,13) |
| **% chômage** | | | |
| ≥ 15 % | Référence | Référence | Référence |
| 10 %-< 15 % | *0,97 (0,96-0,99) | 0,98 (0,96-1,00) | *0,96 (0,94-0,97) |
| < 10 % | *0,95 (0,93-0,96) | *0,97 (0,95-0,99) | *0,96 (0,95-0,97) |
| **% professions médicales** | | | |
| ≥ 5 % | Référence | Référence | Référence |
| < 5 % | *1,15 (1,13-1,17) | *1,26 (1,23-1,29) | *1,19 (1,17-1,21) |
| **% Autochtones** | | | |
| ≥ 10 % | Référence | Référence | Référence |
| < 10 % | *0,95 (0,92-0,98) | *0,95 (0,92-0,98) | *0,95 (0,93-0,98) |
| **% immigrants** | | | |
| ≥ 5 % | Référence | Référence | Référence |
| < 5 % | *1,09 (1,08-1,10) | *1,03 (1,02-1,05) | *1,07 (1,06-1,08) |
| **% personnes ayant déménagé (inter-SDR)** | | | |
| ≥ 20 % | Référence | Référence | Référence |
| < 20 % | *0,95 (0,94-0,96) | *0,96 (0,95-0,97) | *0,95 (0,95-0,96) |
| **Nombre moyen de personnes par famille** | | | |
| ≥ 3 % | *1,09 (1,03-1,14) | *1,12 (1,05-1,19) | *1,12 (1,07-1,18) |
| < 3 % | Référence | Référence | Référence |

Remarques :
* = Estimation du RR statistiquement différente de la référence (1,00) à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996; Recensement de 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Les descriptions précédentes de la mortalité ont révélé des résultats contradictoires : certaines études ont donné des résultats plus faibles dans les régions rurales et éloignées, alors que d'autres ont fait ressortir un avantage pour les populations rurales. Notre rapport révèle que, pour tous les groupes d'âge jusqu'à 64 ans, les risques de mortalité toutes causes confondues étaient plus élevés dans les régions rurales que dans les régions urbaines, les risques de mort prématurée (avant l'âge de 65 ans) étant les plus élevés chez les enfants et les adolescents. Par exemple, le ratio normalisé de mortalité toutes causes confondues pour le groupe d'âge des 5 à 19 ans vivant dans les zones sans IM était de 2,64 (95 % IC 2,42-2,87) chez les garçons et de 2,55 (95 % IC 2,24-2,88) chez les filles.

Contrairement aux risques plus élevés observés chez les résidents des régions rurales âgés de 65 ans et moins, les risques de mortalité toutes causes confondues étaient plus élevés chez les résidents des régions rurales âgés de 65 ans et plus que chez ceux des régions urbaines. Les taux de mortalité toutes causes confondues dans ce groupe d'âge étaient beaucoup plus faibles dans les ZIM fortes, faibles et dans les zones sans IM. Le risque de mortalité plus faible chez les personnes âgées des régions rurales est appuyé par des résultats semblables obtenus dans d'autres études sur le lieu de résidence et la mortalité[34]. Cet écart d'âge au chapitre de la mortalité en fonction du lieu de résidence peut s'expliquer en partie par la migration. On a fait observer que les personnes qui présentent les risques les plus élevés de décès pouvaient opter pour les centres urbains puisqu'elles déménagent pour se rapprocher des établissements de santé ou des membres de leur famille, contribuant ainsi aux écarts qui caractérisent le risque de mortalité parmi les catégories de lieu de résidence[34, 38].

Les résultats de notre analyse de régression appuient ces hypothèses dans une certaine mesure. La migration était l'un des principaux facteurs de confusion caractérisant le lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues. Bien que la migration interne semble être un important facteur de confusion sur le plan du lien entre le lieu de résidence et la mortalité, elle ne justifiait pas l'influence du lieu de résidence. Nos résultats confirment qu'il faut mieux comprendre le processus de migration (à savoir, qui déménage où, et à quelle étape de sa vie).

Certaines études se sont penchées sur l'incidence de la migration sur la santé des collectivités rurales. Les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques sont plus susceptibles de changer de lieu de résidence. Bentham[102] a découvert que, chez les personnes âgées, les personnes en mauvaise santé ont plus tendance à déménager. Cette constatation est corroborée par une autre étude qui démontre non seulement que les femmes qui ont besoin de consulter un spécialiste sont plus susceptibles de quitter une région rurale/éloignée pour s'établir dans une région plus urbaine, mais aussi que les femmes qui l'ont fait étaient en moins bonne santé physique que celles qui sont restées dans les régions rurales/éloignées[103]. La migration peut aussi découler de la quête de services et possiblement d'autres commodités physiques et sociales[103]. Bien que les déménagements locaux suscités par un état de santé appauvri à long terme ne soient pas susceptible d'influencer le profil spatial de la santé, cela pourrait être le cas des

déménagements sur une plus grande distance. Une étude canadienne sur les tendances de la migration dans les régions rurales et les petites villes a révélé que, pour le groupe d'âge des 70 ans et plus, la migration de sortie était plus forte que la migration d'entrée dans les régions rurales[104]. Ainsi, la forte migration de sortie de la population malade d'une région donnée contribuerait à l'état de santé de cette région. Étant donné que la mobilité diminue avec l'âge, et compte tenu que les jeunes adultes et les personnes âgées ont le plus tendance à déménager, on peut s'attendre à ce que le lien entre la mobilité interrégionale et les affections chroniques/l'incapacité soit plus fort au fur et à mesure que les personnes vieillissent, puisque les personnes âgées changent leur mode de vie pour se rapprocher des membres de leur famille ou des services[103].

Ces études ont permis de mieux comprendre l'incidence de la migration sur la santé des habitants des régions rurales, mais bien des questions demeurent sans réponse : Quelle est la taille de la population qui déménage en fonction de son état de santé et quelle direction prend-elle? Sommes-nous plus enclins à déménager lorsque nous sommes en bonne ou en mauvaise santé? Dans quelle mesure ce lien est-il influencé par les prédicteurs bien connus de santé et de mobilité, tels que l'âge, le sexe, le mode de vie et le statut socioéconomique? La migration en fonction de la santé contribue-t-elle à créer des écarts entre les régions rurales? Nous devons analyser toutes ces questions afin de mieux comprendre l'incidence de la migration sur les écarts dans les taux de mortalité entre les régions rurales et urbaines.

L'orientation nord-sud est un autre indicateur géographique indissociable des catégories de ZIM rurales et urbaines. Comme il était possible que les différences entre les régions rurales et urbaines correspondent aux différences entre le nord et le sud, on a inclus cette variable dans les analyses multivariées pour la mortalité toutes causes confondues. Le risque relatif était beaucoup plus élevé au nord qu'au sud. Cependant, l'inclusion de cette composante n'a rien changé au lien entre le lieu de résidence en milieu rural et la mortalité toutes causes confondues. Les risques de mortalité sont demeurés beaucoup plus élevés dans les régions rurales, tant chez les hommes que chez les femmes de tous âges, et le fait d'habiter une région rurale était encore associé à la mortalité une fois que l'on a tenu compte de certains déterminants de la santé.

### 4.3.2 Espérance de vie et espérance de vie ajustée en fonction de la santé

La présente section décrit les résultats de l'analyse de l'espérance de vie (EV) à la naissance et de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) à la naissance selon la catégorie de ZIM et le sexe. La méthodologie employée est décrite à la section 3.2.4.

Le tableau 8 présente l'espérance de vie moyenne à la naissance pour les deux sexes, de 1999 à 2001, dans chaque catégorie de ZIM au Canada. L'espérance de vie est meilleure chez les femmes que chez les hommes dans toutes les catégories de ZIM. La différence entre les sexes variait de 4 à 7 ans, la plus forte étant dans les zones sans IM (7,46 ans) et la plus faible dans les ZIM fortes (4,13 ans).

L'espérance de vie à la naissance est meilleure chez les hommes et les femmes vivant dans les ZIM fortes, mais la différence n'est significative que chez les hommes. Elle diminue au fur et à mesure que le degré de ruralité augmente, sauf chez les hommes vivant dans les ZIM fortes. Les hommes qui vivent dans les zones sans IM avaient l'espérance de vie la plus courte (73,98), soit 2,79 ans de moins que les hommes qui vivent dans les RMR/AR et 3,38 ans de moins que les hommes vivant dans les ZIM fortes. Les écarts dans l'EV parmi les catégories de ZIM n'étaient pas aussi évidents chez les femmes. Les femmes vivant dans les ZIM faibles avaient la plus courte EV, mais la différence entre elles et celles qui vivent dans les RMR/AR n'était que de 0,14 ans, ce qui n'est pas statistiquement significatif. La différence la plus observée a été signalée entre les femmes vivant dans les ZIM faibles et celles qui habitent des ZIM fortes, soit une différence statistiquement significative de 0,20 ans.

Tableau 8

Espérance de vie (EV) à la naissance, selon la ZIM et le sexe, 1999 à 2001

| ZIM | EV hommes | IC 95 % | Diff. avec RMR | EV femmes | IC 95 % | Diff. avec RMR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RMR | 76,77 | 76,73-76,81 | 0,00 | 81,43 | 81,35-81,50 | 0,00 |
| ZIM fortes | 77,36* | 77,32-77,40 | 0,59 | 81,49 | 81,42-81,57 | 0,07 |
| ZIM modérées | 75,71* | 75,66-75,75 | -1,06 | 81,44 | 81,36-81,52 | 0,01 |
| ZIM faibles | 75,02* | 74,97-75,07 | -1,75 | 81,29 | 81,20-81,37 | -0,14 |
| Zones sans IM | 73,98* | 73,92-74,04 | -2,79 | 81,44 | 81,36-81,52 | 0,01 |
| | | | | | | |
| Canada | 76,50 | 76,46-76,54 | -0,27 | 81,42 | 81,34-81,50 | -0,01 |

Remarques :
Groupe de référence : RMR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1999 à 2001, Statistique Canada.

Le tableau 9 présente l'EVAS à la naissance selon le sexe et la catégorie de ZIM. Dans l'ensemble, l'EVAS était de 70,54 ans chez les femmes et de 67,69 ans chez les hommes. Les écarts entre les hommes et les femmes étaient plus faibles que les écarts dans l'EV pour toutes les catégories de ZIM, l'écart le plus important ayant été enregistré dans la catégorie des zones sans IM (4,42 ans). Les années perdues au chapitre de l'EVAS en raison de problèmes de santé étaient plus nombreuses chez les femmes (10,19 à 11,55 ans) que chez les hommes (8,51 à 8,86 ans) dans toutes les catégories. Il est intéressant de noter que le nombre le plus élevé d'années perdues en raison de problèmes de santé a été constaté chez les hommes vivant dans les RMR/AR et chez les femmes qui vivent dans les zones sans IM. La meilleure EVAS a encore été enregistrée chez les hommes et les femmes des ZIM fortes. L'EVAS diminuait beaucoup au fur et à mesure que le degré de ruralité augmentait chez les hommes de toutes les autres catégories de ZIM. Chez les femmes, la tendance était très différente. Les femmes des zones sans IM avaient la plus courte EVAS, alors que l'EVAS de celles des autres catégories de ZIM était beaucoup plus élevée que dans les RMR/AR.

Tableau 9
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS), selon la ZIM et le sexe, 1999 à 2001

| ZIM | EVAS hommes | IC 95 % | Diff. avec RMR | EVAS femmes | IC 95 % | Diff. avec RMR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RMR | 67,91 | 67,70-68,12 | 0,00 | 70,55 | 70,32-70,77 | 0,00 |
| ZIM fortes | 68,74* | 68,30-69,18 | 0,83 | 71,30* | 70,83-71,78 | 0,76 |
| ZIM modérées | 67,21* | 66,87-67,55 | -0,70 | 71,05 | 70,66-71,43 | 0,50 |
| ZIM faibles | 66,21* | 65,89-66,53 | -1,70 | 70,70 | 70,35-71,04 | 0,15 |
| Zones sans IM | 65,47* | 64,70-66,24 | -2,43 | 69,89 | 69,01-70,76 | -0,66 |
| | | | | | | |
| Canada | 67,69 | 67,44-67,93 | -0,22 | 70,54 | 70,27-70,81 | -0,01 |

Remarques :
Groupe de référence : RMR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1999 à 2001, Statistique Canada.

## Analyse

On a également examiné l'état de santé en mesurant l'espérance de vie (EV) et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS). Pour les hommes, l'espérance de vie était meilleure dans les régions urbaines que dans les autres catégories de ZIM, bien que les personnes qui vivent dans les ZIM fortes semblent être avantagées, même par rapport à celles qui habitent les RMR/AR. Les ZIM fortes sont plus avantagées, du point de vue rural, parce qu'elles sont plus près des centres urbains. Ces résultats sont conformes à ceux qui ont démontré que les risques de mortalité étaient plus élevés chez les hommes, et que les hommes vivant dans les régions rurales étaient plus susceptibles de mourir de façon prématurée que ceux qui vivent dans les centres urbains. Il est intéressant de constater que la plus faible EV chez les hommes (73,98 ans dans les zones sans IM) se rapprochait de l'EV des Américains, soit 74,8 ans. En outre, la plus faible EV chez les femmes (81,29 ans dans les ZIM faibles) était supérieure à l'EV des Américaines, soit 80,1 ans (Hoyert et coll., 2003)[247]. Une étude canadienne sur l'EV chez les hommes et les femmes de 45 ans et plus a révélé que le niveau de scolarité avait une incidence sur la

mortalité : les hommes et les femmes dont le niveau de scolarité est plus élevé gagnent près de six ans d'espérance de vie. Pour ce qui est de la différence entre les revenus faibles et élevés, elle est de 3,3 ans chez les hommes et de 3,8 ans chez les femmes[105]. L'écart enregistré sur le plan du statut socioéconomique (SSE) était plus important que celui associé au lieu de résidence; on a enregistré la plus forte incidence du lieu de résidence chez les hommes vivant dans les zones sans IM, soit 2,79 ans, par rapport aux personnes qui habitent les RMR/AR. Cependant, le lieu de résidence demeure un important facteur à prendre en considération dans l'analyse des écarts.

L'EVAS mesure la santé différemment d'autres indicateurs fondés sur la mortalité et, d'une certaine façon, elle reflète plus fidèlement les notions contemporaines de la santé[97]. L'un des avantages d'une mesure de l'espérance de vie en santé fondée sur l'utilité telle que l'EVAS est la possibilité de réunir les influences de la mortalité et de la qualité de vie liée à l'état de santé équivalentes pour donner un aperçu global de la santé[97]. Comme l'EVAS donne un aperçu assez vaste de la santé, même les différences modestes ont une importance en santé publique[97]. L'écart de 2,4 ans enregistré pour l'EVAS des hommes vivant dans les RMR/AR et des hommes qui habitent les zones sans IM suggère qu'il existe d'importantes disparités entre les régions les plus éloignées et les régions métropolitaines du Canada. Selon notre analyse sur la mortalité, ces écarts pourraient être attribuables, du moins en partie, aux décès causés par un accident ou une affection chronique (consulter les sections 4.4 et 4.5 pour une description détaillée de la mortalité associée aux accidents et aux affections chroniques). Les hommes des régions rurales avaient non seulement l'espérance de vie la plus courte, mais ils vivaient également le moins longtemps en bonne santé que les hommes des régions urbaines. Les écarts entre les sexes étaient moins grands dans le cas de l'EVAS que dans celui de l'EV (entre 4 et 7,4 ans pour l'EV et entre 2,5 et 4,4 ans pour l'EVAS). Les femmes avaient une espérance de vie plus longue que les hommes, mais elles vivaient moins longtemps en santé.

### 4.3.3 Auto-évaluation de la santé et qualité de vie

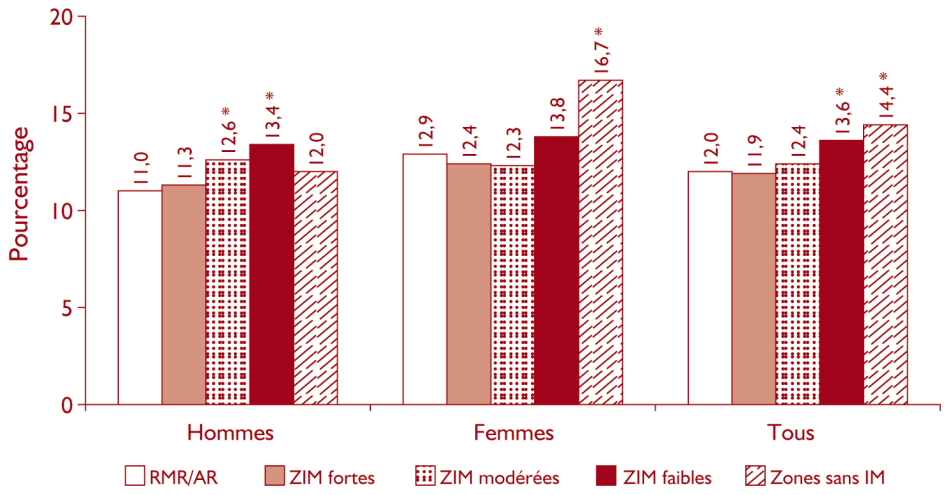
La présente section aborde les résultats de l'auto-évaluation de la santé selon le lieu de résidence ainsi que les indicateurs propres à la qualité de vie, tel que les taux d'incapacité. Il y est également question de la prévalence des troubles mentaux.

Des proportions statistiquement plus élevées de résidents des ZIM faibles et des zones sans IM ont déclaré que leur état de santé était passable ou mauvais (RMR/AR : 12,0 %; zones sans IM : 14,4 %), si on les compare aux Canadiens qui vivent dans des régions urbaines (figure 14). Des proportions beaucoup plus élevées de Canadiens de 20 à 64 ans vivant en région rurale ont déclaré qu'ils avaient un surpoids par rapport aux personnes qui vivent en milieu urbain (RMR/AR : 46,9 %; zones sans IM : 57,2 %) (figure 15). Malgré tout, un nombre moins élevé de Canadiens vivant dans des régions rurales a déclaré avoir une faible estime de soi (RMR/AR : 14,2 %; zones sans IM : 9,6 %) (données non présentées) ou mener une vie assez ou extrêmement stressante (RMR/AR : 26,1 %; zones sans IM : 22,8 %) (figure 16).

Lorsque l'on examine les mesures de l'incapacité, une proportion beaucoup moins élevée d'hommes vivant dans les ZIM fortes et faibles ont déclaré n'avoir aucune difficulté à accomplir leurs activités quotidiennes (figure 17). Une proportion beaucoup moins élevée de femmes vivant dans les ZIM fortes ont déclaré un indice de l'état de santé révélant une incapacité par rapport aux femmes qui vivent dans les RMR/AR (figure 18). En général, le pourcentage de personnes qui ont déclaré des troubles mentaux (tels que l'agoraphobie, les épisodes dépressifs majeurs, les manies, les troubles de panique ou la phobie sociale) diminuait à mesure que la ruralité augmentait. Les troubles mentaux étaient plus élevés chez les femmes, à l'exception de celles qui vivent dans les zones sans IM. Cependant, il n'y avait aucun écart significatif entre les régions urbaines et rurales pour l'un ou l'autre des sexes, ou pour les deux sexes ensemble (figure 19). On n'a noté aucune tendance évidente pour les autres mesures d'incapacité analysées (voir l'annexe D, tableau D-3).

Figure 14

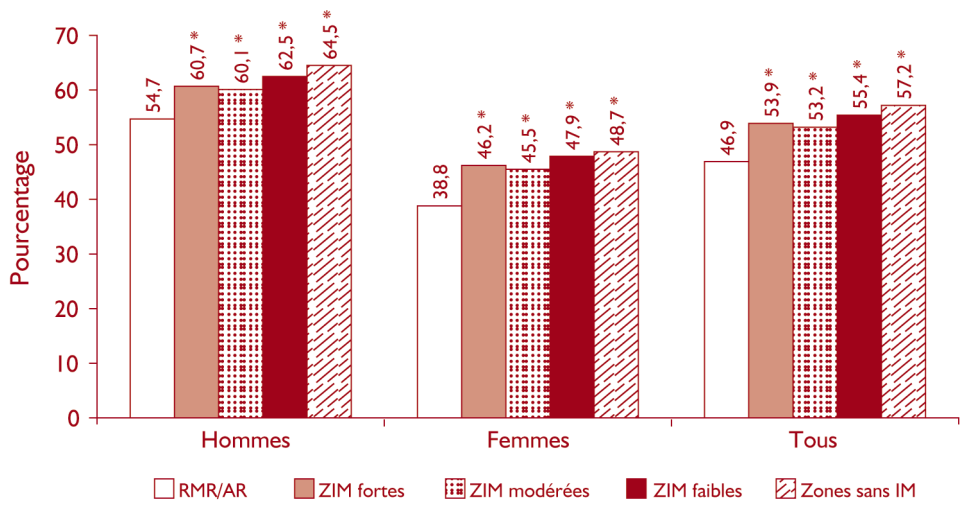
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré un état de santé passable ou mauvais, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 15

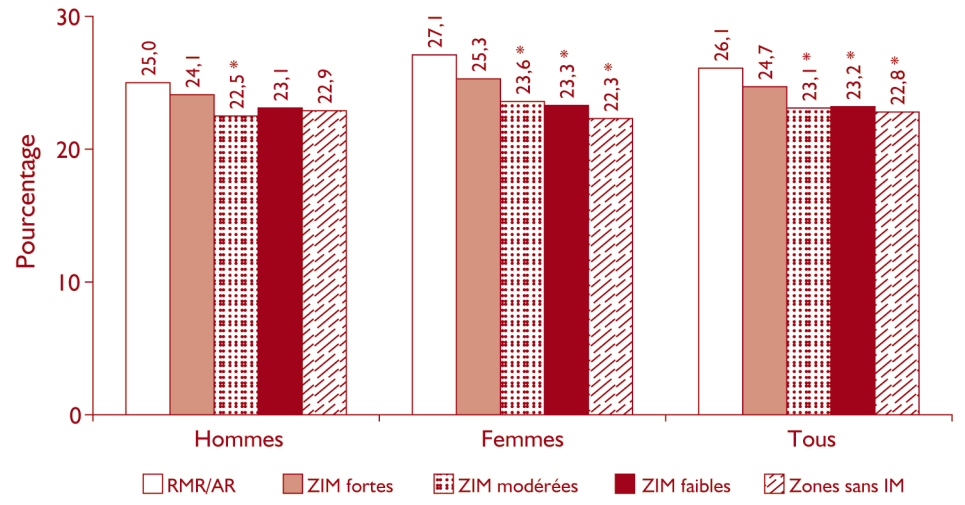
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 20 à 64 ans ayant déclaré un surpoids/être obèse (indice de masse corporelle > 25,0), selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 16

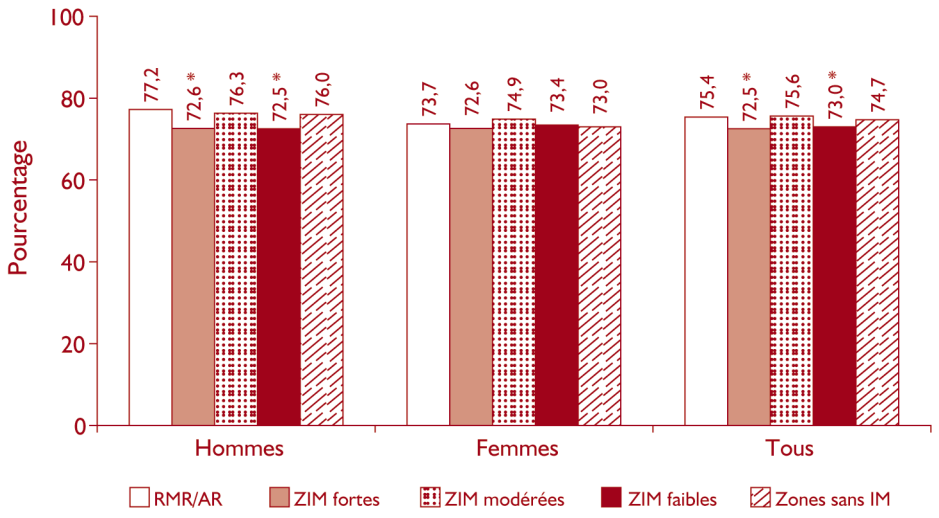
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré mener une vie assez ou extrêmement stressantes selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 17

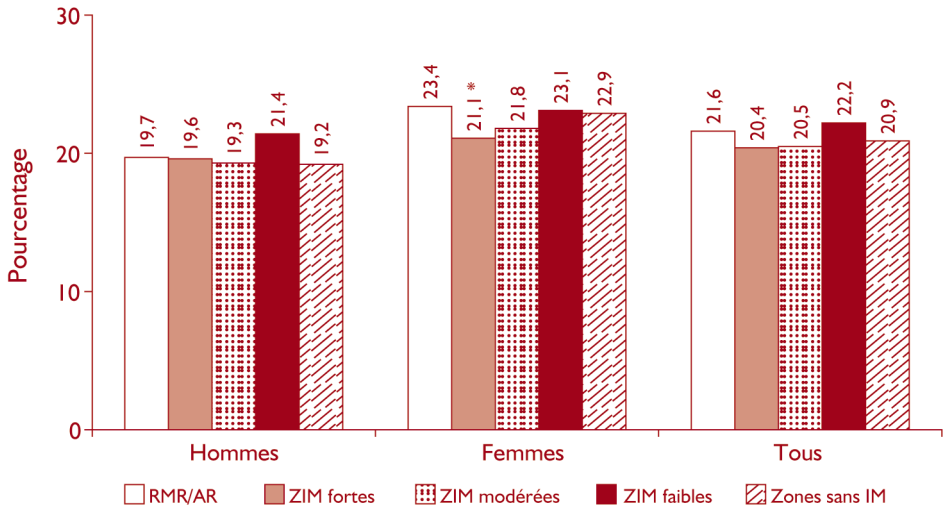
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré n'avoir aucune difficulté à accomplir leurs activités quotidiennes, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 18

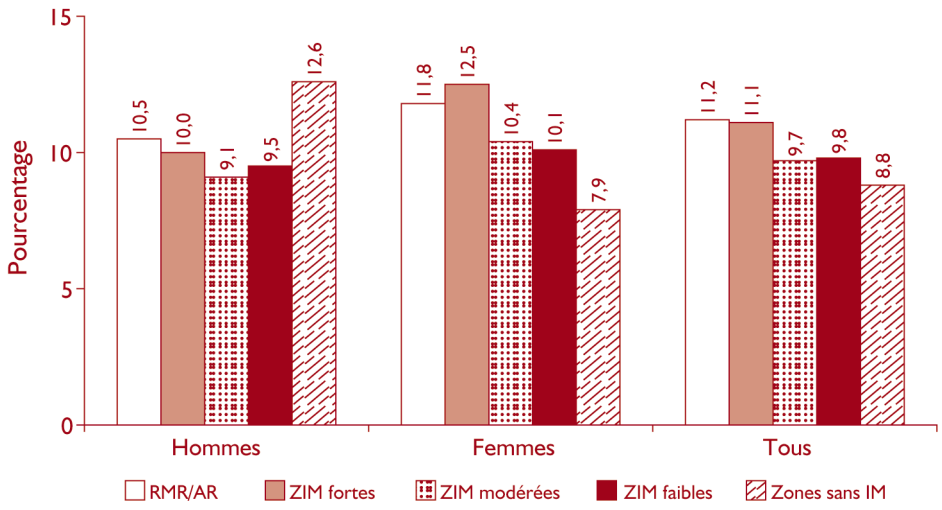
**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus qui ont un indice de l'état de santé révélant une incapacité, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

Figure 19

**Proportion normalisée selon l'âge des personnes de 12 ans et plus répondant aux critères des troubles mentaux choisis au cours des 12 mois précédents, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2002-2003**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Par troubles mentaux choisis, on entend l'agoraphobie, les épisodes dépressifs majeurs, les manies, les troubles de panique ou la phobie sociale.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.2, 2002-2003, Statistique Canada.

## Analyse multivariée

La section qui suit présente les résultats de notre analyse de régression multivariée sur le lien entre le lieu de résidence et l'auto-évaluation de la santé, la déclaration d'obésité et les niveaux de stress. On trouve une description de la méthodologie associée à cette analyse à la section 3.2.3.

Si l'on compare avec la vie dans les RMR/AR, la vie en milieu rural n'avait pas toujours une influence négative sur les trois résultats pour la santé choisis aux fins de cette analyse. Pour ce qui est de l'auto-évaluation de la santé, le lien entre la déclaration d'un état de santé passable ou mauvais rural et le lieu de résidence tel que défini par les catégories de ZIM n'était plus significatif une fois que l'on a tenu compte de certains déterminants de la santé (tableau 10). L'exception à la règle était les Canadiennes vivant dans les ZIM modérées, qui risquaient beaucoup moins de déclarer que leur état de santé était passable ou mauvais (rapport de cote = 0,86, IC 0,76-0,98).

Les prédicteurs sociodémographiques et des comportements liés à la santé ont également été inclus dans les modèles de régression. Les prédicteurs associés à la déclaration d'un état de santé « mauvais » ou « passable » étaient semblables chez les Canadiens et les Canadiennes. Les prédicteurs pour lesquels on a constaté une différence significative dans l'augmentation du risque d'avoir une moins bonne santé sont les suivants (en ordre décroissant de risque) : souffrir d'une affection chronique ou plus, déclarer avoir un surpoids ou être obèse, être déprimé, ne pas avoir travaillé au cours des 12 mois précédents, ne pas être marié, être fumeur, ne pas avoir un fort sentiment d'appartenance à la collectivité, ne pas manger cinq portions de fruits et légumes ou plus par jour

(femmes seulement), avoir une certaine insécurité alimentaire et vieillir. On a également associé le risque accru de déclarer un état de santé passable ou mauvais à l'intensité croissante de la douleur, à des niveaux de stress élevés, à un revenu faible, à un manque d'activité physique et à un niveau de scolarité inférieur.

Tableau 10

Estimations relatives aux rapports de cotes (RC) ajustés du lien entre le lieu de résidence et certains indicateurs de santé chez les Canadiens[i, ii]

| Variable<br>Groupe de référence = 1.0 | Hommes | | |
|---|---|---|---|
| | Auto-évaluation de la santé | IMC ≥ 25 | Niveau de stress |
| Lieu de résidence[iii] | | | |
| ZIM fortes | 0,97 (0,83-1,13) | 1,20 (1,08-1,32)* | 0,95 (0,85-1,06) |
| ZIM modérées | 1,05 (0,93-1,18) | 1,21 (1,12-1,30)* | 0,85 (0,78-0,93)* |
| ZIM faibles | 1,12 (1,00-1,27) | 1,26 (1,17-1,35)* | 0,86 (0,79-0,94)* |
| Zones sans IM | 0,97 (0,78-1,22) | 1,41 (1,18-1,69)* | 0,94 (0,70-1,23) |
| Âge — différent pour chaque catégorie[4] | 1,04 (1,03-1,04)* | 0,75 (0,69-0,82)* | 0,79 (0,73-0,85)* |
| Indice de masse corporelle[v] | | | |
| 25-30 (surpoids) | 2,07 (1,43-3,00)* | s.o. | s.o. |
| > 30 (obèse) | 1,42 (1,24-1,62)* | | |
| État matrimonial[vi] | | | |
| Divorcé/séparé/veuf | 1,15 (1,01-1,29)* | s.o. | 1,13 (1,03-1,24)* |
| Célibataire | 1,54 (1,34-1,76)* | | 0,72 (0,66-0,78)* |
| Autochtone — oui | s.o. | 1,68 (1,38-2,04)* | s.o. |
| Origine ethnique — non-Blanc | --- | 0,50 (0,45-0,55)* | 0,81 (0,72-0,91)* |
| Revenu[vii] | | | |
| Moyen-élevé | 1,24 (1,08-1,43)* | 0,87 (0,81-0,93)* | 0,85 (0,79-0,91)* |
| Moyen-faible | 1,63 (1,41-1,87)* | 0,77 (0,70-0,83)* | --- |
| Faible | 2,08 (1,75-2,46)* | 0,65 (0,59-0,73)* | 1,33 (1,19-1,50)* |
| Scolarité[viii] | | | |
| Études secondaires/pas de diplôme d'études postsecondaires | 1,27 (1,12-1,43)* | 0,93 (0,87-0,99)* | 0,81 (0,75-0,88)* |
| Niveau inférieur au secondaire | 1,79 (1,60-2,00)* | 1,06 (0,98-1,14) | 0,74 (0,69-0,80)* |
| A travaillé au cours des 12 mois précédents — non | 1,64 (1,35-2,00)* | 1,43 (1,24-1,64)* | 0,77 (0,65-0,90)* |
| Fumeur — oui | 1,28 (1,16-1,42)* | 0,64 (0,60-0,68)* | 1,29 (1,21-1,38)* |
| Consommation d'alcool — régulière | s.o. | --- | s.o. |
| Niveau de stress[ix] | | | |
| Vie un peu stressante | 1,39 (1,24-1,55)* | s.o. | s.o. |
| Vie assez/extrêmement stressante | 2,23 (1,96-2,55)* | | |
| Activité physique[x] | | | |
| Modérée | 1,43 (1,24-1,64)* | 1,21 (1,12-1,31)* | 1,12 (1,01-1,23)* |
| Aucune | 2,04 (1,80-2,31)* | 1,24 (1,16-1,33)* | 1,35 (1,24-1,47)* |
| Affection chronique — oui | 3,20 (2,91-3,52)* | 1,66 (1,56-1,77)* | 1,27 (1,19-1,37)* |
| Limitation d'activité — oui | s.o. | 1,14 (1,07-1,22)* | s.o. |
| Intensité de la douleur[xi] | | | |
| Modérée | 1,40 (1,17-1,67)* | s.o. | s.o. |
| Forte | 2,35 (1,80-3,06)* | | |
| Sentiment d'appartenance à la collectivité — non | 1,26 (1,15-1,38)* | s.o. | 1,18 (1,11-1,27)* |
| Dépression — oui | 1,89 (1,62-2,20)* | s.o. | s.o. |
| Mange ≥ 5 portions de fruits/légumes — non | --- | 1,16 (1,09-1,22)* | s.o. |
| Insécurité alimentaire — oui | 1,29 (1,32-1,48)* | s.o. | s.o. |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau 10 (suite)

| Variable<br>Groupe de référence = 1.0 | Femmes | | |
|---|---|---|---|
| | Auto-évaluation de la santé | IMC ≥ 25 | Niveau de stress |
| Lieu de résidence[iii] | | | |
| ZIM fortes | 0,98 (0,85-1,14) | 1,21 (1,10-1,33)* | 0,95 (0,86-1,04) |
| ZIM modérées | 0,86 (0,76-0,98)* | 1,19 (1,10-1,27)* | 0,85 (0,78-0,92)* |
| ZIM faibles | 1,05 (0,94-1,17) | 1,30 (1,21-1,40)* | 0,84 (0,79-0,91)* |
| Zones sans IM | 1,24 (0,96-1,59) | 1,33 (1,11-1,60)* | 0,86 (0,73-1,02) |
| Âge — différent pour chaque catégorie[4] | 1,03 (1,02-1,03)* | 0,78 (0,73-0,84)* | 0,71 (0,66-0,76)* |
| Indice de masse corporelle[v] | | | |
| 25-30 (surpoids) | 1,33 (1,12-1,58)* | s.o. | s.o. |
| > 30 (obèse) | 1,40 (1,26-1,57)* | | |
| État matrimonial[vi] | | | |
| Divorcé/séparé/veuf | --- | s.o. | 1,18 (1,10-1,26)* |
| Célibataire | 1,27 (1,12-1,44)* | | --- |
| Autochtone — oui | s.o. | 1,73 (1,45-2,05)* | s.o. |
| Origine ethnique — non-Blanc | 1,37 (1,16-1,63)* | 0,58 (0,52-0,65)* | 0,81 (0,73-0,90)* |
| Revenu[vii] | | | |
| Moyen-élevé | 1,30 (1,12-1,50)* | 1,10 (1,03-1,17)* | 0,83 (0,78-0,89)* |
| Moyen-faible | 1,66 (1,42-1,95)* | 1,06 (0,99-1,14) | 0,88 (0,82-0,95)* |
| Faible | 2,18 (1,84-2,59)* | --- | --- |
| Scolarité[viii] | | | |
| Études secondaires/pas de diplôme | 1,19 (1,07-1,33)* | 1,08 (1,01-1,15)* | 0,79 (0,75-0,84)* |
| d'études postsecondaires | 1,72 (1,54-1,91)* | 1,32 (1,23-1,41)* | 0,73 (0,68-0,79)* |
| Niveau inférieur au secondaire | | | |
| A travaillé au cours des 12 mois précédents — non | 1,40 (1,13-1,72)* | 1,33 (1,19-1,50)* | 0,87 (0,77-0,99)* |
| Fumeur — oui | 1,29 (1,17-1,41)* | 0,74 (0,70-0,78)* | 1,43 (1,34-1,52)* |
| Consommation d'alcool — régulière | s.o. | 0,71 (0,67-0,75)* | s.o. |
| Niveau de stress[ix] | | | |
| Vie un peu stressante | 1,32 (1,18-1,47)* | s.o. | s.o. |
| Vie assez/extrêmement stressante | 2,00 (1,78-2,25)* | | |
| Activité physique[x] | | | |
| Modérée | 1,40 (1,19-1,65)* | 1,34 (1,24-1,45)* | 1,07 (0,98-1,17) |
| Aucune | 2,09 (1,82-2,39)* | 1,62 (1,51-1,74)* | 1,27 (1,18-1,37)* |
| Affection chronique — oui | 2,70 (2,46-2,98)* | 1,85 (1,74-1,96)* | 1,29 (1,21-1,37)* |
| Limitation d'activité — oui | s.o. | 1,43 (1,34-1,52)* | s.o. |
| Intensité de la douleur[xi] | | | |
| Modérée | 1,68 (1,44-1,96)* | s.o. | s.o. |
| Forte | 3,57 (2,92-4,37)* | | |
| Sentiment d'appartenance à la collectivité — non | 1,18 (1,08-1,29)* | s.o. | 1,25 (1,18-1,33)* |
| Dépression — oui | 1,93 (1,72-2,17)* | s.o. | s.o. |
| Mange ≥ 5 portions de fruits/légumes — non | 1,13 (1,03-1,23)* | --- | s.o. |
| Insécurité alimentaire — oui | 1,31 (1,16-1,47)* | s.o. | s.o. |

i. Les intervalles de confiance ont été établis à l'aide de 500 poids bootstrap pour tenir compte de la complexité du plan d'enquête.
ii Exclus lors de la modélisation; s.o. : non inclus lors de la modélisation; * Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
iii. Groupe de référence : RMR/AR.
iv. Groupe de référence pour le « niveau de stress » : ≥ 45 ans; groupe de référence pour un « IMC ≥ 25 » : ≥ 60 ans; la variable de l'âge est continue pour la modélisation de « l'auto-évaluation de la santé ».
v. Groupe de référence : IMC 18,5-24,9.
vi. Groupe de référence : marié/conjoint de fait.
vii. Groupe de référence : revenu élevé.
viii. Groupe de référence : diplôme d'études postsecondaires.
ix. Groupe de référence : journées pas tellement/pas du tout stressantes.
x. Groupe de référence : gens actifs.
xi. Groupe de référence : faible.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

Une autre série d'analyses de régression a été réalisée dans le but d'examiner le lien entre le lieu de résidence et le fait d'avoir un surpoids ou d'être obèse (soit un IMC ≥ 25). Dans l'analyse bivariée, un plus grand nombre de personnes de 20 à 64 ans dans les collectivités rurales ont déclaré avoir un surpoids ou être obèse (figure 15). L'analyse de régression multivariée révèle que le fait de vivre en milieu rural est toujours lié de façon indépendante au risque d'avoir un surpoids ou d'être obèse, tant chez les hommes que chez les femmes, même lorsque l'on a tenu compte d'importantes covariables (tableau 10). Le risque était plus élevé dans une proportion variant entre 19 et 41 % chez les habitants des régions rurales que des régions urbaines.

Le fait d'être d'origine autochtone, de souffrir d'une affection chronique ou plus, de ne pas avoir travaillé au cours des 12 mois précédents, d'être moyennement actif ou inactif physiquement, de ne pas manger cinq portions ou plus de fruits et légumes chaque jour et d'avoir déclaré être incapable d'accomplir ses activités quotidiennes figuraient parmi les prédicteurs associés à un risque plus élevé d'avoir un surpoids ou d'être obèse. Un certain nombre de prédicteurs était également associé à un risque moindre d'avoir un surpoids ou d'être obèse, soit le fait d'être fumeur, d'être plus âgé, de consommer régulièrement de l'alcool (femmes seulement) et d'avoir un faible revenu (hommes seulement).

Enfin, on a examiné le lien entre l'auto-évaluation du stress et le lieu de résidence. Les niveaux de stress présentés dans l'analyse bivariée étaient beaucoup moins élevés dans les régions rurales (figure 16). Les probabilités de déclarer des niveaux de stress élevés ont été modélisées selon le sexe. Le fait de vivre dans une ZIM modérée et faible par opposition à la vie en région urbaine était encore associé de façon indépendante à un risque moindre de déclarer des niveaux de stress élevés (tableau 10). Les prédicteurs associés à des probabilités plus élevées de déclarer des niveaux de stress élevés étaient les suivants : le fait d'être fumeur, de souffrir d'une affection chronique ou plus, d'avoir un faible sentiment d'appartenance à la collectivité et d'être divorcé, séparé ou veuf.

## Analyse

Bien que nos résultats suggèrent que les résidents des régions rurales ont tendance à mourir prématurément et déclarent un statut socioéconomique inférieur à celui des résidents des régions urbaines, cela ne se reflète pas dans l'analyse des indicateurs de la qualité de vie liée à la santé; il n'y avait pas d'écart significatif entre les résidents des régions rurales et urbaines pour la plupart des mesures examinées (IES, jours d'incapacité, intensité de la douleur, stress et limitation de l'activité). Cependant, le fait d'avoir un surpoids ou d'être obèse et d'avoir auto-évalué son stress (ZIM modérées et faibles) était toujours associé de façon indépendante à la vie en milieu rural une fois que l'on a tenu compte des principales covariables dans l'analyse de régression. Ces résultats indiquent peut-être que de meilleurs indicateurs pourraient mesurer la qualité de vie dans les régions rurales. Les indicateurs utilisés dans le cadre de cette analyse sont des facteurs liés aux maladies susceptibles de nuire à la qualité de vie des Canadiens. L'incidence d'une maladie sur la vie quotidienne des habitants des régions rurales pourrait être atténuée par des facteurs liés au capital social, comme la résistance, que nous n'avons pas pu examiner dans le cadre de la présente étude.

Des proportions beaucoup plus élevées de résidents des régions les plus rurales/éloignées ont déclaré que leur état de santé était passable ou mauvais par rapport aux personnes vivant dans les régions urbaines, plus particulièrement les femmes vivant dans les zones sans IM. Les personnes qui vivent dans les ZIM fortes ont déclaré des proportions semblables d'état de santé passable ou mauvais par rapport aux personnes qui vivent dans les RMR/AR. Cependant, lorsqu'on a tenu compte des affections chroniques et des déterminants de la santé choisis, les écarts entre les régions urbaines et rurales n'étaient plus statistiquement significatifs, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Les déterminants de la santé expliquaient les écarts entre les régions rurales et urbaines sur le plan de l'auto-évaluation de la santé.

On a obtenu des résultats semblables dans une étude sur l'état de santé des personnes âgées du Manitoba, qui a démontré que l'auto-évaluation de la santé était semblable chez les répondants des régions urbaines et rurales, tant dans l'analyse bivariée que dans l'analyse multivariée[106]. En outre, les participants du milieu rural étaient beaucoup plus satisfaits de leur état de santé que les habitants des régions urbaines[106]. Une autre étude canadienne a démontré que, dans les grandes régions métropolitaines, beaucoup plus de personnes ont déclaré que leur état de santé était excellent par rapport aux résidents des régions rurales, des petites villes et des villes du nord[89]. On a noté la même tendance chez les jeunes Canadiens de 12 à 17 ans[67]. Étant donné que les auteurs n'ont pas effectué d'analyse de régression avec leurs résultats, on ignore si ces écarts seraient encore évidents une fois que l'on aurait tenu compte des déterminants de la santé, bien que les données ont été normalisées en fonction du revenu.

Notre analyse des données de l'ESCC sur la santé mentale et le bien-être (Cycle 1.2) semblait indiquer qu'il n'y avait aucun écart significatif entre les régions urbaines et rurales pour ce qui est de la prévalence des troubles mentaux, ce qui rejoint les résultats d'une étude australienne qui s'est penchée sur les données d'une enquête nationale sur la santé mentale et le bien-être[107]. La prévalence dans notre étude avait tendance à être plus faible dans les régions plus rurales. En outre, notre analyse de la dépression (Cycle 1.1 de l'ESCC) a révélé que le nombre de personnes répondant aux critères de dépression n'était pas statistiquement différent entre les régions urbaines et rurales, mais il avait tendance à être inférieur dans les régions rurales. Nos analyses étaient limitées par la taille des échantillons, ce qui ne nous a pas permis d'examiner d'autres conditions particulières liées à la santé mentale selon l'âge, le sexe ou la catégorie de ZIM. Il faut bien noter que l'ESCC est une auto-évaluation et que certaines populations ont peut-être été moins enclines à déclarer un trouble de santé mentale diagnostiqué par un professionnel de la santé.

L'importance de la santé mentale dans la santé physique d'une personne est de plus en plus reconnue. Bien qu'il existe un nombre limité d'études portant sur l'accès aux services de santé mentale et leur utilisation[108-110], on sait que les obstacles communs aux personnes atteintes de troubles de santé mentale, comme la distance et la faible densité de population, la stigmatisation, la visibilité, la confidentialité et le manque de ressources, sont plus nombreux dans les régions rurales[111]. Les facteurs communautaires peuvent

jouer un rôle important dans la santé mentale. Des facteurs tels que la croissance et le déclin démographiques[112], la qualité du logement[113] et les problèmes financiers[114] ont tous une incidence sur la santé mentale. L'accès aux services joue un rôle important dans le traitement des troubles mentaux dans les collectivités rurales, tout comme la sensibilisation accrue du public au traitement de la maladie mentale[115]. L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale est d'avis que la stigmatisation de la maladie mentale doit être éliminée en priorité si on veut améliorer la santé mentale des Canadiens[116]. La stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale peuvent mener les gens à ne pas parler de leur condition, à attendre avant de demander les soins nécessaires pour des raisons de confidentialité, à ne pas suivre les traitements recommandés et à éviter de faire part de leurs préoccupations à leur entourage[117]. Une étude américaine portant sur la relation entre le fait de grandir dans un milieu rural ou urbain et la perception de la santé mentale et de la maladie mentale chez les élèves du secondaire a révélé que les élèves des régions rurales étaient plus tolérants à l'égard de l'abus d'alcool et considéraient davantage la dépression comme un problème de santé que les élèves des régions urbaines[118]. Ces différences sont peut-être un reflet des dissemblances dans les façon dont les gens perçoivent leur santé en milieu rural et urbain. Selon les chercheurs, on n'accorde pas beaucoup d'importance à la recherche sur la santé mentale en milieu rural[86, 119].

## 4.4 Problèmes de santé chroniques

La section 4.4 présente les résultats de notre analyse de plusieurs affections chroniques. Elle présente les données sur la mortalité, l'incidence et la prévalence, le cas échéant. Les affections chroniques que nous avons étudiées sont les maladies de l'appareil circulatoire, l'hypertension, le cancer, les maladies respiratoires, le diabète et l'arthrite. Enfin, nous présentons les résultats de l'analyse de régression multivariée portant sur le lien entre les affections chroniques et le lieu de résidence.

### 4.4.1 Maladies de l'appareil circulatoire

La présente section contient une analyse de la mortalité causée par la vaste catégorie des maladies de l'appareil circulatoire (CIM-9, Chapitre 7, codes 390 à 459), ainsi que de la prévalence de l'hypertension.

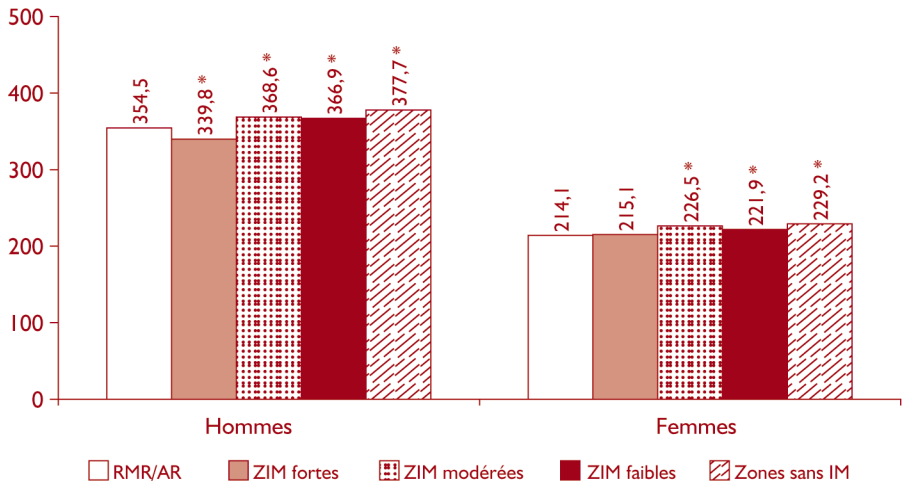
#### Taux de mortalité

Le taux de mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire était plus élevé chez les hommes que chez les femmes et habituellement plus fort dans les ZIM modérées et faibles ainsi que dans les zones sans IM (figure 20). En ce qui a trait à la répartition selon l'âge, ces tendances se sont confirmées chez les personnes de 20 ans et plus (figures 21 et 22). Peu de décès attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire sont survenus chez les plus jeunes (0 à 4 ans et 5 à 19 ans), mais les taux de mortalité associés aux maladies de l'appareil circulatoire étaient beaucoup plus élevés dans les ZIM faibles et les zones sans IM parmi la population canadienne la plus jeune (annexe C, tableau C-2). Les taux enregistrés chez les personnes âgées étaient légèrement plus élevés dans les ZIM

modérées et faibles ainsi que dans les zones sans IM par rapport aux RMR/AR (figure 22). Les risques de mourir prématurément des suites de maladies de l'appareil circulatoire étaient plus élevés chez les personnes vivant dans les régions rurales ou plus éloignées (tableau 11). Le risque était particulièrement élevé chez les personnes de 20 à 44 ans vivant dans les zones sans IM (ratio de mortalité normalisé pour les hommes : 1,55; ratio de mortalité normalisé pour les femmes : 1,61).

Figure 20

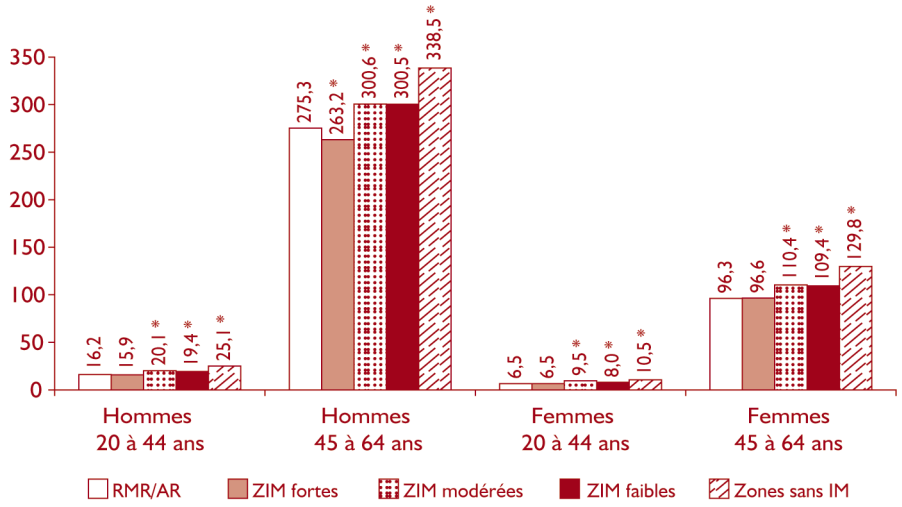
**Taux de mortalité normalisés selon l'âge par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000 habitants), Canadiens (tous les âges), selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 21

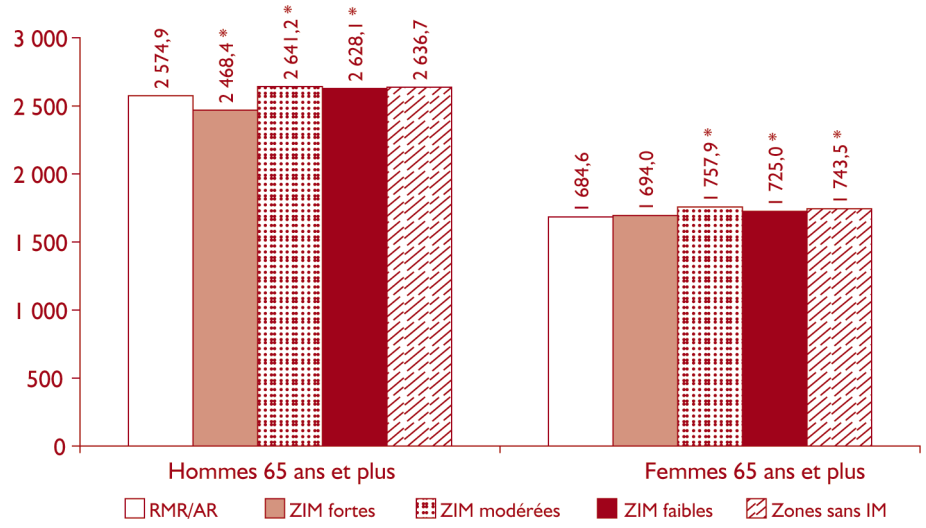
Taux de mortalité normalisés selon l'âge par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 22

Taux de mortalité normalisés selon l'âge par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 11

## Ratios normalisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | 0,97 (0,89-1,02) | 1,24 (1,16-1,32)* | 1,20 (1,12-1,28)* | 1,55 (1,33-1,80)* |
| 45 à 64 ans | 0,96 (0,93-0,98)* | 1,09 (1,07-1,11)* | 1,09 (1,07-1,12)* | 1,23 (1,16-1,30)* |
| 65 ans et plus | 0,95 (0,94-0,97)* | 1,02 (1,01-1,03)* | 1,02 (1,01-1,03)* | 1,03 (1,00-1,05) |
| Total | 0,95 (0,94-0,97)* | 1,04 (1,03-1,05)* | 1,04 (1,03-1,05)* | 1,07 (1,04-1,09)* |
| **Groupe d'âge** | **Femmes** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | 0,99 (0,86-1,14) | 1,44 (1,31-1,59)* | 1,22 (1,09-1,35)* | 1,61 (1,25-2,05)* |
| 45 à 64 ans | 1,00 (0,95-1,05) | 1,14 (1,10-1,19)* | 1,13 (1,09-1,18)* | 1,34 (1,22-1,47)* |
| 65 ans et plus | 1,01 (0,99-1,02) | 1,04 (1,03-1,05)* | 1,02 (1,01-1,03)* | 1,03 (1,00-1,06) |
| Total | 1,01 (0,99-1,02) | 1,05 (1,04-1,06)* | 1,03 (1,02-1,04)* | 1,06 (1,03-1,09)* |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 0,95 (0,63-1,37) | 0,98 (0,71-1,32) | 1,47 (1,13-1,87)* | 1,90 (1,11-3,05)* |
| 5 à 19 ans | 0,90 (0,63-1,26) | 1,20 (0,94-1,51) | 1,01 (0,77-1,30) | 1,32 (0,72-2,21) |
| 20 à 44 ans | 1,00 (0,93-1,07) | 1,32 (1,25-1,39)* | 1,22 (1,16-1,29)* | 1,61 (1,14-1,83)* |
| 45 à 64 ans | 0,99 (0,97-1,02) | 1,12 (1,10-1,14)* | 1,12 (1,10-1,15)* | 1,29 (1,23-1,36)* |
| 65 ans et plus | 1,01 (0,99-1,02) | 1,06 (1,05-1,06)* | 1,05 (1,04-1,05)* | 1,06 (1,04-1,08)* |
| Total | 1,00 (0,99-1,01) | 1,07 (1,06-1,07)* | 1,06 (1,05-1,06)* | 1,10 (1,08-1,12)* |

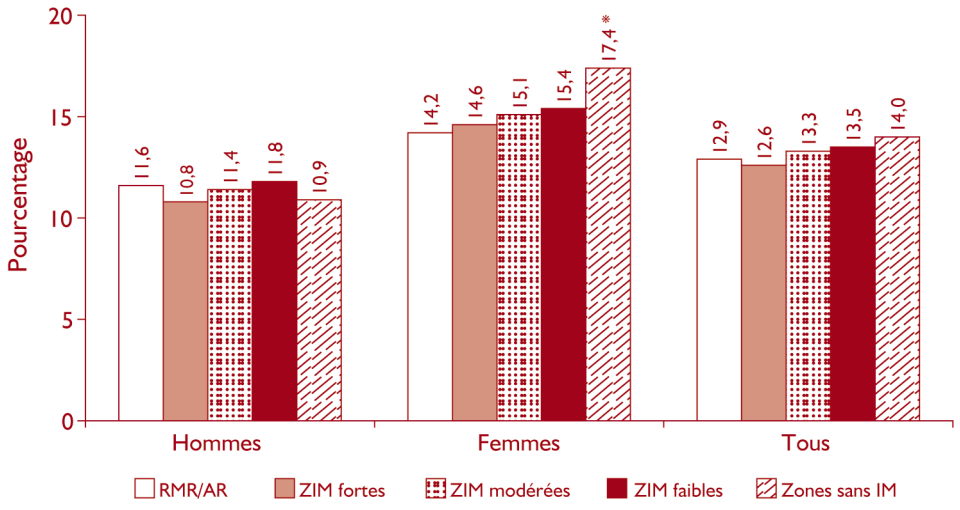
Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Hypertension

On n'a relevé aucun écart significatif dans les proportions d'hommes souffrant d'hypertension vivant dans les régions rurales et ceux qui habitent dans les régions urbaines (figure 23). Seules les zones sans IM ont déclaré une plus forte proportion de femmes souffrant d'hypertension par rapport à celles qui vivent dans les régions urbaines.

Figure 23

**Prévalence normalisée selon l'âge de l'hypertension chez les 12 ans et plus, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

## Analyse

On a examiné les risques de mortalité liés aux maladies de l'appareil circulatoire en général. Ces conditions sont les principales causes de décès au Canada; elles sont donc d'importants problèmes de santé publique. Le risque de mortalité lié aux maladies de l'appareil circulatoire est beaucoup plus élevé dans l'ensemble des catégories de ZIM, tant chez les hommes que chez les femmes, à l'exception des ZIM fortes. Les écarts entre les ZIM fortes et les RMR/AR étaient tantôt non significatifs, tantôt statistiquement inférieurs dans les ZIM fortes. Cette tendance a été observée chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge. Cependant, dans les autres ZIM rurales, les hommes en âge de travailler (20 à 64 ans) risquaient davantage de mourir de ces maladies, leurs taux étant trois fois plus élevés que chez les femmes du même âge.

Les taux de mortalité associés aux maladies de l'appareil circulatoire ont baissé lentement au cours des dernières années, mais les nombres absolus ont augmenté en raison du vieillissement de la population. Cela ne semble pas toujours être le cas dans les régions rurales, où les risques de mourir prématurément de maladies de l'appareil circulatoire étaient également plus élevés. Ces maladies sont liées à divers facteurs de risque complexes. Des facteurs tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique et l'hérédité sont considérés comme étant des facteurs de risque non modifiables. Cependant, des facteurs tels que l'usage du tabac, l'obésité et le manque d'activité physique sont modifiables. Notre analyse de l'ESCC démontre que les taux de tabagisme, d'hypertension et d'obésité sont beaucoup plus élevés chez les résidents des régions rurales que chez les habitants des régions urbaines.

Dans la littérature, un statut socioéconomique précaire a été associé à des risques plus élevés de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires[120-122]. De plus, on a remarqué des écarts au chapitre de la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires selon la région géographique, soit des taux plus élevés dans les régions rurales que dans les régions métropolitaines et une prévalence plus élevée des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires dans les régions rurales[51, 123, 124]. Cependant, lorsque les facteurs liés au statut socioéconomique sont pris en considération, les risques plus élevés de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires dans les régions rurales deviennent non significatifs[124]. Ces résultats suggèrent que le statut socioéconomique pourrait expliquer en partie les écarts relevés entre les régions rurales et urbaines sur le plan des taux de mortalité. Il est également possible que les écarts notés dans la gravité de la maladie, l'accès aux soins de santé de courte durée, la gestion de la maladie ou l'évolution normale de la maladie influencent le taux de mortalité plus élevé dans les régions rurales[125-127]. Il a également été démontré que l'origine ethnique est liée aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et aux résultats qui en découlent. Au Canada, des études ont révélé que les Autochtones ont une plus forte prévalence de maladies cardiovasculaires que la population en général[128, 129]. Ce phénomène a une forte incidence sur les régions rurales puisque ces collectivités comportent une forte population d'Autochtones.

Les facteurs de risque modifiables peuvent être influencés par des mesures de prévention fondées sur des preuves. L'évaluation des facteurs de risque, le choix des facteurs de risque modifiables, le dépistage, la diffusion de renseignements sur les signes avant-coureurs et le dépistage de l'hypertension et du cholestérol font partie des interventions efficaces pouvant être mises en œuvre dans les régions rurales et urbaines[231-235].

### 4.4.2 Cancer

La présente section porte sur l'incidence du cancer et la mortalité attribuable à une vaste catégorie de tumeurs (CIM-9, Chapitre 2, codes 140 à 239). Elle présente ensuite une analyse approfondie de la mortalité attribuable à des cancers particuliers : poumon, colorectal, sein, col de l'utérus et prostate.

#### Incidence du cancer

La section qui suit présente les résultats de l'analyse du Registre canadien du cancer, de 1986 à 1996. On trouve une description de la méthodologie à la section 3.2.2.

Lorsqu'on examine les taux d'incidence de tous les cancers combinés chez les hommes, ceux qui vivent dans les ZIM fortes ont enregistré le taux d'incidence le plus bas (tableau 12). Les taux d'incidence de tous les cancers combinés étaient généralement plus bas dans les régions rurales, tant chez les hommes que chez les femmes. Les taux les plus faibles ont été enregistrés dans les ZIM fortes. Les taux d'incidence de l'ensemble des cancers chez les femmes suivaient une tendance similaire, le taux le plus bas ayant également été observé dans les ZIM fortes (tableau 13). Les taux d'incidence des cancers du sein, du col de l'utérus, du poumon, de la prostate et colorectal sont expliqués en détail dans leur section respective.

Pour ce qui est des taux d'incidence de cancers particuliers, la majorité étaient plus bas dans les régions rurales que dans les régions urbaines, l'exception étant les taux de cancer des lèvres plus élevés chez les hommes vivant dans les régions rurales (tableau 12). Il est intéressant de noter qu'en ce qui concerne les autres sièges du cancer liés à la cavité buccale (langue/gencives/bouche/pharynx, glande salivaire et œsophage), les taux étaient beaucoup plus élevés chez les hommes vivant dans les régions urbaines. Les taux d'incidence associés à cinq autres types de cancer (colon, foie, mélanome, prostate et lymphome non hodgkinien) étaient généralement plus élevés chez les hommes des régions urbaines que chez ceux des régions rurales. On n'a noté aucun écart important, sinon sporadique, dans l'incidence des 31 autres types de cancer. Chez les femmes, les taux d'incidence associés à six types de cancer étaient généralement beaucoup plus élevés en milieu urbain (seins, langue/gencives/bouche/pharynx, poumons, ovaires, vessie et glande thyroïde) (tableau 13). On n'a noté aucun écart important, sinon sporadique, dans l'incidence des 33 autres types de cancer.

L'incidence du cancer en fonction de la région (Colombie-Britannique, Prairies, Ontario, Québec et provinces de l'Atlantique) a aussi été examinée dans le cadre de la présente étude. On a observé des tendances semblables à celles de l'analyse nationale de l'incidence du cancer (données non présentées).

Tableau 12

Taux d'incidence normalisés selon l'âge, par 100 000 habitants, hommes (tous les âges), selon le siège de cancer et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Siège | RMR/AR | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
|---|---|---|---|---|---|
| Tous les cancers | 463,8 (462,4-465,2) | 418,7 (414,1-423,4)* | 446,5 (443,0-450,0)* | 430,6 (426,8-434,4)* | 456,2 (446,6-465,9) |
| Lèvres | 3,1 (3,0-3,2) | 5,9 (5,3-6,5)* | 7,0 (6,6-7,5)* | 8,1 (7,6-8,7)* | 12,6 (11,1-14,4)* |
| Langue, gencives, bouche, pharynx | 10,5 (10,3-10,7) | 8,2 (7,6-8,9)* | 9,3 (8,8-9,8)* | 8,4 (7,9-8,9)* | 8,1 (6,9-9,5)* |
| Œsophage | 5,9 (5,8-6,1) | 5,2 (4,7-5,7)* | 5,1 (4,8-5,5)* | 5,1 (4,7-5,5)* | 5,6 (4,6-6,7) |
| Estomac | 15,2 (14,9-15,4) | 12,8 (12,0-13,6)* | 15,6 (14,9-16,2) | 15,5 (14,8-16,2) | 16,2 (14,4-18,1) |
| Côlon et rectum | 62,2 (61,7-62,7) | 57,6 (55,9-59,4)* | 60,0 (58,8-61,3)* | 56,5 (55,1-57,9)* | 60,1 (56,7-63,8) |
| Foie | 4,9 (4,8-5,1) | 2,7 (2,4-3,1)* | 3,3 (3,0-3,6)* | 3,0 (2,7-3,3)* | 3,4 (2,6-4,3)* |
| Pancréas | 11,2 (11,0-11,4) | 10,3 (9,6-11,0) | 10,8 (10,3-11,3) | 11,6 (11,0-12,2) | 10,0 (8,7-11,6) |
| Larynx | 8,0 (7,8-8,1) | 6,8 (6,2-7,4)* | 7,7 (7,3-8,2) | 7,1 (6,6-7,6)* | 7,0 (5,9-8,3) |
| Poumons | 90,4 (89,8-91,0) | 79,9 (77,9-81,9)* | 92,3 (90,7-93,9) | 85,5 (83,9-87,2)* | 92,4 (88,1-96,8) |
| Peau avec présence de mélanomes | 10,2 (10,0-10,4) | 9,0 (8,3-9,7)* | 8,5 (8,0-9,0)* | 8,4 (7,9-8,9)* | 7,8 (6,6-9,2)* |
| Prostate | 108,0 (107,3-108,7) | 99,5 (97,2-101,8)* | 103,5 (101,8-105,2)* | 102,0 (100,1-103,9)* | 106,9 (102,4-111,7) |
| Testicules | 4,7 (4,5-4,8) | 4,3 (3,8-4,7) | 3,7 (3,3-4,0)* | 4,0 (3,6-4,3)* | 4,0 (3,2-5,0) |
| Vessie | 27,7 (27,3-28,0) | 25,4 (24,2-26,6)* | 26,7 (25,8-27,5) | 25,1 (24,2-26,0)* | 27,7 (25,5-30,2) |
| Reins | 14,7 (14,4-14,9) | 12,4 (11,7-13,2)* | 13,9 (13,3-14,5) | 14,3 (13,6-15,0) | 15,6 (13,9-17,5) |
| Cerveau et autre partie du système nerveux | 8,3 (8,1-8,5) | 7,3 (6,8-8,0)* | 8,1 (7,6-8,6) | 7,3 (6,8-7,8)* | 8,4 (7,2-9,8) |
| Sièges mal définis et inconnus | 15,4 (15,2-15,7) | 14,7 (13,8-15,6) | 13,6 (13,0-14,3)* | 13,6 (13,0-14,3)* | 12,5 (11,0-14,2)* |
| Hodgkin | 3,2 (3,1-3,4) | 2,9 (2,6-3,3) | 3,0 (2,7-3,3) | 2,8 (2,5-3,1) | 2,9 (2,2-3,8) |
| Lymphome non hodgkinien | 18,1 (17,9-18,4) | 15,8 (15,0-16,7)* | 15,8 (15,2-16,5)* | 15,5 (14,8-16,3)* | 15,3 (13,6-17,2)* |
| Myélome multiple | 5,9 (5,8-6,1) | 5,8 (5,3-6,4) | 6,1 (5,7-6,5) | 5,1 (4,7-5,5)* | 6,4 (5,3-7,7) |
| Leucémie | 14,0 (13,8-14,2) | 13,8 (13,0-14,7) | 14,0 (13,4-14,6) | 12,9 (12,2-13,5)* | 13,0 (11,5-14,7) |

Remarques :
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Groupe de référence : RMR/AR.
Source : Registre canadien du cancer, 1986-1996, Statistique Canada.

Tableau 13

Taux d'incidence normalisés selon l'âge, par 100 000 habitants, femmes (tous les âges), selon le siège de cancer et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Siège | RMR/AR | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
|---|---|---|---|---|---|
| Tous les cancers | 335,8 (334,8-336,8) | 302,5 (298,8-306,3)* | 318,0 (315,2-320,9)* | 314,3 (311,1-317,4)* | 323,5 (315,3-331,8)* |
| Langue, gencives, bouche, pharynx | 3,8 (3,7-3,9) | 2,9 (2,6-3,3)* | 3,0 (2,8-3,3)* | 3,2 (2,9-3,6)* | 3,4 (2,7-4,4) |
| Lèvres | 0,6 (0,5-0,6) | 0,7 (0,5-0,9) | 0,8 (0,7-1,0)* | 0,9 (0,8-1,1)* | 0,9 (0,6-1,5) |
| Estomac | 6,7 (6,6-6,8) | 5,4 (4,9-5,9)* | 6,9 (6,5-7,3) | 6,6 (6,2-7,0) | 7,2 (6,1-8,5) |
| Côlon et rectum | 43,2 (42,8-43,5) | 43,1 (41,7-44,5) | 45,4 (44,4-46,5)* | 42,6 (41,5-43,8) | 44,7 (41,8-47,8) |
| Vésicule biliaire | 3,0 (2,9-3,1) | 2,9 (2,5-3,2) | 3,0 (2,8-3,3) | 3,3 (3,0-3,6) | 3,7 (2,9-4,6) |
| Pancréas | 8,3 (8,2-8,5) | 7,5 (6,9-8,1)* | 8,2 (7,8-8,7) | 8,7 (8,2-9,2) | 8,4 (7,2-9,8) |
| Poumons | 38,5 (38,1-38,9) | 32,2 (31,0-33,4)* | 33,5 (32,6-34,5)* | 33,9 (32,8-34,9)* | 32,9 (30,3-35,6)* |
| Peau avec présence de mélanomes | 8,6 (8,4-8,8) | 8,6 (7,9-9,2) | 7,7 (7,2-8,2)* | 8,2 (7,7-8,8) | 7,4 (6,2-8,8) |
| Seins | 98,4 (97,9-99,0) | 86,3 (84,3-88,4)* | 89,3 (87,8-90,8)* | 88,7 (87,0-90,4)* | 90,7 (86,4-95,2)* |
| Col de l'utérus | 9,6 (9,4-9,8) | 8,1 (7,5-8,8)* | 9,8 (9,3-10,4) | 11,3 (10,7-12,0)* | 13,1 (11,4-14,9)* |
| Utérus (excluant le col) | 19,2 (19,0-19,5) | 17,1 (16,3-18,1)* | 18,9 (18,2-19,6) | 17,8 (17,1-18,6)* | 18,8 (16,9-20,9) |
| Ovaires | 13,7 (13,5-13,9) | 12,0 (11,3-12,8)* | 12,2 (11,7-12,8)* | 12,3 (11,7-13,0)* | 12,0 (10,5-13,7) |
| Vessie | 7,3 (7,1-7,4) | 6,1 (5,6-6,6)* | 7,1 (6,7-7,5) | 5,9 (5,5-6,3)* | 5,5 (4,5-6,7)* |
| Reins | 7,3 (7,2-7,5) | 7,5 (7,0-8,2) | 8,2 (7,7-8,7)* | 8,2 (7,7-8,7)* | 8,4 (7,2-9,9) |
| Cerveau et autre partie du système nerveux | 5,8 (5,7-6,0) | 5,8 (5,3-6,3) | 5,4 (5,1-5,8) | 5,3 (4,9-5,8) | 5,6 (4,7-6,8) |
| Thyroïde | 6,6 (6,4-6,7) | 5,1 (4,6-5,7)* | 5,1 (4,7-5,5)* | 5,4 (5,0-5,9)* | 5,5 (4,4-6,7) |
| Sièges mal définis et inconnus | 10,3 (10,2-10,5) | 9,0 (8,4-9,7)* | 10,7 (10,2-11,2) | 10,7 (10,2-11,3) | 11,4 (10,0-13,0) |
| Lymphome non hodgkinien | 12,4 (12,2-12,6) | 11,7 (11,0-12,4) | 12,3 (11,7-12,9) | 11,7 (11,1-12,3) | 12,1 (10,6-13,8) |
| Myélome multiple | 3,9 (3,8-4,0) | 4,2 (3,8-4,7) | 3,8 (3,6-4,2) | 3,6 (3,3-4,0) | 3,8 (3,0-4,7) |
| Leucémie | 8,6 (8,4-8,7) | 8,1 (7,5-8,7) | 8,5 (8,0-9,0) | 7,7 (7,3-8,2)* | 9,0 (7,8-10,5) |

Remarques :
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Groupe de référence : RMR/AR.
Source : Registre canadien du cancer, 1986-1996, Statistique Canada.

## Analyse

Dans l'ensemble, les taux d'incidence de la plupart des cancers par cause étaient plus bas dans les régions rurales que dans les régions urbaines. Le seul siège de cancer pour lequel nous avons observé des taux croissants dans le cadre de notre analyse entre les régions urbaines et rurales était le cancer des lèvres chez l'homme. Le taux d'incidence chez les hommes était de 1,5 à 4 fois plus élevé dans les régions rurales que dans les RMR/AR, alors que les taux de cancer des lèvres chez les femmes ne comportaient pas de différences notables entre les régions urbaines et rurales. Contrairement à d'autres sièges de cancer, le taux d'incidence selon l'âge a révélé que même les hommes de 20 à 44 ans couraient plus de risques d'avoir un cancer des lèvres. Des résultats semblables ont été notés ailleurs, notamment en Australie[130], en Scandinavie, en Europe du Sud et dans certaines régions de l'Amérique du Nord[131, 132]. Il est également important de noter que le cancer des lèvres est associé à un taux de mortalité peu élevé en raison du faible taux de croissance du cancer des lèvres, de la rareté des métastases au nœud lymphatique et de l'accessibilité au siège pour une excision totale[130].

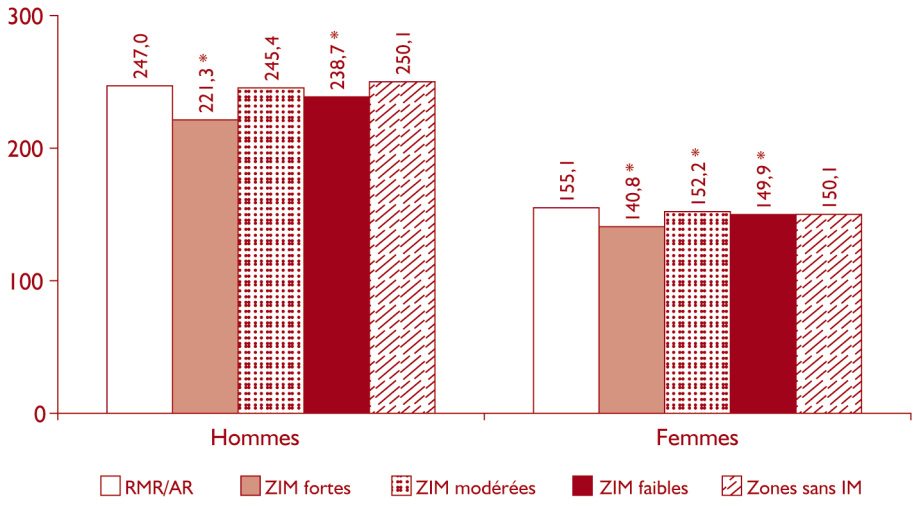
On a associé l'effet indépendant du tabagisme à des taux plus élevés de cancer des lèvres, et les écarts entre les régions urbaines et rurales pouvaient s'expliquer en partie par les taux de tabagisme plus élevés dans les régions rurales. Cependant, l'exposition aux rayons ultraviolets A demeure le principal facteur étiologique associé au cancer des lèvres. Il n'a pas été possible de tenir compte de l'origine ethnique, mais d'autres études ont révélé des taux plus élevés de cancer des lèvres chez les populations au teint clair dont la pigmentation cutanée n'offre aucune protection contre l'action cancérogène des rayons solaires[133]. On a noté que le cancer des lèvres est beaucoup plus fréquent chez les hommes qui occupent un emploi en plein air, dans le domaine agricole par exemple. Cette constatation a été à l'origine de plusieurs études traitant de cette sous-population unique en son genre[134-136]. Dans une méta-analyse sur le cancer chez les fermiers, le cancer des lèvres était le seul type de cancer vraiment évident chez ce groupe de travailleurs[136]. Les écarts notés entre les résidents des régions urbaines et ceux des régions rurales sur le plan de l'exposition au soleil et de la protection contre le soleil pourraient également contribuer aux écarts entre les régions géographiques. Cependant, il n'a pas été possible d'examiner ce facteur de risque particulier puisqu'on ne disposait d'aucune donnée sur l'exposition au soleil et la protection contre le soleil. Très peu d'études se sont penchées sur l'utilisation de la crème solaire et d'autres types de protection contre le soleil dans les populations rurales. Une étude australienne a révélé que les gens se protégeaient autant contre le soleil dans les régions rurales que dans les villes, mais elle n'a pas analysé les habitudes de protection solaire en fonction du métier[46].

## Mortalité attribuable au cancer

Dans l'ensemble, les taux de mortalité attribuables au cancer étaient légèrement plus bas dans les régions rurales que dans les régions urbaines. En outre, ils étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes (figure 24). Chez les hommes de tous les groupes d'âge, les taux étaient généralement plus bas dans les régions rurales que dans les régions urbaines mais, la plupart du temps, les écarts n'étaient pas statistiquement significatifs (figures 25 et 26). Chez les femmes, on a noté une exception à la tendance générale, soit les 20 à 44 ans vivant dans les ZIM modérées et les zones sans IM, dont les taux étaient beaucoup plus élevés que dans les régions rurales (figure 25). Les risques de mortalité chez ces femmes étaient 1,12 et 1,22 fois plus élevés respectivement que chez les femmes qui vivent dans les régions urbaines (tableau 14). Il n'y avait aucune tendance notable entre les régions urbaines et rurales en ce qui a trait aux taux de mortalité attribuables au cancer pour les groupes d'âge de 0 à 4 ans et de 5 à 19 ans (annexe C, tableau C-3).

Figure 24

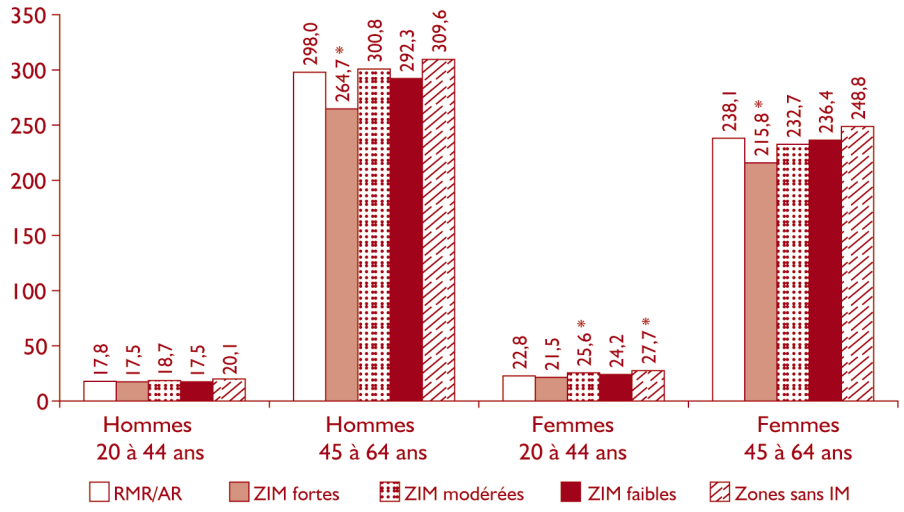
Taux normalisés selon l'âge de mortalité par tous les cancers (par 100 000 habitants), hommes et femmes (tous les âges), selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 25

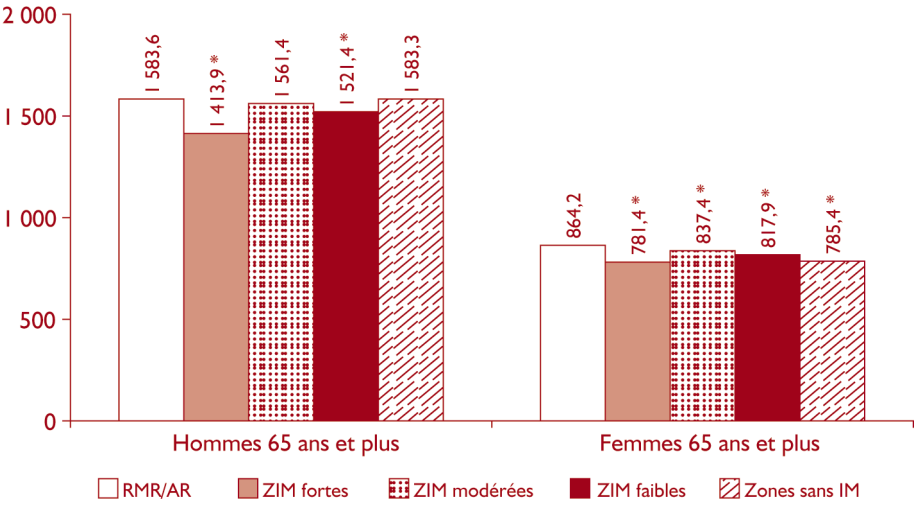
**Taux normalisés selon l'âge de mortalité par tous les cancers (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 26

**Taux normalisés selon l'âge de mortalité par tous les cancers (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 14

Ratios normalisés de mortalité par tous les cancers, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | 0,98 (0,90-1,06) | 1,05 (0,99-1,12) | 0,98 (0,91-1,05) | 1,14 (0,96-1,35) |
| 45 à 64 ans | 0,89 (0,86-0,91)* | 1,01 (0,99-1,03) | 0,98 (0,95-1,00) | 1,04 (0,98-1,10) |
| 65 ans et plus | 0,88 (0,87-0,90)* | 0,98 (0,97-1,00)* | 0,96 (0,95-0,97)* | 1,00 (0,97-1,03) |
| Total | 0,89 (0,88-0,91)* | 0,99 (0,98-1,00) | 0,97 (0,98-1,00) | 1,01 (0,98-1,04) |
| **Groupe d'âge** | **Femmes** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | 0,94 (0,87-1,01) | 1,12 (1,06-1,18)* | 1,06 (1,00-1,13) | 1,22 (1,04-1,41)* |
| 45 à 64 ans | 0,91 (0,88-0,93)* | 0,98 (0,95-1,00) | 0,99 (0,97-1,01) | 1,04 (0,97-1,11) |
| 65 ans et plus | 0,90 (0,88-0,93)* | 0,97 (0,96-0,99)* | 0,95 (0,93-0,96)* | 0,91 (0,87-0,95)* |
| Total | 0,91 (0,89-0,92)* | 0,98 (0,97-0,99)* | 0,96 (0,95-0,98)* | 0,96 (0,92-0,99)* |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 0,88 (0,62-1,21) | 0,97 (0,74-1,25) | 0,87 (0,65-1,13) | 1,21 (0,68-2,00) |
| 5 à 19 ans | 1,21 (1,03-1,41)* | 1,08 (0,94-1,23) | 0,97 (0,84-1,11) | 0,77 (0,77-1,11) |
| 20 à 44 ans | 0,95 (0,90-1,01) | 1,08 (1,04-1,13)* | 1,02 (0,97-1,07) | 1,17 (1,05-1,31)* |
| 45 à 64 ans | 0,90 (0,88-0,92)* | 1,00 (0,98-1,01) | 1,00 (0,97-1,01) | 1,05 (1,00-1,09) |
| 65 ans et plus | 0,93 (0,91-0,94)* | 1,01 (1,00-1,02) | 0,99 (0,98-0,99)* | 1,02 (0,99-1,04) |
| Total | 0,92 (0,91-0,94)* | 1,01 (1,00-1,02) | 0,99 (0,98-1,00) | 1,03 (1,01-1,05)* |

Remarques :
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Cancer du poumon

### Taux d'incidence

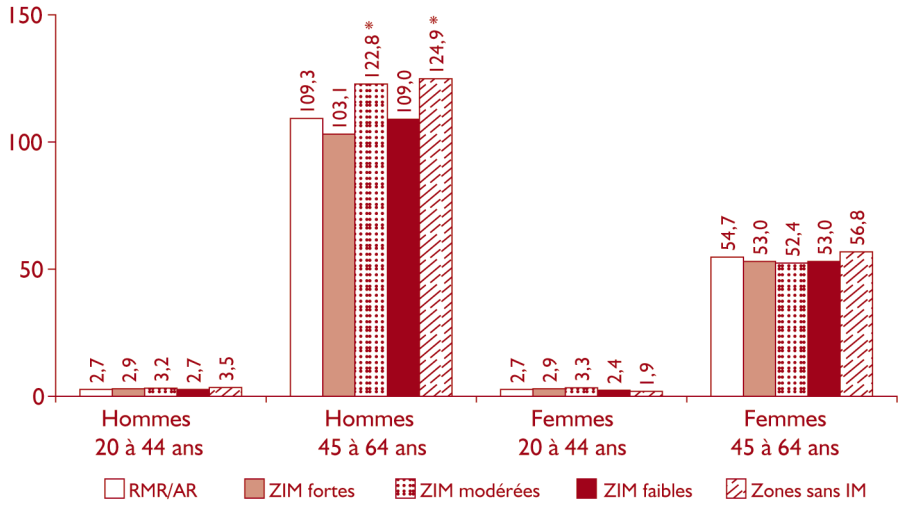
Les taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes étaient plus bas ou ne comportaient aucun écart significatif par rapport aux régions urbaines (tableau 12). Les taux d'incidence chez les hommes qui vivent dans les ZIM fortes et faibles étaient plus bas que ceux qui vivent dans les régions urbaines (RMR/AR : 90,4 par 100 000 habitants; ZIM fortes : 79,9 par 100 000 habitants; ZIM faibles : 85,5 par 100 000 habitants). Les taux d'incidence du cancer du poumon étaient plus bas chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines (tableau 13), les femmes vivant dans les ZIM fortes ayant le taux d'incidence le plus bas (ZIM fortes : 32,2 par 100 000 habitants).

### Taux de mortalité

Les taux de mortalité par cancer du poumon étaient jusqu'à quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les taux de mortalité par cancer du poumon étaient semblables dans les régions urbaines et rurales pour la plupart des groupes d'âge et les deux sexes, à quelques exceptions près (figures 27 et 28). Les taux de mortalité chez les hommes de 45 à 64 ans vivant dans les ZIM modérées et les zones sans IM étaient beaucoup plus élevés que les hommes du même âge vivant dans les régions urbaines (figure 27). Les taux de mortalité étaient statistiquement plus bas chez les femmes de 65 ans et plus ainsi que chez les hommes vivant dans les ZIM fortes et faibles. Lorsqu'on examine les ratios de mortalité normalisés, les hommes de 45 à 64 ans vivant dans les ZIM modérées et les zones sans IM ont enregistré des risques qui étaient respectivement 1,12 et 1,15 fois plus élevés que les hommes qui habitent des régions urbaines (tableau 15).

Figure 27

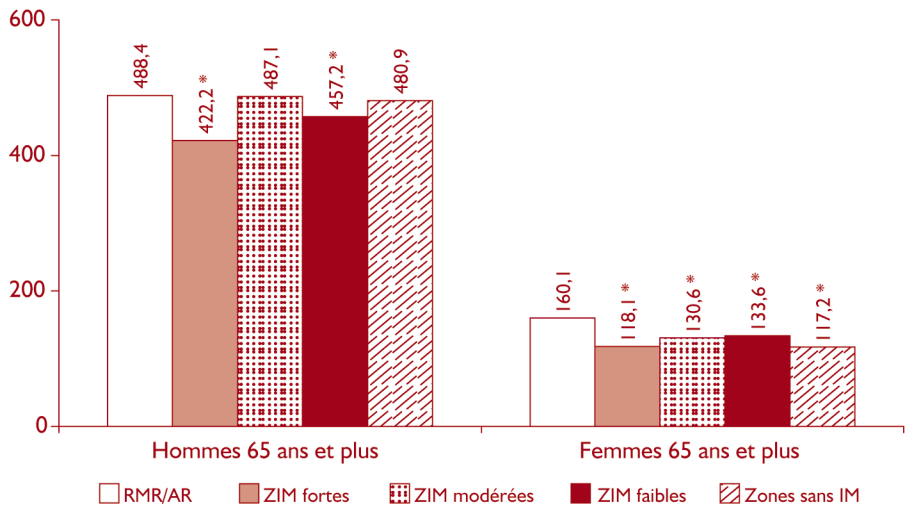
Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer du poumon (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 28

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer du poumon (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 15

Ratios normalisés de mortalité par cancer du poumon, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 20 à 44 ans | 1,06 (0,86-1,29) | 1,17 (1,00-1,37) | 1,02 (0,85-1,21) | 1,31 (0,84-1,95) |
| 45 à 64 ans | 0,94 (0,90-0,99)* | 1,12 (1,08-1,16) | 1,00 (0,96-1,04) | 1,15 (1,04-1,26)* |
| 65 ans et plus | 0,87 (0,84-0,90)* | 1,00 (0,98-1,02) | 0,94 (0,91-0,96)* | 0,98 (0,93-1,05) |
| Total | 0,89 (0,87-0,92)* | 1,04 (1,02-1,05)* | 0,96 (0,94-0,98)* | 1,03 (0,98-1,08) |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau 15 (suite)

| Groupe d'âge | Femmes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 20 à 44 ans | 1,05 (0,85-1,29) | 1,20 (1,02-1,41) | 0,89 (0,72-1,07) | 0,73 (0,38-1,27) |
| 45 à 64 ans | 0,97 (0,90-1,03) | 0,96 (0,91-1,01) | 0,97 (0,91-1,03) | 1,04 (0,89-1,19) |
| 65 ans et plus | 0,74 (0,69-0,75)* | 0,81 (0,78-0,85)* | 0,83 (0,80-0,87)* | 0,72 (0,64-0,82)* |
| Total | 0,83 (0,80-0,87)* | 0,87 (0,84-0,90)* | 0,88 (0,85-0,91)* | 0,82 (0,75-0,90)* |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 20 à 44 ans | 1,06 (0,91-1,22) | 1,19 (1,06-1,33)* | 0,95 (0,83-1,09) | 1,03 (0,72-1,43) |
| 45 à 64 ans | 0,97 (0,93-1,01) | 1,08 (1,05-1,11)* | 1,00 (0,97-1,03) | 1,14 (1,05-1,23)* |
| 65 ans et plus | 0,89 (0,87-0,92)* | 1,00 (0,98-1,02) | 0,96 (0,94-0,99)* | 1,00 (0,94-1,05) |
| Total | 0,92 (0,90-0,94)* | 1,03 (1,01-1,04)* | 0,98 (0,96-0,99)* | 1,04 (0,99-1,08) |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer au Canada; il est à l'origine de 26 % des décès par cancer chez les femmes et de 30 % chez les hommes[137]. Le plus important facteur de risque pour le cancer du poumon est de loin l'usage du tabac : on estime que 90 % de tous les cancers du poumon sont associés au tabagisme, qu'il s'agisse du tabagisme actif ou de l'exposition à la fumée secondaire[138]. Parmi les autres facteurs de risque associés au cancer du poumon, une fois les effets de l'usage du tabac pris en considération, mentionnons le statut socioéconomique[139], l'exposition professionnelle, la pollution de l'air[140, 141], les antécédents familiaux, les facteurs liés à l'alimentation[142] et le manque d'activité physique[143].

Bien qu'on n'ait remarqué aucun écart évident entre les régions urbaines et rurales pour la mortalité par cancer du poumon, les taux les plus élevés enregistrés dans les ZIM modérées et les zones sans IM chez les hommes de 45 à 64 ans étaient statistiquement significatifs. L'incidence du cancer du poumon était aussi beaucoup plus élevée chez les hommes de ce groupe d'âge vivant dans les régions mentionnées ci-dessus.

Les hommes ont toujours fumé davantage que les femmes, mais malgré le fait que les taux de tabagisme chez les hommes ont diminué depuis plusieurs décennies, ils ne font que commencer à baisser chez les femmes[144, 145]. Cette baisse des taux de tabagisme chez les femmes ne touche toutefois pas l'ensemble des groupes d'âge : les adolescentes fumaient plus que les adolescents en 2003, et on a noté la même tendance chez les adolescentes des régions rurales et du nord[89, 146]. Même si les taux de tabagisme baissent chez la population en général, notre analyse de l'ESCC de 2000-2001 a démontré que les taux de tabagisme normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les hommes et les femmes des régions rurales.

La période de latence pour le cancer du poumon est longue; une étude a révélé qu'elle pouvait s'étendre sur 30 ans selon des données écologiques[147]. Ainsi, on note peu de changements au niveau national pour ce qui est des coefficients de survie de cinq ans[148]. On a remarqué que certaines populations du Canada avaient des taux de tabagisme plus élevés que la population globale[144]. Si les taux de tabagisme enregistrés dans ces sous-populations ne changent pas de façon radicale dans un avenir prochain, on peut assumer que les écarts entre les régions urbaines et rurales seront plus marqués.

Dernièrement, la fumée de tabac ambiante et le droit des non-fumeurs à un environnement sans fumée sont devenus des enjeux importants en matière de santé publique et de politique. Afin d'améliorer la qualité de l'air pour les non-fumeurs, cinq provinces et territoires et au moins 75 municipalités ont adopté des lois et des règlements prônant un environnement sans fumée à compter de 2005[149]. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, nous ignorons si ces interventions sont appliquées à la lettre dans les régions rurales et nous devons évaluer leur efficacité dans le milieu rural.

## Cancer colorectal

### Taux d'incidence

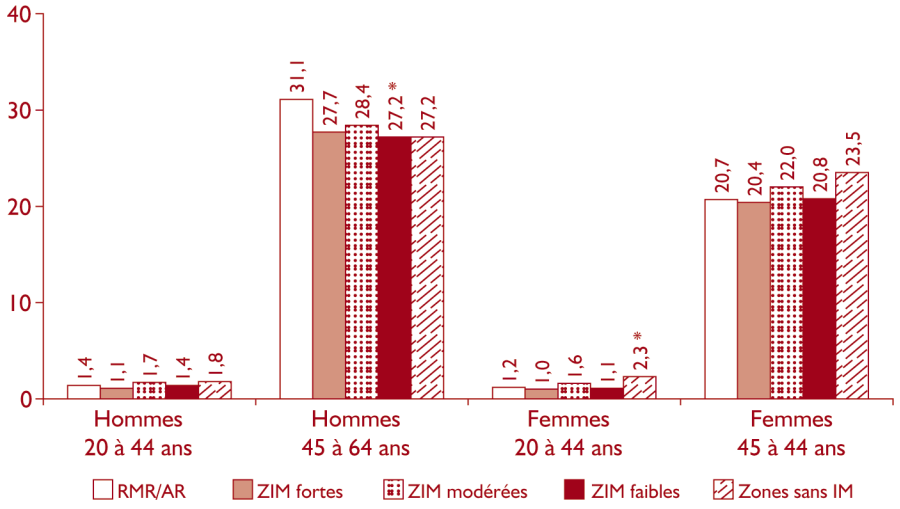
Les taux d'incidence du cancer colorectal chez les hommes vivant dans les ZIM fortes, modérées et faibles étaient inférieurs à ceux des régions urbaines (RMR/AR : 62,2 par 100 000 habitants; ZIM fortes : 57,6 par 100 000 habitants; ZIM modérées : 60,0 par 100 000 habitants; ZIM faibles : 56,5 par 100 000 habitants) (tableau 12). Les femmes affichaient des taux d'incidence généralement plus bas que les hommes (tableau 13). Les taux d'incidence pour les femmes vivant dans les régions rurales étaient habituellement semblables à ceux des femmes qui habitent dans les régions urbaines.

### Taux de mortalité

Il ne semblait y avoir aucun écart notable entre les régions rurales et urbaines pour ce qui est des taux de mortalité par cancer colorectal chez les deux sexes (figures 29 et 30). Les exceptions notées chez les hommes sont les taux de mortalité plus bas chez les résidents des ZIM faibles de 45 à 64 ans et chez les 65 ans et plus qui vivent dans les ZIM fortes, modérées et faibles par rapport aux hommes des régions urbaines. Les exceptions observées chez les femmes sont les taux de mortalité plus élevés parmi les 20 à 44 ans vivant dans les zones sans IM et les taux plus faibles parmi les 65 ans et plus habitant dans les ZIM faibles. Lorsqu'on examine les rations de mortalité normalisés, les risques enregistrés dans les régions rurales sont généralement beaucoup plus faibles que dans les régions urbaines, sinon semblables à ceux-ci (tableau 16).

Figure 29

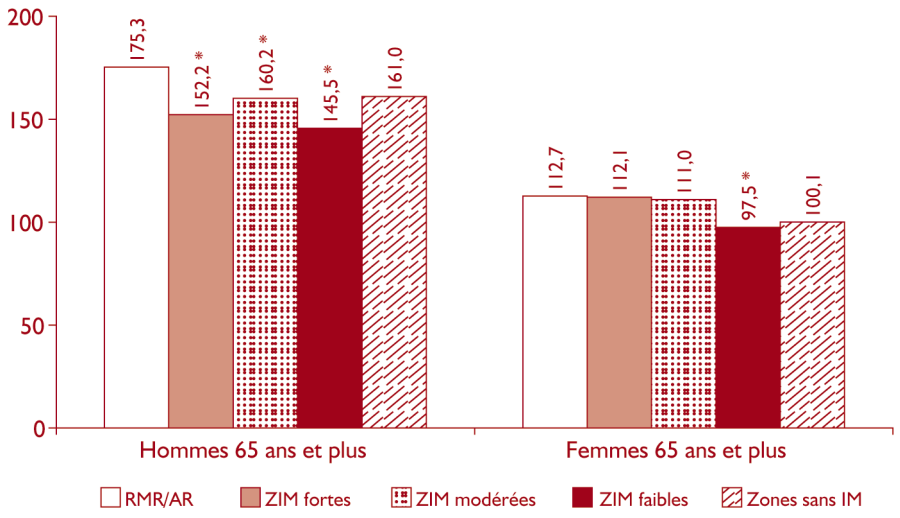
Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer colorectal (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 30

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer colorectal (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 16

Ratios normalisés de mortalité par cancer colorectal, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 20 à 44 ans | 0,83 (0,59-1,13) | 1,27 (1,02-1,57) | 1,01 (0,78-1,30) | 1,28 (0,66-2,23) |
| 45 à 64 ans | 0,89 (0,82-0,98)* | 0,91 (0,85-0,98) | 0,87 (0,81-0,95)* | 0,87 (0,71-1,07) |
| 65 ans et plus | 0,86 (0,82-0,91)* | 0,91 (0,87-0,95)* | 0,83 (0,79-0,87)* | 0,92 (0,83-1,03) |
| Total | 0,87 (0,83-0,91)* | 0,92 (0,89-0,95)* | 0,84 (0,81-0,88)* | 0,92 (0,84-1,01) |
| **Groupe d'âge** | **Femmes** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 20 à 44 ans | 0,83 (0,58-1,17) | 1,28 (1,01-1,61)* | 0,88 (0,64-1,17) | 1,87 (1,02-3,13)* |
| 45 à 64 ans | 0,99 (0,88-1,10) | 1,06 (0,97-1,15) | 1,00 (0,91-1,10) | 1,12 (0,89-1,40) |
| 65 ans et plus | 1,00 (0,94-1,06) | 0,99 (0,95-1,03) | 0,86 (0,82-0,91)* | 0,87 (0,78-1,00) |
| Total | 0,99 (0,94-1,04) | 1,01 (0,97-1,04) | 0,89 (0,85-0,93)* | 0,95 (0,85-1,06) |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau 16 (suite)

| Groupe d'âge | Tous | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 20 à 44 ans | 0,83 (0,65-1,05) | 1,28 (1,09-1,49)* | 0,95 (0,78-1,15) | 1,55 (1,01-2,27)* |
| 45 à 64 ans | 0,94 (0,88-1,01) | 0,98 (0,93-1,03) | 0,93 (0,88-0,99)* | 0,98 (0,84-1,14) |
| 65 ans et plus | 0,95 (0,91-0,99)* | 0,97 (0,94-0,99)* | 0,87 (0,84-0,89)* | 0,94 (0,87-1,02) |
| Total | 0,94 (0,91-0,98)* | 0,97 (0,95-1,00) | 0,88 (0,86-0,91)* | 0,96 (0,89-1,03) |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Il n'y avait aucun écart notable dans les taux d'incidence ou de mortalité liés au cancer colorectal entre les régions rurales et urbaines. Au Canada, le cancer colorectal est la deuxième principale cause de décès par cancer chez les hommes et la troisième principale cause de décès par cancer chez les femmes[137]. Il s'agit du troisième type de cancer le plus diagnostiqué chez les hommes et les femmes au Canada[89, 137]. Bien que l'on ait observé une hausse des ratios de survie de cinq ans normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal chez les deux sexes de tous les groupes d'âge à l'échelle nationale[148], il faut s'attendre à ce que les nombres absolus des taux d'incidence et de mortalité liés au cancer colorectal augmentent au fur et à mesure que la population vieillit. Certains facteurs de risque que l'on a associés avec cette maladie incluent l'âge, l'alimentation ainsi que les antécédents médicaux personnels et familiaux[150]. Cependant, les causes exactes du cancer colorectal ne sont pas connues; la plupart des gens qui en sont atteints ne présentent aucun symptôme, aucun antécédent personnel de cancer colorectal, aucun polype adénomateux, aucun antécédent familial de néoplasie colorectale, aucune maladie intestinale inflammatoire et aucune anémie inexpliquée[150].

Étant donné que le cancer colorectal est l'un des nombreux cancers qui évoluent lentement et qui touchent une proportion assez élevée de la population canadienne, on a beaucoup étudié la possibilité de mettre en place un programme de dépistage axé sur la population du Canada. Compte tenu du fait qu'il peut s'écouler jusqu'à 10 ans avant qu'un polype se transforme en carcinome[151], ce délai permettrait aux programmes de dépistage de détecter très tôt le cancer colorectal et de le traiter. Les résultats obtenus lors d'essais aléatoires ont démontré que le dépistage peut réduire l'incidence du cancer colorectal et éviter les décès y étant liés. Selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, « Il y a de bonnes indications en faveur de l'inclusion de la recherche de sang occulte dans les selles à chaque année ou aux deux ans et des indications raisonnables en faveur de l'inclusion de la sigmoïdoscopie flexible dans l'examen médical périodique des personnes asymptomatiques de plus de 50 ans »[152]. Pour les personnes dont le risque est supérieur à la moyenne, « il y a des indications raisonnables

en faveur de l'inclusion du dépistage génétique ou de la sigmoïdoscopie flexible dans l'examen médical périodique des personnes dont des parents souffrent de polypose adénomateuse familiale; il y a des indications raisonnables en faveur de l'inclusion de la colonoscopie dans l'examen médical périodique des patients dont des parents souffrent de cancer colique héréditaire sans polypose »[152]. Cependant, il a été démontré que les résidents des régions rurales sont moins susceptibles de recevoir des services de santé préventifs[153]. D'autres études ont révélé que le dépistage du cancer colorectal peut être rentable, bien que cette modélisation était fondée sur un taux de conformité au dépistage de 67 %[154]; ces résultats sont beaucoup plus élevés que le taux de conformité d'environ 40 % noté dans d'autres études. Nous ignorons toutefois si ces lignes directrices s'appliquent en milieu rural.

On note deux types d'obstacles au dépistage du cancer colorectal : les obstacles liés aux patients, notamment le faible taux d'adoption et de conformité au test de dépistage que certaines personnes peuvent trouver gênant ou déplaisant; et les obstacles liés aux médecins, dont la routine du médecin et les discussions insuffisantes sur le dépistage du cancer colorectal avec les patients[155, 156]. Bien qu'il existe des lignes directrices favorisant le dépistage du cancer colorectal, des études démontrent qu'environ 40 % des médecins ne recommandent pas systématiquement le dépistage du cancer colorectal à leurs patients[155-158]. Pour le moment, ce ne sont ni l'accessibilité ni la disponibilité des services qui semblent inciter les gens à avoir recours au dépistage du cancer colorectal[155, 159], mais les populations rurales pourraient y avoir de plus en plus accès si la colonoscopie était plus répandue et que les taux de conformité au dépistage du cancer colorectal s'amélioraient[155].

## Cancer du sein

La présente section porte sur l'incidence du cancer du sein, les taux de mortalité selon l'âge et l'auto-évaluation du recours aux services de mammographie.

### Taux d'incidence

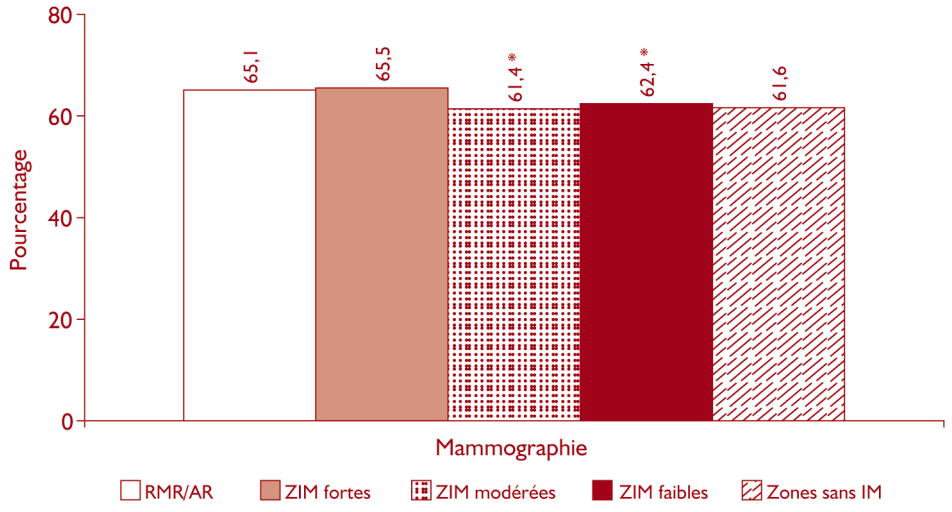
Les taux d'incidence du cancer du sein étaient beaucoup plus bas dans les régions rurales que dans les régions urbaines (tableau 13). Les femmes qui vivent dans les ZIM fortes ont enregistré les taux d'incidence les plus bas (ZIM fortes : 86,3 par 100 000 habitants).

### Dépistage

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, on a demandé aux femmes de 50 à 69 ans si elles avaient subi une mammographie au cours des deux années précédentes. Les femmes vivant dans les ZIM modérées (61,4 %) et dans les ZIM faibles (62,4 %) étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir subi une mammographie que les femmes des régions urbaines (figure 31).

Figure 31

Proportion normalisée selon l'âge des mammographies subies par les femmes de 50 à 69 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 2000-2001



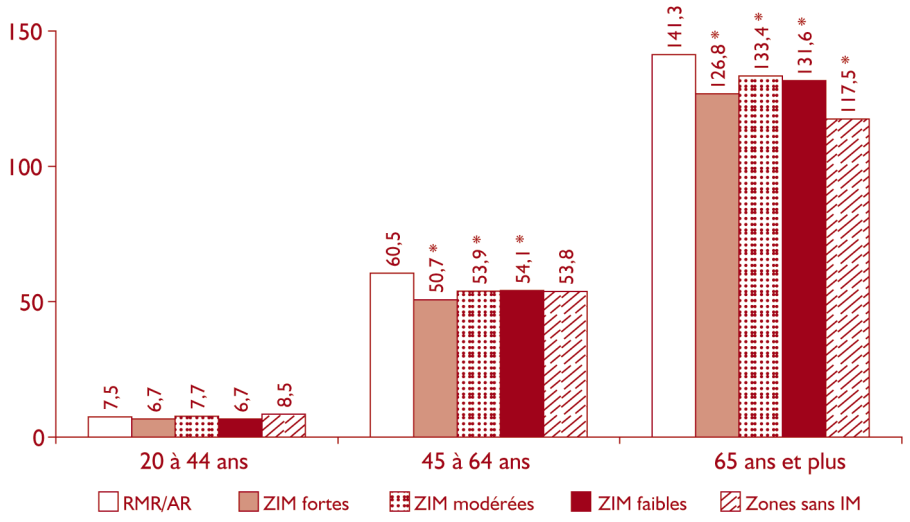

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

**Taux de mortalité**

Les femmes des régions rurales ont enregistré des taux de mortalité par cancer du sein beaucoup plus bas chez les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus, par rapport aux femmes des régions urbaines des mêmes groupes d'âge (figure 32). On n'a noté aucun écart statistique dans les taux de mortalité par cancer du sein chez les 20 à 44 ans. Bien que les écarts ne soient pas toujours statistiquement significatifs, les ratios de mortalité normalisés étaient plus bas dans toutes les régions rurales, et on a noté la même tendance pour tous les groupes d'âge (tableau 17).

Figure 32

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer du sein (par 100 000 habitants), femmes de 20 à 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 17

Ratios normalisés de mortalité par cancer du sein selon l'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Femmes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 20 à 44 ans | 0,89 (0,78-1,02) | 1,02 (0,92-1,14) | 0,90 (0,80-1,01) | 1,14 (0,85-1,49) |
| 45 à 64 ans | 0,84 (0,78-0,90)* | 0,89 (0,84-0,94)* | 0,89 (0,84-0,95)* | 0,89 (0,76-1,03) |
| 65 ans et plus | 0,90 (0,85-0,95)* | 0,95 (0,91-0,98)* | 0,93 (0,89-0,97)* | 0,83 (0,74-0,93)* |
| Total | 0,49 (0,25-0,88)* | 0,92 (0,65-1,26) | 0,95 (0,65-1,34) | 0,54 (0,11-1,53) |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Le cancer du sein est la deuxième principale cause de décès par cancer, et le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes[137]. Les facteurs de risque incluent l'âge, le pays de naissance, les facteurs hormonaux (varient en fonction de l'âge à l'apparition des premières règles, de l'âge à la ménopause, de l'âge à la première grossesse à terme et de la nulliparité), l'utilisation à long terme d'un traitement hormonal substitutif, l'obésité, les radiations, les risques liés à la famille et à l'hérédité, l'alimentation, la consommation d'alcool, l'activité physique et l'usage du tabac[160-164].

Notre étude a démontré que les taux de mortalité par cancer du sein, ainsi que le taux d'incidence, étaient plus bas chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines. Bien que les taux d'obésité et de tabagisme soient plus élevés dans les régions rurales et que les gens s'adonnent moins aux activités physiques et s'alimentent moins bien, d'où la tendance à y noter un risque plus élevé de cancer du sein, d'autres facteurs associés au cancer du sein pourraient avoir pour effet de protéger les populations rurales. Par exemple, dans les régions rurales, les taux de grossesse chez les adolescentes sont plus élevés et les femmes qui accouchent pour la première fois sont plus jeunes; ces facteurs sont habituellement associés à un faible risque de cancer du sein[164]. Les données sur l'âge à l'apparition des premières règles et à la ménopause ne sont pas recueillies sur une base régulière au Canada. Bien que ces facteurs de risque entraînent relativement moins de cas de cancer par rapport aux risques associés à l'âge et au tabagisme, les populations rurales seraient un peu plus à l'abri du cancer du sein.

On doit également tenir compte du fait que les faibles taux de mortalité et d'incidence liés au cancer du sein dans les régions rurales sont associés à l'accès au dépistage et aux traitements. Plusieurs études ont révélé que les taux de mammographie étaient plus faibles dans les régions rurales que dans les régions urbaines[165], et ces résultats sont appuyés par notre analyse du recours à la mammographie.

Le document intitulé *Stratégie nationale et plan d'action : Femmes et hommes des régions rurales, isolées et nordiques atteints du cancer du sein*, publié par le Réseau canadien du cancer du sein, a révélé que les femmes vivant dans les régions rurales, éloignées et du nord étaient moins susceptibles de subir des mammographies de dépistage, étaient diagnostiquées à un stade plus avancé de la maladie, avaient un moins bon taux de survie de cinq ans que les femmes des régions urbaines, subissaient des chirurgies plus agressives et avaient un moins grand choix de traitements parce qu'elles devaient se déplacer pour leur radiothérapie[166]. Une étude qualitative a démontré que le lourd fardeau financier, l'isolement social, l'accès difficile à de l'information et à des services de santé de qualité supérieure et les nombreux déplacements que doivent faire les femmes des régions rurales atteintes du cancer du sein pour subir des traitements sont les principaux obstacles au dépistage et au traitement du cancer du sein[166, 167].

Selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, « Il y a des données probantes en faveur du dépistage des femmes de 50 à 69 ans par examen clinique des seins et mammographie. Les meilleures données disponibles prônent le dépistage aux 1 à 2 ans. »[168]. Cependant, les données actuelles n'appuient pas la recommandation que la mammographie de dépistage soit incluse ou exclue de l'examen médical périodique des femmes de 40 à 49 ans à risque moyen de cancer du sein[169]. Il est difficile d'affirmer si les médecins des régions rurales sont moins enclins à respecter ces lignes directrices, mais cette question, de même que les obstacles identifiés, nécessitent une analyse plus poussée.

## Cancer du col de l'utérus

### Taux d'incidence

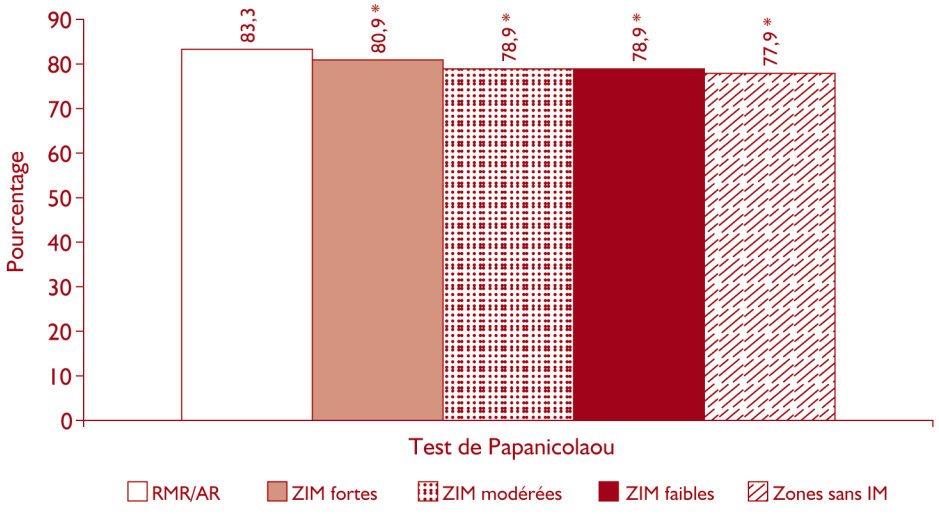
Les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus étaient beaucoup plus élevés dans les deux catégories de ZIM les plus rurales (faibles et zones sans IM) que dans les zones urbaines (tableau 13). Les taux d'incidence de ces deux catégories étaient de 11,3 et 13,1 pour 100 000 habitants respectivement, contre 9,6 pour 100 000 habitants dans les RMR/AR. Les ZIM fortes ont enregistré un taux d'incidence très bas par rapport aux RMR/AR et aux autres catégories de ZIM rurales.

### Dépistage

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, on a demandé aux femmes de 18 à 69 ans si elles avaient subi un test de Pap au cours des trois années précédentes. Les femmes des régions rurales ayant répondu oui à cette question (RMR/AR : 83,3 %; zones sans IM : 77,9 %) étaient beaucoup moins nombreuses que les femmes des régions urbaines (figure 33).

Figure 33

Proportion normalisée selon l'âge de tests de Pap effectués chez les femmes de 18 à 69 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 2000-2001



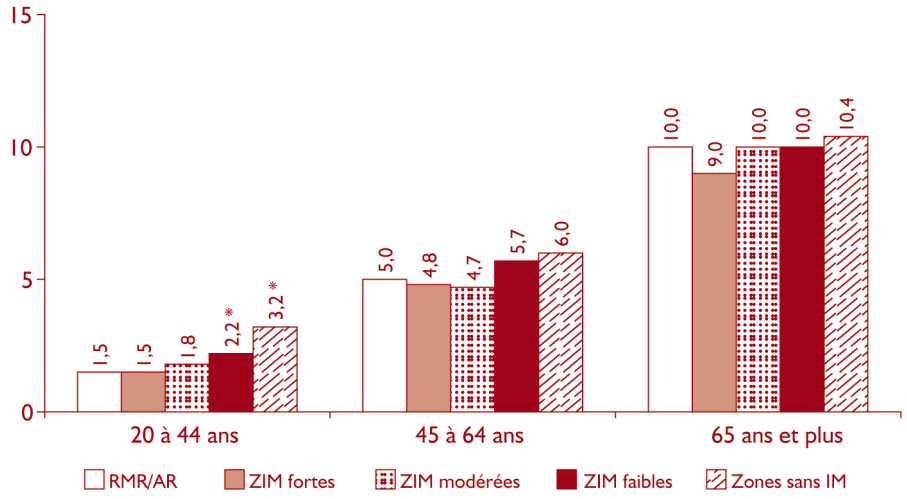

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

### Taux de mortalité

À l'instar des taux d'incidence, les femmes de 20 à 44 ans vivant dans les ZIM faibles et les zones sans IM ont enregistré des taux beaucoup plus élevés de mortalité par cancer du col de l'utérus que les Canadiennes du même groupe d'âge vivant en milieu urbain (figure 34). On n'a noté aucun écart statistique dans les taux de mortalité par cancer du col de l'utérus entre les femmes des autres catégories de ZIM et celles qui vivent en milieu urbain, ou chez les femmes de 45 ans et plus. Les femmes de 20 à 44 ans vivant dans les ZIM faibles et les zones sans IM ont enregistré des risques 1,50 et 2,16 fois plus élevés que les femmes des régions urbaines du même âge (tableau 18).

Figure 34

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer du col de l'utérus (par 100 000 habitants), femmes de 20 à 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 18

Ratios normalisés de mortalité par cancer du col de l'utérus, selon l'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Femmes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 20 à 44 ans | 0,98 (0,72-1,31) | 1,18 (0,94-1,46) | 1,50 (1,21-1,83)* | 2,16 (1,32-3,33)* |
| 45 à 64 ans | 0,95 (0,75-1,19) | 0,93 (0,77-1,11) | 1,14 (0,95-1,36) | 1,17 (0,71-1,83) |
| 65 ans et plus | 0,90 (0,72-1,11) | 1,00 (0,87-1,15) | 0,99 (0,84-1,16) | 1,02 (0,67-1,51) |
| Total | 0,93 (0,81-1,07) | 1,01 (0,91-1,11) | 1,14 (1,02-1,26)* | 1,28 (0,99-1,64) |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Les taux de mortalité par cancer du col de l'utérus étaient très élevés chez les femmes des régions rurales vivant dans les ZIM faibles et les zones sans IM, plus particulièrement chez les femmes de 20 à 44 ans. Dans le même ordre d'idées, l'incidence du cancer du col de l'utérus était beaucoup plus élevée chez les femmes (tous les âges) et chez les 20 à 44 ans vivant dans les ZIM faibles et les zones sans IM (données non présentées). Les résultats de notre analyse de l'ESCC démontrent que très peu de femmes des régions rurales avaient subi un test de Pap au cours des trois années précédentes. Il est possible que le taux de mortalité par cancer du col de l'utérus soit plus élevé dans les régions rurales et éloignées si les femmes sont diagnostiquées plus tard parce qu'elles n'ont pas autant accès aux tests de Pap.

Le cancer du col de l'utérus est relativement rare au Canada; en 2004, il représentait 1,9 % des nouveaux cas et 1,3 % des décès par cancer chez les femmes[137]. On a identifié plusieurs facteurs de risque associés au cancer du col de l'utérus, notamment le papillomavirus, l'usage du tabac et un nombre élevé de naissances vivantes[170]. Au cours des dernières décennies, on a noté une baisse des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour le cancer du col de l'utérus au Canada; cette baisse peut être attribuable aux programmes plus nombreux de dépistage par le test de Pap et à la baisse des taux de fécondité[170]. Le cancer du col de l'utérus est l'un des nombreux cancers qui, grâce aux tests de dépistage de grande sensibilité, peuvent être détectés très tôt et traités efficacement. On peut donc affirmer que tous les décès par cancer du col de l'utérus pourraient être évités grâce à un programme régulier de dépistage, puisque le taux de survie de cinq ans avec détection précoce dépasse les 90 %, alors qu'il n'est que de 10 % si le cancer du col de l'utérus est détecté lorsque les symptômes deviennent apparents[171]. Au cours des dernières années, on a noté une réapparition progressive du cancer du col de l'utérus. Cette plus grande incidence peut être attribuable à un meilleur dépistage grâce à de nouvelles techniques de diagnostic[170], au nombre plus élevé d'adénocarcinomes et de carcinomes adénosquameux, des formes de cancer du col de l'utérus qui ne peuvent être détectés par le test de Pap[170] et à la prévalence accrue du papillomavirus[172].

Le test de Pap est le seul test de dépistage du cancer du col de l'utérus pouvant être administré à toutes les femmes[171]. Des données épidémiologiques ont démontré que le dépistage du cancer du col de l'utérus sur une base régulière au moyen de tests de Pap a entraîné une baisse du taux de mortalité chez les femmes sexuellement actives ou âgées de 18 ans et plus. Selon le Groupe d'étude canadien, « il y a suffisamment de preuves pour inclure le test de Pap dans l'examen médical périodique des femmes sexuellement actives »[171]. Bien que le dépistage par le test de Pap soit devenu monnaie courante, il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander une fréquence optimale de dépistage. Le groupe d'étude canadien recommande le dépistage annuel après le début de l'activité sexuelle ou à l'âge de 18 ans; après deux frottis normaux, il est suggéré de faire un dépistage aux trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans[171].

Les éléments suivants peuvent constituer des obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus : l'inconfort ressenti par les patientes qui se font administrer le test de Pap par un homme, le fait de ne pas avoir de médecin de famille, les croyances culturelles et l'attitude à l'égard du test en soi[173]. Parmi les principaux indicateurs de la sous-utilisation du test de dépistage, on retrouve l'âge avancé, le niveau de scolarité moindre, le faible revenu, le fait de ne pas parler l'anglais, l'origine ethnique, le célibat et les comportements précaires liés à la santé préventive[165, 174]. Ces obstacles touchent autant les régions urbaines que rurales, bien qu'ils risquent d'être plus fréquents dans les régions rurales compte tenu de la distance qu'il faut parcourir pour se rendre à une clinique[236].

## Cancer de la prostate

### Taux d'incidence

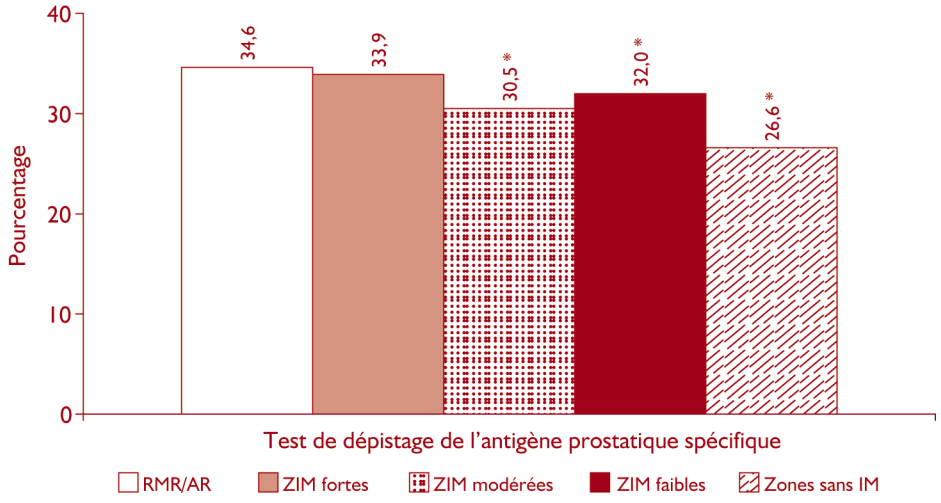
Les taux d'incidence du cancer de la prostate étaient plus bas dans les régions rurales que dans les régions urbaines (tableau 13). Les hommes vivant dans les ZIM fortes ont enregistré le taux d'incidence le plus faible (ZIM fortes : 99,5 par 100 000 habitants).

### Dépistage

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités publiques de 2000-2001, on a demandé aux hommes de 40 ans et plus s'ils avaient passé un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) au cours des deux années précédentes. Les hommes vivant dans les régions les plus rurales (ZIM modérées : 30,5 %; ZIM faibles : 32,0 %; zones sans IM : 26,6 %) étaient moins susceptibles d'avoir passé un test de dépistage de l'APS que les hommes des régions urbaines (figure 35).

Figure 35

Proportion normalisée selon l'âge des tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), hommes de 40 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 2000-2001



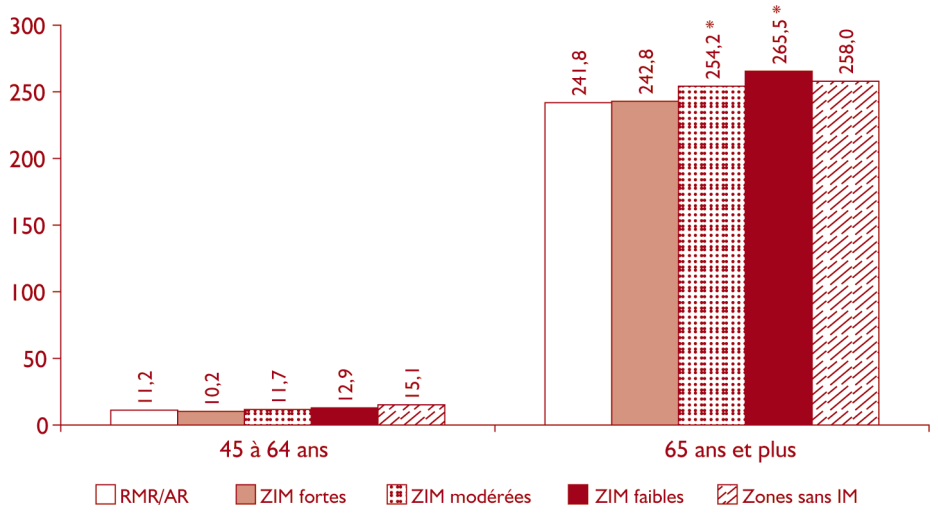

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR; * statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

**Taux de mortalité**

Les hommes de 65 ans et plus vivant dans les ZIM modérées et faibles ont enregistré des taux de mortalité par cancer de la prostate beaucoup plus élevés que les hommes des régions urbaines (figure 36). On n'a noté aucun écart statistique entre les taux de mortalité par cancer de la prostate des hommes vivant dans d'autres catégories de ZIM et ceux des hommes des régions urbaines, ou chez les hommes de 45 à 64 ans. Le risque de mourir du cancer de la prostate chez les hommes de 45 à 64 ans vivant dans les ZIM faibles et les zones sans IM (ratio normalisé de mortalité) était de 16 %, soit 36 % de plus que chez les hommes vivant dans les RMR/AR (tableau 19). Les hommes plus âgés des régions rurales étaient également à risque élevé; les risques enregistrés dans les ZIM modérées et faibles étaient de 5 % et 10 % respectivement.

Figure 36

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par cancer de la prostate (par 100 000 habitants), hommes de 45 à 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986-1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR * Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 19

Ratios normalisés de mortalité par cancer de la prostate, selon l'âge et le lieu de résidence, Canada 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 45 à 64 ans | 0,92 (0,79-1,06) | 1,04 (0,93-1,16) | 1,16 (1,03-1,30) | 1,36 (1,02-1,76)* |
| 65 ans et plus | 0,99 (0,95-1,04) | 1,05 (1,01-1,08)* | 1,10 (1,06-1,13)* | 1,07 (0,98-1,16) |
| Total | 0,98 (0,94-1,03) | 1,05 (1,02-1,08)* | 1,10 (1,07-1,14)* | 1,09 (1,01-1,18)* |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Dans notre étude, le taux de mortalité par cancer de la prostate s'est avéré légèrement plus élevé chez les hommes de 65 ans et plus de la plupart des catégories rurales (à l'exception des ZIM fortes), mais on a seulement obtenu des résultats statistiquement significatifs dans les ZIM modérées et faibles. En revanche, lorsqu'on a examiné le taux d'incidence du cancer de la prostate, on a observé une tendance inverse alors que les taux d'incidence du cancer de la prostate les plus bas ont été enregistrés dans les ZIM fortes, modérées et faibles. Selon des études américaines, l'origine africaine représente un important facteur de risque pour le cancer de la prostate, les Afro-Américains ayant un taux d'incidence plus élevé et un taux de mortalité par cancer de la prostate plus élevé que les Américains blancs du même groupe d'âge[175]. Les taux d'incidence du cancer de la prostate généralement plus bas dans les ZIM fortes, modérées et faibles pourraient être attribuables en partie à la composition ethnique moins diversifiée des régions rurales canadiennes.

Selon des données publiées en 2004 par l'institut national du cancer du Canada, le cancer de la prostate est la troisième cause la plus courante de décès par cancer chez les hommes et le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada[137]. L'apparition, à la fin des années 1980, du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique pour détecter le cancer de la prostate chez les hommes pourrait expliquer ce phénomène en partie[175]. Il s'agit d'un cancer qui a tendance à se développer lentement et les hommes qui en sont atteints n'en meurent pas nécessairement. Les trois principaux facteurs de risque liés au cancer de la prostate sont l'âge, les antécédents familiaux et l'ascendance africaine, bien que des facteurs liés à l'alimentation, l'exposition professionnelle (incluant l'utilisation de pesticides) et des facteurs hormonaux fassent présentement l'objet d'études sur les facteurs de risque potentiels pour le cancer de la prostate[175, 176].

L'utilité du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique reste à prouver[176, 177], mais on espère que les essais aléatoires contrôlés effectués aux États-Unis et en Europe fourniront certaines réponses à savoir si le test de dépistage du cancer de la prostate réduit les risques de décès par ce type de cancer[178, 179]. D'ici là, voici les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : « Il y a peu de preuves à l'appui de l'inclusion du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique à l'examen médical périodique des hommes âgés de plus de 50 ans »[180]. « L'exclusion est recommandée en se basant sur la faible valeur prédictive positive et le risque connu des effets indésirables qui sont associés aux thérapies dont l'efficacité n'est pas confirmée ». Étant donné que le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique n'est pas employé auprès de la population en tant qu'outil de dépistage, de nombreuses associations professionnelles recommandent que les gens prennent une « décision éclairée » à cet effet, soit que les patients et leur médecin discutent en profondeur du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique et de ses effets afin de déterminer s'il leur est profitable[177, 181-183]. Si c'est le cas, la probabilité que l'homme subisse un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique et la façon dont son cancer de la prostate sera géré pourraient dépendre de son lieu de résidence. Les données de l'ESCC indiquent que les hommes vivant dans les régions rurales ont été moins nombreux à subir le test de

dépistage de l'antigène prostatique spécifique que ceux des régions urbaines, et cela pourrait entraîner un taux plus élevé de mortalité par cancer de la prostate dans les régions rurales. D'autres hypothèses envisagées portent sur les écarts dans la gestion et pourraient être associées à l'accès aux urologues[237, 238].

### 4.4.3 Maladies de l'appareil respiratoire

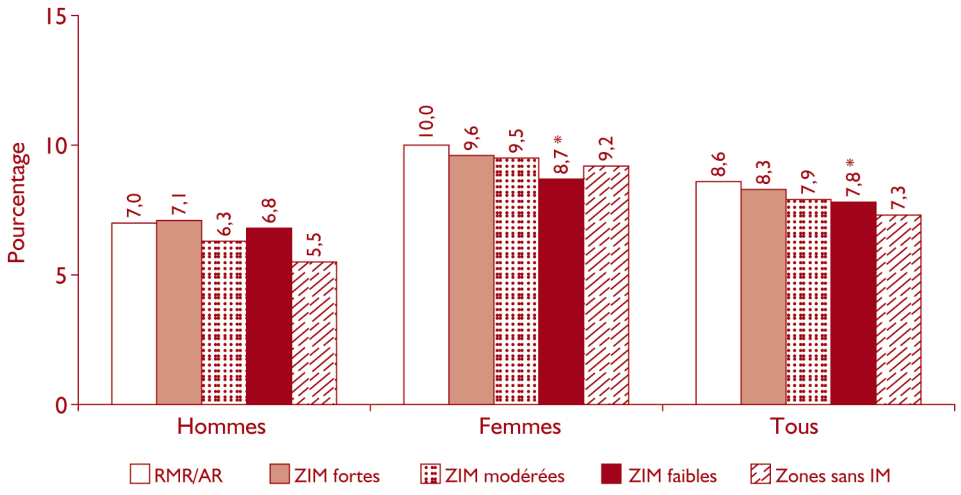
La présente section porte sur la prévalence de l'asthme ainsi que sur la mortalité attribuable à la vaste gamme des maladies de l'appareil respiratoire (CIM-9, chapitre 8, codes 460 à 519).

#### Asthme

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a recueilli des données sur l'auto-évaluation de la prévalence de l'asthme. Parmi les huit problèmes de santé chroniques figurant dans le présent rapport, l'asthme était le seul dont la prévalence semblait avoir diminué dans le continuum en mileu urbain-rural (figure 37). En général, ces écarts n'étaient pourtant pas statistiquement significatifs; seules les femmes vivant dans les ZIM faibles ont déclaré une prévalence de l'asthme beaucoup plus faible que les femmes des régions urbaines.

Figure 37

**Prévalence normalisée selon l'âge de l'asthme, selon le sexe et le lieu de résidence, personnes de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

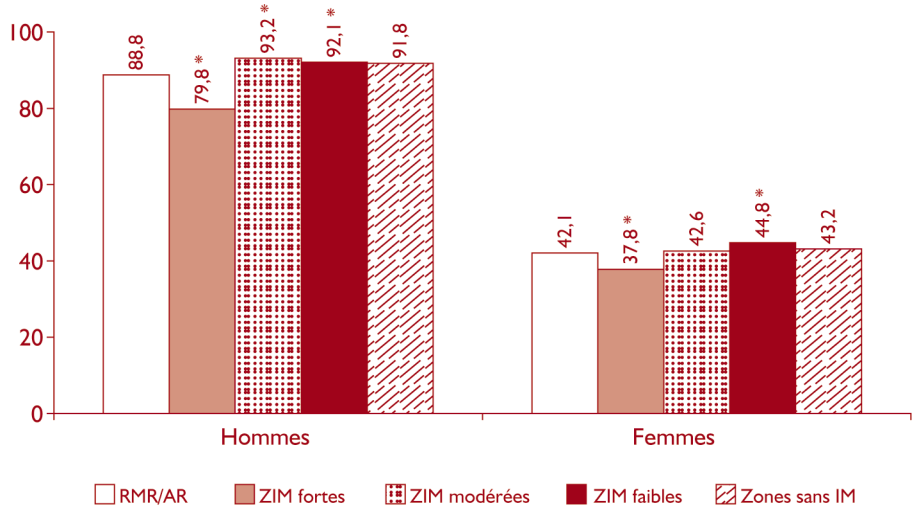
**Taux de mortalité**

Les taux de mortalité globaux attribuables aux maladies respiratoires étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes (figure 38). Ils avaient tendance à augmenter au même rythme que la ruralité chez les deux sexes. Chez les hommes de 45 ans et plus, les taux étaient beaucoup plus bas dans les ZIM fortes (figures 39 et 40). Les hommes de 65 ans et plus vivant dans les ZIM modérées ont enregistré des taux de mortalité beaucoup plus élevés que ceux des régions urbaines (figure 40). On a noté une tendance semblable chez les femmes, les taux étant statistiquement plus bas chez celles de 65 ans et plus vivant dans les ZIM fortes. Les taux étaient plus élevés chez les femmes de 45 à 64 ans des régions les plus éloignées (ZIM faibles et zones sans IM).

Pour ce qui est du risque de mortalité, il était 1,42 et 1,54 fois plus élevé respectivement chez les hommes et les femmes de 45 à 64 ans vivant dans les zones sans IM par rapport aux habitants des régions urbaines (tableau 20). Bien qu'il soit fondé sur un petit nombre de décès, le risque de mourir d'une maladie respiratoire était beaucoup plus élevé chez les enfants de 0 à 4 ans des régions rurales (le ratio de mortalité normalisé variait de 1,42 dans les ZIM modérées à 3,60 dans les zones sans IM). Aucun écart significatif n'a été noté chez les enfants de 5 à 19 ans.

Figure 38

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par maladies respiratoires (par 100 000 habitants), hommes et femmes (tous les âges), selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

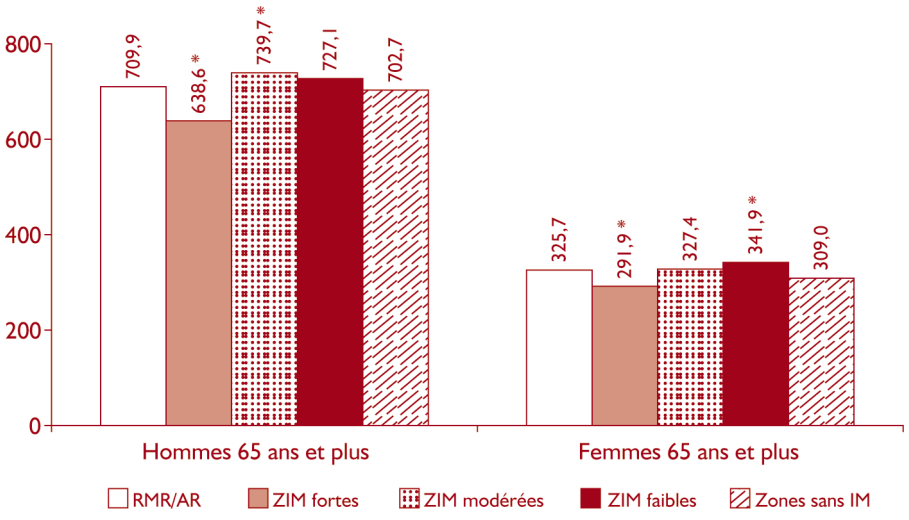
Figure 39

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par maladies respiratoires (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 20 à 64 ans, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 40

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par maladies respiratoires (par 100 000 habitants), hommes et femmes de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 20

Ratios normalisés de mortalité par maladies respiratoires, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | 0,88 (0,68-1,11) | 1,10 (0,92-1,31) | 1,14 (0,95-1,36) | 1,40 (0,89-2,10) |
| 45 à 64 ans | 0,86 (0,78-0,94)* | 1,10 (1,04-1,17)* | 1,11 (1,04-1,19)* | 1,42 (1,22-1,66)* |
| 65 ans et plus | 0,89 (0,87-0,92)* | 1,04 (1,02-1,06)* | 1,02 (1,00-1,05) | 1,00 (0,95-1,05) |
| Total | 0,89 (0,87-0,92)* | 1,05 (1,03-1,07)* | 1,04 (1,02-1,06)* | 1,04 (0,99-1,09) |
| **Groupe d'âge** | **Femmes** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | 0,85 (0,63-1,13) | 1,05 (0,84-1,30) | 1,00 (0,79-1,25) | 1,65 (1,00-2,57) |
| 45 à 64 ans | 0,90 (0,80-1,01) | 1,07 (0,98-1,16) | 1,15 (1,05-1,26)* | 1,54 (1,26-1,88)* |
| 65 ans et plus | 0,90 (0,86-0,93)* | 1,01 (0,99-1,04) | 1,05 (1,03-1,08)* | 0,94 (0,88-1,01) |
| Total | 0,90 (0,87-0,93)* | 1,02 (0,99-1,04) | 1,07 (1,04-1,09)* | 1,01 (0,95-1,08) |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 1,28 (0,96-1,68) | 1,42 (1,13-1,75)* | 2,48 (2,11-2,91)* | 3,60 (2,63-4,82)* |
| 5 à 19 ans | 1,02 (0,70-1,44) | 1,08 (0,81-1,41) | 1,22 (0,92-1,58) | 0,93 (0,40-1,82) |
| 20 à 44 ans | 0,87 (0,72-1,04) | 1,08 (0,94-1,24) | 1,09 (0,94-1,25) | 1,51 (1,09-2,04)* |
| 45 à 64 ans | 0,89 (0,83-0,95)* | 1,10 (1,05-1,16)* | 1,14 (1,08-1,20)* | 1,49 (1,32-1,68)* |
| 65 ans et plus | 0,94 (0,92-0,97)* | 1,08 (1,06-1,09)* | 1,09 (1,07-1,11)* | 1,05 (1,01-1,10)* |
| Total | 0,94 (0,92-0,96)* | 1,08 (1,07-1,10)* | 1,10 (1,08-1,12)* | 1,10 (1,06-1,15)* |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Les risques de mortalité par maladies respiratoires étaient beaucoup plus élevés chez les résidents des régions rurales, plus particulièrement chez les 45 ans et plus et les jeunes enfants. Par contre, les résidents des ZIM fortes risquaient moins de mourir de maladies respiratoires que les habitants des régions métropolitaines. En outre, les résidents des régions rurales risquaient davantage de mourir prématurément de ces maladies (soit avant l'âge de 65 ans).

Bien que les maladies du système respiratoire soient variées, les principales causes de mortalité qui composent ce groupe sont l'influenza, la pneumonie et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)[184]. L'influenza et la pneumonie figurent au sixième rang des principales causes de décès au Canada, et ces décès sont beaucoup plus nombreux chez les personnes plus âgées. La MPOC est un amalgame de maladies respiratoires chroniques qui se caractérise par une limitation progressive du débit de l'air avec des symptômes d'essoufflement, de toux et d'expectoration[185, 186]. Les deux facteurs sous-jacents qui contribuent le plus à la MPOC sont la bronchite chronique et l'emphysème. Cette condition connaît habituellement une progression lente sur plusieurs années. La limitation du débit de l'air peut être légèrement contrôlée à l'aide de bronchodilatateurs. D'autres maladies respiratoires telles que l'asthme et la fibrose kystique constituent également une menace pour la santé des Canadiens, mais le nombre de décès est beaucoup moins élevé parce que les taux de mortalité clinique ou de prévalence sont plus bas.

Il serait utile de comprendre les facteurs de risque qui contribuent à l'influenza, la pneumonie et la MPOC pour expliquer certains des écarts enregistrés dans les régions rurales et urbaines en ce qui a trait au taux de mortalité global pour les maladies respiratoires. Des sous-groupes particuliers de la population, comme les personnes très jeunes ou très âgées, celles qui souffrent de maladies cardio-respiratoires chroniques ou d'immunosuppression et certaines populations précises, comme les Autochtones, sont plus à risque de souffrir d'infections graves des voies respiratoires inférieures pouvant entraîner la mort[184]. D'autres facteurs, comme l'usage du tabac et l'exposition professionnelle à la poussière et à d'autres types d'émanations, augmentent le risque de MPOC[184]. Les taux de tabagisme élevés, ainsi que le nombre plus élevé de personnes exposées à la fumée secondaire dans les régions rurales, pourraient expliquer les écarts entre les résidents des régions rurales et urbaines pour ce qui est du risque de mortalité. Les décès attribuables à la MPOC prévus chez les femmes indiquent des taux plus élevés par rapport aux hommes et pourraient témoigner de la prévalence du tabagisme qui a beaucoup plus diminué chez les hommes que chez les femmes au cours des 30 dernières années[187].

Bon nombre d'industries des régions rurales relèvent des secteurs de la manufacture ou primaire[188]. L'exposition professionnelle à la poussière et aux émanations qui se dégagent de ces industries pourraient jouer un rôle important sur le plan des décès par maladies respiratoires dans les régions rurales. Par exemple, la maladie respiratoire est un problème professionnel bien connu des ouvriers agricoles. Les statistiques recueillies en Europe indiquent que les fermiers ont des taux de morbidité et de mortalité liés à

certaines maladies respiratoires plus élevés que la population en général et d'autres groupes professionnels[189]. Malgré un taux de prévalence du tabagisme plus bas, il a été démontré que les fermiers sont plus exposés à la poussière céréalière, que l'on a associée à des taux élevés de MPOC[190]. D'autres groupes professionnels, comme les mineurs, pourraient également être plus à risque de contracter la MPOC. L'exposition professionnelle et son rapport avec le taux de mortalité attribuable aux maladies respiratoires dans les régions rurales n'ont pas fait l'objet de la présente étude mais nécessitent des recherches approfondies.

Bien que d'autres maladies respiratoires, comme l'asthme, ne contribuent que très peu à la mortalité par maladie respiratoire, le traitement de crises d'asthme aiguës ou graves nécessitant des soins médicaux immédiats peut être compromis dans les régions les plus éloignées, où l'on ne peut avoir accès aux services de santé qu'après avoir parcouru une grande distance[191, 192]. Les facteurs liés aux patients, comme le déni et la non-conformité aux plans de gestion de l'asthme, et les facteurs physiques, comme la mauvaise évaluation de la gravité de l'asthme, entraînent toujours des décès[184]. Notre analyse de l'ESCC n'a pas montré d'écarts significatifs entre les RMR/AR et les régions rurales pour ce qui est de la prévalence de l'asthme. Il n'a pas été possible d'examiner la prévalence selon le lieu de résidence et la profession en raison du nombre peu élevé de cas observés dans certaines catégories rurales. Il est possible qu'une profession dans le domaine agricole soit associée à des taux plus élevés d'asthme[189].

Enfin, il est important de noter que l'on pourrait avoir sous-estimé la mortalité par maladie respiratoire en général, et plus particulièrement les taux de décès attribuables à la MPOC. On attribue différentes causes de décès, comme l'insuffisance cardiaque congestive, à de nombreuses personnes décédées aux suites de la MPOC au lieu d'en indiquer la cause réelle[185-187].

### 4.4.4 Diabète

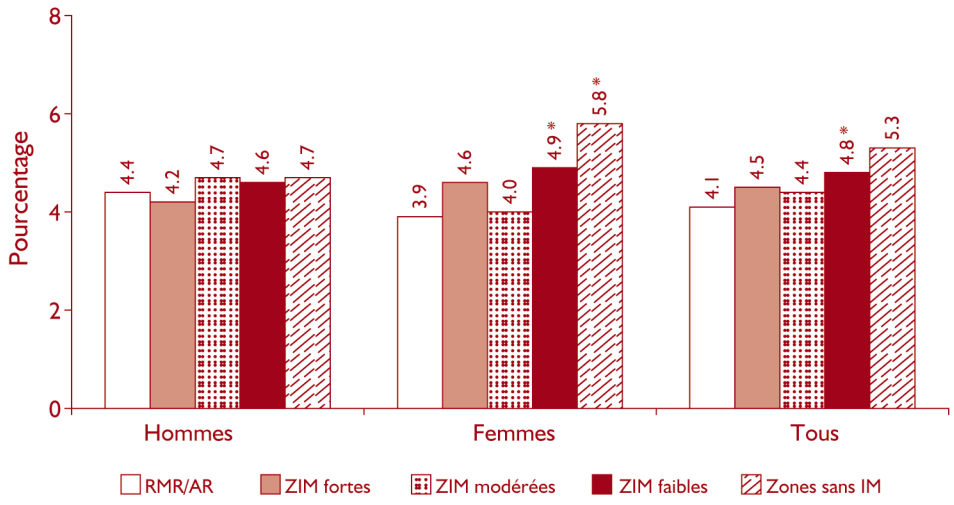
La présente section porte sur la prévalence et la mortalité liées au diabète (CIM-9, chapitre 3, code 250).

**Prévalence du diabète**

La prévalence du diabète était la même chez les hommes des régions urbaines et rurales (RMR/AR : 4,4 %). Les femmes qui vivent dans les ZIM faibles et les zones sans IM ont enregistré des taux de prévalence beaucoup plus élevés que les femmes des régions urbaines (RMR/AR : 3,9 %; ZIM faibles : 4,9 %; zones sans IM : 5,8 %) (figure 41).

Figure 41

**Prévalence normalisée selon l'âge du diabète chez les 12 ans et plus, selon le sexe et le lieu de résidence, Canada, 2000-2001**



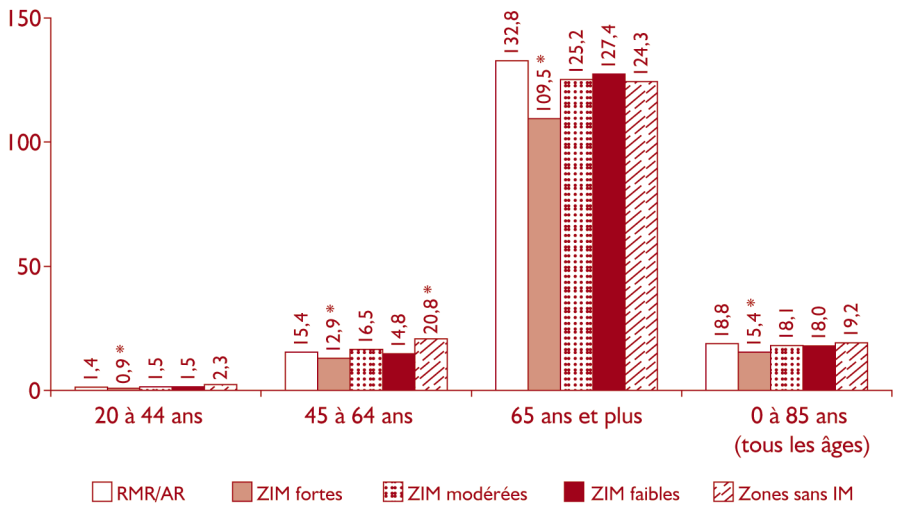

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

### Taux de mortalité

Bien que l'on ait noté certains écarts dans les taux des régions urbaines et rurales pour les groupes d'âge de 20 à 44 ans et de 45 à 64 ans, les taux de mortalité attribuable au diabète étaient relativement bas. On n'a noté aucune tendance évidente chez les hommes, les taux étant très semblables entre les régions rurales et urbaines (figure 42). Les hommes vivant dans les ZIM fortes ont enregistré un taux de mortalité attribuable au diabète beaucoup plus bas que les hommes de tous les groupes d'âge vivant dans les RMR/AR. Les hommes de 45 à 64 ans vivant dans les zones sans IM ont enregistré des taux de mortalité attribuable au diabète plus élevés que ceux des hommes des régions urbaines. On a noté des différences en fonction du sexe pour ce qui est des taux de mortalité attribuable au diabète selon le lieu de résidence. Les taux enregistrés chez les femmes de 45 ans et plus augmentaient au même rythme que la ruralité et étaient beaucoup plus élevés dans les ZIM modérées et faibles ainsi que dans les zones sans IM que dans les régions urbaines (figure 43).

Figure 42

**Taux normalisés selon l'âge de mortalité par diabète chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996**

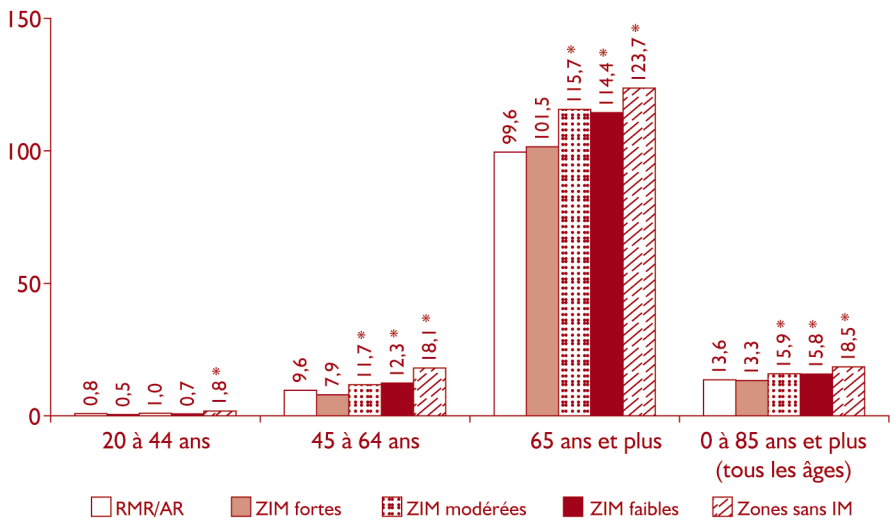



Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Les risques de mortalité n'étaient pas très élevés chez les hommes des régions rurales par comparaison aux hommes des régions urbaines (tableau 21). Pour les femmes, le ratio de mortalité normalisé était beaucoup plus élevé chez les 45 ans et plus vivant dans les régions rurales autres que les ZIM fortes, les risques étant entre 15 % et 88 % plus élevés que dans les régions urbaines. En outre, les femmes de 20 à 44 ans vivant dans les zones sans IM risquaient davantage (2,24 fois plus) de mourir du diabète que les femmes des régions urbaines du même groupe d'âge.

Figure 43

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par diabète chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 21

Ratios normalisés de mortalité par diabète, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 20 à 44 ans | 0,62 (0,42-0,89)* | 1,02 (0,80-1,29) | 1,04 (0,81-1,32) | 1,63 (0,93-2,65) |
| 45 à 64 ans | 0,83 (0,73-0,95)* | 1,07 (0,97-1,17) | 0,96 (0,86-1,07) | 1,34 (1,05-1,68)* |
| 65 ans et plus | 0,82 (0,76-0,87)* | 0,93 (0,89-0,97)* | 0,96 (0,91-1,00) | 0,93 (0,83-1,05) |
| Total | 0,81 (0,76-0,86)* | 0,96 (0,92-1,00) | 0,96 (0,92-1,00) | 1,02 (0,91-1,13) |
| **Groupe d'âge** | **Femmes** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 20 à 44 ans | 0,60 (0,34-0,99)* | 1,27 (0,93-1,69) | 0,92 (0,63-1,31) | 2,24 (1,12-4,02)* |
| 45 à 64 ans | 0,83 (0,69-0,98)* | 1,22 (1,09-1,36)* | 1,28 (1,13-1,44)* | 1,88 (1,44-2,42)* |
| 65 ans et plus | 1,02 (0,96-1,08) | 1,16 (1,11-1,21)* | 1,15 (1,09-1,20)* | 1,23 (1,10-1,37)* |
| Total | 0,98 (0,93-1,04) | 1,17 (1,12-1,21)* | 1,16 (1,11-1,21)* | 1,32 (1,20-1,46)* |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau 21 (suite)

| Groupe d'âge | Tous | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 20 à 44 ans | 0,62 (0,42-0,89)* | 1,12 (0,92-1,34) | 1,01 (0,82-1,23) | 1,87 (1,23-2,72)* |
| 45 à 64 ans | 0,84 (0,75-0,93)* | 1,13 (1,05-1,21)* | 1,09 (1,00-1,18) | 1,56 (1,31-1,85)* |
| 65 ans et plus | 0,93 (0,89-0,98)* | 1,06 (1,03-1,10)* | 1,07 (1,03-1,10)* | 1,10 (1,01-1,19)* |
| Total | 0,91 (0,87-0,95)* | 1,07 (1,05-1,10)* | 1,07 (1,04-1,10)* | 1,18 (1,10-1,27)* |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,00.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Le diabète sucré est une importante cause de décès, de maladie et d'incapacité au Canada. Il touche environ 5 % des adultes, ce qui équivaut à plus d'un million de Canadiens[193, 194]. Lorsqu'on est diabétique, les risques de devenir aveugle, de souffrir d'affections rénales en phase terminale, d'être amputé des membres inférieurs et de mourir d'une coronaropathie, d'un AVC ou d'une maladie vasculaire périphérique augmentent considérablement[195, 196]. Dans notre étude, le taux de prévalence pour le diabète était plus élevé chez les résidents des régions rurales, bien que les écarts entre les régions urbaines et rurales n'étaient statistiquement significatifs que dans les ZIM faibles et les zones sans IM. Cela est ressorti dans les taux de mortalité, qui étaient beaucoup plus élevés chez les personnes de 20 à 64 ans des zones sans IM et chez les femmes de 65 ans et plus des ZIM modérées et faibles. Il est possible que ces résultats sous-estiment la prévalence ou les taux de mortalité réellement associés au diabète. Dans une étude canadienne portant sur la prévalence des cas de diabète non diagnostiqués et l'intolérance au glucose, les proportions étaient beaucoup plus élevées dans les régions rurales que dans les régions urbaines[197]. Les taux d'obésité plus élevés pourraient contribuer aux taux élevés de mortalité et de prévalence du diabète dans les régions les plus rurales du Canada[196, 239, 240].

Le taux de prévalence du diabète chez les peuples des Premières Nations est au moins deux fois plus élevé que chez la population en général[195, 198]. On a convenu que les peuples autochtones méritaient une attention particulière pour ce qui est du dépistage et d'une gestion plus dynamique de l'hypertension artérielle ainsi que de la glycémie et la cholestérolémie[193]. On se préoccupe particulièrement du diabète de type 2 chez les Autochtones parce que les symptômes apparaissent plus tôt et parce qu'on a noté des taux plus élevés de complications, de comorbidités et de décès associés au diabète[196]. Nous n'avons pas pu analyser la prévalence du diabète ou de la mortalité selon l'origine ethnique dans le cadre de la présente étude; nous ignorons donc dans quelle mesure la

population autochtone vivant ou non dans des réserves contribue à ces écarts. Cependant, une étude sur la prévalence du diabète dans une collectivité éloignée de la Colombie-Britannique a révélé une prévalence accrue du diabète chez la population autochtone par rapport aux résidents non autochtones de la collectivité[196].

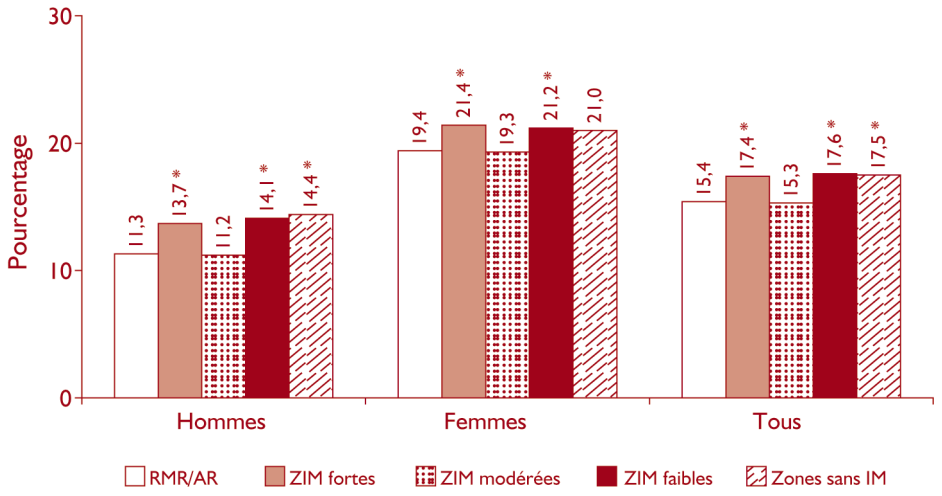
Dans ses dernières lignes directrices de pratique clinique, l'Association canadienne du diabète (ACD) a recommandé que les personnes de plus de 40 ans subissent un test de dépistage du diabète tous les trois ans et que les personnes à risque élevé s'y soumettent plus fréquemment[193]. Les anciennes recommandations de l'ACD sur le dépistage systématique du diabète avaient soulevé la controverse au sein de la collectivité scientifique; certains étaient en faveur des recommandations formulées et d'autres affirmaient qu'il n'y avait aucune preuve à l'effet que le dépistage réduirait les taux de morbidité ou de mortalité[197]. Cependant, la forte prévalence de cas non diagnostiqués de diabète dans les régions rurales observée par Letter et coll. (2001) appuie la recommandation de l'ACD concernant le dépistage chez les personnes à risque élevé. En outre, on signale qu'après avoir tenu compte des écarts dans le recours aux services d'un médecin, presque le double des diabétiques vivant dans les régions rurales ou les collectivités autochtones risquaient d'avoir des complications aiguës, et presque le triple des personnes vivant dans les régions éloignées risquaient de vivre une telle expérience[199]. Dans ce contexte, les lignes directrices de l'ACS pourraient être particulièrement importantes sur le plan clinique et de la santé publique dans les régions rurales.

### 4.4.5 Arthrite et rhumatisme

Les Canadiens vivant dans les régions rurales ont déclaré une prévalence beaucoup plus élevée d'arthrite et de rhumatisme que ceux des régions urbaines (RMR/AR : 15,4 %; zones sans IM : 17,5 %) (figure 44). Cette observation comporte une exception, tant chez les hommes que chez les femmes : la prévalence déclarée par les Canadiens vivant dans les ZIM modérées (hommes : 11,2 %; femmes : 19,3 %) n'était pas très différente de la prévalence déclarée par les Canadiens vivant dans les RMR/AR (hommes : 11,3 %; femmes : 19,4 %). Comme prévu, la prévalence de l'arthrite était plus forte chez les femmes des régions rurales que chez les hommes des régions rurales.

Figure 44

**Prévalence normalisée selon l'âge de l'arthrite et du rhumatisme chez les 12 ans et plus, selon le lieu de résidence et le sexe, Canada, 2000-2001**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

## Analyse

Selon un rapport publié par Santé Canada, l'arthrite et le rhumatisme figurent parmi les trois principales conditions chroniques qui touchent les Canadiens et les Canadiennes[200]. L'arthrite et le rhumatisme présentaient les écarts les plus forts entre les régions urbaines et rurales. La prévalence était beaucoup plus élevée dans les régions rurales, particulièrement chez les femmes. Ces résultats sont fidèles à ceux d'une autre étude canadienne[89]. L'obésité, l'inactivité physique et le stress que l'on ressent au travail ou en s'adonnant à des sports extrêmes sont les trois principaux facteurs de risque modifiables liés à l'arthrite[201, 202]. Les taux élevés d'arthrite et les taux élevés de blessures liées au travail (rémunéré ou non) vont de pair avec la prévalence élevée d'arthrite et de rhumatisme chez les Canadiens qui vivent en milieu rural. On a découvert que les emplois dans le domaine agricole§§§ étaient associés à la prévalence élevée de maladies musculo-squelettiques, particulièrement l'arthrose de la hanche et du genou[202-204]. L'origine ethnique peut également avoir une incidence sur les taux de prévalence élevés dans les régions rurales. L'arthrite et le rhumatisme sont les conditions chroniques les plus courantes chez les Canadiens d'origine autochtone vivant en dehors des réserves[200]. En outre, les Autochtones vivant dans des réserves ont déclaré que l'arthrite était l'un des cinq plus importants problèmes touchant leur collectivité[205]. Bien que certaines études se sont penchées sur la fréquence des problèmes musculo-squelettiques des personnes qui travaillent dans l'industrie primaire, il faut noter qu'elles sont peu nombreuses,

§§§ 80 % des exploitants agricoles recensés vivent dans des « régions rurales et des petites villes » et 20 % d'entre eux vivent dans des plus grands centres urbains (RMR et AR)[227].

particulièrement au Canada. De plus, nous n'avons pas examiné la prévalence de l'arthrite chez les Autochtones qui vivent dans des réserves (en milieu urbain ou rural) dans le cadre de la présente étude. Nous ignorons donc s'ils contribuent au taux élevé de prévalence de l'arthrite dans les régions rurales.

### 4.4.6 Analyse multivariée

La présente section contient les résultats de notre analyse de régression multivariée du lien entre le lieu de résidence et les chances de déclarer une affection chronique ou plus. Il est question de la méthodologie employée pour cette analyse dans la section 3.2.3.

Le lieu de résidence n'avait aucune incidence sur les chances de déclarer une affection chronique, sauf dans les ZIM modérées (hommes et femmes) et les ZIM faibles (femmes seulement), où le taux d'affections chroniques était moins élevé que dans les régions urbaines. Les prédicteurs suivants étaient associés à un risque élevé de déclarer une affection chronique : vie assez ou extrêmement stressante, origine autochtone, usage de tabac, âge avancé, surpoids ou l'obésité et faible revenu. La consommation régulière d'alcool était associée à des chances moins élevées de déclarer avoir reçu un diagnostic d'affection chronique.

Le lieu de résidence était associé au faible risque de déclarer deux affections chroniques ou plus chez les hommes des régions rurales par rapport aux hommes des régions urbaines. Chez les femmes, on a noté cet effet uniquement dans les ZIM modérées et faibles (tableau 22). Les prédicteurs associés au risque élevé de déclarer au moins deux affections chroniques incluaient le fait d'être d'origine autochtone, d'être plus âgé, d'avoir du surpoids ou d'être obèse, de mener une vie très stressante et d'avoir un faible revenu. Une fois de plus, la consommation régulière d'alcool était le seul prédicteur associé à un risque moindre de déclarer au moins deux affections chroniques.

Tableau 22

## Estimations relatives aux rapports de cotes (RC) ajustés du lien entre le lieu de résidence et les affections chroniques chez les Canadiens et les Canadiennes[i, ii]

| Variable<br>Groupe de référence = 1.0 | Hommes | | Femmes | |
|---|---|---|---|---|
| | Toute affection chronique | Deux affections chroniques ou plus | Toute affection chronique | Deux affections chroniques ou plus |
| Lieu de résidence[iii] | | | | |
| ZIM fortes | 0,96 (0,86-1,07) | 0,94 (0,84-1,04) | 1,03 (0,94-1,13) | 0,99 (0,90-1,09) |
| ZIM modérées | 0,86 (0,79-0,93)* | 0,80 (0,72-0,86)* | 0,88 (0,81-0,95)* | 0,86 (0,80-0,93)* |
| ZIM faibles | 1,01 (0,93-1,09) | 0,90 (0,83-0,97)* | 0,90 (0,84-0,97)* | 0,87 (0,82-0,93)* |
| Zones sans IM | 0,84 (0,66-1,08) | 0,72 (0,57-0,91)* | 1,01 (0,86-1,19) | 1,03 (0,86-1,24) |
| Âge[iv] | 1,06 (1,06-1,06)* | 1,04 (1,04-1,04)* | 1,06 (1,06-1,06)* | 1,04 (1,03-1,04)* |
| Indice de masse corporelle[v] | | | | |
| 25-30 (surpoids) | 1,32 (1,24-1,41)* | 1,12 (1,06-1,19)* | 1,44 (1,35-1,53)* | 1,29 (1,21-1,37)* |
| > 30 (obèse) | 2,15 (1,98-2,34)* | 1,63 (1,50-1,76)* | 2,70 (2,50-2,91)* | 2,10 (1,95-2,26)* |
| Autochtone — oui | 1,49 (1,19-1,85)* | 1,53 (1,21-1,93)* | 1,62 (1,35-1,94)* | 1,42 (1,19-1,68)* |
| Origine ethnique — non-Blanc | 0,78 (0,67-0,89)* | 0,60 (0,53-0,69)* | 0,74 (0,66-0,83)* | 0,59 (0,53-0,65)* |
| Revenu[vi] | | | | |
| Moyen-élevé | 1,10 (1,02-1,20)* | 1,10 (1,02-1,19)* | 1,18 (1,09-1,27)* | 1,10 (1,03-1,18)* |
| Moyen-faible | 1,29 (1,17-1,41)* | 1,29 (1,19-1,39)* | 1,25 (1,14-1,36)* | 1,17 (1,08-1,26)* |
| Faible | 1,50 (1,33-1,69)* | 1,56 (1,40-1,74)* | 1,33 (1,21-1,46)* | 1,33 (1,20-1,46)* |
| Scolarité[vii] | | | | |
| Diplôme d'études secondaires/aucun diplôme post-secondaire | 1,11 (1,04-1,20)* | --- | 1,11 (1,04-1,19)* | --- |
| Niveau inférieur au secondaire | 1,19 (1,10-1,29)* | --- | 1,40 (1,30-1,51)* | 1,08 (1,02-1,16)* |
| Fumeur — oui | 1,10 (1,02-1,18)* | --- | 1,10 (1,03-1,18)* | 1,16 (1,09-1,23)* |
| Consommation d'alcool — régulière | 0,86 (0,80-0,92)* | 0,83 (0,78-0,89)* | 0,85 (0,80-0,90)* | 0,86 (0,81-0,91)* |
| Niveau de stress[viii] | | | | |
| Vie un peu stressante | --- | 1,18 (1,10-1,27)* | 1,24 (1,16-1,32)* | 1,31 (1,23-1,39)* |
| Vie assez/extrêmement stressante | 1,38 (1,28-1,48)* | 1,77 (1,63-1,91)* | 1,53 (1,42-1,65)* | 1,84 (1,76-1,97)* |
| Mange ≥ 5 portions de fruits/légumes — non | s.o. | --- | --- | 0,94 (0,89-0,99)* |

i. Les intervalles de confiance ont été établis à l'aide de 500 poids bootstrap pour tenir compte de la complexité du plan d'enquête.
ii. --- : exclus lors de la modélisation; s.o. : non inclus lors de la modélisation.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
iii. Groupe de référence : RMR/AR.
iv. La variable de l'âge est continue pour la modélisation.
v. Groupe de référence : IMC 18,5-24,9.
vi. Groupe de référence : revenu élevé.
vii. Groupe de référence : diplôme d'études post-secondaires.
viii. Groupe de référence : journées pas tellement/pas du tout stressantes.

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

## 4.5 Traumatismes et empoisonnements

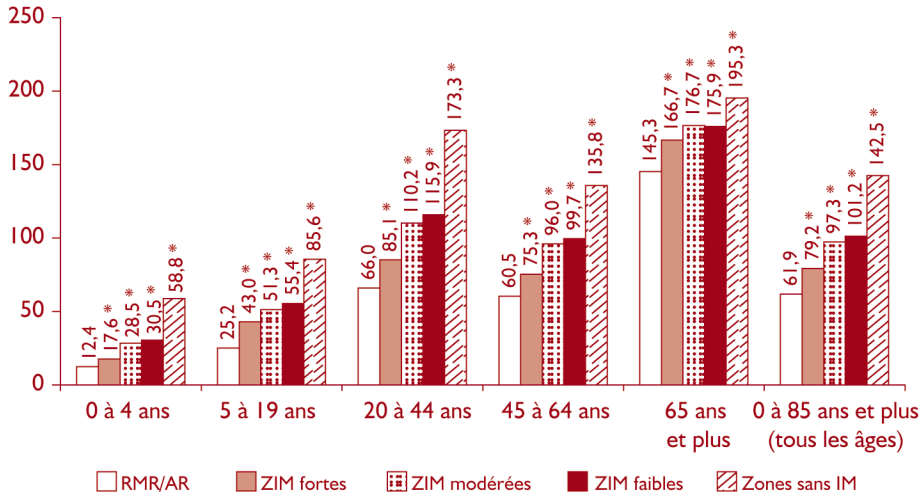
La présente section porte sur les résultats de notre analyse sur la mortalité attribuable à la vaste catégorie des traumatismes et empoisonnements (CIM-9, chapitre 17, codes 800 à 999). On y trouve ensuite une analyse approfondie de trois catégories précises de traumatismes : accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur (E810 à 825), suicide (E950 à 959) et autres traumatismes et empoisonnements (E800 à 809, 826 à 949, 960 à 999).

### Taux de mortalité globaux pour les traumatismes et les empoisonnements

Le taux de mortalité global attribuable à l'ensemble des traumatismes et des empoisonnements chez les Canadiens augmente au même rythme que la ruralité. Il était plus élevé chez les hommes que chez les femmes et augmentait au même rythme que l'âge. On a noté des écarts significatifs entre les régions urbaines et rurales dans tous les groupes d'âges des deux sexes. Les taux étaient beaucoup plus élevés dans toutes les catégories de ZIM rurales, plus particulièrement dans les zones sans IM (figures 45 et 46). Les risques de mortalité (ratios de mortalité normalisés) étaient plus élevés dans toutes les catégories de régions rurales, sauf chez les femmes de 65 ans et plus vivant dans les régions les plus éloignées (ZIM faibles et zones sans IM). En outre, les ratios de mortalité normalisés étaient particulièrement élevés chez les enfants de 0 à 4 ans vivant dans les zones sans IM, les risques étant plus de trois fois plus élevés que dans les régions urbaines (tableau 23).

Figure 45

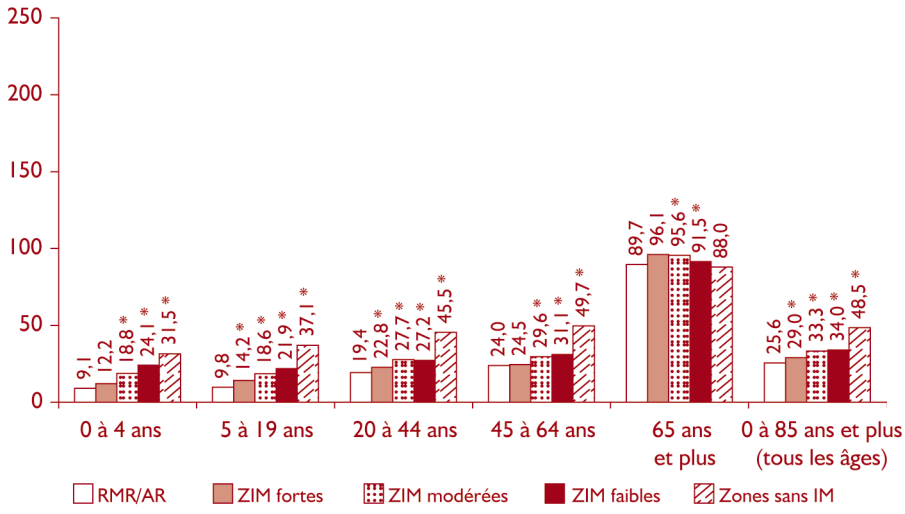
Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable aux traumatismes et aux empoisonnements chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 46

Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable aux traumatismes et aux empoisonnements chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 23

Ratios normalisés de mortalité attribuable aux accidents et aux empoisonnements, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | 1,42 (1,17-1,71)* | 2,33 (2,06-2,64)* | 2,47 (2,19-2,78)* | 4,76 (3,91-5,75)* |
| 5 à 19 ans | 1,71 (1,6-1,83)* | 2,03 (1,93-2,14)* | 2,20 (2,09-2,31)* | 3,40 (3,09-3,73)* |
| 20 à 44 ans | 1,27 (1,23-1,32)* | 1,67 (1,62-1,71)* | 1,76 (1,71-1,80)* | 2,66 (2,52-2,81)* |
| 45 à 64 ans | 1,25 (1,18-1,31)* | 1,59 (1,53-1,65)* | 1,65 (1,58-1,72)* | 2,23 (2,04-2,45)* |
| 65 ans et plus | 1,16 (1,10-1,23)* | 1,24 (1,19-1,28)* | 1,22 (1,17-1,27)* | 1,36 (1,23-1,50)* |
| Total | 1,29 (1,26-1,32)* | 1,58 (1,55-1,60)* | 1,65 (1,62-1,68)* | 2,36 (2,28-2,45)* |
| **Groupe d'âge** | **Femmes** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 1,36 (1,07-1,71)* | 2,09 (1,78-2,44)* | 2,65 (2,3-3,04)* | 3,46 (2,60-4,52)* |
| 5 à 19 ans | 1,45 (1,28-1,65)* | 1,90 (1,74-2,07)* | 2,24 (2,06-2,42)* | 3,77 (3,25-4,37)* |
| 20 à 44 ans | 1,18 (1,09-1,27)* | 1,43 (1,35-1,51)* | 1,41 (1,33-1,49)* | 2,37 (2,11-2,66)* |
| 45 à 64 ans | 1,02 (0,92-1,13) | 1,23 (1,15-1,32)* | 1,30 (1,20-1,40)* | 2,08 (1,77-2,43)* |
| 65 ans et plus | 1,07 (1,01-1,14)* | 1,07 (1,02-1,11)* | 1,01 (0,97-1,07) | 0,97 (0,85-1,11) |
| Total | 1,13 (1,09-1,18)* | 1,26 (1,22-1,30)* | 1,30 (1,26-1,34)* | 1,85 (1,73-1,97)* |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 1,40 (1,20-1,62)* | 2,23 (2,02-2,46)* | 2,55 (2,33-2,78)* | 4,24 (3,61-4,94)* |
| 5 à 19 ans | 1,66 (1,56-1,76)* | 2,01 (1,93-2,10)* | 2,22 (2,13-2,32)* | 3,53 (3,26-3,81)* |
| 20 à 44 ans | 1,27 (1,23-1,32)* | 1,64 (1,60-1,68)* | 1,71 (1,67-1,75)* | 2,67 (2,54-2,81)* |
| 45 à 64 ans | 1,21 (1,15-1,27)* | 1,50 (1,45-1,55)* | 1,57 (1,52-1,63)* | 2,24 (2,07-2,42)* |
| 65 ans et plus | 1,16 (1,11-1,21)* | 1,19 (1,15-1,22)* | 1,16 (1,12-1,19)* | 1,24 (1,15-1,34)* |
| Total | 1,27 (1,24-1,29)* | 1,50 (1,48-1,52)* | 1,57 (1,55-1,60)* | 2,27 (2,20-2,34)* |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Accidents de la route

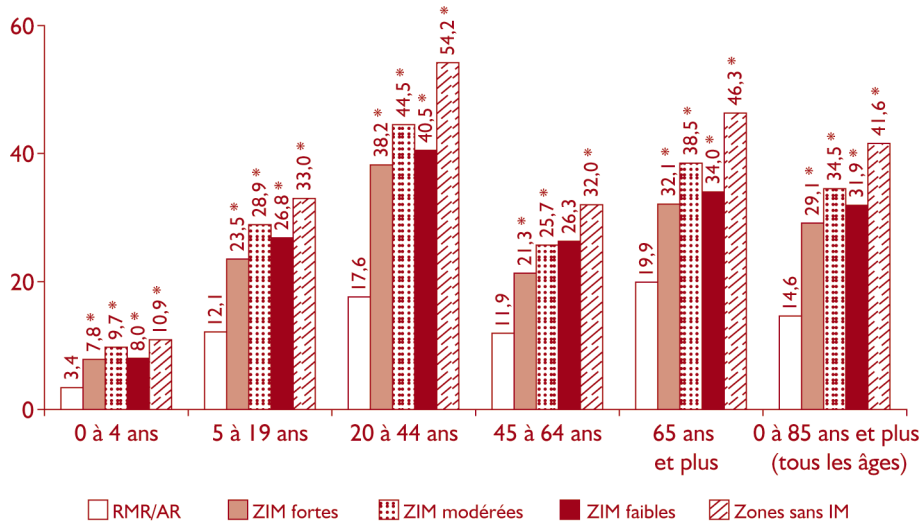
Les accidents de la route incluent les accidents qui surviennent sur la voie publique et impliquent un véhicule à moteur. Les accidents qui surviennent hors de la route, habituellement sur des fermes, sont également inclus dans cette catégorie. Près de 40 % de tous les accidents de la route sont survenus dans les régions rurales et les petites villes, ce qui en fait la plus importante cause de mortalité par lésion traumatique dans ces régions.

### Taux de mortalité

La mortalité attribuable aux accidents de la route était de deux à trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes et avait tendance à être plus faible chez les 45 ans et plus, mais le taux demeure stable chez les femmes de tous les autres groupes d'âge. En général, les taux augmentaient au même rythme que la ruralité pour tous les groupes d'âge des deux sexes (figures 47 et 48). Les ratios de mortalité normalisés étaient beaucoup plus élevés dans les régions rurales du Canada, pour tous les groupes d'âge des deux sexes (tableau 24). On a enregistré les taux les plus élevés chez les personnes vivant dans les zones sans IM, leurs ratios de mortalité normalisés étant plus de deux fois plus élevés que ceux des résidents des régions urbaines. Les risques étaient particulièrement élevés chez les plus jeunes (0 à 4 ans et 5 à 19 ans).

Figure 47

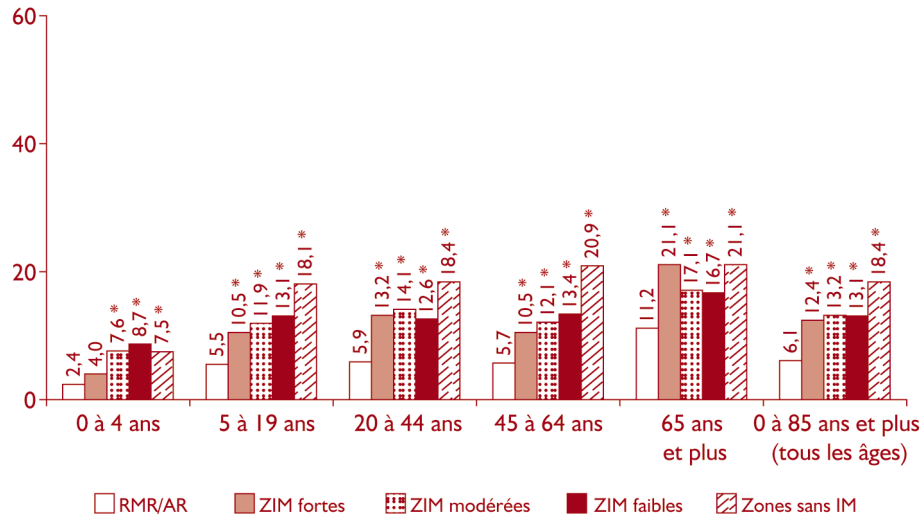
Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable aux accidents de la route chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 48

Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable aux accidents de la route chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 24

Ratios normalisés de mortalité attribuable aux accidents de la route selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | 2,30 (1,70-3,05)* | 2,88 (2,3-3,54)* | 2,40 (1,88-3,01)* | 3,23 (1,97-4,99)* |
| 5 à 19 ans | 1,96 (1,78-2,15)* | 2,40 (2,25-2,57)* | 2,23 (2,08-2,40)* | 2,75 (2,36-3,20)* |
| 20 à 44 ans | 2,15 (2,03-2,28)* | 2,53 (2,42-2,64)* | 2,30 (2,19-2,40)* | 3,08 (2,79-3,40)* |
| 45 à 64 ans | 1,80 (1,62-1,99)* | 2,16 (2,00-2,33)* | 2,22 (2,04-2,40)* | 2,67 (2,19-3,22)* |
| 65 ans et plus | 1,62 (1,43-1,82)* | 1,94 (1,79-2,10)* | 1,70 (1,55-1,87)* | 2,34 (1,91-2,84)* |
| Total | 1,98 (1,90-2,06)* | 2,35 (2,28-2,42)* | 2,18 (2,12-2,26)* | 2,84 (2,64-3,04)* |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau 24 (suite)

| Groupe d'âge | Femmes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | 1,72 (1,10-2,55)* | 3,24 (2,51-4,12)* | 3,71 (2,93-4,63)* | 3,18 (1,70-5,43)* |
| 5 à 19 ans | 1,91 (1,65-2,20)* | 2,16 (1,93-2,40)* | 2,39 (2,14-2,65)* | 3,28 (2,63-4,04)* |
| 20 à 44 ans | 2,25 (2,04-2,49)* | 2,40 (2,22-2,60)* | 2,15 (1,97-2,34)* | 3,09 (2,57-3,70)* |
| 45 à 64 ans | 1,85 (1,58-2,15)* | 2,13 (1,90-2,37)* | 2,34 (2,09-2,64)* | 3,72 (2,89-4,71)* |
| 65 ans et plus | 1,90 (1,64-2,18)* | 1,52 (1,36-1,69)* | 1,49 (1,31-1,68)* | 1,90 (1,41-2,49)* |
| Total | 2,01 (1,89-2,14)* | 2,09 (1,99-2,19)* | 2,12 (2,01-2,23)* | 2,96 (2,65-3,29)* |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 2,07 (1,62-2,60)* | 3,02 (2,56-3,54)* | 2,92 (2,48-3,43)* | 3,22 (2,22-4,52)* |
| 5 à 19 ans | 1,97 (1,82-2,13)* | 2,35 (2,22-2,49)* | 2,29 (2,16-2,43)* | 2,93 (2,58-3,30)* |
| 20 à 44 ans | 2,21 (2,10-2,32)* | 2,54 (2,45-2,64)* | 2,30 (2,20-2,39)* | 3,15 (2,89-3,43)* |
| 45 à 64 ans | 1,84 (1,69-2,01)* | 2,17 (2,04-2,31)* | 2,29 (2,14-2,44)* | 3,05 (2,62-3,53)* |
| 65 ans et plus | 1,79 (1,63-1,97)* | 1,83 (1,71-1,95)* | 1,67 (1,55-1,80)* | 2,28 (1,94-2,68)* |
| Total | 2,03 (1,96-2,10)* | 2,31 (2,25-2,36)* | 2,20 (2,14-2,26)* | 2,94 (2,77-3,11)* |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse de régression multivariée

On a effectué des analyses de régression multivariées sur le lien entre le taux de mortalité attribuable aux accidents de la route et le lieu de résidence chez trois groupes d'âge différents : les 0 à 44 ans, les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus. La méthodologie employée pour ces analyses est décrite la section 3.2.1.

Le tableau 25 illustre les résultats pour le lien qui nous intéresse. On a enregistré de forts taux de mortalité attribuable aux accidents de la route et beaucoup plus élevés dans l'ensemble des lieux de résidence ruraux, pour tous les groupes d'âge faisant l'objet de la présente étude. Pour les deux sexes et l'ensemble des groupes d'âge, le lieu de résidence avait une incidence, après avoir tenu compte des déterminants socioéconomiques et démographiques de la santé (scolarité, pourcentage d'immigrants dans les SDR, taux de chômage, revenu et pourcentage d'Autochtones dans les SDR). Même si l'on doit prendre ces covariables en considération, il n'a pas été possible de tenir compte d'importants prédicteurs, comme la distance à parcourir ou le fait de posséder une voiture, puisque les données n'étaient pas disponibles au niveau géographique requis.

Tableau 25

Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et la mortalité par accidents de la route, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 1986 à 1996

| Lieu de résidence (ZIM) | Hommes de 0 à 44 ans RR (IC de 95 %) | Femmes de 0 à 44 ans RR (IC de 95 %) | Total 0 à 44 ans RR (IC de 95 %) |
|---|---|---|---|
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM fortes | *1,80 (1,66-1,97) | *1,91(1,67-2,18) | *1,87 (1,72-2,03) |
| ZIM modérées | *2,01 (1,87-2,16) | *1,99 (1,77-2,19) | *2,04 (1,90-2,19) |
| ZIM faibles | *1,87 (1,73-2,02) | *1,94 (1,72-2,19) | *1,92 (1,78-2,06) |
| Zones sans IM | *1,85 (1,54-2,23) | *2,15 (1,61-2,89) | *1,96 (1,64-2,35) |
| | **Hommes 45 à 64 ans RR (IC de 95 %)** | **Femmes 45 à 64 ans RR (IC de 95 %)** | **Total 45 à 64 ans RR (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM fortes | *1,68 (1,46-1,93) | *1,69 (1,40-2,04) | *1,67 (1,49-1,88) |
| ZIM modérées | *1,89 (1,68-2,12) | *1,94 (1,66-2,27) | *1,82 (1,65-2,01) |
| ZIM faibles | *1,90 (1,68-2,17) | *2,12 (1,80-2,50) | *1,89 (1,70-2,11) |
| Zones sans IM | *1,61 (1,16-2,24) | *2,98 (2,07-4,28) | *1,91 (1,47-2,50) |
| | **Hommes 65 ans et plus RR (IC de 95 %)** | **Femmes 65 ans et plus RR (IC de 95 %)** | **Total 65 ans et plus RR (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM fortes | *1,46 (1,26-1,69) | *1,79 (1,51-2,12) | *1,61 (1,43-1,81) |
| ZIM modérées | *1,71 (1,53-1,91) | *1,44 (1,25-1,67) | *1,62 (1,48-1,78) |
| ZIM faibles | *1,52 (1,34-1,73) | *1,44 (1,23-1,69) | *1,49 (1,34-1,66) |
| Zones sans IM | *1,72 (1,29-2,28) | *1,78 (1,23-2,58) | *1,70 (1,33-2,17) |

Remarques :
* Estimations du RR statistiquement différentes de la référence (1,00) à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, et Recensement de 1996, Statistique Canada.

## Autres traumatismes et empoisonnements

### Aperçu

Les autres traumatismes et empoisonnements (CIM-9, codes E800 à 809, 826 à 949, 960 à 999) incluent les noyades, les chutes, les brûlures et les intoxications accidentelles. En tant que groupe, ils sont la cause d'un nombre élevé de décès attribuables à des traumatismes.

### Taux de mortalité

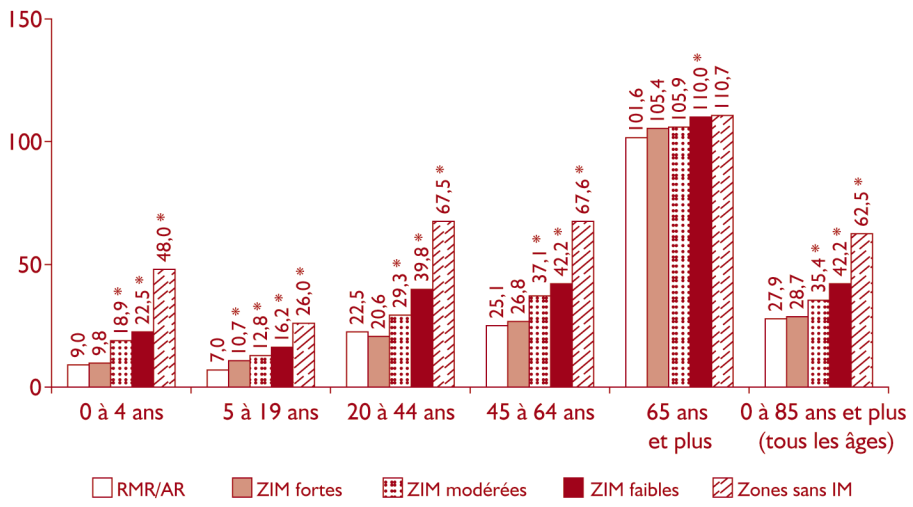
Les taux de mortalité attribuable aux autres traumatismes et empoisonnements étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les hommes de 0 à 64 ans vivant dans les ZIM modérées et faibles ainsi que dans les zones sans IM ont enregistré des taux de mortalité plus élevés que les hommes des régions urbaines (figure 49). Chez les hommes de 65 ans et plus, seuls ceux qui vivaient dans les ZIM faibles avaient des taux de mortalité plus élevés que les hommes des régions urbaines. Pour ce qui est des femmes de 0 à 19 ans, celles qui vivaient dans les ZIM modérées et faibles ainsi que dans les zones sans IM ont enregistré des taux de mortalité plus élevés que les femmes des régions urbaines (figure 50). Dans le groupe des 20 à 44 ans, les taux de mortalité étaient plus faibles chez celles qui vivaient dans les ZIM fortes par rapport à celles qui habitaient en milieu urbain, alors que les taux chez les femmes vivant dans les ZIM faibles et les zones sans IM étaient toujours plus élevés. Quant au groupe des 45 à 64 ans, seules les

femmes vivant dans les zones sans IM avaient des taux de mortalité plus élevés que les femmes des régions urbaines. On n'a noté aucun écart significatif sur le plan des taux de mortalité des femmes de 65 ans et plus.

Dans l'ensemble, les risques de mortalité étaient plus élevés chez les hommes et les femmes des régions rurales, à l'exception des femmes vivant dans les ZIM fortes (tableau 26). Les risques plus élevés de mortalité chez les hommes étaient largement influencés par les risques élevés chez les jeunes hommes (0 à 4 ans et 5 à 19 ans) vivant dans les régions rurales. Le ratio de mortalité normalisé le plus élevé a été enregistré chez les garçons de 0 à 4 ans vivant dans les zones sans IM, soit un risque 5,34 fois plus élevé que celui des garçons des régions urbaines. Les femmes de 65 ans et plus vivant dans les régions rurales ont enregistré des risques de mortalité plus faibles, mais les écarts n'étaient pas statistiquement significatifs.

Figure 49

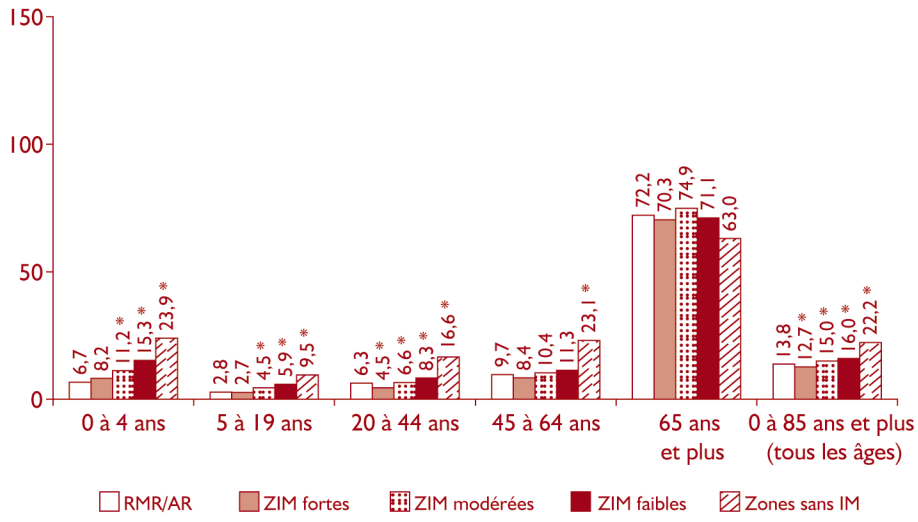
**Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable à d'autres traumatismes chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996**




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 50

Taux normalisés selon l'âge de mortalité attribuable à d'autres traumatismes chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 26

Ratios normalisés de mortalité attribuable à d'autres traumatismes, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | 1,09 (0,83-1,40) | 2,13 (1,82-2,48)* | 2,50 (2,17-2,87)* | 5,34 (4,28-6,58)* |
| 5 à 19 ans | 1,54 (1,33-1,76)* | 1,83 (1,65-2,02)* | 2,32 (2,11-2,54)* | 3,73 (3,14-4,41)* |
| 20 à 44 ans | 0,90 (0,84-0,98)* | 1,30 (1,23-1,37)* | 1,77 (1,69-1,85)* | 3,04 (2,77-3,32)* |
| 45 à 64 ans | 1,07 (0,97-1,17) | 1,47 (1,39-1,57)* | 1,68 (1,58-1,79)* | 2,68 (2,34-3,05)* |
| 65 ans et plus | 1,05 (0,97-1,12) | 1,05 (1,00-1,10) | 1,09 (1,03-1,15)* | 1,10 (0,96-1,25) |
| Total | 1,03 (0,99-1,08) | 1,28 (1,24-1,32)* | 1,54 (1,49-1,58)* | 2,30 (2,17-2,44)* |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau 26 (suite)

| Groupe d'âge | Femmes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 0 à 4 ans | 1,24 (0,91-1,64) | 1,68 (1,36-2,05)* | 2,27 (1,90-2,70)* | 3,56 (2,56-4,83)* |
| 5 à 19 ans | 0,96 (0,71-1,27) | 1,58 (1,31-1,88)* | 2,06 (1,75-2,40)* | 3,33 (2,45-4,43)* |
| 20 à 44 ans | 0,72 (0,60-0,84)* | 1,05 (0,94-1,18) | 1,31 (1,18-1,45)* | 2,65 (2,17-3,20)* |
| 45 à 64 ans | 0,87 (0,73-1,02) | 1,07 (0,95-1,20) | 1,16 (1,02-1,31)* | 2,36 (1,85-2,96)* |
| 65 ans et plus | 0,98 (0,90-1,05) | 1,04 (0,99-1,09) | 0,98 (0,93-1,04) | 0,87 (0,74-1,02) |
| Total | 0,93 (0,87-0,98)* | 1,08 (1,03-1,12)* | 1,13 (1,09-1,18)* | 1,52 (1,38-1,66)* |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | **ZIM fortes** | **ZIM modérées** | **ZIM faibles** | **Zones sans IM** |
| 0 à 4 ans | 1,15 (0,94-1,39) | 1,94 (1,71-2,19)* | 2,41 (2,16-2,68)* | 4,61 (3,85-5,48)* |
| 5 à 19 ans | 1,39 (1,23-1,57)* | 1,77 (1,62-1,93)* | 2,26 (2,09-2,44)* | 3,65 (3,14-4,21)* |
| 20 à 44 ans | 0,88 (0,82-0,94)* | 1,27 (1,21-1,33)* | 1,70 (1,63-1,78)* | 3,04 (2,80-3,30)* |
| 45 à 64 ans | 1,03 (0,96-1,12) | 1,38 (1,30-1,46)* | 1,57 (1,48-1,66)* | 2,66 (2,37-2,97)* |
| 65 ans et plus | 1,03 (0,98-1,09) | 1,07 (1,03-1,10)* | 1,06 (1,02-1,09)* | 1,02 (0,92-1,12) |
| Total | 1,01 (0,98-1,05) | 1,22 (1,19-1,25)* | 1,41 (1,38-1,44)* | 2,07 (1,97-2,17)* |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

## Analyse

Les blessures sont un grave problème de santé publique au Canada. À l'exclusion des événements indésirables découlant de soins médicaux, les blessures sont la cause principale de décès chez les Canadiens de 1 à 44 ans et la quatrième cause de décès chez les Canadiens de tout âge. Elles sont la principale cause de mortalité prématurée et d'invalidité au Canada. Les blessures mortelles et invalidantes touchent souvent les adolescents et les jeunes adultes. En 1999, les blessures, à l'exception des événements indésirables découlant de soins médicaux, étaient la principale cause d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 70 ans et, après le cancer, la deuxième cause en importance d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans (Santé Canada, 1999). On estime que le fardeau économique que représentent les blessures intentionnelles et les blessures non intentionnelles dépasse les 12,7 milliards de dollars par année, ou 8 % du total des coûts directs et des coûts indirects liés aux maladies. Les blessures occupent le quatrième rang, après les maladies cardio-vasculaires, les troubles musculo-squelettiques et le cancer[206].

Les taux de mortalité attribuable aux blessures et aux empoisonnements étaient plus élevés dans les régions rurales, ce qui en fait la principale cause de mortalité dans ces régions. Il n'a pas été possible de se pencher sur les différents types de blessures, mis à part les accidents de la route, puisque les données dont nous disposions étaient limitées. Cependant, compte tenu des résultats de la présente étude et d'autres études réalisées au Canada, il est probable que même une baisse partielle des taux de décès découlant d'une blessure aurait une incidence profonde sur les taux de décès prématuré et sur la santé de la population en général, particulièrement en milieu rural.

La mortalité attribuable à un accident de la route était la plus importante cause de mortalité par blessure dans les régions rurales. Il s'agissait d'une importante cause de mortalité prématurée, les taux chez les enfants de 5 à 19 ans étant presque aussi élevés que ceux enregistrés chez les 45 à 64 ans[****]. Ces taux incluaient les taux de mortalité attribuable aux traumatismes en milieu agricole, qui sont un grave problème de santé dans les régions rurales à forte concentration agricole[49, 207, 208]. Une étude canadienne sur les blessures mortelles en milieu agricole a révélé que 10 % des victimes étaient des enfants du propriétaire d'une ferme[207]. La nature des travaux agricoles exige que des tâches variées soient accomplies au cours d'une longue période. Les conditions météorologiques, les pannes mécaniques et les facteurs financiers peuvent contribuer au taux élevé de fatigue et d'incertitude, et figurent parmi les facteurs susceptibles d'exposer le fermier aux blessures.

L'origine ethnique pourrait également influer sur les taux de mortalité attribuable aux blessures plus élevés en milieu rural. Dans une étude où l'on compare les APVP en raison de causes variées dans les régions où la population autochtone est dense, le nombre d'APVP en raison de blessures était considérable et représentait le nombre le plus élevé d'années potentielles de vie perdues, soit 39 %. Dans les régions sanitaires où l'on note une faible densité d'Autochtones, les blessures étaient la deuxième cause d'APVP (22 %)[209]. Dans leur étude, Allard et coll,. ont mentionné qu'en plus d'être majoritairement composées de populations autochtones, ces régions sanitaires étaient également peu densément peuplées, se trouvaient loin des grandes régions métropolitaines et se distinguaient des autres par leur taux de chômage élevé, leur faible revenu et leur niveau inférieur de scolarité. Le statut socioéconomique et l'origine ethnique pourraient expliquer en grande partie les taux plus élevés de blessures dans les régions rurales. Bien que nous ayons tenu compte de ces facteurs dans notre analyse de régression, ils n'ont pas justifié l'incidence du lieu de résidence sur les risques de mortalité attribuable à un accident de la route[207, 208].

**** Il est important de noter que les taux de mortalité attribuable aux accidents de la route calculés aux fins de la présente analyse impute les décès au lieu de résidence de la personne. Étant donné que les sources dont nous disposons sont limitées, nous ne sommes pas en mesure de déterminer le lieu de l'accident.

Les infrastructures (par exemple, le piètre état des routes et la distance à parcourir) ou les comportements plus à risque (par exemple, le faible taux du port de la ceinture de sécurité et d'utilisation des sièges de sécurité pour enfants), ainsi que le temps nécessaire pour découvrir la victime et les délais d'intervention des services médicaux d'urgence sont d'autres facteurs susceptibles d'influer sur les taux élevés constatés dans la présente étude pour ce qui est des accidents de la route chez les résidents des régions rurales[49, 70, 210]. Il n'a pas été possible de vérifier si les personnes possédaient une voiture ni la distance parcourue puisque les données n'étaient pas disponibles au niveau géographique requis pour ce type d'analyse. Les programmes de prévention favorisant l'utilisation des dispositifs de sécurité sont peut-être moins courants dans les régions rurales ou, s'ils sont destinés principalement aux milieux urbains, ils ne signifient peut-être pas la même chose pour les populations des régions rurales[208].

## Suicide

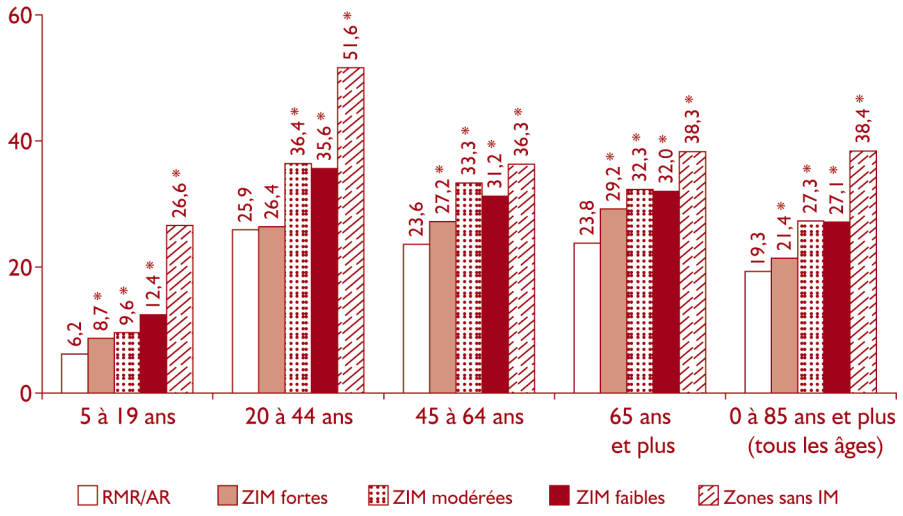
### Taux de mortalité

Les taux de mortalité par suicide étaient plus de quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les taux étaient supérieurs chez les hommes (taux de mortalité normalisé selon l'âge : 51,6) et chez les femmes (taux de mortalité normalisé selon l'âge : 10,5) de 20 à 44 ans vivant dans les zones sans IM (figures 51 et 52). On a noté des écarts significatifs entre les collectivités urbaines et rurales chez les hommes de tous les groupes d'âge (figure 51). Pour ce qui est des femmes, la tendance était moins évidente; les taux étaient beaucoup plus bas dans les ZIM fortes pour la plupart des groupes d'âge. Bien que les taux de mortalité par suicide étaient plus élevés chez les femmes plus jeunes (5 à 19 ans et 20 à 44 ans) vivant dans les zones sans IM, les femmes plus âgées des régions rurales ont enregistré des taux de mortalité beaucoup plus bas que celles des régions urbaines (figure 52).

Dans l'ensemble, les ratios de mortalité normalisés étaient plus bas chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines, mais les écarts étaient plutôt non significatifs (tableau 27). Les risques étaient statistiquement significatifs chez les jeunes filles (5 à 19 ans) des régions rurales; on a enregistré le ratio de mortalité normalisé le plus élevé dans les zones sans IM (ratio de mortalité normalisé : 6,54). En revanche, les ratios de mortalité normalisés étaient tous beaucoup plus élevés chez les hommes des régions rurales, et les jeunes garçons de 5 à 19 ans vivant dans les zones sans IM risquaient davantage de mourir des suites d'un suicide (ratio de mortalité normalisé : 4,29).

Figure 51

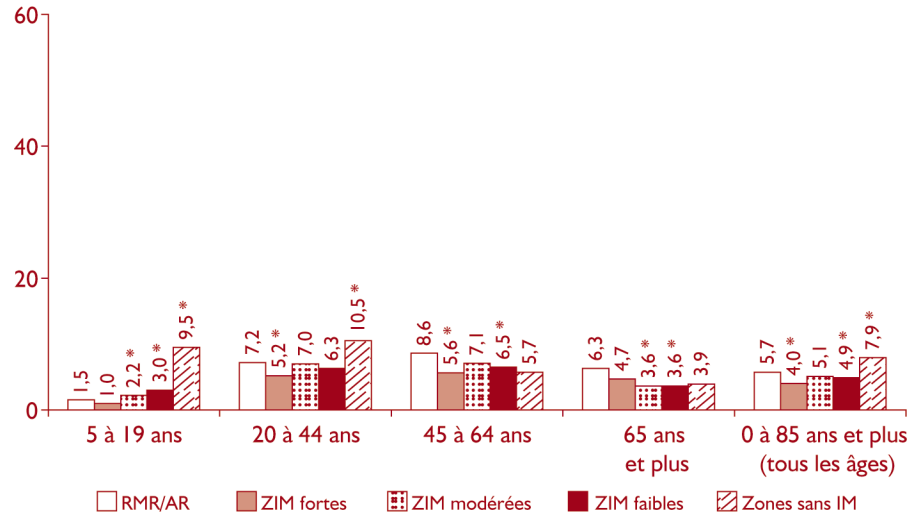
Taux normalisés selon l'âge de mortalité par suicide chez les hommes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Figure 52

Taux normalisés selon l'âge de mortalité par suicide chez les femmes (par 100 000 habitants), selon le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996




Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau 27

Ratios normalisés de mortalité par suicide (ratio de mortalité normalisé), selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Hommes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 5 à 19 ans | 1,40 (1,19-1,63)* | 1,55 (1,38-1,74)* | 2,00 (1,79-2,21)* | 4,29 (3,60-5,07)* |
| 20 à 44 ans | 1,02 (0,94-1,09) | 1,41 (1,34-1,47)* | 1,38 (1,31-1,45)* | 2,05 (1,85-2,26)* |
| 45 à 64 ans | 1,16 (1,05-1,27)* | 1,41 (1,32-1,51)* | 1,32 (1,23-1,42)* | 1,53 (1,28-1,83)* |
| 65ans et plus | 1,22 (1,07-1,40)* | 1,37 (1,25-1,48)* | 1,35 (1,22-1,48)* | 1,63 (1,30-2,01)* |
| Total | 1,11 (1,06-1,16)* | 1,41 (1,37-1,46)* | 1,41 (1,36-1,46)* | 2,07 (1,93-2,23)* |
| **Groupe d'âge** | **Femmes** | | | |
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 5 à 19 ans | 0,71 (0,42-1,12) | 1,53 (1,17-1,96)* | 2,02 (1,60-2,51)* | 6,54 (4,79-8,73)* |
| 20 à 44 ans | 0,72 (0,61-0,84)* | 0,97 (0,87-1,09) | 0,88 (0,78-0,99)* | 1,52 (1,19-1,92)* |
| 45 à 64 ans | 0,65 (0,52-0,80)* | 0,82 (0,71-0,95)* | 0,76 (0,64-0,89)* | 0,66 (0,39-1,04) |
| 65ans et plus | 0,76 (0,55-1,01) | 0,57 (0,44-0,72)* | 0,58 (0,43-0,75)* | 0,61 (0,28-1,15) |
| Total | 0,70 (0,63-0,79)* | 0,89 (0,82-0,96)* | 0,87 (0,80-0,95)* | 1,50 (1,27-1,77)* |
| **Groupe d'âge** | **Tous** | | | |
| | ZIM fortes | ZIM modérées | ZIM faibles | Zones sans IM |
| 5 à 19 ans | 1,30 (1,12-1,50)* | 1,56 (1,40-1,74)* | 2,02 (1,83-2,21)* | 4,75 (4,09-5,49)* |
| 20 à 44 ans | 0,97 (0,91-1,03) | 1,34 (1,28-1,40)* | 1,30 (1,24-1,36)* | 2,0 (1,82-2,20)* |
| 45 à 64 ans | 1,05 (0,97-1,14) | 1,27 (1,20-1,35)* | 1,20 (1,12-1,28)* | 1,35 (1,13-1,59)* |
| 65ans et plus | 1,21 (1,07-1,35)* | 1,25 (1,15-1,36)* | 1,25 (1,14-1,37)* | 1,51 (1,25-1,89)* |
| Total | 1,05 (1,00-1,09) | 1,33 (1,28-1,37)* | 1,32 (1,28-1,37)* | 2,02 (1,89-2,16)* |

Remarques :
Groupe de référence : RMR/AR = 1,0.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

### Analyse multivariée

On a réalisé des analyses de régression multivariées du lien entre le taux de mortalité par suicide et le lieu de résidence pour quatre groupes d'âge différents : les 15 à 24 ans, les 25 à 44 ans, les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus. On trouve une description de la méthodologie employée pour ces analyses à la section 3.2.1. Le tableau 28 présente les résultats de l'analyse de régression de Poisson sur le lien entre le lieu de résidence et le taux de mortalité par suicide. Différentes tendances ont émergé de cette analyse selon le sexe.

Tableau 28

Estimations du risque relatif (RR) ajusté du lien entre le lieu de résidence et le taux de mortalité par suicide, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 1986 à 1996

| Lieu de résidence (ZIM) | Hommes de 15 à 24 ans RR (IC de 95 %) | Femmes de 15 à 24 ans RR (IC de 95 %) | Total 15 à 24 ans RR (IC de 95 %) |
|---|---|---|---|
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM fortes | *1,20 (1,05-1,35) | 0,84(0,59-1,33) | *1,18 (1,05-1,33) |
| ZIM modérées | *1,32 (1,20-1,46) | 1,13 (0,90-1,42) | *1,37 (1,26-1,50) |
| ZIM faibles | *1,29 (1,17-1,42) | 1,11 (0,89-1,38) | *1,34 (1,22-1,46) |
| Zones sans IM | *1,58 (1,29-1,94) | *2,18 (1,57-3,02) | *1,71 (1,43-2,06) |
| | **Hommes de 25 à 44 ans RR (IC de 95 %)** | **Femmes de 25 à 44 ans RR (IC de 95 %)** | **Total 25 à 44 ans RR (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM fortes | 1,07 (0,97-1,18) | *0,84 (0,71-0,99) | 1,04 (0,95-1,14) |
| ZIM modérées | *1,19 (1,10-1,28) | 0,95 (0,83-1,08) | *1,15 (1,07-1,24) |
| ZIM faibles | *1,13 (1,04-1,23) | *0,79 (0,69-0,92) | 1,08 (1,00-1,17) |
| Zones sans IM | 1,07 (0,86-1,33) | 0,79 (0,54-1,15) | 1,03 (0,84-1,28) |
| | **Hommes de 45 à 64 ans RR (IC de 95 %)** | **Femmes de 45 à 64 ans RR (IC de 95 %)** | **Total 45 à 64 ans RR (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM fortes | *1,17 (1,06-1,29) | *0,72 (0,59-0,90) | 1,07 (0,98-1,17) |
| ZIM modérées | *1,31 (1,21-1,43) | *0,83 (0,70-0,97) | *1,15 (1,07-1,24) |
| ZIM faibles | *1,26 (1,15-1,38) | *0,78 (0,65-0,94) | *1,11 (1,03-1,21) |
| Zones sans IM | *1,51 (1,22-1,87) | 0,60 (0,34-1,05) | *1,23 (1,01-1,51) |
| | **Hommes de 65 ans et plus RR (IC de 95 %)** | **Femmes de 65 ans et plus RR (IC de 95 %)** | **Total 65 ans et plus RR (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM fortes | *1,28 (1,12-1,47) | 0,81 (0,59-1,10) | *1,23 (1,09-1,40) |
| ZIM modérées | *1,45 (1,31-1,60) | *0,66 (0,51-0,85) | *1,30 (1,18-1,43) |
| ZIM faibles | *1,45 (1,29-1,62) | *0,67 (0,51-0,90) | *1,31 (1,18-1,45) |
| Zones sans IM | *1,67 (1,26-2,17) | 0,74 (0,35-1,56) | *1,50 (1,17-1,94) |

Remarques :
* Estimations du RR statistiquement différentes de la référence (1,00) à $p < 0,05$.
Sources : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996 et Recensement de 1996, Statistique Canada.

Chez les hommes de tous les groupes d'âge, il existait toujours un lien significatif entre le lieu de résidence et le taux de mortalité par suicide, même après que l'on a tenu compte d'importants déterminants de la santé. Les hommes de 15 à 24 ans vivant dans les régions rurales risquaient davantage de se suicider (entre 20 % et 58 % de plus) que les jeunes hommes vivant en milieu urbain. Chez les hommes de 25 à 44 ans, le lien était beaucoup plus fort dans les ZIM modérées et faibles, les risques relatifs étant respectivement de 1,19 et 1,13. Les risques de suicide chez les hommes d'âge moyen et plus âgés des régions rurales étaient également plus élevés que chez les hommes des régions urbaines, soit entre 17 % et 52 %. D'autres prédicteurs étaient associés avec les risques élevés de mortalité par suicide chez les hommes : l'état matrimonial (moins de 50 % de la population des SDR étant mariée) et un faible revenu du ménage dans les SDR (inférieur à 39 000 $) étaient associés aux risques croissants de mortalité par suicide (données non présentées). Les hommes de 15 à 24 ans vivant dans les SDR situées au nord risquaient davantage de se suicider que ceux du sud (RR : 1,73). Cependant, le fait d'être âgé de plus de 24 ans et d'habiter au nord n'avait aucune incidence significative sur le risque de suicide chez les hommes (données non présentées). L'exclusion des SDR du nord n'a rien changé au lien entre les lieux de résidence en milieu rural et le taux de mortalité par suicide (annexe E).

Chez les femmes, le lien s'est dissipé ou est devenu statistiquement plus bas à mesure qu'elles vieillissaient, sauf chez les adolescentes et les jeunes femmes (15 à 24 ans) vivant dans les zones sans IM, qui risquaient encore davantage de se suicider (RR : 2,18). L'état matrimonial (moins de 50 % de la population des SDR étant mariée) et un faible revenu du ménage dans les SDR (inférieur à 39 000 $) étaient associés aux risques croissants de mortalité par suicide (données non présentées). Les femmes de 15 à 24 ans vivant au nord étaient plus susceptibles de se suicider (RR : 1,90). Le lien n'était pas significatif chez les femmes de plus de 24 ans (données non présentées). L'exclusion des SDR du nord n'a rien changé au lien qui unit les lieux de résidence en milieu rural et le taux de mortalité par suicide (annexe E).

## Analyse

Le suicide est un grave problème de santé publique. Il est l'une des principales causes de décès prématurés; il se classe au troisième rang des années potentielles de vie perdues chez les hommes et partage le quatrième rang chez les femmes[211]. Lorsqu'on tient compte des idées suicidaires et des tentatives de suicide, les preuves indiquent que l'on doit autant se préoccuper des hommes que des femmes : bien que les hommes risquent davantage de se suicider, les femmes sont plus susceptibles de développer des idées suicidaires et de tenter de se suicider que les hommes[212, 213]. Le taux de suicide est plus élevé chez les jeunes et les personnes âgées, les personnes qui ont déjà tenté de se suicider et les Autochtones par rapport à la population en général[214]. Les facteurs de risque associés au suicide incluent la maladie mentale, la toxicomanie, les événements stressants de la vie, la phase terminale d'une maladie et les antécédents familiaux liés au suicide[116, 215].

Les hommes des régions rurales de tous âges, particulièrement ceux qui vivent dans les zones sans IM, risquent davantage de se suicider. Bien que les risques soient extrêmement élevés chez les filles des régions rurales de 5 à 19 ans, ils diminuent au même rythme que les femmes des régions rurales prennent de l'âge. En revanche, les risques de mortalité par suicide chez les hommes demeurent significativement élevés pour tous les groupes d'âge des régions rurales par rapport aux régions urbaines. Nos résultats sont fidèles à ceux publiés dans des études réalisées aux États-Unis[48] et en Australie[107, 216].

À l'instar des questions liées à la santé mentale, les facteurs communautaires pourraient contribuer à l'augmentation du taux de mortalité par suicide. Si l'on se reporte au contexte des collectivités des Premières Nations, on a élaboré un cadre dans le but de savoir comment le capital social peut être associé au suicide chez les jeunes. Cette analyse tient compte de plusieurs facteurs qui peuvent agir en tant que protection, notamment la psychobiologie, le cycle de vie, la condition, le statut socioéconomique et les tensions d'ordre culturel[217]. On a noté des écarts significatifs dans les taux de suicide chez les peuples autochtones de la Colombie-Britannique. Chandler et Lalonde[218] ont étudié l'incidence des changements sociaux et culturels sur le sentiment d'identité d'une personne et ont noté que les collectivités de Premières Nations qui ont pris des mesures concrètes afin de préserver et réhabiliter leur propre culture ont enregistré des taux de suicide chez les jeunes beaucoup moins élevés. Des changements structurels dans les collectivités rurales (dégradation sur le plan économique, chômage, isolement, etc.) pourraient influencer davantage les hommes[86]. D'autres facteurs, tel que l'état matrimonial, les croyances religieuses et la composition ethnique, ont servi de catalyseur pour ce qui est du lien entre le lieu de résidence en milieu rural et les taux de suicide chez les deux sexes[48, 219]. Cette constatation est corroborée par les résultats de notre analyse de régression, alors qu'il s'est avéré que le statut socioéconomique et les facteurs sociodémographiques influaient grandement sur le risque de mortalité par suicide. Cependant, le lieu de résidence avait toujours de l'importance, même une fois que l'on a tenu compte de ces importants déterminants.

Le suicide a des effets négatifs sur la société, et on éprouve une certaine réticence à en discuter ouvertement[215, 220]. Lorsqu'on interprète le fardeau du suicide sur la société, il est important de noter que les taux de mortalité par suicide peuvent être sous-estimés, en partie à cause de la codification, des délais liés à l'entrée de données dans la base de données sur la mortalité (par exemple, lorsque la cause d'un décès est incertaine, le coroner peut d'abord codifier le décès comme « indéterminé » en attendant l'enquête; par la suite, les changements apportés au code ne sont pas transmis à la base de données sur la mortalité) ou à la stigmatisation du suicide dans certaines collectivités qui peut influencer la codification du certificat de décès (les différences culturelles ou les croyances religieuses à l'égard du suicide peuvent influer)[116, 221]. Le fardeau du suicide sur l'ensemble de la société, et plus particulièrement sur les collectivités rurales, pourrait être plus lourd que nos résultats le supposent.

On a décrit les troubles de santé mentale comme étant un important facteur de risque associé au suicide[116], mais nos analyses de données n'indiquent aucune relation parallèle entre les deux. Cela a pu se produire à maintes occasions. Du point de vue méthodologique, les données pour ces deux conditions proviennent de deux sources de données différentes et couvrent des périodes différentes : les données sur la mortalité par suicide portent sur une période de 10 ans (1986 à 1996), alors que les données sur la santé mentale ont été puisées à même l'ESCC menée en 2001. De plus, nous n'avons étudié que les collectivités dont la prévalence des maladies mentales était plutôt élevée et les collectivités dont l'incidence du suicide était relativement élevée; nous n'avons pas cherché à savoir si la maladie mentale d'une personne entraîne chez elle un comportement suicidaire. Bien que les études aient démontré que plus de 90 % des personnes qui se suicident souffrent d'un trouble psychiatrique pouvant être diagnostiqué, les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique ne deviennent pas toutes suicidaires[222]. Les experts affirment que les stratégies de prévention du suicide, bien qu'elles mettent surtout l'accent sur la dépression, la consommation d'alcool et la schizophrénie, devraient tenir compte davantage des caractéristiques biologiques et psychologiques ainsi que des facteurs liés à l'environnement culturel, social et physique[219, 222, 223].

# Chapitre 5 : Discussion générale et incidences sur les politiques

Le présent rapport contient de nombreuses constatations sur la santé de la population des régions rurales du Canada, sujet très peu exploré jusqu'à maintenant. Bien qu'il existe certaines études sur l'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural, elles portent sur une région ou une province en particulier, mettent l'accent sur un seul aspect de la santé ou s'appuient sur une seule source de données. La présente étude est d'envergure pancanadien, examine une multitude de phénomènes de santé, utilise des données provenant de diverses sources et adopte différentes techniques analytiques. En plus d'examiner l'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural, l'étude vise aussi à mettre en lumière les corrélats des disparités entre le milieu urbain et le milieu rural en matière de santé.

Par *caractère rural*, on entend distance et densité. Nous avons examiné les collectivités rurales qui ont une faible densité de la population, plus précisément celles qui comptent moins de 10 000 habitants. Ces collectivités ont été classées en fonction de leur distance par rapport à de grands centres urbains (selon la proportion des résidents qui font la navette pour aller travailler dans les grands centres urbains). Même si, d'une part, il n'y avait pas de différences marquées entre les régions rurales et urbaines quant à certaines mesures de la santé et que, d'autre part, les indicateurs de mauvaise santé étaient plus importants dans les régions urbaines, les régions rurales étaient généralement désavantagées sur le plan de la santé en ce qui concerne de nombreuses mesures de santé examinées dans la présente étude. Par exemple, les milieux ruraux affichent un taux de mortalité plus élevé chez les jeunes attribuable aux blessures (dont le suicide et d'autres causes accidentelles) et à certaines maladies chroniques ainsi qu'une prévalence élevée de certains facteurs de risque (tels que l'obésité et le tabagisme), pour n'en nommer que quelques-uns. Pour la plupart des résultats examinés par analyse multivariée, nous avons découvert que le degré de ruralité avait un effet indépendant et nuisible sur les résultats pour la santé, après la prise en compte des facteurs sociaux, démographiques et économiques.

Il est toutefois important d'examiner les disparités entre les régions rurales et urbaines dans le contexte plus vaste des déterminants sociaux de la santé. Le *lieu*, c'est-à-dire là où les gens vivent, travaillent et se divertissent, n'est qu'une forme abrégée d'une série de facteurs interdépendants qui se produisent dans des emplacements géographiques, qu'il s'agisse de grandes villes, de petites villes, de collectivités rurales ou de régions éloignées. Il peut s'agir de la profession, du revenu, de la scolarité et du statut social, qui sont considérés comme d'importants déterminants de la santé. La relation entre un faible revenu et un mauvais état de santé est bien documentée. Par exemple, une étude inspirée de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 indiquait que les hommes à faible revenu qui travaillaient avaient presque deux fois plus de problèmes de santé et trois fois plus de jours d'incapacité par rapport aux hommes à revenu élevé[250]. Selon les résultats d'une étude plus récente, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, deux fois plus d'hommes et de femmes dans le groupe au revenu le plus élevé ont qualifié leur état de santé d'excellent par rapport au groupe au revenu le plus faible[250].

La relation entre le lieu et la santé se manifeste aussi sous d'autres formes de différences régionales en matière de santé. Plus particulièrement, les différences entre les provinces et les territoires sur le plan de l'état de santé font souvent l'objet de rapports. Par exemple, les taux de mortalité au Canada augmentent généralement d'ouest en est et tendent à être plus élevés dans le Nord. De 1997 à 1999, les femmes vivant dans les Territoires du Nord-Ouest affichaient un taux de mortalité, toutes causes confondues, de 30 % plus élevé que celui des femmes vivant à Terre-Neuve-et-Labrador et de 60 % plus élevé que celui des femmes vivant en Colombie-Britannique. Parmi les hommes, ces différences variaient de 5 % à 30 %[225]. La dimension Nord/Sud est importante en ce qui a trait au lieu et à la santé. Bien que cette question ne soit pas abordée dans le présent rapport, elle a été prise en considération dans certaines des analyses de régression présentées.

Les disparités au sein des régions et entre elles sont également des aspects importants de la relation entre le lieu et la santé. Des recherches sur la santé urbaine ont révélé qu'il existe des différences sur le plan de la santé au sein des villes et entre elles. Par exemple, d'importantes variations dans les indicateurs d'état de santé et de qualité de vie liée à la santé ont été constatées dans des quartiers de Montréal, abstraction faite des différences sociodémographiques et comportementales[226]. De plus, les variations entre les villes sont également importantes au Canada. Ainsi, le taux de suicide est bien plus élevé à Québec que dans d'autres villes, particulièrement parmi les hommes à faible revenu[25]. Dans le même ordre d'idées, l'évaluation des différences dans l'état de santé au sein des collectivités rurales et entre elles est un autre domaine de recherche qui peut favoriser la compréhension de l'état de santé des Canadiens vivant en régions rurales. Bien que l'objectif premier du présent programme de recherche soit de comparer l'état de santé général des collectivités rurales et urbaines, une autre composante de ce programme a été entreprise afin de décrire l'hétérogénéité possible des collectivités rurales. Compte tenu de la relation multidimensionnelle entre les déterminants de la santé, l'état de santé et le lieu, une méthodologie multivariée a été utilisée afin de classer les collectivités rurales selon leurs caractéristiques sociales, démographiques et économiques. Cette façon de classer les collectivités rurales a démontré que les variations dans les déterminants de la santé et les résultats existent à l'intérieur des régions rurales. Selon cette analyse, même si la plupart des collectivités rurales qui présentaient de « bons » déterminants de santé présentaient aussi de « bons » résultats pour la santé, les « mauvais » déterminants de la santé n'entraînaient pas forcément de « mauvais » résultats pour la santé dans certaines collectivités rurales. Combinée aux analyses présentées ici, l'étude sur les variations à l'intérieur des régions rurales met en évidence la complexité des relations entre la santé et le lieu. Des renseignements plus détaillés sur les variations à l'intérieur des régions rurales sont présentés dans d'autres rapports et seront abordés dans des publications à venir.

Il est à noter que certaines analyses du présent rapport utilisent une approche semblable à celle d'une étude écologique, ce qui signifie que les unités d'analyse représentent des populations ou des groupes de personnes plutôt que des individus. En vertu de cette approche, il est difficile d'associer aux individus les conclusions tirées à l'échelle régionale, compte tenu de la possibilité de faire des erreurs écologiques. Par exemple, les caractéristiques liées à l'état de santé d'une région ne s'appliquent pas forcément à tous les habitants de la région en question. Par contre, l'information sur une région est essentielle à la compréhension des variations sur le plan de la santé, non pas en tant que substitut aux analyses au niveau individuel, mais en tant que moyen de démontrer les influences compositionnelles et contextuelles sur la santé[17]. Ces résultats entraînent d'importantes incidences sur les politiques. Par exemple, les politiques ou les programmes qui visent à changer les déterminants socioéconomiques à l'échelle des régions, des provinces ou du pays auraient-ils des incidences sur les personnes? Comment peut-on élaborer les politiques gouvernementales de façon à ce qu'elles aient des incidences non seulement sur une société dans son ensemble, mais aussi sur les personnes à risque? À l'inverse, les politiques et les programmes qui visent à changer les comportements individuels auraient-ils des incidences à long terme sur le l'état de santé d'une population?

Comme l'a démontré le présent rapport, les résidents des régions rurales du Canada sont plus susceptibles de vivre dans de moins bonnes conditions socioéconomiques, d'avoir un niveau de scolarité moins élevé, de participer à des activités économiques qui comportent un plus grand risque pour la santé (par exemple, l'agriculture, la pêche, l'exploitation minière et l'exploitation forestière) et d'adopter des comportements de santé moins souhaitables. Ces facteurs peuvent être aggravés par un accès réduit à la prévention, à la détection précoce, au traitement et aux services de soutien, ce qui fait en sorte qu'il est encore plus difficile d'atteindre un bon état de santé dans les régions rurales ou éloignées. Dans le cadre du présent programme de recherche, un deuxième rapport, qui sera publié ultérieurement, examinera les tendances de l'accès aux services de santé et leur utilisation dans le Canada rural, en vue d'appuyer davantage la prise de décisions relativement à la santé des collectivités rurales.

Alors, qu'est-ce qui peut être fait pour éliminer ou à tout le moins réduire les disparités dans l'état de santé entre les régions rurales et urbaines? Bien qu'il soit difficile de modifier certains déterminants de la santé (tels que les caractéristiques démographiques et la structure socioéconomique des collectivités rurales), d'autres possibilités peuvent être explorées. En voici quelques exemples††††.

†††† Il est à noter que les recommandations énoncées dans le présent rapport ne sont pas forcément celles de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de l'Agence de santé publique du Canada, du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord ou de l'Université Laurentienne.

- Les recherches sur la santé de la population ont démontré que les facteurs socioéconomiques sont souvent aussi importants que les soins de santé lorsqu'il s'agit d'évaluer l'état de santé d'une population. Les Canadiens vivant en milieu rural ont habituellement un revenu plus faible et une moins grande sécurité d'emploi que les résidents des milieux urbains. Bien que de nombreux programmes ou projets régionaux de développement économique aient donné des résultats variables, certains cas de réussites peuvent servir de modèle pour les interventions communautaires[242, 244, 248]. Des approches novatrices et multisectorielles pourraient jouer un rôle important afin d'aider les collectivités à s'adapter aux changements de macro-niveau et de micro-niveau, comme les cycles d'économie d'emballement et d'effondrement (qui tendent à frapper durement les collectivités rurales) ou la dépendance d'une collectivité à l'égard d'une seule industrie afin d'assurer sa durabilité économique.
- Les taux globaux de mortalité à la suite de blessures et d'empoisonnements sont bien plus élevés dans les régions rurales que dans les régions urbaines. Certaines industries rurales, par exemple, l'agriculture, la pêche et l'exploitation forestière comportent un degré de risque élevé d'accidents du travail[207, 208, 210]. Il est nécessaire de porter une plus grande attention aux questions de santé et sécurité au travail dans le contexte rural, car les travailleurs ruraux peuvent avoir des besoins particuliers qui peuvent exiger des solutions différentes.
- Les résidents des collectivités rurales doivent généralement parcourir de plus longues distances sur des routes qui sont souvent plus dangereuses pour se rendre au travail, pour faire des emplettes, etc. Il ne faut pas s'en surprendre, les blessures et les décès à la suite d'accidents de la route sont bien plus fréquents dans les régions rurales. L'amélioration de l'état des routes rurales et la sensibilisation à l'égard de la sécurité routière pourraient être des solutions à explorer.
- L'importance de la prévention des maladies et de la promotion de la santé est reconnue dans la santé publique et dans les milieux cliniques. Ce qui est moins clair, c'est la question de savoir si les stratégies conventionnelles, élaborées dans la plupart des cas par des planificateurs de programmes urbains à l'intention des résidents des régions urbaines, sont aussi efficaces dans le milieu rural. Les résultats énoncés dans la présente étude en ce qui concerne les facteurs et les influences liés à la santé, comme une proportion plus élevée de fumeurs, une consommation moindre de fruits et de légumes et une proportion plus élevée de personnes qui accusent un surpoids ou qui sont obèses chez les résidents des régions rurales, portent à croire qu'il y a peut-être un certain potentiel dans les approches de prévention des maladies et de promotion de la santé qui sont adaptées aux réalités rurales.
- Les programmes de détection précoce qui visent la prévention secondaire des maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont essentiels à la santé de la population. La concentration des ressources de la santé, de l'expertise, des technologies et des services dans les grands centres urbains, combinée aux problèmes associés au transport rural, fait peut-être en sorte que de tels services sont moins accessibles dans les petites villes ou dans les collectivités éloignées.

Le *lieu* est un concept complexe. Il dénote non seulement l'emplacement géographique, mais englobe aussi les dimensions démographiques, sociales, économiques, culturelles et comportementales d'une collectivité et de ses résidents ainsi que les caractéristiques uniques de son environnement physique. Ainsi, il faut adopter différentes perspectives et méthodologies au moment d'examiner les relations entre le lieu et la santé. Le lieu peut avoir un effet indépendant sur la santé de la population, ou il peut interagir avec d'autres déterminants afin de former un réseau complexe de causes, qui comprend divers effets directs et indirects. Au fur et à mesure que l'ensemble des connaissances sur la relation entre le lieu et la santé s'accroît, il devient plus évident que le lieu doit être considéré comme un élément central dans l'élaboration des politiques et des programmes en matière de santé, notamment dans le cas des interventions communautaires. Les études telles que le présent programme de recherche permettront peut-être de fournir des renseignements indispensables au soutien des interventions propres à une collectivité ou à une région qui sont adaptées aux besoins particuliers des résidents ou qui tiennent compte des caractéristiques liées au lieu, comme la distance et la densité de la population.

# Références


1. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Education at a Glance 2002: Table A11.2* (en ligne), Paris, du même auteur, 2002. Consulté le 24 février 2005. Internet : <http://www.oecd.org/document/42/0,2340,en_2649_34515_1939690_1_1_1_1,00.html>.

2. Organisation de coopération et de développement économiques, *Health at a Glance—OECD Indicators*, Paris, du même auteur, 2003.

3. R. W. Pong, *The Health Transition Fund Synthesis Series: Rural Health/Telehealth* (en ligne), Ottawa, Santé Canada, 2002. Consulté le 8 décembre 2003. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/rural_en.pdf>.

4. Santé Canada, *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada*, Ottawa, du même auteur, 2003.

5. J. E. Stuff et coll., « High Prevalence of Food Insecurity and Hunger in Households in the Rural Lower Mississippi Delta », *Journal of Rural Health,* vol. 20, nº 2 (2002), p. 173-180.

6. C. M. Guy et G. David, « Measuring Physical Access to 'Healthy Foods' in Areas of Social Deprivation: A Case Study in Cardiff », *International Journal of Consumer Studies,* vol. 28, nº 3 (2002), p. 222-234.

7. S. Furey, H. Farley et C. Strugnell, « An Investigation Into the Availability and Economic Accessibility of Food Items in Rural and Urban Areas of Northern Ireland », *International Journal of Consumer Studies,* vol. 26, nº 4 (2002), p. 313-321.

8. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Towards a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999.

9. M. Watanabe et A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for All Canadians* (en ligne), Prince George, (C.-B.), University of Northern British Columbia, 2000. Internet : <http://www.unbc.ca/ruralhealth/summit.html>.

10. R. F. Badgley, « Social and Economic Disparities Under Canadian Health Care », *International Journal of Health Services,* vol. 21, nº 4 (1991), p. 659-671.

11. C. J. Mansfield et coll., « Premature Mortality in the United States: The Roles of Geographic Area, Socioeconomic Status, Household Type, and Availability of Medical Care », *American Journal of Public Health,* vol. 89, nº 6 (1999), p. 893-898.

12. R. Pampalon, « Health Discrepancies in Rural Areas in Quebec », *Social Science and Medicine,* vol. 33, nº 4 (1991), p. 355-360.

13. R. J. Pitblado, R. W. Pong et J. Jacono, « Regional Differences in Contacts With Health Care Providers in Ontario », *Redressing the Imbalance: Health Human Resources in Rural and Northern Communities*, B. Minore et C. Hartviksen, éd., Thunder Bay (Ontario), Lakehead University, 1995.

14. V. Goel et coll., *Patterns of Health Care in Ontario: The ICES Practice Atlas*, 2e édition, Toronto, Institut de recherche en services de santé, 1996.

15. Sous-comité de recherche du Comité interministériel sur les collectivités rurales et éloignées du Canada, *Rural Canada: A Profile*, Ottawa, gouvernement du Canada, 1995, numéro LM-347-02-95E au catalogue.

16. S. MacIntyre, A. Ellaway et S. Cummins, « Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them? », *Social Science and Medicine,* vol. 55 (2002), p. 125-139.

17. S. Curtis et I. Jones, « Is There a Place for Geography in the Analysis of Health Inequality? », *Sociology of Health and Illness,* vol. 20 (1998), p. 645-672.

18. C. Duncan, K. Jones et G. Moon, « Do Places Matter? A Multi-Level Analysis of Regional Variation in Health Related Behaviour in Britain », *Social Science and Medicine,* vol. 37 (1993), p. 725-733.

19. A. Forbes et S. P. Wainwright, « On the Methodological, Theoretical and Philosophical Context of Health Inequalities Research: A Critique », *Social Science and Medicine,* vol. 53 (2001), p. 801-816.

20. R. T. Goins et J. Mitchell, « Health-Related Quality of Life: Does Rurality Matter? », *The Journal of Rural Health,* vol. 15, no 2 (1999), p. 147-156.

21. R. A. Kearns et W. M. Gesler, *Putting Health Into Place: Landscape, Identity, and Well-Being*, Syracuse (New York), University Press, 1998.

22. S. MacIntyre, S. Maciver et A. Soomans, « Area, Class and Health: Should We Be Focusing on Places or People », *International Social Policy,* vol. 22 (1993), p. 213-234.

23. M. Stafford et coll., « Characteristics of Individuals and Characteristics of Areas: Investigating Their Influence on Health in the Whitehall II study », *Health and Place,* vol. 7 (2001), p. 117-129.

24. D. Hartley, « Rural Health Disparities, Population Health, and Rural Culture », *American Journal of Public Health,* vol. 94 (2004), p. 1675-1678.

25. N. A. Ross et coll., *Unpacking the Socioeconomic Health Gradient: A Canadian Intra-Metropolitan Research Program*, Montréal, Université McGill, 2005.

26. V. du Plessis et coll., *Definitions of "Rural"* (en ligne), Ottawa, Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2002. Internet : <http://www.statcan.ca/english/research/21-601-MIE/21-601-MIE2002061.htm>, document de travail n° 61.

27. R. W. Pong et J. R. Pitblado, « Don't Take 'Geography' for Granted! Some Methodological Issues in Measuring Geographic Distribution of Physicians », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 6, nº 2 (2001), p. 103-112.

28. Statistique Canada, *Urban and Rural Population Counts, for Provinces and Territories, 1996 Census* (en ligne), Ottawa, du même auteur, 2001. Internet : <http://www.statcan.ca/english/census96/table15.htm>, numéro 93-357-XPB au catalogue.

29. Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, *Rural Health in Rural Hands: Strategic Directions for Rural, Remote, Northern and Aboriginal Communities* (en ligne), Ottawa, Santé Canada, 2002. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/rural_health/rural_hands.pdf>.

30. Statistique Canada, *Statistical Area Classification: Highlight Tables for Canada, Provinces Territories, 2001 Census* (en ligne), Ottawa, du même auteur, 2004). Internet : <http://www.statcan.ca/english/census96/table15.htm>, numéro 97F0024XIE2001016 au catalogue.

31. N. Rothwell, *Employment in Rural and Small Town Canada: An Update to 2000*, Ottawa, Statistique Canada, 2001, numéro 3 au catalogue.

32. R. Beshiri et E. Alfred, *Immigrants in Rural Canada*, Ottawa, Statistique Canada, 2002, numéro 4 au catalogue.

33. Statistique Canada, *Aboriginal Peoples of Canada: A Demographic Profile*, Ottawa, du même auteur, 2003, numéro 96F0030XIE2001007 au catalogue.

34. Australian Institute of Health and Welfare, *Rural, Regional and Remote Health: A Study on Mortality*, Canberra (Australie), du même auteur, 2003, numéro PHE 45 au catalogue.

35. M. S. Eberhart et coll., *Urban and Rural Health Chartbook. Health, United States, 2001*, Hyattsville (Maryland), National Center for Health Statistics, 2001.

36. I. S. Watt, A. J. Franks et T.A. Sheldon, « Health and Health Care of Rural Populations in the UK: Is It Better or Worse? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 48, (1994), p. 16-21.

37. J. Wood, *Rural Health and Healthcare: A North West Perspective* (en ligne), Lancaster (Royaume-Uni), Institute for Health Research, Lancaster University, 2004. Internet : <http://www.nwpho.org.uk/reports/ruralhealth.pdf>.

38. H. H. Smith et coll., « Rural and Urban Differences in Mortality Among Americans 55 Years and Older: Analysis of the National Longitudinal Mortality Study », *The Journal of Rural Health*, vol. 11, nº 4 (1995), p. 274-285.

39. Australian Institute of Health and Welfare, *Health of Rural and Remote Australia*, Canberra (Australie), du même auteur, 1998, numéro PHE-6 au catalogue.

40. 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?*, Québec, du même auteur, 2004.

41. I. R. Hall et coll., « Breast and Cervical Carcinoma Mortality Among Women in the Appalachian Region of the U.S. », *Cancer,* vol. 89, nº 7 (2000), p. 1593-1602.

42. E. D. O'brien, R. S. Bailie et P. L. Jelfs, « Cervical Cancer Mortality in Australia: Contrasting Risk by Aboriginality, Age and Rurality », *International Journal of Epidemiology*, vol. 29 (2000), p. 813-816.

43. W. Brown, A. F. Young et J. E. Byles, « Tyranny of Distance? The Health of Mid-Age Women Living in Five Geographical Areas of Australia », *Australian Journal of Rural Health,* vol. 7 (1999), p. 148-154.

44. M. W. Rosenberg et K. Wilson, « Gender, Poverty and Location: How Much Difference Do They Make in the Geography of Health Inequalities », *Social Science and Medicine,* vol. 51, nº 2 (2000), p. 275-287.

45. O. P. Alho et coll., « Lip Cancer in Northern Finland: Changing Incidence and Clinical Characteristics », *Journal of Oral Pathology and Medicine,* vol. 29, nº 7 (2000), p. 299-302.

46. D. Wilkinson et K. Cameron, « Cancer and Cancer Risk in South Australia: What Evidence for a Rural-Urban Health Differential? », *Australian Journal of Rural Health,* vol. 12, nº 2 (2004), p. 61-66.

47. N. Middleton et coll., « Urban-Rural Differences in Suicide Trends in Young Adults: England and Wales, 1981-1998 », *Social Science and Medicine,* vol. 57, nº 7 (2003), p. 1183-1194.

48. G. K. Singh et M. Siahpush, « Increasing Rural-Urban Gradients in U.S. Suicide Mortality, 1970-1997 », *American Journal of Public Health,* vol. 92, nº 7 (2002), p. 1161-1167.

49. R. J. Mitchell et coll., « Farm-Related Fatal Injury of Young and Older Adults in Australia, 1989-1992 », *Australian Journal of Rural Health,* vol. 10, nº 4 (2002), p. 209-219.

50. P. J. Martens et S. Derksen, « A Matter of Life and Death for Manitoba's Children: An Overview of Birth Rates and Mortality Rates », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 92, suppl. 2 (2002), p. S21-S26.

51. R. Taylor et coll., « Socio-Economic, Migrant and Geographic Differentials in Coronary Heart Disease Occurrence in New South Wales », *Australian and New Zealand Journal of Public Health,* vol. 23, nº 1 (1999), p. 20-26.

52. M. Senior, H. Williams et G. Higgs, « Urban-Rural Differentials: Controlling for Material Deprivation », *Social Science and Medicine,* vol. 51, nº 2 (2000), p. 289-305.

53. M. D. Hayward, A. M. Pienta et D. K. McLaughlin, « Inequality in Men's Mortality: The Socioeconomic Status Gradient and Geographic Context », *Journal of Health and Social Behavior,* vol. 38, nº 4 (1997), p. 313-330.

54. R. Slifkin, L. Goldsmith et T. Ricketts, *Race and Place: Urban-Rural Differences in Health for Racial and Ethnic Minorities*, Chapel Hill (Caroline du Nord), North Carolina Rural Health Research Program, 2000.

55. J. Reading, *The Tobacco Report: First Nations and Inuit Health Survey*, Ottawa, First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, 1999.

56. T. K. Young et coll., *Chronic Diseases: First Nations and Inuit Regional Health Survey,* Ottawa, First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, 1999.

57. T. K. Young et coll., « Type 2 Diabetes Mellitus in Canada's First Nations: Status of an Epidemic in Progress », *Canadian Medical Association Journal,* vol. 163, nº 5 (2000), p. 561-566.

58. B. Diverty et C. Pérez, « The Health of Northern Residents », *Health Report,* vol. 9, nº 4 (1998), p. 9-55.

59. H. G. Peach, D. C. Pearce et S. J. Farish, « Age-Standardized Mortality and Proportional Mortality Analyses of Aboriginal and Non-Aboriginal Deaths in Metropolitan, Rural and Remote Areas », *Australian Journal of Rural Health,* vol. 6, nº 1 (1998), p. 36-41.

60. Y. Mao et coll., « Mortality on Canadian Indian Reserves, 1977-1982 », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 77, nº 4 (1986), p. 263-268.

61. Y. Mao et coll., « Indian Reserves and Registered Indian Mortality in Canada », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 83, nº 5 (1992), p. 350-353.

62. Président du Conseil du Trésor, « The Canadian Environment », *Canada's Performance 2004: Annual Report to Parliament,* Ottawa, gouvernement du Canada, 2004, p. 110-124.

63. C. Furgal et P. Gosselin, « Challenges and Directions for Environmental Public Health Indicators and Surveillance », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 93, suppl. 1 (2002), p. S5-S8.

64. R. W. Pong, J. R. Pitblado et A. Irvine, « A Strategy for Developing Environmental Health Indicators for Rural Canada », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 93, suppl. 1 (2002), p. S52-S56.

65. T. Hancock, « Indicators of Environmental Health in the Urban Setting », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 93, suppl. 1 (2002), p. S45-S51.

66. S. E. Parks, R. A. Housemann et R. C. Brownson, « Differential Correlates of Physical Activity in Urban and Rural Adults of Various Socioeconomic Backgrounds in the United States », *Journal of Epidemiology and Community Health* , vol. 57, nº 1 (2003), p. 29-35.

67. V. Mitura et R. D. Bollman, *Health Status and Behaviours of Canada's Youth: A Rural-Urban Comparison*, Ottawa, Statistique Canada, 2004, numéro 5 au catalogue.

68. P. W. Ramsey et L. L. Glenn, « Obesity and Health Status in Rural, Urban and Suburban Southern Women », *Southern Medical Journal*, vol. 95, nº 7 (2002), p. 666-671.

69. B. A. Reeder et coll., « Regional and Rural-Urban Differences in Obesity in Canada. Canadian Heart Health Survey Research Group », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, suppl. 1 (1997), p. S10-S16.

70. J. Dixon et N. Welch, « Researching the Rural-Metropolitan Health Differential Using the Social Determinants of Health », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 8, nº 5 (2000), p. 254-260.

71. M. Fitzgerald, A. Pearson et H. McCutcheon, « Impact of Rural Living on the Experience of Chronic Illness », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 9, nº 5 (2001), p. 235-240.

72. J. S. Humphreys, S. Mathews-Cowey et H. C. Weinand, « Factors in Accessibility of General Practice in Rural Australia », *Medical Journal of Australia*, vol. 166, nº 11 (1997), p. 557-580.

73. S. L. Albrecht, L. L. Clarke et M. K. Miller, « Community, Family, and Race/Ethnic Differences in Health Status in Rural Areas », *Rural Sociology*, vol. 63, nº 2 (1998), p. 235-252.

74. F. Baum, *Social Capital and Health: Implications for Health in Rural Australia*, Adelaide (Australie), National Rural Health Alliance, 1999.

75. D. Brown et J. Kulig, « The Concept of Resiliency: Theoretical Lessons From Community Research », *Health and Canadian Society*, vol. 4, nº 1 (1997), p. 29-50.

76. G. Halseth et A. Williams, « Guthrie House: A Rural Community Organizing for Wellness », *Health and Place*, vol. 5, nº 1 (1999), p. 7-44.

77. T. Hancock, « People, Partnerships and Human Progress: Building Community Capital », *Health Promotion International*, vol. 116, nº 3 (2001), p. 275-280.

78. I. Kawachi et coll., « Social Capital, Income Inequality and Mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, nº 9 (1997), p. 1491-1498.

79. J. Kulig, « Community Resiliency: The Potential for Community Health Nursing Theory Development », *Public Health Nursing*, vol. 17, nº 5 (2000), p. 375-385.

80. R. Putnam, « Bowling Alone: America's Declining Social Capital », *Journal of Democracy*, vol. 6, nº 1 (1995), p. 65-78.

81. R. Putnam, *The Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon & Shuster, 2000.

82. N. Welch, *Toward an Understanding of the Determinants of Rural Health*, Deakin (Australie), National Rural Health Alliance, 2000.

83. C. Molinari, M. Ahern et M. Hendryx, « The Relationship of Community Quality to the Health of Women and Men », *Social Science and Medicine*, vol. 47, nº 8 (1998), p. 1113-1120.

84. N. A. Christakis, « Social Networks and Collateral Health Effects », *British Medical Journal*, vol. 329, nº 7459 (2004), p. 184-185.

85. S. van Kemenade, *Social Capital as a Health Determinant: How Is It Defined?* (en ligne), Ottawa, Unité de communication de la recherche sur les politiques, Santé Canada, 2003. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>, document de travail n° 02-07.

86. C. Fraser et coll., « Does One Size Really Fit All? Why the Mental Health of Rural Australians Requires Further Research », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 10, nº 6 (2002), p. 288-295.

87. J. Wainer et J. Chesters, « Rural Mental Health: Neither Romanticism Nor Despair », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 8, nº 3 (2000), p. 141-147.

88. E. Rosenfeld, *Social Support and Health Status: A Literature Review*, Adélaïde (Australie), South Australian Community Health Research Unit, 1997.

89. V. Mitura et R. D. Bollman, *The Health of Rural Canadians: A Rural-Urban Comparison of Health Indicators*, Ottawa, Statistique Canada, 2003, numéro 4 au catalogue.

90. P. J. Veugelers et S. Hornibrook, « Small Area Comparisons of Health: Applications for Policy Makers and Challenges for Researchers », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 23, nº 3 (2002), p. 100-110.

91. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, commissaire Roy Romanow, Ottawa, gouvernement du Canada, 2002, numéro CP32-85/2002E au catalogue.

92. C. McNiven, H. Puderer et D. Janes, *Census Metropolitan Area and Census Agglomeration Influenced Zones (MIZ): A Description of the Methodology* (en ligne), Ottawa, Statistique Canada, 2000. Internet : <http://collection.nlc-bnc.ca/100/200/301/statcan/geography_working_92f0138-e/2000/no02/92F0138MIE00002.pdf>, numéro 92F0138MIE2000002 au catalogue.

93. S. Rambeau et K. Todd, *Census Metropolitan Area and Census Agglomeration Influenced Zones (MIZ) With Census Data* (en ligne), Ottawa, Statistique Canada, 2000. Internet : <http://www.statcan.ca/english/research/92F0138MIE/02001/cma2001.pdf>, numéro 2000-1 au catalogue.

94. N. E. Breslow et N. E. Day, « Design Considerations », *Statistical Methods in Cancer Research Volume II—The Design and Analysis of Cohort Studies*, E. Heseltine, éd., Lyon, Oxford University Press, 1989.

95. C. L. Chiang, *The Life Tables and Its Applications*, Malabar (Floride), Robert E. Krieger Publishing Company, 1984.

96. D. Manuel, V. Goel et J. Williams, « The Derivation of Life Expectancy for Local Areas », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 19, nº 2 (1998), p. 52-56.

97. D. G. Manuel et coll., « Health-Adjusted Life Expectancy at the Local Level in Ontario », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 21, nº 2 (2000), p. 73-80.

98. D. Sullivan, « A Single Index of Mortality and Morbidity », *HSMHA Health Reports*, vol. 86, nº 4 (1971), p. 347-354.

99. D. Manuel, S. Schultz et J. Kopec, « Measuring the Health Burden of Chronic Disease and Injury Using Health-Adjusted Life Expectancy and the Health Utilities Index », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, nº 11 (2002), p. 843-850.

100. A. C. Bebbington, « Expectation of Life Without Disability Measured From the OCPS Disability Surveys. (REVES) », *Health Expectancy: First Workshop of the International Health Life Expectancy Network*, J.-M. Robine, M. Blanchet et J. Dowd, éd., Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1992, p. 23-24.

101. R. McMillen, W. Freese et A. Cosby, *The National Social Climate of Tobacco Control, 2000-2001*, Starkville (Mississippi), Social Science Research Centre, Mississippi State University, 2001.

102. G. Bentham, « Migration and Morbidity: Implications for Geographical Studies of Disease », *Social Science and Medicine*, vol. 26, nº 1 (1988), p. 49-54.

103. A. Larson, M. Bell et A. F. Young, « Clarifying the Relationships Between Health and Residential Mobility », *Social Science and Medicine*, vol. 59 (2004), p. 2149-2160.

104. A N. Rothwell et coll., *Migration to and From Rural and Small Town Canada*, Ottawa, Statistique Canada, 2002, numéro 3 au catalogue.

105. A. Belanger et coll., « Gender Differences in Disability-Free Life Expectancy for Selected Risk Factors and Chronic Conditions in Canada », *Journal of Women and Aging*, vol. 14, nºs 1 et 2 (2004), p. 61-83.

106. P. D. St-John et coll., « Rural-Urban Differences in Health Status of Elderly Manitobans », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 7, nº 2 (2002), p. 89-93.

107. T. M. Caldwell, A.F. Jorm et K. B. G. Dear, « Suicide and Mental Health in Rural, Remote and Metropolitan Areas in Australia », *Medical Journal of Australia*, vol. 181, nº 7, suppl. (2004), p. S10-S14.

108. M. Petterson, « Metropolitan-Nonmetropolitan Differences in Amount and Type of Mental Health Treatment », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 17, nº 1 (2003), p. 12-19.

109. M. O. Wagenfeld, « Delivering Mental Health Services to the Persistently and Seriously Mentally Ill in Frontier Areas », *The Journal of Rural Health*, vol. 16, nº 1 (2000), p. 91-96.

110. L. D. Gamm, « Mental Health and Substance Abuse Services Among Rural Minorities », *The Journal of Rural Health*, vol. 20, nº 3 (2004), p. 206-209.

111. M. O. Calloway et coll., « Characterization of Rural Mental Health Service Systems », *The Journal of Rural Health*, vol. 15, nº 3 (1999), p. 296-307.

112. C. Fraser et coll., « Changing Places: The Impact of Rural Restructuring on Mental Health in Australia », *Health and Place*, vol. 11 (2005), p. 157-171.

113. G. E. Evans et coll., « Housing Quality and Mental Health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, nº 3 (2000), p. 526-530.

114. M. J. Gorgievski-Duijvesteijn, C. W. M. Giesen et A. B. Bakker, « Financial Problems and Health Complaints Among Farm Couples: Results of a 10-Year Follow-Up Study », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 5, nº 3 (2000), p. 359-373.

115. M. C. Johnsen et coll., « Rural Mental Health Leaders' Perceptions of Stigma and Community Issues », *The Journal of Rural Health*, vol. 13, nº 1 (1997), p. 59-70.

116. Santé Canada, *A Report on Mental Illnesses in Canada*, Ottawa, du même auteur, 2002.

117. A. Gregoire, « The Mental Health of Farmers », *Occupational Medicine*, vol. 52, nº 8 (2002), p. 471-476.

118. K. M. Chimonides et D. I. Frank, « Rural and Urban Adolescents' Perceptions of Mental Health », *Adolescence,* vol. 33, nº 132 (1998), p. 823-833.

119. P. A. Keller, J. D. Murray et D. S. Hargrove, « A Rural Mental Health Research Agenda: Defining Context and Setting Priorities », *The Journal of Rural Health,* vol. 15, nº 3 (1999), p. 316-325.

120. G. A. Kaplan et J. E. Keil, « Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: A Review of the Literature », *Circulation,* vol. 88 (1993), p. 1973-1998.

121. H. Johansen, « Living With Heart Disease—The Working-Age Population », *Health Report*, vol. 10, nº 4 (1999), p. 33-45.

122. K. Steenland et coll., « Individual- and Area-Level Socioeconomic Status Variables as Predictors of Mortality in a Cohort of 179,383 Persons », *American Journal of Epidemiology*, vol. 159, nº 11 (2004), p. 1047-1056.

123. C. McCarthy et coll., « A Comparison of Cardiovascular Disease Risk Factors in Farm and Non-Farm Residents: The Wisconsin Rural Women's Health Study », *Wisconsin Medical Journal*, vol. 101, nº 7 (2002), p. 34-39.

124. H. G. Peach et N. Bath, « Prevalence and Sociodemographic Determinants of Cardiovascular Risk in a Rural Area », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 7 (1999), p. 23-27.

125. D.A. Alter et coll., « Community Factors, Hospital Characteristics and Inter-Regional Outcome Variations Following Acute Myocardial Infarction in Canada », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 21, nº 3 (2005), p. 247-255.

126. P. D. Sorlie et coll., « Factors Associated With Out-of-Hospital Coronary Heart Disease Death: The National Longitudinal Mortality Study », *Annals of Epidemiology*, vol. 14, nº 7 (2004), p. 447-452.

127. L. Shi et coll., « Primary Care, Social Inequalities and All-Cause, Heart Disease and Cancer Mortality in US Counties: A Comparison Between Urban and Non-Urban Areas », *Public Health*, vol. 119, nº 8 (2005), p. 699-710.

128. S. S. Anand, S. Yusuf et R. Jacobs, « Risk Factors, Atherosclerosis, and Cardiovascular Disease Among Aboriginal People in Canada: The Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples », *The Lancet*, vol. 358 (2001), p. 1147-1153.

129. B. R. Shah, J. E. Hux et B. Zinman, « Increasing Rates of Ischemic Heart Disease in the Native Population of Ontario, Canada », *Archives of Internal Medicine*, vol. 160 (2000), p. 1862-1866.

130. S. R. Moore et coll., « Lip Cancer in South Australia, 1977-1996 », *Pathology*, vol. 33 (2001), p. 167-171.

131. R. E. Howell, B. A. Wright et R. Dewar, « Trends in the Incidence of Oral Cancer in Nova Scotia From 1983 to 1997 », *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, vol. 95, nº 2 (2003), p. 205-212.

132. R K. Luna-Ortiz et coll., « Lip Cancer Experience in Mexico. An 11-Year Retrospective Study », *Oral Oncology*, vol. 40 (2004), p. 992-999.

133. E. Perea-Milla López et coll., « Lifestyles, Environmental and Phenotypic Factors Associated With Lip Cancer: A Case-Control Study in Southern Spain », *British Journal of Cancer*, vol. 88 (2003), p. 1702-1707.

134. E. Pukkala et V. Notkola, « Cancer Incidence Among Finnish Farmers, 1979-93 », *Cancer Causes and Control*, vol. 8 (1997), p. 25-33.

135. K. C. Nordby, A. Andersen et P. Kristensen, « Incidence of Lip Cancer in the Male Norwegian Agricultural Population », *Cancer Causes and Control*, vol. 15 (2004), p. 619-626.

136. J. Acquavella et coll., « Cancer Among Farmers: A Meta-Analysis », *Annals of Epidemiology*, vol. 8, nº 1 (1998), p. 64-74.

137. Institut national du cancer du Canada, *Canadian Cancer Statistics 2004* (en ligne), Toronto, du même auteur, 2004. Internet : <http://www.incc.cancer.ca >.

138. G. Bepler, « Lung Cancer Epidemiology and Genetics », *Journal of Thoracic Imaging*, vol. 14 (1999), p. 228-234.

139. Y. Mao et coll., « Socioeconomic Status and Lung Cancer Risk in Canada », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30 (2001), p. 809-817.

140. K. Katsouyanni et G. Pershagen, « Ambient Air Pollution Exposure and Cancer », *Cancer Causes and Control*, vol. 8 (1997), p. 284-291.

141. K. C. Johnson et coll., « Lifetime Residential and Workplace Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Lung Cancer in Never-Smoking Women, Canada 1994-97 », *International Journal of Cancer*, vol. 93 (2001), p. 902-906.

142. J. Hu et coll., « Risk Factors for Lung Cancer Among Canadian Women Who Have Never Smoked », *Cancer Detection and Prevention*, vol. 26 (2002), p. 129-138.

143. Y. Mao et coll., « Physicial Activity and the Risk of Lung Cancer in Canada », *American Journal of Epidemiology*, vol. 158, nº 6 (2003), p. 564-575.

144. S. Kirkland, L. Greaves et P. Devichand, « Différences entre les sexes dans le tabagisme et les indicateurs auto-déclarés de la santé », *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003.

145. F. C. Pampel, « Declining Sex Differences in Mortality From Lung Cancer in High-Income Nations », *Demography*, vol. 40, nº 1 (2003), p. 45-65.

146. Santé Canada, « Canadian Tobacco Use Monitoring Survey—Health Canada Tobacco Control Programmes#2001 », (en ligne), du même auteur, 2001. Consulté le 4 juillet 2005. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/#2001>.

147. W. Weiss, « Cigarette Smoking and Lung Cancer Trends: A Light at the End of the Tunnel? », *Chest*, vol. 111 (1997), p. 1414-1416.

148. L. F. Ellison et L. Gibbons, « Leading Cancers—Changes in Five-Year Relative Survival », *Health Reports*, vol. 15, nº 2 (2004), p. 19-32.

149. B. Mackay, « Butting Out in Canada: Five Down, Eight to Go », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, nº 6 (2004), p. 558.

150. T. E. Read et I. J. Kodner, « Colorectal Cancer: Risk Factors and Recommendations for Early Detection », *American Family Physician*, vol. 59, nº 11 (1999), p. 3083-3092.

151. K. Saliangas, « Screening for Colorectal Cancer », *Techniques in Coloproctology*, vol. 8, suppl. 1 (2004), p. S10-S13.

152. M. J. Solomon et R. S. McLeod, « Screening for Colorectal Cancer », *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, Ottawa, Santé Canada, 1994, p. 798-809.

153. M. M. Casey, K. T. Call et J. M. Klingner, « Are Rural Residents Less Likely to Obtain Recommended Preventive Healthcare Services », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21, nº 3 (2001), p. 182-188.

154. W. M. Flanagan et coll., « Potential Impact of Population-Based Colorectal Cancer Screening in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 24, nº 4 (2003), p. 81-88.

155. K. A. Greiner et coll., « Barriers to Colorectal Cancer Screening in Rural Primary Care », *Preventive Medicine*, vol. 38 (2004), p. 269-275.

156. E. F. Ellerbeck et coll., « Direct Observation of Counseling on Colorectal Cancer in Rural Primary Care Practices », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, (2001), p. 697-700.

157. T. K. Asano et coll., « Current Awareness in Canada of Clinical Practice Guidelines for Colorectal Cancer Screening », *Canadian Journal of Surgery*, vol. 47, nº 2 (2004), p. 104-108.

158. L. A. Mack, H. Stuart et W. J. Temple, « Survey of Colorectal Cancer Screening Practices in a Large Canadian Urban Centre », *Canadian Journal of Surgery*, vol. 47, nº 3 (2004), p. 189-194.

159. R. Robertson et coll., « Factors Influencing Time From Presentation to Treatment of Colorectal and Breast Cancer in Urban and Rural Areas », *British Journal of Cancer*, vol. 90 (2004), p. 1479-1485.

160. K. C. Johnson et coll., « Passive and Active Smoking and Breast Cancer Risk in Canada, 1994-97 », *Cancer Causes and Control*, vol. 11, nº 3 (2000), p. 211-221.

161. V. Kirsh et N. Kreiger, « Estrogen and Estrogen-Progestin Replacement Therapy and Risk of Postmenopausal Breast Cancer in Canada », *Cancer Causes and Control*, vol. 13, nº 6 (2002), p. 583-590.

162. T. E. Rohan et coll., « Alcohol Consumption and Risk of Breast Cancer: A Cohort Study », *Cancer Causes and Control*, vol. 11, nº 3 (2000) p. 239-247.

163. C. M. Friedenreich, K. S. Courneya et H. E. Bryant., « Influence of Physical Activity in Different Age and Life Period on the Risk of Breast Cancer », *Epidemiology*, vol. 12 (2001), p. 604-612.

164. H. E. Bryant, *Breast Cancer in Canadian Women*, Ottawa, Santé Canada, 2003.

165. J. Barry et N. Breen, « The Importance of Place of Residence in Predicting Late-Stage Diagnosis of Breast or Cervical Cancer », *Health and Place*, vol. 11 (2005), p. 15-29.

166. Réseau canadien du cancer du sein, *National Strategy and Action Plan: Rural, Remote and Northern Women and Men with Breast Cancer* (en ligne), consulté le 10 avril 2003. Internet : <http://www.cbcn.ca/english/publications.php?display&en31>.

167. R. E. Gray et coll., « A Consultation With Canadian Rural Women With Breast Cancer », *Health Expectations*, vol. 7 (2004), p. 40-50.

168. B. J. Morrison, « Screening for Breast Cancer (1998 Rewording) », *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination,* Ottawa, Santé Canada, 1998.

169. J. Ringash, « Preventive Health Care, 2001 Update: Screening Mammography Among Women Aged 40-49 Years at Average Risk of Breast Cancer », *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination,* Ottawa, Santé Canada, 2001.

170. E. L. Franco, E. Duarte-Franco et A. Ferenczy, « Cervical Cancer: Epidemiology, Prevention and the Role of Human Papillomavirus Infection », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, nº 7 (2001) p. 1017-1025.

171. B. J. Morrison, « Screening for Cervical Cancer », *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination,* Ottawa, Santé Canada, 1994, p. 884-889.

172. S. Liu et coll., « Cervical Cancer in Canada: Changing Patterns in Incidence and Mortality », *International Journal of Gynecological Cancer*, vol. 11 (2001), p. 24-31.

173. L. Van Til, C. MacQuarrie et R. Herbert, « Understanding the Barriers to Cervical Cancer Screening Among Older Women », *Qualitative Health Research*, vol. 13, nº 8 (2003) p. 1116-1131.

174. C. J. Maxwell et coll., « Factors Important in Promoting Cervical Cancer Screening Among Canadian Women: Findings From the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS) », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 92, nº 2 (2001) p. 127-133.

175. M. S. Cookson, « Prostate Cancer: Screening and Early Detection », *Cancer Control*, vol. 8, nº 2 (2001) p. 133-140.

176. P. S. Bunting, « Screening for Prostate Cancer With Prostate-Specific Antigen: Beware the Biases », *Clinica Chimica Acta*, vol. 315 (2002), p. 71-97.

177. C. P. Cooper et coll., « To Screen or Not to Screen, When Clinical Guidelines Disagree: Primary Care Physicians' Use of the PSA Test », *Preventive Medicine*, vol. 38 (2004), p. 182-191.

178. H.-P. Schmid, W. Riesen et L. Prikler, « Update on Screening for Prostate Cancer With Prostate-Specific Antigen », *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, vol. 50 (2004), p. 71-78.

179. F. Meyer et Y. Fradet, « Prostate Cancer: 4. Screening », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 159 (1998), p. 968-972.

180. J. W. Feightner, « Screening for Prostate Cancer », *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination,* Ottawa, Santé Canada, 1994, p. 812-823.

181. E. C. Y. Chan et coll., « Informed Consent for Cancer Screening With Prostate-Specific Antigen: How Well Are Men Getting the Message? », *American Journal of Public Health*, vol. 93, nº 5 (2003), p. 779-785.

182. R. E. Gray et A. Philbrook, « Prostate Cancer: 13. Whose Prostate Is It Anyway? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160 (1999), p. 833-836.

183. S. E. McGregor et coll., « Prevalence of PSA Testing and Effect of Clinical Indications on Patterns of PSA Testing in a Population-Based Sample of Alberta Men », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 23, nº 3 (2002) p. 111.

184. Santé Canada, *Respiratory Disease in Canada,* Ottawa, du même auteur, 2001.

185. D. M. Mannino, « COPD: Epidemiology, Prevalence, Morbidity and Mortality, and Disease Heterogeneity », *Chest,* vol. 121, nº 5, suppl. (2002), p. 121S-126S.

186. K. Chapman, J. Bourbeau et L. Rance, « The Burden of COPD in Canada: Results From the Confronting COPD Survey », *Respiratory Medicine,* vol. 97, suppl. C (2003), p. S23-S31.

187. E. Weir., « COPD Death Rates: Projecting a Female Trajectory », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, nº 3 (2004), p. 334.

188. Beshiri R., *Employment Structure in Rural and Small Town Canada: The Primary Sector*, Ottawa, Statistique Canada, 2001, numéro 2 au catalogue.

189. C. Linaker et J. Smedley, « Respiratory Illness in Agricultural Workers », *Occupational Medicine*, vol. 52, nº 8 (2002), p. 451-459.

190. G. Mastrangelo et coll., « Ascertaining the Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Relation to Occupation Using a Case-Control Design », *Occupational Medicine*, vol. 53, nº 3 (2003), p. 165-172.

191. R. W. Watts, « Asthma Management in Rural Australia », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 7 (1999), p. 249-252.

192. S. Tong et P. Drake, « Hospital Admission and Mortality Differentials of Asthma Between Urban and Rural Populations in New South Wales », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 7 (1999), p. 18-22.

193. Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique, Association canadienne du diabète, « Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada », *Canadian Journal of Diabetes,* vol. 27, suppl. 2 (2003), p. S1-S152.

194. Santé Canada, *Responding to the Challenge of Diabetes in Canada: First Report of the National Diabetes Surveillance System (NDSS)*, Ottawa, du même auteur, 2003, numéro H49-121/2002E au catalogue.

195. Santé Canada, *Diabetes in Canada: Second Edition*, Ottawa, du même auteur, 2003, numéro H49-121/2002E au catalogue.

196. H. V. Thommasen et coll., « Differences in Diabetic Co-Morbidity Between Aboriginal and Non-Aboriginal People Living in Bella Coola, Canada », *Rural and Remote Health*, vol. 4, nº 4 (2004), p. 1-13.

197. L. A. Letter et coll., « Diabetes Screening in Canada (DIASCAN) Study: Prevalence of Undiagnosed Diabetes and Glucose Intolerance in Family Physician Offices », *Diabetes Care*, vol. 24, nº 6 (2001), p. 1038-1043.

198. Comité consultatif national, Enquête régionale en santé pour les Premières nations et les Inuits, *First Nations and Inuit Regional Health Survey National Report*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

199. G. L. Booth et coll., « Time Trends and Geographic Disparities in Acute Complications of Diabetes in Ontario, Canada », *Diabetes Care*, vol. 28, nº 5 (2005), p. 1045-1050.

200. Santé Canada, *Arthritis in Canada: An Ongoing Challenge*, Ottawa, du même auteur, 2003, numéro H39-4/14-2003E au catalogue.

201. M. Rossignol et coll., *Osteoarthritis. A New Challenge for Physicians* (en ligne), Montréal, Direction de la santé publique de Montréal, 2004. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/rural_en.pdf>.

202. S. Kirkhorn, R. T. Greenlee et J. C. Reeser, « The Epidemiology of Agriculture-Related Osteoarthritis and Its Impact on Occupational Disability », *Wisconsin Medical Journal*, vol. 102, nº 7 (2003), p. 38-44.

203. S. Holmberg et coll., « Musculoskeletal Symptoms Among Farmers and Non-Farmers: A Population-Based Study », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 8 (2002), p. 339-354.

204. K. Walker-Bone et K. T. Palmer, « Musculoskeletal Disorders in Farmers and Farm Workers », *Occupational Medicine*, vol. 52, nº 8 (2002), p. 441-450.

205. K. B. Newbold, « Problems in Search of Solutions: Health and Canadian Aboriginals », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 23, nº 1 (1998), p. 59-73.

206. Santé Canada, *Economic Burden of Illnesses in Canada, 1998*, Ottawa, du même auteur, 2002.

207. H. Dimich-Ward et coll., « Gender Differences in the Occurrence of Farm Related Injuries », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61 (2004), p. 52-56.

208. C. Peek-Asa, C. Zwerling et L. Stallones, « Acute Traumatic Injuries in Rural Populations », *American Journal of Epidemiology*, vol. 94, nº 10 (2004), p. 1689-1693.

209. Y. E. Allard, R. Wilkins et J. M. Berthelot, « Premature Mortality in Health Regions With High Aboriginal Populations », *Health Reports*, vol. 15, nº 1 (2004), p. 51-60.

210. M. Brownell, D. Friesen et T. Mayer, « Childhood Injury Rates in Manitoba », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 93, suppl. 2 (2002), p. S50-S55.

211. Statistique Canada, « Death—Shifting Trends », *Health Reports*, vol. 12, nº 3 (2000), p. 41-46.

212. S. Langlois et P. Morrison, « Suicide Deaths and Suicide Attempts », *Health Reports*, vol. 13, nº 2 (2002), p. 9-22.

213. A. L. Beautrais, « Gender Issues in Youth Suicidal Behaviour », *Emergency Medicine*, vol. 14, (2002), p. 35-42.

214. Santé Canada, *Suicide in Canada: Update of the Report of the Task Force on Suicide in Canada,* Ottawa, du même auteur, 1994.

215. E. Weir et T. Wallington, « Suicide: The Hidden Epidemic », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, nº 5 (2001), p. 634.

216. D. Wilkinson et D. Gunnell, « Youth Suicide Trends in Australian Metropolitan and Non-Metropolitan Areas, 1988-1997 », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34 (2000), p. 822-828.

217. J. Mignone et J. O'Neil, « Social Capital and Youth Suicide Risk Factors in First Nations Communities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, suppl. 1 (2005), p. S51-S54.

218. M. J. Chandler et C. Lalonde, « Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35 (1998), p. 191-219.

219. R. D. Goldney, « A Global View of Suicidal Behaviour », *Emergency Medicine*, vol. 14 (2002), p. 24-34.

220. M. A. Moskos, J. Achilles et D. Gray, « Adolescent Suicide Myths in the United States », *Crisis*, vol. 25, nº 4 (2004), p. 176-182.

221. E. Hunter et D. Harvey, « Indigenous Suicide in Australia, New Zealand, Canada and the United States », *Emergency Medicine*, vol. 14 (2002), p. 14-23.

222. J. J. Mann, « A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide », *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, nº 4 (2002), p. 302-311.

223. J. M. Bertolote et coll., « Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence », *Crisis*, vol. 25, nº 4 (2004), p. 147-155.

224. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens,* Ottawa, du même auteur, 2004.

225. M. DesMeules, D. Manuel et R. Cho, « Mortality: Life and Health Expectancy of Canadian Women », *BMC Women's Health*, vol. 4, suppl. 1 (2004), p. S9.

226. N. A. Ross, S. Tremblay et K. Graham, « Neighbourhood Influences on Health in Montreal, Canada », *Social Science and Medicine*, vol. 59 (2004), p. 1485-1494.

227. C. Lonmo, « Cattle, Crops and City Living », *Canadian Agriculture at a Glance,* Ottawa, Statistique Canada, 1999, p. 245-250.

228. Centers for Disease Control and Prevention, *Environmental Public Health Tracking Programs: Closing America's Environmental Public Health Gap*, Atlanta, du même auteur, 2003.

229. F. Valent, D. A. Little, G. Tamburlini et F. Barbone, *Burden of Disease Attributable to Selected Environmental Factors and Injuries Among Europe's Children and Adolescents*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

230. T. Schettler, « Changing Patterns of Disease: Human Health and the Environment », *San Francisco Medicine*, vol. 75, (2004), p. 10-13.

231. J. Dwyer, « Starting Down the Right Path: Nutrition Connections With Chronic Diseases of Later Life », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 83, (2006), p. 415S-420S.

232 M. A. Flynn, D. A. McNeil, B. Maloff, D. Mustasingwa, M. Wu, C. Ford et S. C. Tough, « Reducing Obesity and Related Chronic Disease Risk in Children and Youth: A Synthesis of Evidence With ´Best Practice´ Recommendations », *Obesity Review*, vol. 83, suppl. 1, (2006), p. 7-66.

233. S. G. Aldana, R. L. Greenlaw, H. A. Diehl, A. Salberg, R. M. Merrill et S. Ohmine, « The Effects of a Worksite Chronic Disease Prevention Program », *Journal of Occupational Environmental Medicine*, vol. 47 (2005), p. 558-564.

234. T. K. Harrell, B. M. Davy, J. L. Stewart et D. S. King, « Effectiveness of a School-Based Intervention to Increase Health Knowledge of Cardiovascular Disease Risk Factors Among Rural Mississippi Middle School Children », *Southern Medical Journal*, vol. 98 (2005), p.1173-1180.

235. I. Huot, G. Paradis et M. Ledoux, Quebec Heart Health Demonstration Project Research Group, « Effects of the Quebec Heart Health Demonstration Project on Adults Dietary Behaviours », *Preventive Medicine*, vol. 38 (2004), p. 137-148.

236. A. Girgis, B. Bonevski, J. Perkins et R. Sanson-Fisher, « Self-Reported Cervical Screening Practices and Beliefs of Women From Urban, Rural and Remote Regions », *Journal of Obstetrical Gynaecology*, vol. 19 (1999), p. 172-179.

237. A. Jemal, E. Ward, X. Wu, H. J. Martin, C. C. McLaughlin et M.J. Thun, « Geograpic Patterns of Prostate Cancer Mortality and Variations in Access to Medical Care in the United States », *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, vol. 14 (2005), p. 590-595.

238. M. J. Coory et P. D. Baade, « Urban-Rural Differeces in Prostate Cancer Mortality, Radical Prostatectomy and Prostate-Specific Antigen Testing in Australia », *Medical Journal of Australia*, vol. 182 (2005), p. 112-115.

239. A. Must, J. Spadano, E. H. Coakley, A. E. Field, G. Colditz et W. H. Dietz, « The Disease Burden Associated With Overweight and Obesity », *Journal of American Medical Association*, vol. 282 (1999), p. 1523-1529.

240. M. H. Tam et D. R. MacLean, « Epidemiology of Diabetes Mellitus in Canada », *Clinical and Investigate Medicine*, vol. 18 (1995), p. 240-246.

241. S. Holmberg, A. Thelin, E. Stiernstrom et K. Svardsudd, « The Impact of Physical Work Exposure on Musculoskeletal Symptoms Among Farmers and Rural Non-Farmers », *Annals of Agriculture and Environmental Medicine*, vol. 10 (2003), p. 179-184.

242. M. Page et R. Beshiri, « Rural Economic Diversification: A Community and Regional Approach », *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, vol. 4, Ottawa, Statistique Canada (2003), numéro 21-006-XIE2002007 au catalogue.

243. T. Jennissen, *Health Issues in Rural Canada,* (en ligne), Division des affaires politiques et sociales, gouvernement du Canada, 1992. Internet : <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp325-e.htm#INTRODUCTIONtxt>.

244. R. D. Bollman, « Factors associated with local economic growth », *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, vol. 4, nº 7, Ottawa, Statistique Canada (2003), numéro 21-006-XIE1998006 au catalogue.

245. Société de la médecine rurale du Canada, *The Future of Rural Healthcare*, (en ligne), représentation écrite à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002. Internet : <http://www.srpc.ca/librarydocs/Romanow_SRPC.htm>.

246. Collège des médecins de famille du Canada, Société de la médecine rurale du Canada et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Training for Rural Family Practitioners in Advanced Maternity Skills and Cesarean Section* (en ligne), exposé de principe conjoint, 2003. Internet : <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/programs/patient%20care/maternity/joint%20position%20paper/default.asp?s=1>.

247. D. L. Hoyert, M. Heron, S. L. Murphy et H. C. Kung, « Deaths: Final Data for 2003 », *National Vital Statistics Reports*, vol. 54, National Center for Health Statistics, Hyattsville, (à être publié).

248. Agriculture et Agroalimentaire Canada, « Promising Practices in Community Partnerships: Lessons Learned from the Canadian Rural Partnership », Secretériat rural, Recherche et analyse, Ottawa, 2005, numéro de publication 10113E.

249. C. McNiven et H. Puderer, *Delineation of Canada's North: An Examination of the North–South Relationship in Canada*, Ottawa, Statistique Canada, 2000, numéro au catalogue 92F0138MIE2000003.

250. D. I. Hay, « Socioeconomic Status and Health Status: A Study of Males in the Canada Health Survey » *Social Science and Medicine*, vol. 27, nº 12 (1998), p. 1317-1325.

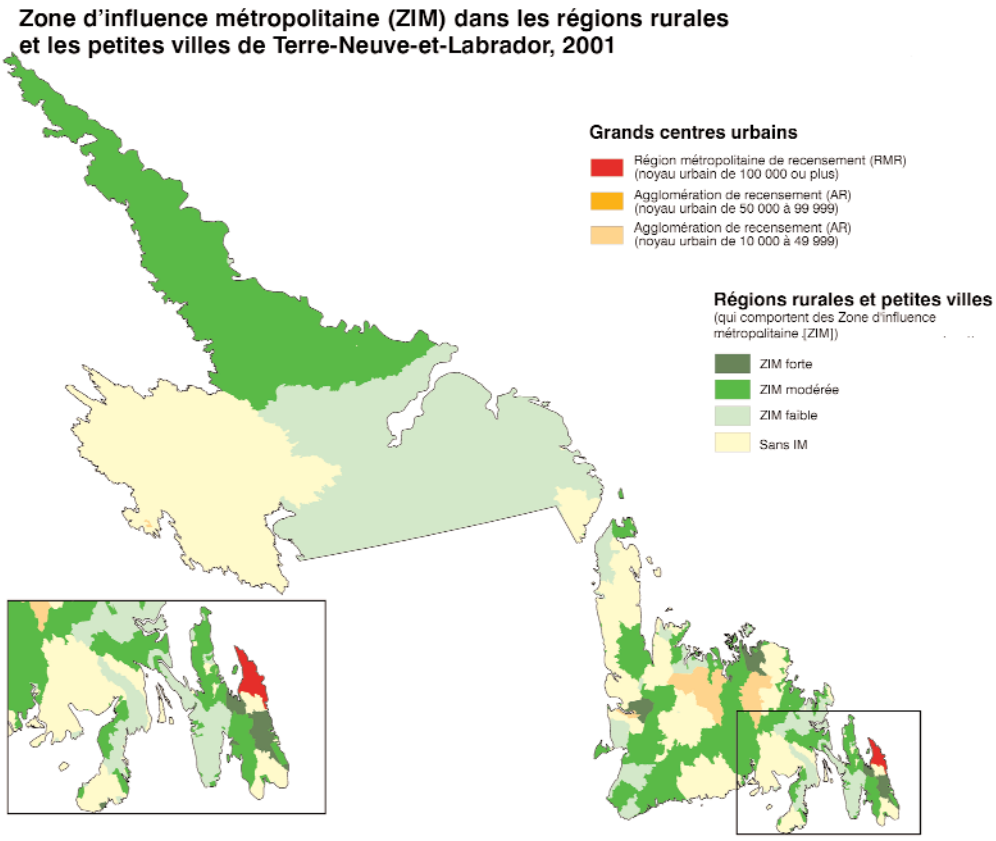
# Annexe A

## Exemples de subdivisions de recensement classées selon chaque degré de ruralité (ZIM)

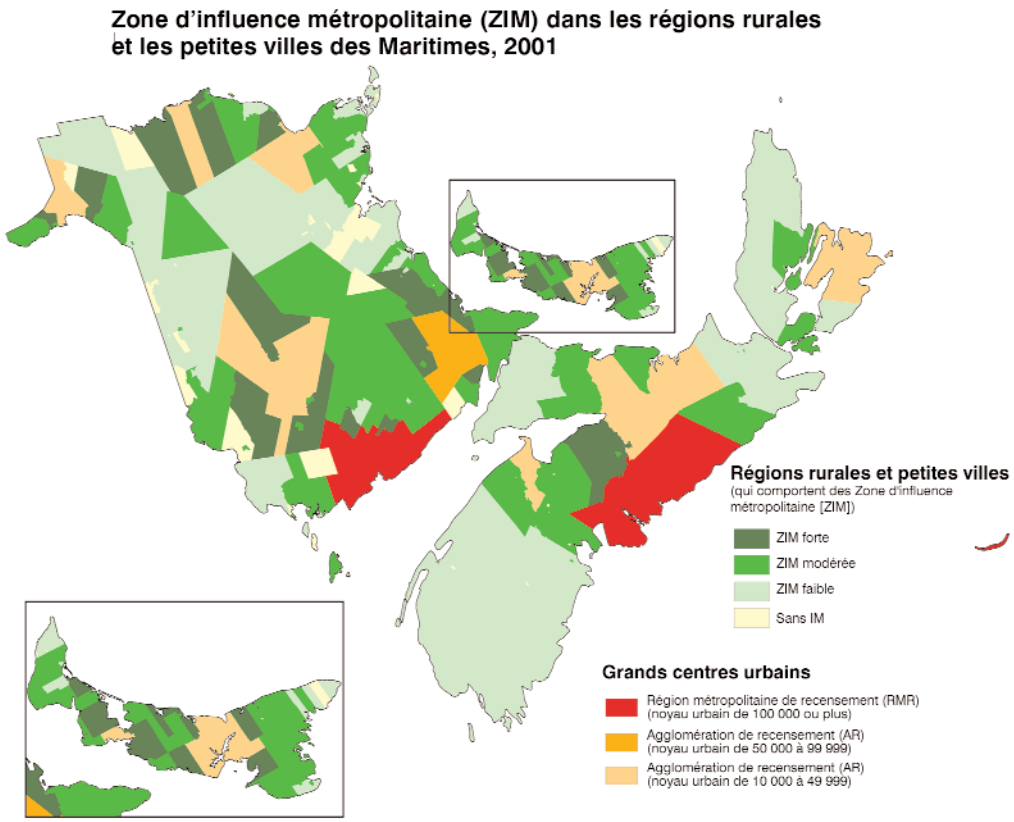
Une région métropolitaine de recensement (RMR) comporte un noyau urbain de 100 000 habitants ou plus et comprend toutes les subdivisions de recensement (SDR) environnantes (c'est-à-dire les villes et les municipalités constituées), où 50 % ou plus de la population active fait la navette pour aller travailler dans le noyau urbain.

Une agglomération de recensement (AR) compte de 10 000 à 99 999 habitants dans le noyau urbain et comprend les SDR environnantes avec la même règle communautaire. Notez qu'un certain nombre de petites SDR sont classées dans des RMR et des AR.

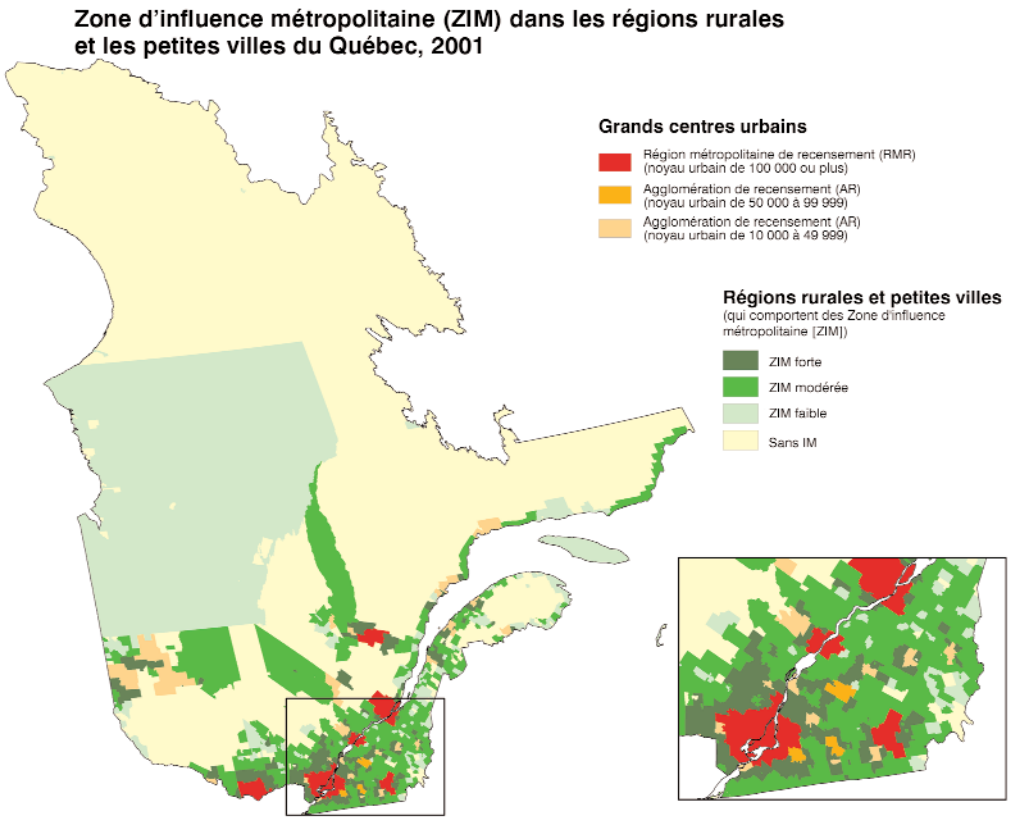
| Province | Grands centres urbains | | | Régions rurales et petites villes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Plus grande RMR | Plus petite AR | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
| Terre-Neuve-et-Labrador | St. John's | Division n° 6, Subd. E | Avondale | Harbour Grace | Twillingate | Greenspond |
| Île-du-Prince-Édouard | s.o. | Rocky Point 3 | Kensington | Murray Harbour | Tignish | Miminegash |
| Nouvelle-Écosse | Halifax | Merigomish Harbour 31 | East Hants | Wolfville | Yarmouth | Bear River 6B |
| Nouveau-Brunswick | Saint John | Saint-Hilaire | Shediac | Meductic | Woodstock | Madawaska |
| Québec | Montréal | Cloutier | Rigaud | Mont-Tremblant | Chibougamau | Piopolis |
| Ontario | Toronto | Moravian 47 | Aylmer | Gananoque | Sioux Lookout | Wawakapewin (Long Dog Lake) |
| Manitoba | Winnipeg | Dakota Plains 6A | Rockwood | Gimli | Churchill | Pauingassi First Nation |
| Saskatchewan | Saskatoon | Willowbrook | Rouleau | Pennant | Muenster | Yarbo |
| Alberta | Calgary | Redcliff | Nobleford | Vermilion | Kananaskis | Beaver Lake 131 |
| Colombie-Britannique | Vancouver | Isidore's Ranch 4 | Summerland | Whistler | Revelstoke | Inklyuhkinatko 2 |
| Territoire du Yukon | s.o. | Lake Laberge 1 | Dawson | | | |
| Territoires du Nord-Ouest | s.o. | Yellowknife | Tuktoyaktuk | | | |
| Nunavut | s.o. | s.o. | Resolute | | | |
| | Remarque : Les classifications pour toutes les analyses dans ce rapport emploient les limites des subdivisions de recensement de 1996. Conformément aux frontières du Recensement de 2001, les trois territoires sont réunis dans une seule catégorie pour ce qui est de la classification de la ZIM.<br>s.o. = sans objet | | | | | |



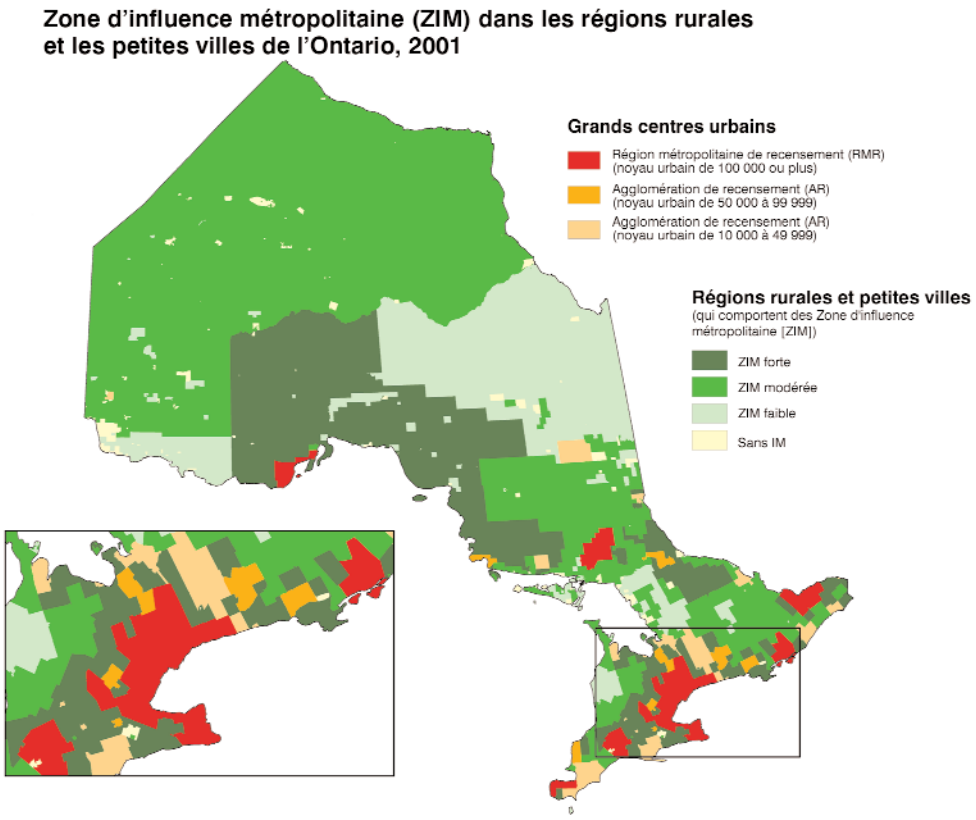

Source : Adaptée de Statistique Canada. Cartes personnalisée crée par Analyse spatiale et applications géomantiques (ASAG) Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2004. Basée sur le Recensement de la population de Statistique Canada, 2001.



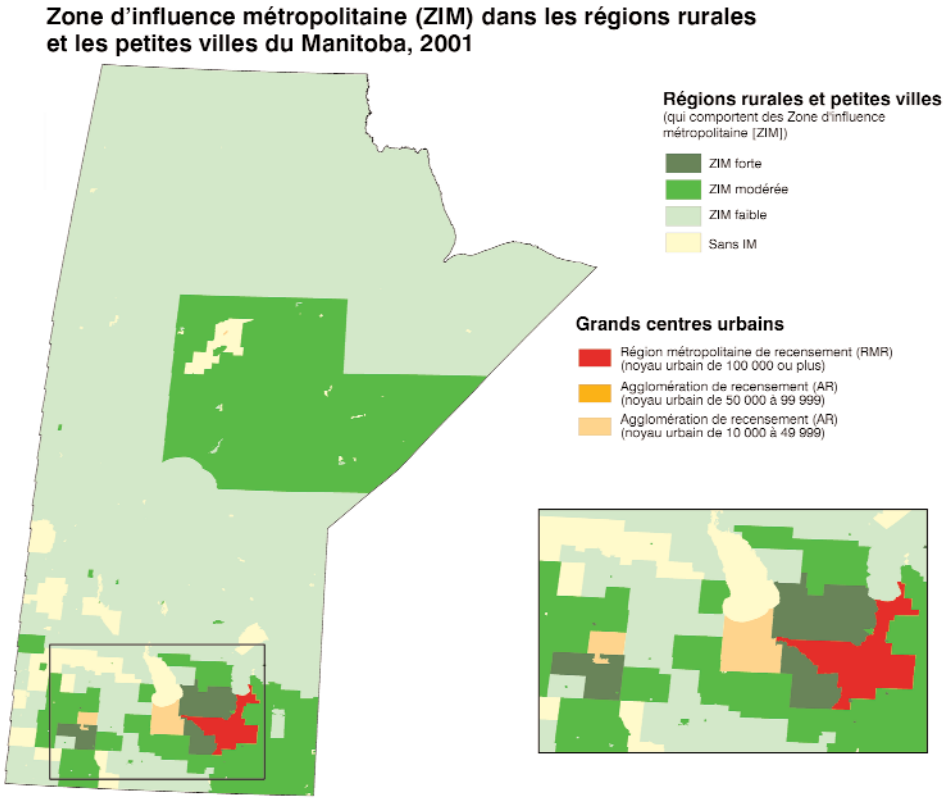

Source : Adaptée de Statistique Canada. Cartes personnalisée crée par Analyse spatiale et applications géomantiques (ASAG) Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2004. Basée sur le Recensement de la population de Statistique Canada, 2001.



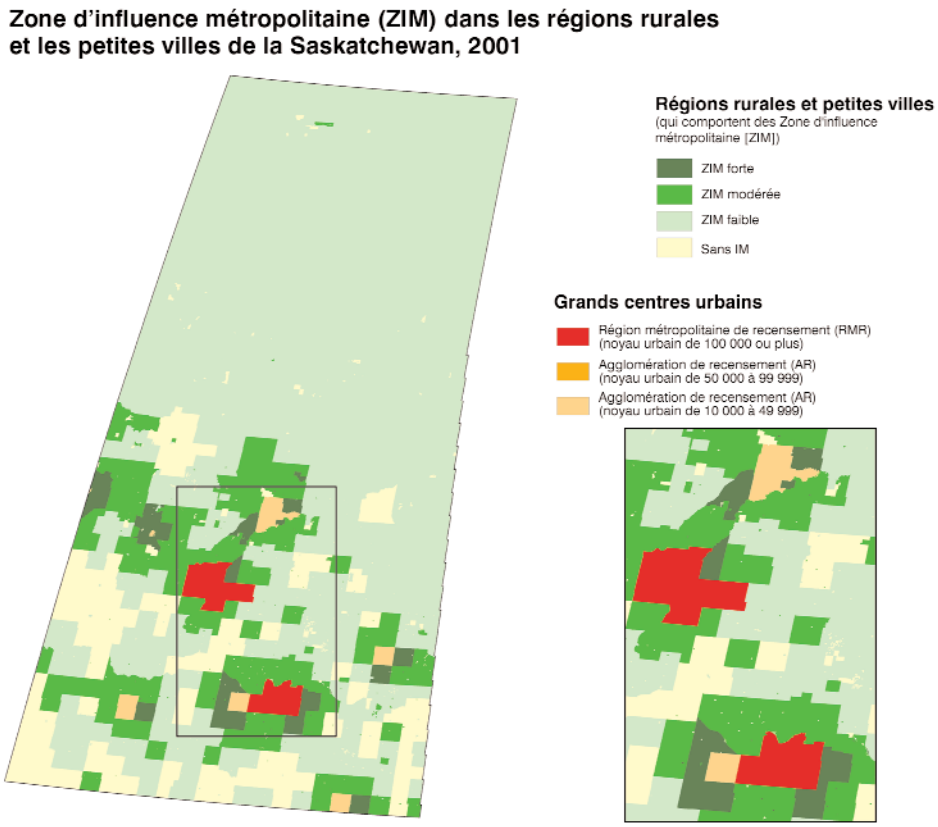

Source : Adaptée de Statistique Canada. Cartes personnalisée crée par Analyse spatiale et applications géomantiques (ASAG) Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2004. Basée sur le Recensement de la population de Statistique Canada, 2001.




Source : Adaptée de Statistique Canada. Cartes personnalisée crée par Analyse spatiale et applications géomantiques (ASAG) Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2004. Basée sur le Recensement de la population de Statistique Canada, 2001.

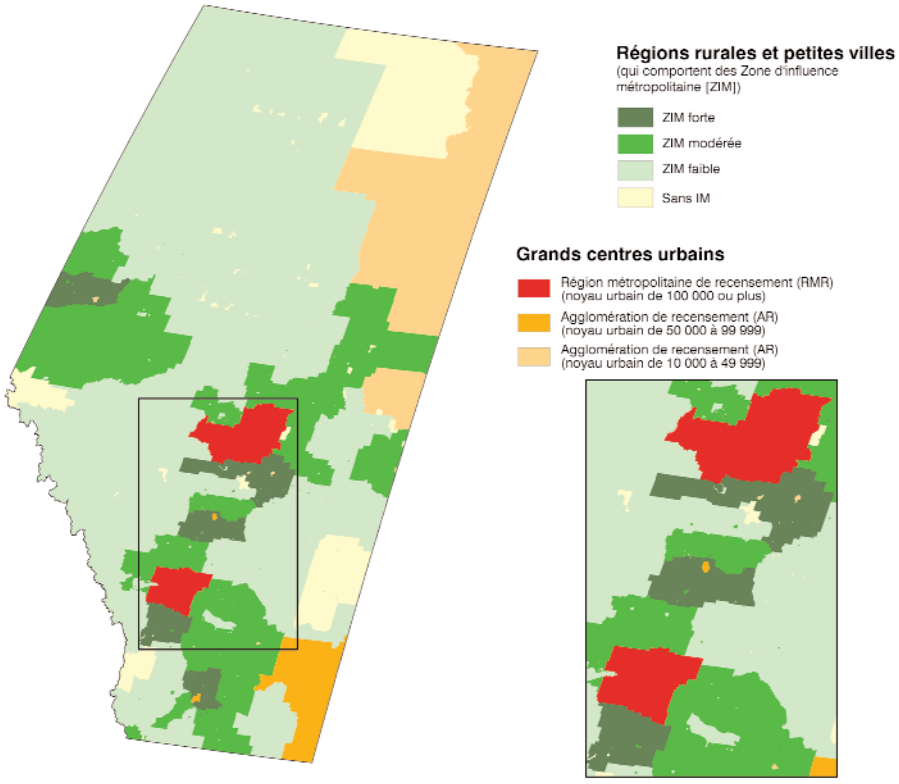



Source : Adaptée de Statistique Canada. Cartes personnalisée crée par Analyse spatiale et applications géomantiques (ASAG) Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2004. Basée sur le Recensement de la population de Statistique Canada, 2001.



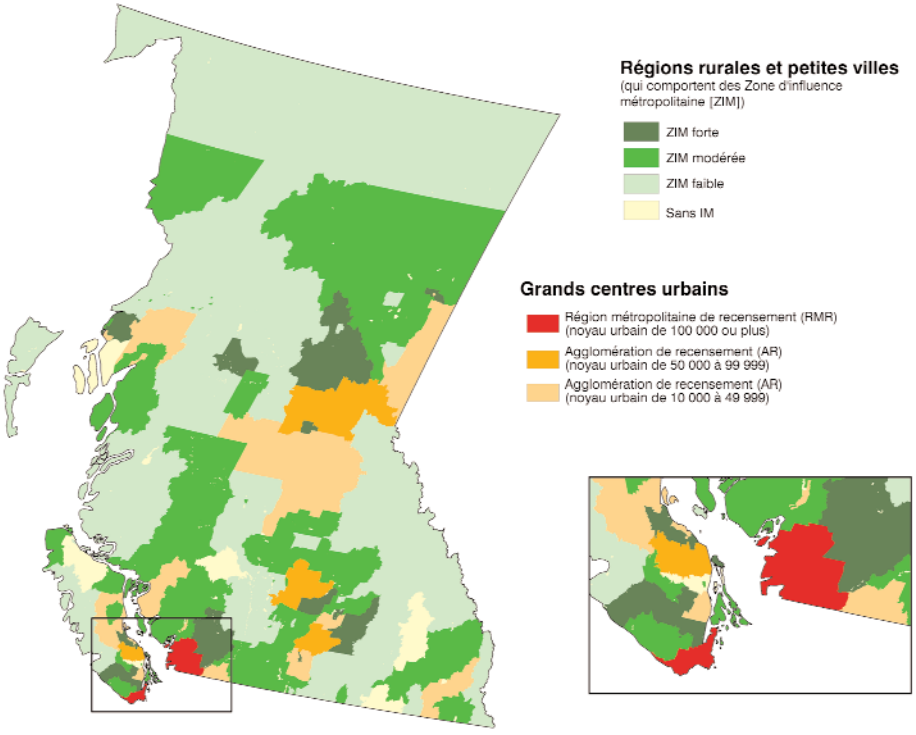

Source : Adaptée de Statistique Canada. Cartes personnalisée crée par Analyse spatiale et applications géomantiques (ASAG) Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2004. Basée sur le Recensement de la population de Statistique Canada, 2001.

**Zone d'influence métropolitaine (ZIM) dans les régions rurales et les petites villes de l'Alberta, 2001**




Source : Adaptée de Statistique Canada. Cartes personnalisée crée par Analyse spatiale et applications géomantiques (ASAG) Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2004. Basée sur le Recensement de la population de Statistique Canada, 2001.

**Zone d'influence métropolitaine (ZIM) dans les régions rurales et les petites villes de la Colombie-Britannique, 2001**




Source : Adaptée de Statistique Canada. Cartes personnalisée crée par Analyse spatiale et applications géomantiques (ASAG) Division de l'agriculture, Statistique Canada, 2004. Basée sur le Recensement de la population de Statistique Canada, 2001.

# Annexe B

## Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : méthodologie et analyse

### Cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001)

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête transversale qui recueille de l'information sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne. Elle comprend un cycle de collecte de deux ans. La première année du cycle de l'enquête (Cycle 1.1, et celui utilisé dans l'analyse de données de la présente étude) constitue une enquête de grande envergure sur la santé générale de la population. Cette partie de l'enquête sert à fournir des estimations fiables au niveau des régions sanitaires. Dorénavant, « ESCC » désignera le cycle 1.1. de l'ESCC. Bien qu'une brève description de l'enquête soit présentée ci-dessous, vous pouvez obtenir une version plus détaillée auprès de Statistique Canada[1].

### Population cible

Des données sur toutes les provinces et tous les territoires ont été recueillies entre septembre 2000 et novembre 2001. L'ESCC vise les personnes âgées de 12 ans et plus vivant dans des logements privés dans les 10 provinces et les 3 territoires. Les habitants des réserves indiennes ou des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus du sondage. L'ESCC couvre environ 98 % de la population canadienne âgée de 12 ans et plus.

### Élaboration du questionnaire et méthode de collecte de données

Le questionnaire de l'ESCC a été présenté sous forme d'interview assistée par ordinateur. Les interviews par personne interposée étaient utilisées seulement dans les cas où l'on pouvait confirmer que le répondant sélectionné ne serait pas présent pendant toute la période de collecte, dans les cas d'incapacité mentale ou physique qui empêchait de procéder à l'interview ou dans les cas de barrières linguistiques. À la fin de la collecte de données, 6,3 % des interviews avaient été réalisées par personne interposée. Par conséquent, des renseignements importants manquaient pour les personnes représentées dans ces interviews. Pour combler ces lacunes, les valeurs ont été imputées selon la méthode d'imputation du plus proche voisin[2]. Cette méthode n'a été utilisée que pour faire les interviews par personne interposée et n'a pas été utilisée dans le cas de non-réponse totale ou partielle obtenue au cours d'interviews sans personne interposée. Les données d'un répondant ayant des caractéristiques similaires ont été utilisées, puis les renseignements de ce dossier ont été copiés au dossier qui comprenait des données manquantes. Cette méthode a été utilisée en fonction d'analyses typologiques définies. Le plus proche voisin a été trouvé selon une fonction précise de distance, qui utilisait des renseignements pertinents disponibles pour les répondants et les répondants par procuration. Dans les cas où la qualité des données ne pouvait pas être améliorée par l'imputation, les réponses ont été codifiées comme manquantes.

## Pondération

Toutes les analyses réalisées à partir des données de l'ESCC ont été pondérées pour s'assurer que les estimations dérivées étaient significatives ou représentatives de la population canadienne cible dans son ensemble (population de 12 ans et plus). Le principe sur lequel s'appuie l'estimation dans le cas d'un échantillon tel que l'ESCC veut que, outre elle-même, chaque personne faisant partie de l'échantillon en « représente » plusieurs autres qui ne font pas partie de l'échantillon.

## Taux de réponse

Au total, 136 937 ménages ont été sélectionnés pour participer à l'ESCC. De ce nombre, 125 159 ont répondu, ce qui équivaut à un taux de réponse à l'échelle du ménage de 91,4 %. Parmi les ménages répondants, 142 421 personnes ont été sélectionnées pour participer à l'enquête; de ce nombre, 130 827 ont répondu, ce qui équivaut à un taux de réponse à l'échelle de la personne de 91,9 %. Le taux de réponse combiné était donc de 84,7 % à l'échelle canadienne.

## Variances exactes

La méthode bootstrap recommandée par Statistique Canada a été utilisée afin d'estimer des mesures de précision dans l'analyse des données de l'ESCC[1, 3]. Cette méthode a été utilisée afin d'établir la signification statistique des différences entre les ratios (c'est-à-dire les différences dans les proportions entre les RMR/AR et les quatre catégories de ZIM).

## Définitions des variables

### Limitation d'activité

Cette variable est fondée sur une réponse affirmative à l'une des questions suivantes : « À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités que vous exercez à la maison? À l'école? Au travail? Dans d'autres activités? (oui/non) ».

### Consommation d'alcool

Cette variable représente la consommation d'alcool moyenne journalière du répondant et est calculée en divisant la quantité totale d'alcool consommée en une semaine par 7. Cette variable est calculée seulement dans le cas des répondants qui ont consommé au moins un verre d'alcool dans les 12 mois précédents. Dans le cadre de la présente étude, nous avons comparé les répondants qui consomment moins de deux verres par jour et ceux qui en consomment plus de deux. Ce seuil a été choisi en tenant compte de la documentation étudiée. Des études ont démontré qu'une consommation modérée d'alcool (un à deux verres par jour) pourrait procurer des bienfaits pour la santé.

**Allaitement**

Cette variable indique si une femme a allaité ou non son dernier bébé.

**Indice de masse corporelle (IMC)**

L'indice de masse corporelle est calculé de la façon suivante : poids (en kilogrammes) divisé par la taille (en mètres) au carré.

Selon l'indice canadien, l'IMC est classé comme suit : moins de 20 (insuffisance pondérale), de 20 à 24,9 (poids acceptable), de 25 à 26,9 (embonpoint) et 27 ou plus (surpoids). L'indice a été calculé pour les personnes de 20 à 64 ans, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres). Les mesures de poids et de taille était auto-déclarée par chacun des répondants.

**États chroniques**

On a demandé aux répondants de préciser les états chroniques‡‡‡‡ qu'ils pourraient avoir. Un état chronique est défini comme un « problème de santé de longue durée » qui a duré ou qui devrait durer 6 mois ou plus, et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.

**Dépression**

L'ESCC évalue aussi l'état de dépression du répondant. Les éléments utilisés pour mesurer la dépression sont basés sur les travaux de Kessler et coll.[4]. Ils ont utilisé un sous-ensemble d'éléments du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) qui mesurent les épisodes dépressifs majeurs. Le CIDI est un instrument diagnostique structuré conçu pour produire des diagnostics selon les définitions et les critères de la troisième édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R) et les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10. Un résultat égal ou supérieur à 0,25 est révélateur d'une dépression.

**Régime alimentaire**

Cette variable classe le répondant selon la fréquence de la consommation quotidienne de fruits et de légumes. Dans le cadre de la présente étude, les répondants qui consomment moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour ont été comparés avec ceux qui en consomment plus de cinq par jour.

‡‡‡‡ Les problèmes de santé chroniques comprennent l'asthme, l'arthrite ou le rhumatisme (sauf la fibromyalgie), l'hypertension artérielle, l'emphysème ou une maladie pulmonaire obstructive chronique (question posée aux participants de 30 ans et plus), le diabète, la cardiopathie, le cancer, la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence (question posée aux participants de 18 ans et plus).

**Jours d'incapacité**

Cette variable est définie par le nombre de jours au cours desquels le répondant a dû passer la totalité ou une partie de la journée au lit ou réduire ses activités normales à la suite d'une maladie ou d'une blessure, pendant les 14 jours précédant l'enquête. Trois catégories ont été créées pour les besoins de la présente analyse, soit 1 à 5 jours, 6 à 10 jours et 11 à 14 jours.

**Scolarité**

Le plus haut niveau de scolarité atteint, classé de la façon suivante par Statistique Canada : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certaines études postsecondaires, diplôme d'études postsecondaires.

**Exposition à la fumée secondaire**

Les répondants ayant été exposés à la fumée secondaire presque chaque jour au cours du mois précédant l'enquête ont été comparés avec ceux qui n'ont pas été exposés à la fumée secondaire.

**Insécurité alimentaire**

Cette variable permet d'indiquer si le répondant a connu une insécurité alimentaire au cours des 12 derniers mois.

**Qualité de la nourriture**

Cette variable permet d'indiquer si le répondant a déclaré ne pas toujours pouvoir ou ne jamais pouvoir consommer des aliments de la qualité et de la variété désirées, en raison d'un manque d'argent.

**Indice de l'état de santé**

Mesure générique de l'état de santé destinée à évaluer les aspects quantitatifs et qualitatifs de la vie. L'indice de l'état de santé est fondé sur le Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS). Il fournit une description de la santé fonctionnelle générale selon les huit attributs suivants : la vision, l'audition, l'élocution, la mobilité (l'aptitude à se déplacer), la dextérité (l'usage des mains et des doigts), la cognition (mémoire et pensée), l'émotion (sentiments), la douleur et le malaise. Les réponses sont pondérées, puis les résultats dérivés décrivent l'état de santé fonctionnel général de la personne. Les résultats varient de 0,0 (le pire état de santé, c'est-à-dire le décès) à 1,0 (le meilleur état de santé, c'est-à-dire en parfaite santé). Kopec et al.[5] ont examiné différents seuils pour l'indice de l'état de santé ainsi que différentes interprétations de ceux-ci et suggèrent qu'un résultat inférieur à 0,830 peut être révélateur d'une incapacité.

### Revenu

Cette variable permet de classer le revenu total du ménage en quatre catégories déterminées par Statistique Canada, selon le revenu total du ménage et le nombre de personnes qui vivent dans le ménage. Dans le cadre de l'analyse bivariée, les catégories de revenu ont été regroupées en deux catégories : le plus faible/moyen-inférieur/moyen, et moyen-supérieur/le plus élevé.

| Plus faible revenu | Revenu moyen-inférieur | Revenu moyen | Revenu moyen-supérieur | Revenu le plus élevé |
|---|---|---|---|---|
| Moins de 10 000 $ s'il y a de 1 à 4 personnes. | 10 000 $-14 999 $ s'il y a de 1 à 2 personnes. | 15 000 $-29 999 $ s'il y a de 1 à 2 personnes. | 30 000 $ 59 999 $ s'il y a de 1 à 2 personnes. | Plus de 60 000 $ s'il y a de 1 à 2 personnes. |
| Moins de 15 000 $ s'il y a plus de 5 personnes. | 10 000 $-19 999 $ s'il y a de 3 à 4 personnes. | 20 000 $-39 999 $ s'il y a de 3 à 4 personnes. | 40 000 $-79 999 $ s'il y a de 3 à 4 personnes. | Plus de 80 000 $ s'il y a plus de 3 personnes. |
| | 15 000 $-29 999 $ s'il y a plus de 5 personnes. | 30 000 $-59 999 $ s'il y a plus de 5 personnes. | 60 000 $-79 999 $ s'il y a plus de 5 personnes. | |

### Blessures

Cette variable permet d'indiquer si le répondant s'est blessé dans les 12 mois précédents.

### Douleur

Les répondants ont été invités à indiquer laquelle des quatre catégories suivantes décrivait le mieux les douleurs qu'ils ressentaient, le cas échéant : sans douleur ou malaise, faible douleur, douleur moyenne ou forte douleur.

### Indice d'activité physique

Afin de calculer l'indice d'activité physique (c'est-à-dire actif, modérément actif ou inactif), la dépense énergétique des participants pendant leurs loisirs[§§§§] a été estimée. La dépense énergétique est calculée selon la fréquence de l'activité physique et la durée de chaque séance, ainsi que sa valeur MET (équivalent métabolique). Le MET représente une valeur du coût en énergie métabolique exprimée sous forme d'un multiple du métabolisme au repos. Statistique Canada classe les valeurs de dépense énergétique de la façon suivante : 3,0 ou plus représente Actif; de 1,5 à 3,0 représente Modérément actif; 1,5 et moins représente Inactif.

§§§§ Les loisirs comprennent la marche pour faire de l'exercice, le jardinage ou les travaux à l'extérieur, la natation, la bicyclette, la danse moderne ou sociale, les exercices à la maison, le hockey sur glace, le patinage sur glace, le patin à roues alignées, le jogging ou la course, le golf, les cours d'exercices ou d'aérobie, le ski alpin ou la planche à neige, les quilles, le baseball ou la balle molle, le tennis, les poids et haltères, la pêche, le volleyball, le basket-ball et autres.

**Estime de soi**

L'indice d'estime de soi reflète l'importance des sentiments positifs qu'une personne éprouve au sujet d'elle-même. Pour cet indice, les résultats sont fondés sur un sous-ensemble d'éléments tirés de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1969). Les six éléments ont été incorporés en une seule dimension dans l'analyse factorielle réalisée par Pearlin et Schooler (1978). Des résultats plus élevés sont le signe d'une estime de soi plus forte et sont catégorisés comme moins de ou égal à 17, et 18 et plus. Un résultat de 17 ou moins est révélateur d'une faible estime de soi.

**Auto-évaluation de la santé**

Dans l'ESCC, on demandait aux répondants d'indiquer s'ils jugent leur santé « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise ». Dans le cadre de la présente analyse, les trois premières et les deux dernières catégories ont été regroupées.

**Sentiment d'appartenance à la collectivité**

Dans le cas de cette variable, le répondant signalait s'il éprouve un sentiment d'appartenance plutôt fort à sa collectivité ou un sentiment d'appartenance très fort. Les deux catégories suivantes ont été utilisées : « sentiment d'appartenance très fort » et « sentiment d'appartenance plutôt fort », et « sentiment d'appartenance plutôt faible » et « sentiment d'appartenance très faible ».

**Tabagisme**

L'usage du tabac a été classé comme suit : « tous les jours », « à l'occasion » ou « jamais ».

**Stress**

Pour évaluer le stress dans le cadre de l'ESCC, on a demandé aux répondants de classer le niveau de stress perçu dans leur vie quotidienne (pas du tout stressant, pas tellement stressant, un peu stressant, assez stressant, extrêmement stressant). Les deux dernières catégories ont été regroupées dans le cadre de la présente analyse.

**Suicide**

Cette variable permet d'indiquer si le répondant a sérieusement songé à se suicider dans les 12 mois précédents.

**Chômage**

Chômage : Sont considérées au chômage les personnes qui n'avaient pas d'emploi à la date de la semaine précédente ou étaient incapables de travailler de façon permanente.

## Références

1. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey (CCHS), Cycle 1.1*, Public Use Microdata File Documentation, Ottawa, Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, 2002.

2. M. St-Pierre et Y. Béland, « Imputation of Proxy Respondents in the Canadian Community Health Survey », section sur la méthodologie de l'enquête 2002, Ottawa, Société statistique du Canada, 2002.

3. D. Yeo, H. Mantel et T. P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », présentation au 1999 Joint Statistical Meetings of the American Statistical Association à Baltimore, MD, 1999.

4. R. C. Kessler et coll., « The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF) », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 7 (1998), p. 171-185.

5. J. A. Kopec et coll., « Cross-Cultural Comparisons of Health Status in Canada Using the Health Utilities Index », Ethnic Health, vol. 6, nº 1 (2001), p. 41-50.

# Annexe C

## Taux de mortalité normalisés selon l'âge : tableaux de données

Tableau C-1

### Taux de mortalité toutes causes confondues, normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 694,6 (693,6-695,7) | 667,8 (663,8-672,0)* | 739,7 (736,6-742,8)* | 735,9 (732,5–739,3)* | 792,4 (783,6-801,3)* |
| | Hommes | 908,0 (906,1-910,0) | 838,9 (832,0-845,8)* | 946,3 (941,0-951,5)* | 940,7 (935,1-946,4)* | 1 010,4 (9 96,1-1 025,0)* |
| | Femmes | 542,4 (541,2-543,6) | 515,2 (510,4-520,1)* | 563,5 (559,9-567,1)* | 557,7 (553,7-561,7)* | 585,1 (574,7-595,7)* |
| 0 à 4 ans | Population totale | 156,7 (154,8-158,7) | 139,8 (133,1-146,9)* | 177,7 (171,3-184,2)* | 203,3 (196,6-210,2)* | 257,0 (240,7-274,5)* |
| | Hommes | 173,4 (170,6-176,3) | 157,6 (147,6-168,1)* | 197,4 (188,1-207,2)* | 224,0 (214,3-332,2)* | 305,5 (280,9-332,2)* |
| | Femmes | 139,2 (136,6-141,9) | 121,1 (112,2-130,7)* | 157,0 (148,6-165,9)* | 181,5 (172,6-190,9)* | 205,1 (184,5-228,0)* |
| 5 à 19 ans | Population totale | 29,2 (28,7-29,7) | 40,9 (38,9-43,0)* | 48,1 (46,3-49,9)* | 51,6 (49,8-53,5)* | 76,8 (71,6-82,4)* |
| | Hommes | 38,0 (37,2-38,8) | 56,5 (53,2-60,0)* | 64,9 (62,0-67,8)* | 69,8 (66,8-72,9)* | 100,3 (92,1-109,2)* |
| | Femmes | 20,0 (19,4-20,6) | 23,8 (21,6-26,1)* | 30,0 (28,0-32,1)* | 32,1 (30,1-34,3)* | 51,4 (45,4-58,1)* |
| 20 à 44 ans | Population totale | 101,7 (101,1-102,3) | 103,3 (100,5-105,6) | 129,4 (127,1-131,7)* | 128,9 (126,0-130,7)* | 185,6 (178,5-193,0)* |
| | Hommes | 139,4 (138,4-140,4) | 141,1 (137,1-145,3) | 176,6 (172,9-180,4)* | 178,7 (174,9-182,6)* | 254,5 (243,1-266,4)* |
| | Femmes | 63,9 (63,2-64,6) | 62,3 (59,6-65,2) | 78,7 (76,2-81,3)* | 74,1 (71,6-76,7)* | 109,3 (101,5-117,7)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 614,9 (612,7-617,2) | 567,0 (559,0-575,1* | 651,8 (645,1-658,6)* | 656,0 (648,5-663,6)* | 757,2 (733,9-775,1)* |
| | Hommes | 794,1 (790,5-797,8) | 717,6 (705,1-730,3)* | 842,4 (831,6-853,3)* | 838,5 (826,6-850,5)* | 948,3 (916,7-980,9)* |
| | Femmes | 444,5 (441,8-447,2) | 406,6 (396,9-416,5)* | 459,3 (451,3-467,4)* | 467,7 (458,7-476,9)* | 545,1 (520,4-571,0)* |
| 65 ans et plus | Population totale | 4 521,8 (4 513,7-4 529,9) | 4 352,7 (4 321,5-4 384,2)* | 4 705,9 (4 683,5-4 728,3)* | 4 647,4 (4 622,8-4 672,0)* | 4 688,3 (4 626,4-4 751,1)* |
| | Hommes | 5 923,2 (5 907,7-5 938,7) | 5 417,1 (5 363,6-5 471,0)* | 5 977,2 (5 938,2-6016,4) | 5902,9 (5860,6-5945,5) | 5945,8 (5842,7-6050,7) |
| | Femmes | 3 642,9 (3633,8-3652,1) | 3 478,6 (3441,6-3516,0)* | 3 719,6 (3693,5-3745,8)* | 3 652,2 (3 623,5-3 681,1) | 3 583,5 (3 510,5-3 658,0) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-2

## Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 273,4 (272,7-274,0) | 274,8 (272,2-277,5) | 292,2 (290,3-294,1)* | 289,7 (287,6-291,8)* | 301,7 (296,4-307,2)* |
| | Hommes | 354,5 (353,2-355,8) | 339,8 (335,4-344,3)* | 368,6 (365,3-371,9)* | 366,9 (363,3-370,5)* | 377,7 (368,9-386,7)* |
| | Femmes | 214,1 (213,3-214,8) | 215,1 (212,0-218,3) | 226,5 (224,3-228,7)* | 221,9 (219,5-224,3)* | 229,2 (222,9-235,7)* |
| 0 à 4 ans | Population totale | 2,6 (2,3-2,8) | 2,5 (1,7-3,6) | 2,5 (1,9-3,4) | 3,8 (3,0-4,8)* | 4,9 (3,0-7,9)* |
| | | s | s | s | s | s |
| | | s | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | Population totale | 1,0 (1,0-1,1) | 0,9 (0,7-1,3) | 1,2 (1,0-1,6) | 1,1 (0,8-1,4) | 1,4 (0,8-2,4) |
| | | s | s | s | s | s |
| | | s | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | Population totale | 11,4 (11,2-11,6) | 11,3 (10,6-12,2) | 15,0 (14,2-15,8)* | 13,9 (13,1-14,7)* | 18,2 (16,0-20,7)* |
| | Hommes | 16,2 (15,9-16,6) | 15,9 (14,6-17,3) | 20,1 (18,9-21,4)* | 19,4 (18,2-20,7)* | 25,1 (21,6-29,1)* |
| | Femmes | 6,5 (6,3-6,8) | 6,5 (5,7-7,4) | 9,5 (8,6-10,4)* | 8,0 (7,2-8,8)* | 10,5 (8,3-13,4)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 183,6 (182,4-184,9) | 182,6 (178,0-187,2) | 205,9 (202,2-209,8)* | 206,5 (202,3-210,8)* | 238,1 (226,8-249,9)* |
| | Hommes | 275,3 (273,1-277,5) | 263,2 (255,7-271,0)* | 300,6 (294,2-307,1)* | 300,5 (293,4-307,8)* | 338,5 (319,9-358,2)* |
| | Femmes | 96,3 (95,1-97,6) | 96,6 (92,0-101,5) | 110,4 (106,5-114,4)* | 109,4 (105,1-113,9)* | 129,8 (118,0-142,6)* |
| 65 ans et plus | Population totale | 2 037,8 (2 032,3-2 043,2) | 2 052,8 (2 031,3-2 074,5) | 2 151,5 (2 136,4-2 166,7)* | 2 132,1 (2 115,6-2 148,8)* | 2 167,1 (2 125,1-2 209,8)* |
| | Hommes | 2 574,9 (2 564,7-2 585,2) | 2 468,4 (2 432,2-2 505,1)* | 2 641,2 (2 615,3-2 667,4)* | 2 628,1 (2 599,9-2 656,6)* | 2 636,7 (2 568,3-2 707,0) |
| | Femmes | 1 684,6 (1 678,4-1 690,7) | 1 694,0 (1 668,3-1 720,1) | 1 757,9 (1 740,1-1 775,8)* | 1 725,0 (1 705,5-1 744,8)* | 1 743,5 (1 693,1-1 795,4)* |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Les maladies de l'appareil circulatoire comprennent toutes les maladies incluses dans les codes de diagnostic de 390 à 459 du chapitre 7 de la CIM-9.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-3

## Taux de mortalité par cancer (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction de tous les groupes d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 191,3 (190,7-191,9) | 177,4 (175,3-179,5)* | 193,4 (191,9-195,0) | 189,4 (187,7-191,2) | 197,0 (192,6-201,5)* |
| | Hommes | 247,0 (246,0-248,0) | 221,3 (217,8-224,7)* | 245,4 (242,8-248,1) | 238,7 (235,9-241,6)* | 250,1 (243,0-257,3) |
| | Femmes | 155,1 (154,5-155,8) | 140,8 (138,3-143,4)* | 152,2 (150,3-154,1)* | 149,9 (147,8-152,0)* | 150,1 (144,7-155,7) |
| 0 à 4 ans | Population totale | 3,5 (3,2-3,8) | 3,1 (2,2-4,3) | 3,3 (2,6-4,3) | 3,0 (2,3-4,0) | 4,2 (2,5-7,0) |
| | Hommes | s | s | s | s | s |
| | Femmes | s | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | Population totale | 3,6 (3,4-3,7) | 4,3 (3,7-5,0) | 3,8 (3,4-4,4) | 3,4 (3,0-4,0) | 2,7 (1,9-4,0) |
| | Hommes | s | s | s | s | s |
| | Femmes | s | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | Population totale | 20,3 (20,0-20,6) | 19,4 (18,4-20,5) | 22,0 (21,1-23,0)* | 20,7 (19,8-21,7) | 23,7 (21,2-26,5)* |
| | Hommes | 17,8 (17,4-18,1) | 17,5 (16,1-18,9) | 18,7 (17,5-19,9) | 17,5 (16,3-18,7) | 20,1 (17,0-23,7) |
| | Femmes | 22,8 (22,4-23,2) | 21,5 (19,9-23,1) | 25,6 (24,2-27,1)* | 24,2 (22,7-25,7) | 27,7 (23,9-32,2)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 266,9 (265,4-268,4) | 240,8 (235,4-246,2)* | 266,6 (262,3-271,0) | 264,5 (259,8-269,3) | 280,2 (267,9-293,0) |
| | Hommes | 298,0 (295,7-300,2) | 264,7 (257,1-272,5)* | 300,8 (294,4-307,3) | 292,3 (285,3-299,4) | 309,6 (291,9-328,4) |
| | Femmes | 238,1 (236,2-240,1) | 215,8 (208,7-223,1)* | 232,7 (227,0-238,5) | 236,4 (230-242,9) | 248,8 (232,3-266,5) |
| 65 ans et plus | Population totale | 1 140,3 (1 136,2-1 144,3) | 1 064,6 (1 049,5-1 080,0)* | 1 152,7 (1 141,7-1 163,9) | 1 127,0 (1 114,9-1 139,3) | 1 156,4 (1 125,7-1 187,8) |
| | Hommes | 1 583,6 (1 575,9-1 591,5) | 1 413,9 (1 387,5-1 440,7)* | 1 561,4 (1 541,8-1 581,1) | 1 521,4 (1 500,1-1 542,9)* | 1583,3 (1531,0-1637,5) |
| | Femmes | 864,2 (859,7-868,8) | 781,4 (763,8-799,3)* | 837,4 (824,8-850,1)* | 817,9 (804,0-832,1)* | 785,4 (751,0-821,3)* |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Les cancers comprennent tous les cancers inclus dans les codes de diagnostic de 140 à 239 du chapitre 2 de la CIM-9.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-4

Taux de mortalité par cancer du poumon (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 50,0 (49,7-50,2) | 45,9 (44,9-47,0)* | 51,4 (50,6-52,2)* | 48,8 (47,9-49,7) | 52,0 (49,8-54,3) |
| | Hommes | 78,1 (77,5-78,6) | 69,4 (67,5-71,3)* | 80,7 (79,3-82,2)* | 74,5 (72,9-76,1)* | 80,6 (76,6-84,8) |
| | Femmes | 30,0 (29,7-30,3) | 25,0 (23,9-26,0)* | 26,4 (25,6-27,2)* | 26,5 (25,6-27,4)* | 25,2 (23,0-27,6)* |
| 20 à 44 ans | Population totale | 2,7 (2,6-2,8) | 2,9 (2,5-3,3) | 3,2 (2,9-3,6)* | 2,6 (2,3-2,9) | 2,8 (2,0-3,8) |
| | Hommes | 2,7 (2,6-2,8) | 2,9 (2,3-3,5) | 3,2 (2,7-3,7) | 2,7 (2,3-3,3) | 3,5 (2,4-5,2) |
| | Femmes | 2,7 (2,6-2,9) | 2,9 (2,3-3,5) | 3,3 (2,8-3,8) | 2,4 (2,0-2,9) | 1,9 (1,1-3,4) |
| 45 à 64 ans | Population totale | 81,2 (80,4-82,0) | 78,7 (75,8-81,8) | 87,7 (85,3-90,2)* | 81,3 (78,7-84,0) | 92,1 (85,2-99,5)* |
| | Hommes | 109,3 (108,0-110,7) | 103,1 (98,4-108,0) | 122,8 (118,8-127,0)* | 109,0 (104,8-113,4) | 124,9 (113,9-137,0)* |
| | Femmes | 54,7 (53,8-55,7) | 53,0 (49,5-56,6) | 52,4 (49,7-55,2) | 53,0 (50,0-56,1) | 56,8 (49,2-65,6) |
| 65 ans et plus | Population totale | 289,9 (287,9-292,0) | 258,2 (250,9-265,8)* | 289,7 (284,2-295,3) | 279,7 (273,6-285,9)* | 289,1 (273,9-305,1) |
| | Hommes | 488,4 (484,1-492,7) | 422,2 (408,3-436,6)* | 487,1 (476,4-498,0) | 457,2 (445,7-468,9)* | 480,9 (452,6-511,0) |
| | Femmes | 160,1 (158,1-162,1) | 118,1 (111,4-125,2)* | 130,6 (125,6-135,7)* | 133,6 (128,0-139,5)* | 117,2 (104,2-131,9)* |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-5

Taux de mortalité par cancer colorectal (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 21,2 (21,0-21,4) | 20,0 (19,4-20,8)* | 20,7 (20,2-21,2) | 18,8 (18,2-19,3)* | 20,5 (19,1-21,9) |
| | Hommes | 26,6 (26,3-26,9) | 23,2 (22,1-24,4)* | 24,5 (23,7-25,4)* | 22,5 (21,6-23,3)* | 24,4 (22,2-26,7) |
| | Femmes | 17,4 (17,2-17,6) | 17,2 (16,3-18,1) | 17,6 (17,0-18,2) | 15,6 (15,0-16,3)* | 16,9 (15,2-18,8) |
| 20 à 44 ans | Population totale | 1,29 (1,22-1,36) | 1,07 (0,85-1,35) | 1,66 (1,42-1,94)* | 1,23 (1,02-1,49) | 1,99 (1,34-2,93) |
| | Hommes | 1,36 (1,26-1,47) | 1,12 (0,82-1,53) | 1,74 (1,41-2,15) | 1,38 (1,08-1,77) | 1,75 (0,99-3,08) |
| | Femmes | 1,22 (1,13-1,32) | 1,02 (0,73-1,44) | 1,57 (1,25-1,97) | 1,07 (0,80-1,43) | 2,26 (1,34-3,82)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 25,7 (25,3-26,2) | 24,2 (22,6-25,9) | 25,2 (23,9-26,6) | 24,0 (22,6-25,5) | 25,4 (18,8-29,4) |
| | Hommes | 31,1 (30,3-31,8) | 27,7 (25,3-30,3) | 28,4 (26,5-30,5) | 27,2 (25,1-29,4)* | 27,2 (22,3-33,2) |
| | Femmes | 20,7 (20,2-21,3) | 20,4 (18,3-22,8) | 22,0 (20,3-23,8) | 20,8 (18,9-22,8) | 23,5 (18,8-29,4) |
| 65 ans et plus | Population totale | 137,4 (136,0-138,8) | 130,6 (125,3-136,1) | 132,8 (129,0-136,6) | 119,0 (115,1-123,0)* | 128,8 (118,8-139,5) |
| | Hommes | 175,3 (172,7-178,0) | 152,2 (143,7-161,3)* | 160,2 (154,0-166,7)* | 145,5 (139,0-152,2)* | 161,0 (144,9-178,9) |
| | Femmes | 112,7 (111,1-114,4) | 112,1 (105,6-119,1) | 111,0 (106,5-115,7) | 97,5 (92,8-102,5)* | 100,1 (88,4-113,4) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-6

Taux de mortalité par cancer du sein (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Femmes | 31,0 (30,7-31,3) | 27,1 (26,0-28,2)* | 28,9 (28,0-29,7)* | 28,3 (27,4-29,2)* | 27,4 (25,1-29,9)* |
| 20 à 44 ans | Femmes | 7,5 (7,2-7,7) | 6,7 (5,9-7,6) | 7,7 (6,9-8,5) | 6,7 (6,0-7,5) | 8,5 (6,5-11,2) |
| 45 à 64 ans | Femmes | 60,5 (59,5-61,5) | 50,7 (47,3-54,3)* | 53,9 (51,2-56,8)* | 54,1 (51,2-56,8)* | 53,8 (46,4-62,4) |
| 65 ans et plus | Femmes | 141,3 (139,4-143,1) | 126,8 (119,8-134,1)* | 133,4 (128,4-138,6)* | 131,6 (126,1-137,4)* | 117,5 (104,6-131,9)* |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-7

Taux de mortalité par cancer du col de l'utérus (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Femmes | 2,7 (2,7-2,8) | 2,6 (2,2-2,9) | 2,8 (2,5-3,1) | 3,2 (2,8-3,5) | 3,7 (2,9-4,7)* |
| 20 à 44 ans | Femmes | 1,5 (1,4-1,6) | 1,5 (1,1-1,9) | 1,8 (1,4-2,2) | 2,2 (1,8-2,7)* | 3,2 (2,1-4,9)* |
| 45 à 64 ans | Femmes | 5,0 (4,7-5,3) | 4,8 (3,8-6,0) | 4,7 (3,9-5,6) | 5,7 (4,8-6,8) | 6,0 (3,8-9,3) |
| 65 ans et plus | Femmes | 10,0 (9,6-10,5) | 9,0 (7,3-11,1) | 10,0 (8,7-11,5) | 10,0 (8,6-11,8) | 10,4 (7,0-15,5) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-8

Taux de mortalité par cancer de la prostate (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Hommes | 29,8 (29,4-30,2) | 29,7 (28,4-31,1) | 31,3 (30,4-32,3)* | 32,8 (31,8-33,9)* | 32,5 (30,0-35,2) |
| 45 à 64 ans | Hommes | 11,2 (10,7-11,6) | 10,2 (8,8-11,9) | 11,7 (10,5-13,0) | 12,9 (11,5-14,5) | 15,1 (11,6-19,7) |
| 65 ans et plus | Hommes | 241,8 (238,7-245,0) | 242,8 (231,6-254,6) | 254,2 (246,2-262,4)* | 265,5 (256,7-274,7)* | 258,0 (237,2-280,6) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à p < 0,05.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-9

## Taux de mortalité par maladie respiratoire (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 et plus (tous les âges) | Population totale | 59,2 (58,9-59,5) | 55,8 (54,6-57,0)* | 64,0 (63,1-64,9)* | 65,1 (64,1-66,1)* | 65,5 (63,1-68,1)* |
| | Hommes | 88,8 (88,2-89,5) | 79,8 (77,6-82,0)* | 93,2 (91,5-94,9)* | 92,1 (90,4-93,9)* | 91,8 (87,5-96,3) |
| | Femmes | 42,1 (41,7-42,4) | 37,8 (36,5-39,1)* | 42,6 (41,7-43,6) | 44,8 (43,7-45,9)* | 43,2 (40,5-46,1) |
| 0 à 4 ans | Population totale | 3,6 (3,3-3,9) | 4,5 (3,5-5,9) | 5,1 (4,1-6,3)* | 9,0 (7,7-10,5)* | 12,9 (9,6-17,3)* |
| | | s | s | s | s | s |
| | | s | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | Population totale | 0,8 (0,8-0,9) | 0,9 (0,6-1,2) | 0,9 (0,7-1,2) | 1,0 (0,8-1,3) | 0,8 (0,4-1,6) |
| | | s | s | s | s | s |
| | | s | s | s | s | s |
| 20 à 44 ans | Population totale | 2,1 (2,0-2,2) | 1,8 (1,5-2,2) | 2,2 (2,0-2,6) | 2,3 (2,0-2,6) | 3,1 (2,3-4,2)* |
| | Hommes | 2,3 (2,2-2,5) | 2,1 (1,6-2,6) | 2,5 (2,1-3,0) | 2,7 (2,2-3,2) | 3,2 (2,1-4,9) |
| | Femmes | 1,8 (1,7-1,9) | 1,6 (1,2-2,1) | 1,9 (1,5-2,4) | 1,8 (1,4-2,3) | 3,0 (1,9-4,7) |
| 45 à 64 ans | Population totale | 25,8 (25,3-26,3) | 22,9 (21,3-24,6)* | 28,5 (27,1-29,9)* | 29,4 (27,8-31,0)* | 38,5 (34,2-43,4)* |
| | Hommes | 32,8 (32,0-33,6) | 28,2 (25,8-30,8)* | 36,3 (34,1-38,6)* | 36,5 (34,1-39,1)* | 46,8 (40,2-54,5)* |
| | Femmes | 19,2 (18,7-19,8) | 17,3 (15,4-19,5) | 20,6 (19,0-22,4) | 22,1 (20,2-24,1)* | 29,6 (24,3-36,1)* |
| 65 ans et plus | Population totale | 463,4 (460,8-466,0) | 438,7 (428,8-448,8)* | 499,4 (492,1-506,7)* | 504,8 (496,8-513,0)* | 487,9 (468,2-508,4)* |
| | Hommes | 709,9 (704,4-715,4) | 638,6 (620,0-657,8)* | 739,7 (725,9-753,8)* | 727,1 (712,2-742,3) | 702,7 (667,7-739,6) |
| | Femmes | 325,7 (323,0-328,4) | 291,9 (281,4-302,9)* | 327,4 (319,8-335,1) | 341,9 (333,3-350,7)* | 309,0 (288,2-331,4) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Les maladies respiratoires comprennent toutes les maladies incluses dans les codes de diagnostic de 460 à 519 du chapitre 8 de la CIM-9.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-10

Taux de mortalité par blessures et empoisonnements (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 43,0 (42,8-43,3) | 54,5 (53,3-55,7)* | 65,7 (64,7-66,7)* | 68,1 (67,0-69,1)* | 97,1 (94,0-100,4)* |
| | Hommes | 61,9 (61,4-62,3) | 79,2 (77,2-81,2)* | 97,3 (95,6-99,0)* | 101,2 (99,4-103,1)* | 142,5 (137,2-148,1)* |
| | Femmes | 25,6 (25,3-25,9) | 29,0 (27,8-30,2)* | 33,3 (32,4-34,3)* | 34,0 (33,0-35,0)* | 48,5 (45,4-51,8)* |
| 0 à 4 ans | Population totale | 10,8 (10,3-11,3) | 15,0 (12,9-17,3)* | 23,8 (21,6-26,2)* | 27,4 (25,0-29,9)* | 45,6 (39,1-53,2)* |
| | Hommes | 12,4 (11,6-13,2) | 17,6 (14,6-21,3)* | 28,5 (25,3-32,3)* | 30,5 (27,2-34,3)* | 58,8 (48,7-71,1)* |
| | Femmes | 9,1 (8,5-9,8) | 12,2 (9,7-15,3) | 18,8 (16,1-22,0)* | 24,1 (21,0-27,5)* | 31,5 (24,1-41,1)* |
| 5 à 19 ans | Population totale | 17,7 (17,3-18,0) | 29,3 (27,6-31,1)* | 35,6 (34,1-37,1)* | 39,3 (37,7-41,0)* | 62,3 (57,6-67,3)* |
| | Hommes | 25,2 (24,6-25,8) | 43,0 (40,1-46,0)* | 51,3 (48,8-53,9)* | 55,4 (52,8-58,2)* | 85,6 (78,0-93,9)* |
| | Femmes | 9,8 (9,4-10,2) | 14,2 (12,6-16,1)* | 18,6 (17,0-20,3)* | 21,9 (20,2-23,8)* | 37,1 (32,0-42,9)* |
| 20 à 44 ans | Population totale | 42,7 (42,3-43,1) | 55,0 (53,2-56,9)* | 70,5 (68,8-72,2)* | 73,1 (71,3-74,9)* | 112,6 (107,2-118,3)* |
| | Hommes | 66,0 (65,3-66,7) | 85,1 (81,9-88,4)* | 110,2 (107,3-113,2)* | 115,9 (112,8-119,0)* | 173,3 (164,0-183,0)* |
| | Femmes | 19,4 (19,0-19,7) | 22,8 (21,2-24,6)* | 27,7 (26,2-29,3)* | 27,2 (25,7-28,8)* | 45,5 (40,6-51,0)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 42,0 (41,4-42,6) | 50,8 (48,5-53,3)* | 63,2 (61,1-65,4)* | 66,2 (63,8-68,6)* | 94,5 (87,4-102,2)* |
| | Hommes | 60,5 (59,5-61,5) | 75,3 (71,4-79,6)* | 96,0 (92,4-99,8)* | 99,7 (95,6-103,9)* | 135,8 (124,1-148,7)* |
| | Femmes | 24,0 (23,4-24,6) | 24,5 (22,2-27,0) | 29,6 (27,6-31,7)* | 31,1 (28,8-33,6)* | 49,7 (42,6-58,1)* |
| 65 ans et plus | Population totale | 111,2 (109,9-112,5) | 128,3 (123,0-133,8)* | 131,9 (128,2-135,7)* | 129,5 (125,5-133,7)* | 139,0 (128,6-150,2)* |
| | Hommes | 145,3 (142,9-147,8) | 166,7 (157,6-176,4)* | 176,7 (170,2-183,6)* | 175,9 (168,7-183,4)* | 195,3 (177,3-215,0)* |
| | Femmes | 89,7 (88,2-91,1) | 96,1 (90,1-102,4) | 95,6 (91,5-99,9)* | 91,5 (87,0-96,1) | 88,0 (77,2-100,3) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Les blessures et les empoisonnements comprennent toutes les blessures et les empoisonnements inclus dans les codes de diagnostic de 800 à 999 du chapitre 17 de la CIM-9.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-11

## Taux de mortalité par accidents de la route (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 10,3 (10,1-10,4) | 20,9 (20,2-21,7)* | 24,0 (23,4-24,6)* | 22,7 (22,1-23,3)* | 30,4 (28,7-32,2)* |
| | Hommes | 14,6 (14,4-14,8) | 29,1 (27,9-30,3)* | 34,5 (33,5-35,6)* | 31,9 (30,9-33,0)* | 41,6 (38,8-44,6)* |
| | Femmes | 6,1 (6,0-6,3) | 12,4 (11,6-13,2)* | 13,2 (12,5-13,8)* | 13,1 (12,4-13,7)* | 18,4 (16,5-20,5)* |
| 0 à 4 ans | Population totale | 2,9 (2,6-3,2) | 6,0 (4,7-7,5)* | 8,7 (7,4-10,2)* | 8,4 (7,1-9,8)* | 9,2 (6,6-13,0)* |
| | Hommes | 3,4 (3,0-3,8) | 7,8 (5,9-10,3)* | 9,7 (7,8-11,9)* | 8,0 (6,4-10,1)* | 10,9 (7,0-16,8)* |
| | Femmes | 2,4 (2,1-2,7) | 4,0 (2,7-6,0) | 7,6 (6,0-9,7)* | 8,7 (7,0-10,9)* | 7,5 (4,4-12,9)* |
| 5 à 19 ans | Population totale | 8,8 (8,6-9,1) | 17,3 (16,0-18,7)* | 20,7 (19,6-21,9)* | 20,2 (19,1-21,4)* | 25,8 (22,9-29,2)* |
| | Hommes | 12,1 (11,6-12,4) | 23,5 (21,5-25,8)* | 28,9 (27,0-30,9)* | 26,8 (25,0-28,8)* | 33,0 (28,4-38,3)* |
| | Femmes | 5,5 (5,2-5,8) | 10,5 (9,1-12,1)* | 11,9 (10,7-13,2)* | 13,1 (11,8-14,6)* | 18,1 (14,7-22,3)* |
| 20 à 44 ans | Population totale | 11,8 (11,6-12,0) | 26,1 (24,9-27,4)* | 29,9 (28,8-31,0)* | 27,0 (26,0-28,1)* | 37,2 (34,1-40,6)* |
| | Hommes | 17,6 (17,2-18,0) | 38,2 (36,0-40,4)* | 44,5 (42,6-46,4)* | 40,5 (38,7-42,3)* | 54,2 (49,2-59,8)* |
| | Femmes | 5,9 (5,7-6,1) | 13,2 (11,9-14,5)* | 14,1 (13,1-15,3)* | 12,6 (11,6-13,7)* | 18,4 (15,4-22,0)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 8,7 (8,5-9,0) | 16,1 (14,8-17,5)* | 19,0 (17,8-20,2)* | 20,0 (18,7-21,3)* | 26,7 (23,0-30,9)* |
| | Hommes | 11,9 (11,4-12,3) | 21,3 (19,3-23,6)* | 25,7 (23,8-27,7)* | 26,3 (24,3-28,5)* | 32,0 (26,5-38,6)* |
| | Femmes | 5,7 (5,4-6,0) | 10,5 (9,0-12,2)* | 12,1 (10,8-13,5)* | 13,4 (11,9-15,0)* | 20,9 (16,5-26,5)* |
| 65 ans et plus | Population totale | 14,5 (14,0-14,9) | 25,9 (23,6-28,4)* | 26,4 (24,8-28,1)* | 24,3 (22,6-26,2)* | 33,1 (28,2-38,8)* |
| | Hommes | 19,9 (19,0-20,8) | 32,1 (28,4-36,3)* | 38,5 (35,6-41,7)* | 34,0 (30,9-37,3)* | 46,3 (38,1-56,3)* |
| | Femmes | 11,2 (10,6-11,7) | 21,1 (18,3-24,2)* | 17,1 (15,3-19,0)* | 16,7 (14,8-18,9)* | 21,1 (16,1-27,8)* |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Les accidents de la route comprennent tous les types d'accidents inclus dans les codes de diagnostic de E810 à 825 du chapitre 17 de la CIM-9.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-12

Taux de mortalité par suicide (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 12,3 (12,2-12,4) | 12,8 (12,3-13,4) | 16,3 (15,8-16,8)* | 16,2 (15,6-16,7)* | 23,7 (22,2-25,3)* |
| | Hommes | 19,3 (19,1-19,6) | 21,4 (20,4-22,4)* | 27,3 (26,4-28,2)* | 27,1 (26,1-28,0)* | 38,4 (35,7-41,3)* |
| | Femmes | 5,7 (5,5-5,8) | 4,0 (3,6-4,5)* | 5,1 (4,8-5,6) | 4,9 (4,5-5,3)* | 7,9 (6,7-9,3)* |
| 0 à 4 ans | Population totale | s | s | s | s | s |
| | | s | s | s | s | s |
| | | s | s | s | s | s |
| 5 à 19 ans | Population totale | 3,9 (3,7-4,1) | 5,0 (4,4-5,8)* | 6,1 (5,5-6,8)* | 7,8 (7,1-8,6)* | 18,4 (16,0-21,3)* |
| | Hommes | 6,2 (5,9-6,5) | 8,7 (7,4-10,1)* | 9,6 (8,6-10,8)* | 12,4 (11,2-13,7)* | 26,6 (22,5-31,4)* |
| | Femmes | 1,5 (1,3-1,6) | 1,0 (0,7-1,6) | 2,2 (1,7-2,9)* | 3,0 (2,4-3,7)* | 9,5 (7,1-12,7)* |
| 20 à 44 ans | Population totale | 16,5 (16,3-16,8) | 16,1 (15,1-17,1) | 22,2 (21,3-23,2)* | 21,5 (20,5-22,5)* | 32,1 (29,3-35,2)* |
| | Hommes | 25,9 (25,4-26,3) | 26,4 (24,7-28,2) | 36,4 (34,8-38,2)* | 35,6 (33,9-37,4)* | 51,6 (46,7-57,1)* |
| | Femmes | 7,2 (6,9-7,4) | 5,2 (4,4-6,0)* | 7,0 (6,2-7,8) | 6,3 (5,6-7,1) | 10,5 (8,3-13,3)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 16,0 (15,6-16,3) | 16,8 (15,5-18,3) | 20,4 (19,2-21,6)* | 19,1 (17,9-20,4)* | 21,6 (18,4-25,5)* |
| | Hommes | 23,6 (23,0-24,2) | 27,2 (24,9-29,8)* | 33,3 (31,1-35,5)* | 31,2 (28,9-33,5)* | 36,3 (30,4-43,3)* |
| | Femmes | 8,6 (8,2-9,0) | 5,6 (4,5-6,8)* | 7,1 (6,2-8,2) | 6,5 (5,5-7,7)* | 5,7 (3,6-9,1) |
| 65 ans et plus | Population totale | 13,2 (12,8-13,6) | 16,0 (14,2-17,9)* | 16,5 (15,2-17,9)* | 16,5 (15,1-18,1)* | 20,4 (16,7-25,0)* |
| | Hommes | 23,8 (22,9-24,8) | 29,2 (25,7-33,1)* | 32,3 (29,6-35,2)* | 32,0 (29,1-35,2)* | 38,3 (30,9-47,4)* |
| | Femmes | 6,3 (5,9-6,7) | 4,7 (3,5-6,3) | 3,6 (2,8-4,5)* | 3,6 (2,8-4,7)* | 3,9 (2,0-7,5) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Les suicides comprennent toutes les causes de décès par suicide incluses dans les codes de diagnostic de E950 à 959 du chapitre 17 de la CIM-9.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-13

## Taux de mortalité liée à d'autres blessures (par 100 000 habitants), normalisé selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 20,5 (20,3-20,7) | 20,7 (20,0-21,4) | 25,3 (24,7-25,9)* | 29,2 (28,6-29,9)* | 43,0 (40,9-45,2)* |
| | Hommes | 27,9 (27,6-28,2) | 28,7 (27,5-29,9) | 35,4 (34,4-36,5)* | 42,2 (41,0-43,4)* | 62,5 (59,0-66,2)* |
| | Femmes | 13,8 (13,6-14,0) | 12,7 (11,9-13,4)* | 15,0 (14,4-15,6)* | 16,0 (15,3-16,7)* | 22,2 (20,2-24,4)* |
| 0 à 4 ans | Population totale | 7,9 (7,5-8,4) | 9,0 (7,5-10,9) | 15,1 (13,4-17,1)* | 19,0 (17,1-21,1)* | 36,3 (30,6-43,2)* |
| | Hommes | 9,0 (8,4-9,7) | 9,8 (7,6-12,6) | 18,9 (16,3-22,0)* | 22,5 (19,6-25,8)* | 48,0 (38,9-59,1)* |
| | Femmes | 6,7 (6,2-7,3) | 8,2 (6,1-10,8) | 11,2 (9,1-13,6)* | 15,3 (12,9-18,2)* | 23,9 (17,6-32,5)* |
| 5 à 19 ans | Population totale | 5,0 (4,8-5,2) | 6,9 (6,1-7,8)* | 8,8 (8,0-9,6)* | 11,2 (10,4-12,1)* | 18,0 (15,6-20,8)* |
| | Hommes | 7,0 (6,7-7,3) | 10,7 (9,4-12,3)* | 12,8 (11,6-14,1)* | 16,2 (14,8-17,8)* | 26,0 (22,0-30,7)* |
| | Femmes | 2,8 (2,6-3,1) | 2,7 (2,0-3,6) | 4,5 (3,8-5,3)* | 5,9 (5,0-6,8)* | 9,5 (7,1-12,6)* |
| 20 à 44 ans | Population totale | 14,4 (14,2-14,7) | 12,7 (11,9-13,7)* | 18,4 (17,5-19,3)* | 24,6 (23,6-25,6)* | 43,3 (40,0-46,9)* |
| | Hommes | 22,5 (22,1-22,9) | 20,6 (19,0-22,2) | 29,3 (27,8-30,9)* | 39,8 (38,0-41,6)* | 67,5 (61,7-73,7)* |
| | Femmes | 6,3 (6,1-6,5) | 4,5 (3,8-5,3)* | 6,6 (5,9-7,4) | 8,3 (7,5-9,2)* | 16,6 (13,8-20,1)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 17,3 (16,9-17,7) | 17,9 (16,5-19,4) | 23,9 (22,6-25,2)* | 27,1 (25,6-28,6)* | 46,2 (41,3-51,7)* |
| | Hommes | 25,1 (24,4-25,7) | 26,8 (24,4-29,3) | 37,1 (34,9-39,5)* | 42,2 (39,6-44,9)* | 67,6 (59,4-76,8)* |
| | Femmes | 9,7 (9,34-10,1) | 8,4 (7,1-9,9) | 10,4 (9,2-11,7) | 11,3 (9,9-12,8) | 23,1 (18,4-29,0)* |
| 65 ans et plus | Population totale | 83,6 (82,5-84,7) | 86,5 (82,1-91,0) | 89,0 (86,0-92,2)* | 88,7 (85,4-92,1)* | 85,5 (77,5-94,3) |
| | Hommes | 101,6 (99,6-103,7) | 105,4 (98,0-113,4) | 105,9 (100,8-111,4) | 110,0 (104,3-115,9)* | 110,7 (97,3-126,0) |
| | Femmes | 72,2 (71,0-73,5) | 70,3 (65,2-75,7) | 74,9 (71,4-78,7) | 71,1 (67,2-75,2) | 63,0 (54,0-73,4) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Les autres blessures et empoisonnements comprennent toutes les blessures et tous les empoisonnements inclus dans les codes de diagnostic de E800 à 809, de 826 à 949 et de 960 à 999 du chapitre 17 de la CIM-9.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-14

Taux de mortalité par diabète (par 100 000 habitants), normalisés selon l'âge, en fonction du groupe d'âge, du sexe et du lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Groupe d'âge | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 85 ans et plus (tous les âges) | Population totale | 15,7 (15,6-15,9) | 14,3 (13,8-14,9)* | 16,9 (16,5-17,4)* | 16,8 (16,3-17,3)* | 18,8 (17,5-20,2)* |
| | Hommes | 18,8 (18,5-19,0) | 15,4 (14,5-16,3)* | 18,1 (17,4-18,8) | 18,0 (17,3-18,8) | 19,2 (17,3-21,3) |
| | Femmes | 13,6 (13,4-13,8) | 13,3 (12,6-14,1) | 15,9 (15,3-16,5)* | 15,8 (15,1-16,4)* | 18,5 (16,7-20,4)* |
| 20 à 44 ans | Population totale | 1,09 (1,03-1,16) | 0,68 (0,50-0,91)* | 1,23 (1,02-1,47) | 1,10 (0,91-1,34) | 2,07 (1,39-2,97)* |
| | Hommes | 1,41 (1,31-1,52) | 0,88 (0,61-1,25) | 1,45 (1,14-1,82) | 1,47 (1,15-1,85) | 2,30 (1,35-3,67) |
| | Femmes | 0,78 (0,70-0,86) | 0,47 (0,27-0,76) | 1,00 (0,74-1,32) | 0,72 (0,50-1,01) | 1,80 (0,94-3,16)* |
| 45 à 64 ans | Population totale | 12,4 (12,1-12,8) | 10,5 (9,4-11,6)* | 14,1 (13,2-15,1)* | 13,5 (12,5-14,7) | 19,5 (16,4-23,0)* |
| | Hommes | 15,4 (14,9-16,0) | 12,9 (11,2-14,6)* | 16,5 (15,1-18,1) | 14,8 (13,3-16,4) | 20,8 (16,4-26,0)* |
| | Femmes | 9,6 (9,2-10,0) | 7,9 (6,6-9,4) | 11,7 (10,5-13,0)* | 12,3 (10,9-13,8)* | 18,1 (13,9-23,1)* |
| 65 ans et plus | Population totale | 112,7 (111,4-113,9) | 105,4 (100,7-110,4)* | 119,8 (116,3-123,5)* | 120,1 (116,2-124,2)* | 123,7 (114,0-134,3)* |
| | Hommes | 132,8 (130,6-135,1) | 109,5 (102,3-117,4)* | 125,2 (119,6-130,9) | 127,4 (121,2-133,7) | 124,3 (110,2-140,3) |
| | Femmes | 99,6 (98,1-101,2) | 101,5 (95,3-108,1) | 115,7 (111,2-120,5)* | 114,4 (109,3-119,6)* | 123,7 (110,6-138,3)* |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau C-15

## Nombre total de décès par cause, sexe et lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Cause | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Toutes causes confondues | Population totale | 1 623 845 | 103 076 | 223 365 | 184 301 | 31 135 |
| | Hommes | 854 127 | 59 768 | 126 586 | 105 804 | 18 907 |
| | Femmes | 769 718 | 43 308 | 96 779 | 78 497 | 12 228 |
| Maladies de l'appareil circulatoire | Population totale | 636 968 | 41 754 | 90 528 | 73 829 | 11 988 |
| | Hommes | 320 718 | 23 492 | 49 422 | 40 900 | 6 978 |
| | Femmes | 316 250 | 18 262 | 41 106 | 32 929 | 5 010 |
| Maladies respiratoires | Population totale | 137 688 | 8 372 | 19 951 | 16 788 | 2 634 |
| | Hommes | 75 786 | 5 170 | 12 195 | 10 130 | 1 697 |
| | Femmes | 61 902 | 3 202 | 7 756 | 6 658 | 937 |
| Tous les cancers | Population totale | 447 910 | 28 272 | 58 584 | 46 577 | 7 627 |
| | Hommes | 239 620 | 16 536 | 34 013 | 27 091 | 4 687 |
| | Femmes | 208 290 | 11 736 | 24 571 | 19 486 | 2 940 |
| Diabète | Population totale | 36 691 | 2 206 | 5 220 | 4 248 | 738 |
| | Hommes | 17 377 | 1 086 | 2 447 | 2 019 | 355 |
| | Femmes | 19 314 | 1 120 | 2 773 | 2 229 | 383 |
| Accidents, empoisonnements, violence | Population totale | 102 662 | 8 558 | 17 177 | 15 976 | 3 629 |
| | Hommes | 68 810 | 6 210 | 12 424 | 11 741 | 2 711 |
| | Femmes | 33 852 | 2 348 | 4 753 | 4 235 | 918 |
| Accidents de la route* | Population totale | 24 613 | 3 299 | 6 085 | 5 294 | 1 142 |
| | Hommes | 17 054 | 2 325 | 4 400 | 3 767 | 802 |
| | Femmes | 7 559 | 974 | 1 685 | 1 527 | 340 |
| Suicide* | Population totale | 29 592 | 2 044 | 4 106 | 3 679 | 872 |
| | Hommes | 22 624 | 1 731 | 3 470 | 3 132 | 729 |
| | Femmes | 6 968 | 313 | 636 | 547 | 143 |
| Autres blessures et empoisonnements* | Population totale | 48 457 | 3 215 | 6 986 | 7 003 | 1 615 |
| | Hommes | 29 132 | 2 154 | 4 554 | 4 842 | 1 180 |
| | Femmes | 19 325 | 1 061 | 2 432 | 2 161 | 435 |

* Le suicide, les accidents de la route et les autres blessures et empoisonnements sont des sous-catégories de la catégorie « Accidents, empoisonnements, violence ».
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada

Tableau C-16

Nombre total de nouveaux cas de cancer chez les hommes, par siège de cancer et lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Sièges de cancer | Nombre de cas | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | RMR/AR | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
| Tous les sièges de cancer | 465 446 | 32 262 | 62 510 | 49 266 | 8 583 |
| Lèvres | 3 097 | 446 | 976 | 926 | 235 |
| Langue, gencives, bouche, pharynx (p. ex. nasopharynx) | 11 213 | 674 | 1 307 | 966 | 150 |
| Œsophage | 5 970 | 412 | 724 | 580 | 104 |
| Estomac | 14 993 | 971 | 2 163 | 1 763 | 302 |
| Côlon et rectum | 61 914 | 4 412 | 8 415 | 6 451 | 1 126 |
| Foie | 5 041 | 210 | 470 | 342 | 63 |
| Pancréas | 11 084 | 781 | 1 510 | 1 321 | 190 |
| Larynx | 8 400 | 557 | 1 097 | 817 | 131 |
| Trachée, bronche, poumon | 91 192 | 6 286 | 13 151 | 9 827 | 1 745 |
| Mélanome | 11 046 | 727 | 1 151 | 959 | 142 |
| Prostate | 103 189 | 7 383 | 14 546 | 11 617 | 2 030 |
| Testicule | 5 610 | 336 | 442 | 449 | 71 |
| Vessie | 27 143 | 1 914 | 3 726 | 2 859 | 521 |
| Rein et autres organes de l'appareil génito-urinaire | 15 212 | 994 | 1 946 | 1 643 | 292 |
| Cerveau et autres parties du système nerveux | 9 119 | 602 | 1 106 | 852 | 161 |
| Autres sièges mal définis ou inconnus | 14 968 | 1 100 | 1 884 | 1 545 | 233 |
| Maladie de Hodgkin | 3 787 | 237 | 386 | 324 | 54 |
| Lymphome non hodgkinien | 19 152 | 1 268 | 2 187 | 1 783 | 285 |
| Myélome multiple | 5 829 | 441 | 853 | 582 | 120 |
| Leucémie | 14 194 | 1 061 | 1 919 | 1 489 | 255 |

Source : Registre canadien du cancer, 1986-1996, Statistique Canada.

Tableau C-17

## Nombre total de nouveaux cas de cancer chez les femmes, par siège de cancer et lieu de résidence, Canada, 1986 à 1996

| Sièges de cancer | Nombre de cas | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | RMR/AR | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
| Tous les sièges de cancer | 438 229 | 25 001 | 48 621 | 39 023 | 6 083 |
| Lèvres | 789 | 54 | 131 | 124 | 18 |
| Langue, gencives, bouche, pharynx (p. ex. nasopharynx) | 4 995 | 244 | 466 | 407 | 64 |
| Estomac | 9 127 | 452 | 1 147 | 864 | 145 |
| Côlon et rectum | 58 183 | 3 593 | 7 369 | 5 546 | 881 |
| Vésicule biliaire | 4 026 | 239 | 504 | 440 | 74 |
| Pancréas | 11 327 | 623 | 1 357 | 1 152 | 168 |
| Trachée, bronche, poumon | 50 173 | 2 677 | 5 170 | 4 187 | 619 |
| Mélanome | 10 837 | 689 | 1 055 | 950 | 131 |
| Sein | 126 576 | 7 134 | 13 275 | 10 748 | 1 657 |
| Col de l'utérus | 11 972 | 650 | 1 268 | 1 269 | 219 |
| Utérus, excluant le col de l'utérus | 24 868 | 1 423 | 2 896 | 2 182 | 349 |
| Ovaire | 17 622 | 990 | 1 807 | 1 493 | 225 |
| Vessie | 9 826 | 505 | 1 147 | 770 | 107 |
| Rein et autres organes de l'appareil génito-urinaire | 9 541 | 626 | 1 260 | 1 024 | 159 |
| Cerveau et autres parties du système nerveux | 7 365 | 470 | 791 | 635 | 107 |
| Thyroïde | 8 142 | 402 | 661 | 605 | 92 |
| Autres sièges mal définis ou inconnus | 14 144 | 750 | 1 764 | 1 434 | 225 |
| Lymphome non hodgkinien | 16 217 | 963 | 1 884 | 1 452 | 230 |
| Myélome multiple | 5 285 | 351 | 625 | 475 | 75 |
| Leucémie | 11 289 | 672 | 1 315 | 991 | 177 |

Source : Registre canadien du cancer, 1986-1996, Statistique Canada.

# Annexe D

## Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.1 : tableaux de données

Tableau D-1

### Proportions de caractéristiques sociodémographiques choisies, normalisées selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ménages comprenant au moins un enfant de 0 à 5 ans | Population totale | 14,4 (14,1-14,7) | 14,7 (13,7-15,6) | 14,2 (13,5-15,0) | 14,4 (13,8-15,0) | 15,2 (13,1-17,2) |
| | Hommes | 14,2 (13,7-14,7) | 15,0 (13,6-16,4) | 13,3 (12,3-14,3) | 14,4 (13,5-15,3) | 14,8 (12,0-17,6) |
| | Femmes | 14,6 (14,2-15,0) | 14,4 (13,2-15,6) | 15,2 (14,2-16,2) | 14,4 (13,6-15,2) | 15,9 (13,2-18,6) |
| Ménages comprenant au moins un enfant de 6 à 11 ans | Population totale | 17,7 (17,3-18,0) | 19,4 (18,4-20,3)* | 20,3 (18,8-20,4)* | 18,8 (18,2-19,5)* | 20,6 (18,5-22,6)* |
| | Hommes | 17,7 (17,2-18,2) | 18,6 (17,3-20,0) | 18,6 (17,4-19,7) | 18,6 (17,6-19,6) | 19,9 (17,1-22,7) |
| | Femmes | 17,6 (17,2-18,1) | 20,0 (18,7-21,4)* | 20,5 (19,5-21,6)* | 19,1 (18,2-19,9)* | 21,4 (18,7-24,0)* |
| Sans diplôme d'études secondaires | Population totale | 27,8 (27,4-28,2) | 35,1 (33,9-36,3)* | 39,4 (38,4-40,3)* | 37,3 (36,4-38,1)* | 43,0 (40,5-45,5)* |
| | Hommes | 27,5 (26,9-28,0) | 36,6 (34,9-38,3)* | 41,9 (40,4-43,3)* | 38,1 (36,9-39,3)* | 44,2 (40,9-47,4)* |
| | Femmes | 28,1 (27,6-28,6) | 33,4 (31,9-35,0)* | 36,8 (35,6-38,1)* | 36,3 (35,2-37,4)* | 41,8 (38,5-45,2)* |
| Revenu inférieur/ moyen-inférieur | Population totale | 32,4 (31,9-32,8) | 34,6 (33,2-35,9)* | 45,0 (43,9-46,2)* | 43,1 (42,1-44,1)* | 49,9 (47,1-52,7)* |
| | Hommes | 28,3 (27,7-29,0) | 30,8 (29,0-32,7) | 41,0 (39,3-42,6)* | 39,0 (37,6-40,4)* | 45,6 (41,6-49,7)* |
| | Femmes | 36,3 (35,6-37,0) | 38,9 (37,0-40,8) | 49,1 (47,6-50,7)* | 47,3 (45,9-48,6)* | 54,9 (51,3-58,4)* |
| Sans emploi | Population totale | 33,4 (32,9-33,8) | 32,3 (31,2-33,5) | 36,6 (35,6-37,5)* | 34,7 (33,8-35,5) | 37,1 (34,6-39,6)* |
| | Hommes | 27,3 (26,7-27,8) | 24,9 (23,5-26,4)* | 29,1 (27,9-30,4)* | 27,5 (26,3-28,6) | 28,5 (25,3-31,6) |
| | Femmes | 39,3 (38,7-39,9) | 40,3 (38,6-42,0) | 44,1 (42,7-45,5)* | 41,9 (40,7-43,0)* | 46,7 (43,3-50,1)* |
| Sentiment d'appartenance plutôt fort ou très fort à la collectivité | Population totale | 56,2 (55,7-56,7) | 60,1 (58,6-61,5)* | 64,4 (63,3-65,5)* | 70,8 (69,9-71,7)* | 76,8 (74,3-79,3)* |
| | Hommes | 56,0 (55,2-56,7) | 60,0 (57,8-62,0)* | 64,6 (63,0-66,3)* | 70,9 (69,6-72,3)* | 73,4 (69,6-77,3)* |
| | Femmes | 56,4 (55,7-57,1) | 60,1 (58,2-62,1)* | 64,2 (62,8-65,7)* | 70,7 (69,4-71,9)* | 79,9 (77,1-82,8)* |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau D-1 (suite)

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ne pas toujours pouvoir ou ne jamais pouvoir consommer des aliments de la qualité et de la variété désirées, en raison d'un manque d'argent | Population totale | 12,0 (11,7-12,3) | 10,9 (10,0-11,7) | 11,9 (11,2-12,6) | 13,3 (12,6-13,9)* | 12,6 (10,8-14,4) |
| | Hommes | 10,9 (10,5-11,4) | 9,3 (8,1-10,4)* | 11,0 (10,0-11,9) | 12,8 (11,8-13,7)* | 10,0 (7,6-12,4) |
| | Femmes | 13,1 (12,6-13,5) | 12,6 (11,3-13,8) | 12,8 (11,8-13,8) | 13,8 (12,9-14,7) | 15,0 (12,6-17,5) |
| Insécurité alimentaire au cours des 12 mois précédents | Population totale | 14,5 (14,2-14,9) | 13,1 (12,2-14,0)* | 14,6 (13,9-15,4) | 16,1 (15,4-16,8)* | 15,0 (13,1-16,9) |
| | Hommes | 13,3 (12,8-13,8) | 11,3 (10,1-12,5)* | 13,7 (12,6-14,7) | 15,4 (14,4-16,4)* | 12,4 (9,8-14,9) |
| | Femmes | 15,7 (15,2-16,2) | 15,0 (13,7-16,4) | 15,6 (14,5-16,6) | 16,7 (15,8-17,7) | 17,4 (14,8-20,0) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

Tableau D-2

## Taille de l'échantillon (population estimée), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ménages comprenant au moins un enfant de 0 à 5 ans | Population totale | 10 429 (3 022 786) | 1 117 (183 967) | 1 772 (246 422) | 2 647 (233 302) | 316 (29 563) |
| | Hommes | 4 488 (1 456 629) | 529 (96 179) | 787 (115 405) | 1 191 (115 577) | 128 (14 255) |
| | Femmes | 5 941 (1 566 156) | 588 (87 788) | 985 (131 017) | 1 456 (117 726) | 188 (15 307) |
| Ménages comprenant au moins un enfant de 6 à 11 ans | Population totale | 13 703 (3 6893 253) | 1 626 (260 959) | 2 540 (355 994) | 3 564 (313 290) | 496 (42 898) |
| | Hommes | 6 090 (1 803 881) | 764 (128 542) | 1 165 (17 1328) | 1 631 (152 751) | 216 (20 268) |
| | Femmes | 7 613 (1 885 444) | 862 (132 417) | 1 375 (18 4667) | 1 933 (160 539) | 280 (22 630) |
| Sans diplôme d'études secondaires | Population totale | 23 747 (5 494 412) | 3 152 (478 892) | 6 210 (800 151) | 7 664 (646 008) | 1 228 (97 970) |
| | Hommes | 10 866 (2 684 306) | 1 623 (261 100) | 3 057 (417 043) | 3 751 (329 850) | 618 (51 631) |
| | Femmes | 12 881 (2 810 106) | 1 529 (217 792) | 3 153 (383 108) | 3 913 (316 158) | 610 (46 339) |
| Revenu inférieur/ moyen-inférieur | Population totale | 26 137 (5 834 360) | 2 783 (404 530) | 6 533 (797 132) | 7 877 (648 698) | 1 209 (95 149) |
| | Hommes | 9 935 (2 536 671) | 1 212 (194 113) | 2 791 (365 272) | 3 287 (299 008) | 537 (45 351) |
| | Femmes | 16 202 (3 297 689) | 1 571 (210 418) | 3 742 (431 860) | 4 590 (349 690) | 672 (49 799) |
| Sans emploi | Population totale | 23 772 (5 793 333) | 2 493 (379 594) | 5 083 (657 833) | 6 005 (517 938) | 895 (72 713) |
| | Hommes | 9 006 (2 316 211) | 985 (157 352) | 1 952 (264 288) | 2 266 (205 527) | 348 (28 437) |
| | Femmes | 14 766 (3 477 121) | 1 508 (222 242) | 3 131 (393 544) | 3 739 (312 411) | 547 (44 276) |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau D-2 (suite)

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sentiment d'appartenance plutôt fort ou très fort à la collectivité | Population totale | 30 442 (8 268 827) | 2 841 (499 978) | 4 298 (629 784) | 5 070 (460 296) | 550 (46 015) |
| | Hommes | 13 553 (3 954 891) | 1 357 (252 129) | 1 986 (299 097) | 2 318 (218 585) | 275 (26 091) |
| | Femmes | 16 889 (4 313 937) | 1 484 (247 849) | 2 312 (330 687) | 2 752 (241 712) | 275 (19 924) |
| Ne pas toujours pouvoir ou ne jamais pouvoir consommer des aliments de la qualité et de la variété désirées, en raison d'un manque d'argent | Population totale | 10 715 (2 475 926) | 960 (144 861) | 1 758 (222 511) | 2 677 (222 548) | 332 (26 685) |
| | Hommes | 4 280 (1 094 942) | 389 (63 810) | 772 (102 077) | 1 123 (106 177) | 132 (10 847) |
| | Femmes | 6 535 (1 380 984) | 571 (81 051) | 986 (120 434) | 1 554 (116 371) | 200 (15 838) |
| Insécurité alimentaire au cours des 12 mois précédents | Population totale | 12 688 (2 991 755) | 1 136 (174 666) | 2 125 (273 940) | 3 180 (269 884) | 394 (31 652) |
| | Hommes | 5v108 (1 336 246) | 471 (77 957) | 938 (127 344) | 1 337 (128 259) | 162 (13 469) |
| | Femmes | 7 580 (1655 509) | 665 (96 709) | 1 187 (146 596) | 1 843 (141 625) | 232 (18 184) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.

Tableau D-3

## Proportions d'indicateurs choisis d'état de santé et de qualité de vie, normalisées selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Santé auto-évaluée passable ou mauvaise | Population totale | 12,0 (11,7-12,3) | 11,9 (11,1-13,0) | 12,4 (11,8-13,0) | 13,6 (13,0-14,2)* | 14,4 (12,6-16,1)* |
| | Hommes | 11,0 (10,5-11,4) | 11,3 (10,2-12,4) | 12,6 (11,6-13,5)* | 13,4 (12,5-14,2)* | 12,0 (9,8-14,1) |
| | Femmes | 12,9 (12,5-13,4) | 12,4 (11,3-13,6) | 12,3 (11,4-13,2) | 13,8 (13,0-14,6) | 16,7 (14,3-19,2)* |
| Surpoids | Population totale | 46,9 (46,3-47,5) | 53,9 (52,2-55,6)* | 53,2 (51,9-54,6)* | 55,4 (54,3-56,6)* | 57,2 (53,7-60,7)* |
| | Hommes | 54,7 (53,7-55,6) | 60,7 (58,4-63,1)* | 60,1 (58,3-62,0)* | 62,5 (60,9-64,1)* | 64,5 (59,8-69,1)* |
| | Femmes | 38,8 (38,0-39,6) | 46,2 (43,9-48,5)* | 45,5 (43,6-47,4)* | 47,9 (46,2-49,5)* | 48,7 (44,0-53,4)* |
| Faible estime de soi | Population totale | 14,2 (13,5-14,9) | 10,7 (8,3-13,1)* | 12,5 (11,1-13,9) | 11,7 (10,7-12,8)* | 9,6 (7,7-11,5)* |
| | Hommes | 12,7 (11,8-13,6) | 7,6 (4,6-10,6)* | 10,0 (8,1-11,8) | 10,8 (9,3-12,2) | 7,8 (5,4-10,2)* |
| | Femmes | 15,5 (14,6-16,4) | 14,1 (10,4-17,7) | 14,7 (12,7-16,8) | 12,6 (11,2-14,1)* | 11,6 (8,7-14,4)* |
| Vie quotidienne assez stressante ou extrêmement stressante | Population totale | 26,1 (25,6-26,5) | 24,7 (23,4-25,9) | 23,1 (22,1-24,1)* | 23,2 (22,3-24,1)* | 22,8 (20,2-25,4)* |
| | Hommes | 25,0 (24,3-25,6) | 24,1 (22,3-26,0) | 22,5 (21,1-23,9)* | 23,1 (21,8-24,3) | 22,9 (19,1-26,7) |
| | Femmes | 27,1 (26,5-27,7) | 25,3 (23,5-27,1) | 23,6 (22,4-25,1)* | 23,3 (22,1-24,5)* | 22,3 (19,1-25,4)* |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau D-3 (suite)

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dépression | Population totale | 10,1 (9,8-10,4) | 9,6 (8,8-10,4) | 8,8 (8,2-9,5)* | 8,9 (8,4-9,5)* | 9,7 (8,1-11,3) |
| | Hommes | 7,6 (7,2-7,9) | 7,1 (6,1-8,2) | 6,7 (5,9-7,5) | 6,6 (5,9-7,4) | 7,1 (4,9-9,3) |
| | Femmes | 12,4 (12,0-12,9) | 12,2 (11,0-13,4) | 11,0 (10,0-12,0) | 11,1 (10,4-11,9)* | 12,7 (10,3-15,2) |
| Critères associés à n'importe quel trouble mental ou dépendance à une substance psychoactive au cours des 12 mois précédents<br><br>(Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2002-2003, Statistique Canada.) | Population totale | 11,2 (10,6-11,7) | 11,1 (9,4-12,9) | 9,7 (8,3-11,2) | 9,8 (8,5-11,1) | 8,8 (5,2-12,4) |
| | Hommes | 10,5 (9,8-11,3) | 10,0 (7,7-12,2) | 9,1 (6,9-11,3) | 9,5 (7,6-11,5) | 12,6 (6,3-18,8) |
| | Femmes | 11,8 (10,6-11,7) | 12,5 (9,6-15,4) | 10,4 (8,4-12,5) | 10,1 (8,4-11,8) | 7,9 (3,4-12,5) |
| Blessure au cours de l'année précédente | Population totale | 13,3 (13,0-13,6) | 15,5 (14,5-16,5)* | 13,1 (12,4-13,9) | 14,2 (13,6-14,9) | 14,0 (12,2-15,7) |
| | Hommes | 15,3 (14,8-15,8) | 18,4 (16,9-19,9)* | 15,4 (14,2-16,6) | 17,4 (16,3-18,4)* | 17,4 (14,6-20,2) |
| | Femmes | 11,4 (11,0-11,8) | 12,6 (11,4-13,8) | 10,9 (10,0-11,9) | 11,2 (10,4-12,0) | 10,6 (8,6-12,5) |
| Microtraumatismes répétés subis au moment d'exercer un emploi ou d'exploiter une entreprise | Population totale | 43,5 (42,1-44,8) | 48,4 (44,8-51,9) | 49,7 (46,5-52,8)* | 46,1 (43,3-48,8) | 53,8 (45,2-62,3)* |
| | Hommes | 45,6 (43,6-47,7) | 53,5 (48,0-58,9)* | 56,2 (51,8-60,7)* | 52,0 (48,2-55,8)* | 56,3 (46,3-66,4) |
| | Femmes | 42,5 (40,7-44,3) | 50,3 (45,3-55,4)* | 49,4 (44,6-54,1)* | 42,5 (38,9-46,1) | 51,2 (39,9-62,5) |
| Microtraumatismes répétés subis pendant les tâches ménagères, un autre travail non rémunéré ou l'éducation | Population totale | 14,6 (13,4-15,8) | 19,8 (16,4-23,3)* | 16,5 (13,8-19,2) | 19,2 (16,7-21,7)* | 18,7 (12,1-25,3) |
| | Hommes | 10,2 (8,6-11,7) | 14,9 (10,7-19,1) | 8,9 (6,3-11,6) | 13,1 (10,2-16,0) | s |
| | Femmes | 18,8 (17,1-20,5) | 24,1 (18,9-29,3) | 22,6 (18,5-26,7) | 25,6 (22,0-29,2)* | 25,8 (16,9-34,6) |
| Les activités quotidiennes ne posent aucun problème | Population totale | 75,4 (75,0-75,8) | 72,5 (71,4-73,6)* | 75,6 (75,0-76,4) | 73,0 (72,2-73,8)* | 74,7 (74,7-76,4) |
| | Hommes | 77,2 (76,7-77,8) | 72,6 (71,0-74,2)* | 76,3 (75,0-77,6) | 72,5 (71,4-73,7)* | 76,0 (73,0-79,1) |
| | Femmes | 73,7 (73,1-74,2) | 72,6 (71,0-74,2) | 74,9 (73,7-76,1) | 73,4 (72,4-74,5) | 73,0 (70,0-76,0) |
| Douleurs moyennes ou fortes | Population totale | 66,3 (65,0-67,6) | 66,5 (62,7-70,3) | 70,2 (67,5-73,0) | 68,2 (65,8-70,7) | 62,5 (55,0-70,0) |
| | Hommes | 62,3 (60,3-64,4) | 63 (57,5-68,5) | 70,1 (65,9-74,4)* | 64,7 (61,0-68,4) | 66,7 (57,0-76,5) |
| | Femmes | 68,9 (67,2-70,6) | 69,5 (59,6-74,7) | 70,6 (67,0-74,1) | 70,6 (67,5-73,7) | 67,1 (59,7-74,7) |
| 6 jours d'incapacité ou plus dans les 14 jours précédents | Population totale | 6,3 (6,0-6,5) | 6,8 (6,1-7,5) | 6,2 (5,7-6,7) | 6,2 (5,7-6,7) | 6,7 (5,4-8,0) |
| | Hommes | 5,4 (5,0-5,7) | 5,9 (5,0-6,8) | 5,3 (4,7-6,0) | 5,6 (4,9-6,3) | 5,9 (4,2-7,7) |
| | Femmes | 7,1 (6,8-7,5) | 7,7 (6,7-8,7) | 7,0 (6,3-7,8) | 6,8 (6,2-7,5) | 7,3 (5,6-9,1) |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau D-3 (suite)

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L'indice de l'état de santé révèle la présence d'une incapacité | Population totale | 21,6 (21,2-22,0) | 20,4 (16,4-21,4) | 20,5 (19,7-21,3) | 22,2 (21,5-23,0) | 20,9 (19,0-22,8) |
| | Hommes | 19,7 (19,2-20,3) | 19,6 (18,1-21,0) | 19,3 (18,1-20,4) | 21,4 (20,3-22,5) | 19,2 (16,6-21,9) |
| | Femmes | 23,4 (22,8-23,9) | 21,1 (19,6-22,5)* | 21,8 (20,6-22,9) | 23,1 (22,1-24,1) | 22,9 (20,2-25,7) |
| A sérieusement songé à se suicider dans les 12 mois précédents | Population totale | 24,1 (22,2-26,0) | 24,3 (18,5-30,2) | 27,5 (23,3-31,8) | 23,2 (19,8-26,6) | s |
| | Hommes | 25,8 (22,8-28,8) | 28,5 (18,8-38,2) | 25,2 (19,5-30,9) | 27,3 (21,7-32,9) | s |
| | Femmes | 22,7 (20,3-25,2) | 24,9 (17,6-32,2) | 29,9 (23,9-35,9) | 20,8 (16,7-24,8) | s |
| A déjà sérieusement songé à se suicider | Population totale | 9,4 (9,0-9,8) | 10,1 (8,8-11,4) | 11,0 (10,0-11,9)* | 9,2 (8,5-9,9) | 10,6 (8,1-13,0) |
| | Hommes | 8,4 (7,8-8,9) | 8,6 (7,0-10,3) | 9,7 (8,4-11,0) | 8,1 (7,1-9,0) | 7,9 (4,8-10,9) |
| | Femmes | 10,4 (9,8-11,0) | 11,7 (9,7-13,7) | 12,2 (10,8-13,6) | 10,4 (9,4-11,3) | 14,2 (9,0-19,4) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada

Tableau D-4

## Taille de l'échantillon (population estimée), selon certains indicateurs d'état de santé et de qualité de vie, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Santé auto-évaluée passable ou mauvaise | Population totale | 10 645 (2 381 702) | 1 090 (159 657) | 2 246 (262 741) | 2 997 (233 454) | 433 (33 315) |
| | Hommes | 4 538 (1 072 400) | 520 (81 393) | 1 088 (134 029) | 1 396 (115 876) | 190 (15 216) |
| | Femmes | 6 107 (1 309 302) | 570 (78 264) | 1 158 (128 713) | 1 601 (117 580) | 243 (18 099) |
| Surpoids | Population totale | 26 241 (6 918 349) | 3 032 (513 606) | 5 152 (715 999) | 7 242 (645 812) | 956 (85 600) |
| | Hommes | 14 706 (4 096 095) | 1 733 (308 598) | 2 853 (422 185) | 4 018 (375 035) | 516 (51 828) |
| | Femmes | 11 535 (2 822 254) | 1 299 (205 009) | 2 299 (293 813) | 3 224 (270 778) | 440 (33 772) |
| Faible estime de soi | Population totale | 2 714 (481 880) | 98 (11 158) | 505 (44 378) | 762 (50 561) | 148 (8 382,1) |
| | Hommes | 1 057 (202151) | 35 (4 108,7) | 192 (16 595) | 324 (2 332) | 62 (3 291,3) |
| | Femmes | 1 657 (279 729) | 63 (7 049) | 313 (27 783) | 438 (28 228) | 86 (5 090,8) |
| Vie quotidienne assez stressante ou extrêmement stressante | Population totale | 18 380 (4 979 014) | 1 814 (303 785) | 2 979 (406 174) | 3 946 (353 246) | 487 (46 121) |
| | Hommes | 7 880 (2 341 100) | 869 (154 794) | 1 379 (200 282) | 1 782 (174 503) | 224 (24 616) |
| | Femmes | 10 500 (2 637 914) | 945 (148 991) | 1 600 (205 892) | 2 164 (178 742) | 263 (21 505) |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau D-4 (suite)

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dépression | Population totale | 8 666 (2 060 672) | 780 (127 420) | 1 311 (166 953) | 1 801 (147 439) | 220 (20 691) |
| | Hommes | 2 942 (754 578) | 255 (48 974) | 479 (63 261) | 610 (54 743) | 79 (7 978,2) |
| | Femmes | 5 724 (1 30 6093) | 525 (78 446) | 832 (103 692) | 1 191 (92 695) | 141 (12 713) |
| Critères associés à n'importe quel trouble mental ou dépendance à une substance psychoactive au cours des 12 mois précédents<br><br>(Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2002-2003, Statistique Canada.) | Population totale | 2 978 (2 192 306) | 226 (146 597) | 293 (166 749) | 376 (147 137) | 42 (15 497) |
| | Hommes | 1 293 (997 954) | 99 (64 779) | 121 (78 068) | 161 (73 771) | 20 (8 896,7) |
| | Femmes | 1 685 (1 194 352) | 127 (81 818) | 172 (88 681) | 215 (73 366) | 22 (6 600,2) |
| Blessure au cours de l'année précédente | Population totale | 10 968 (2 737 292) | 1 272 (209 853) | 1 878 (251 825) | 2 699 (244 086) | 348 (29 923) |
| | Hommes | 5 715 (1 548 048) | 717 (128 652) | 1 012 (144 830) | 1 505 (147 158) | 190 (18 444) |
| | Femmes | 5 253 (1 189 244) | 555 (81 201) | 866 (106 995) | 1 194 (96 929) | 158 (11 479) |
| Microtraumatismes répétés subis au moment d'exercer un emploi ou d'exploiter une entreprise | Population totale | 4 005 (990 220) | 501 (80 328) | 738 (103 203) | 1 003 (88 844) | 125 (11 817) |
| | Hommes | 1 868 (494 691) | 242 (40 248) | 368 (54 916) | 511 (47 804) | 56 (6 033,6) |
| | Femmes | 2 137 (495 529) | 259 (40 080) | 370 (48 288) | 492 (41 040) | 69 (5 783,3) |
| Microtraumatismes répétés subis pendant les tâches ménagères, un autre travail non rémunéré ou l'éducation | Population totale | 1 069 (239 135) | 163 (24 759) | 248 (27 651) | 324 (29 186) | 50 (3 796,1) |
| | Hommes | 294 (72 667) | 57 (9 177,8) | 56 (6 575,2) | 93 (9 178,8) | S |
| | Femmes | 775 (166 468) | 106 (15 582) | 192 (21 076) | 231 (20 007) | 37 (2 846) |
| Les activités quotidiennes ne posent aucun problème | Population totale | 57 660 (15 640 000) | 5 951 (978 035) | 10 540 (1 462 818) | 13 653 (1 242 539) | 1 856 (160 954) |
| | Hommes | 26 834 (7 814 486) | 2 916 (505 604) | 5 000 (734 578) | 6 395 (612 378) | 884 (83 452) |
| | Femmes | 30 826 (7 822 458) | 3 035 (472 432) | 5 540 (728 240) | 7 258 (630 161) | 972 (77 502) |
| Douleurs moyennes ou fortes | Population totale | 9 770 (2 249 834) | 1 040 (156 478) | 1 984 (243 159) | 2 430 (209 734) | 311 (25 523) |
| | Hommes | 3 531 (887 366) | 458 (77 713) | 792 (105 574) | 941 (89 813) | 122 (10 933) |
| | Femmes | 6 239 (1 362 469) | 582 (78 766) | 1 192 (137 584) | 1 489 (119 921) | 189 (14 590) |
| 6 jours d'incapacité ou plus dans les 14 jours précédents | Population totale | 5 393 (1 274 287) | 571 (91 029) | 960 (124 379) | 1 224 (105 116) | 181 (14 995) |
| | Hommes | 2 081 (533 256) | 240 (41 698) | 404 (53 529) | 503 (47 256) | 76 (7 055,8) |
| | Femmes | 3 312 (741 031) | 331 (49 331) | 556 (70 850) | 721 (57 860) | 105 (7 938,7) |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau D-4 (suite)

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L'indice de l'état de santé révèle la présence d'une incapacité | Population totale | 18 580 (4 336 318) | 1 846 (270 262) | 3 529 (412 835) | 4 702 (378 831) | 638 (47 666) |
| | Hommes | 7 771 (1 949 439) | 865 (138 413) | 1 553 (194 214) | 2 134 (183 613) | 297 (23 278) |
| | Femmes | 10 809 (2 386 878) | 981 (131 849) | 1 976 (218 621) | 2 568 (195 218) | 341 (24 388) |
| A sérieusement songé à se suicider dans les 12 mois précédents | Population totale | 986 (261 787) | 79 (15 857) | 210 (34 015) | 283 (23 884) | s |
| | Hommes | 426 (117 561) | 35 (7 978,7) | 80 (14 198) | 125 (11 841) | s |
| | Femmes | 560 (144 226) | 44 (7 877,9) | 130 (19 817) | 158 (12 042) | s |
| A déjà sérieusement songé à se suicider | Population totale | 4 115 (1 065 852) | 344 (60 910) | 802 (123 587) | 1 226 (101 387) | 125 (10 305) |
| | Hommes | 1 633 (461 621) | 143 (27 097) | 334 (56 361) | 489 (43 729) | 49 (3 888,6) |
| | Femmes | 2 482 (604 231) | 201 (33 813) | 468 (67 226) | 737 (57 658) | 76 (6 416,8) |

Remarques :
s Les données ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada

Tableau D-5

## Proportions d'indicateurs choisis de comportement lié à la santé, normalisées selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fumeur | Population totale | 24,9 (24,5-25,3) | 28,1 (26,8-29,3)* | 29,8 (28,8-30,8)* | 28,2 (27,4-29,1)* | 32,4 (29,8-34,9)* |
| | Hommes | 27,1 (26,4-27,7) | 30,5 (28,6-32,3)* | 32,8 (31,3-34,3)* | 30,5 (29,3-31,8)* | 33,7 (30,1-37,3)* |
| | Femmes | 22,8 (22,3-23,3) | 25,5 (23,8-27,2)* | 26,8 (25,4-28,1)* | 26,0 (24,9-27,1)* | 30,6 (27,2-34,1)* |
| Exposition à la fumée secondaire presque chaque jour | Population totale | 27,0 (26,5-27,5) | 31,6 (30,0-33,1)* | 31,8 (30,6-33,0)* | 34,1 (33,0-35,2)* | 34,2 (31,1-37,2)* |
| | Hommes | 29,6 (28,8-30,4) | 33,8 (31,5-36,1)* | 34,9 (33,0-36,8)* | 38,0 (36,3-39,7)* | 36,1 (31,7-40,5)* |
| | Femmes | 24,7 (24,1-25,4) | 29,5 (27,5-31,6)* | 28,9 (27,4-30,5)* | 30,5 (29,1-32,0)* | 32,8 (28,7-36,9)* |
| Consommation de plus de 5 portions de fruits et légumes par jour | Population totale | 38,2 (37,7-38,7) | 36,5 (35,2-37,9) | 35,7 (34,6-36,7)* | 34,2 (33,3-35,2)* | 31,1 (28,6-33,5)* |
| | Hommes | 32,7 (32,0-33,4) | 30,1 (28,2-31,9)* | 29,8 (28,3-31,2)* | 28,1 (26,9-29,5)* | 26,1 (22,6-29,5)* |
| | Femmes | 43,4 (42,7-44,1) | 43,5 (41,6-45,4) | 41,6 (40,2-43,1) | 40,2 (38,9-41,5)* | 35,8 (32,4-39,3)* |
| Buveur régulier | Population totale | 57,3 (56,8-57,8) | 59,4 (58,1-60,6)* | 54,8 (53,8-55,8)* | 53,4 (52,9-54,8)* | 53,0 (50,3-55,7)* |
| | Hommes | 66,0 (65,3-66,7) | 67,5 (65,8-69,2) | 64,6 (63,2-66,0) | 64,2 (63,0-65,5) | 62,3 (58,5-66,1) |
| | Femmes | 49,0 (48,4-49,7) | 50,5 (48,6-52,3) | 44,9 (43,5-46,4)* | 43,6 (42,4-44,8)* | 42,9 (39,5-46,4)* |
| Consommation d'alcool moyenne journalière de plus de 2 verres | Population totale | 4,1 (3,9-4,3) | 5,2 (4,4-6,0)* | 3,6 (3,1-4,0) | 4,1 (3,7-4,6) | 4,8 (3,5-6,1) |
| | Hommes | 7,1 (6,7-7,5) | 8,5 (7,2-9,8) | 6,3 (5,5-7,2) | 6,7 (5,9-7,4) | 7,3 (5,1-9,5) |
| | Femmes | 1,1 (0,9-1,2) | 1,5 (0,9-2,1) | 0,8 (0,5-1,1) | 1,6 (1,2-2,0) | s |

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau D-5 (suite)

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Personne physiquement active | Population totale | 23,1 (22,7-23,5) | 23,6 (22,5-24,8) | 20,7 (19,9-21,6)* | 24,1 (23,3-25,0) | 22,4 (20,2-24,6) |
| | Hommes | 27,3 (26,7-28,0) | 25,3 (23,5-27,0) | 22,2 (20,9-23,6)* | 27,0 (25,7-28,2) | 23,6 (20,2-27,0) |
| | Femmes | 19,3 (18,7-19,8) | 21,9 (20,4-23,4)* | 19,4 (18,2-20,6) | 21,5 (20,5-22,6)* | 21,2 (18,5-24,0) |
| Femme ayant allaité son dernier bébé | Femmes | 77,4 (69,7-85,2) | 86,4 (81,8-91,0) | 71,0 (65,5-76,5) | 78,6 (74,5-82,7) | 85,4 (78,9-92,0) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada

Tableau D-6

## Taille de l'échantillon (population estimée), selon certains indicateurs de comportement lié à la santé, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Indicateur | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fumeur occasionnel ou régulier | Population totale | 21 278 (5 196 607) | 2 225 (374 773) | 4 095 (564 300) | 5 633 (475 674) | 774 (67 807) |
| | Hommes | 10 299 (2 752 615) | 1 156 (209 787) | 2 133 (311 241) | 2 843 (254 064) | 387 (36 701) |
| | Femmes | 10 979 (2 443 993) | 1 069 (164 986) | 1 962 (253 058) | 2 790 (221 610) | 387 (31 106) |
| Exposition à la fumée secondaire presque chaque jour | Population totale | 15 813 (4 111 571) | 1 815 (304 079) | 3 154 (422 683) | 4 632 (409 658) | 596 (49 577) |
| | Hommes | 7 909 (2 135 546) | 969 (163 466) | 1 582 (219 827) | 2 364 (218 854) | 306 (25 793) |
| | Femmes | 7 904 (1 976 025) | 846 (140 613) | 1 572 (202 855) | 2 268 (190 803) | 290 (23 783) |
| Consommation de plus de 5 portions de fruits et légumes par jour | Population totale | 29 239 (7 906 897) | 2 988 (499 579) | 5 088 (731 176) | 6 491 (605 732) | 826 (72 302) |
| | Hommes | 11 051 (3 334 162) | 1 187 (219 150) | 1 923 (307 063) | 2 486 (252 619) | 326 (32 243) |
| | Femmes | 18 188 (45 72734) | 1 801 (280 429) | 3 165 (424 113) | 4 005 (353 113) | 500 (40 059) |
| Buveur régulier | Population totale | 44 806 (11 850 000) | 4 699 (792 178) | 7 553 (1 055 726) | 10 085 (904 814) | 1 290 (112 603) |
| | Hommes | 23 668 (6 645 509) | 2 677 (466 493) | 4 300 (623 102) | 5 711 (535 890) | 753 (68 313) |
| | Femmes | 21 138 (5 206 882) | 2 022 (325 685) | 3 253 (432 623) | 4 374 (368 924) | 537 (44 290) |
| Consommation d'alcool moyenne journalière de plus de 2 verres | Population totale | 2 541 (650 852) | 290 (53 416) | 381 (51 302) | 634 (56 116) | 86 (7 239,8) |
| | Hommes | 2 139 (564 730) | 251 (46 940) | 340 (46 648) | 517 (46 240) | 72 (6 078,5) |
| | Femmes | 402 (86 122) | 39 (6 476,1) | 41 (4 654,4) | 117 (9 876,2) | S |
| Personne physiquement active | Population totale | 36 214 (8 802 614) | 3 827 (594 090) | 6 154 (775 631) | 8 838 (762 567) | 1 059 (86 529) |
| | Hommes | 17 499 (4 583 901) | 1 854 (305 799) | 2 888 (386 003) | 4 212 (379 641) | 484 (42 496) |
| | Femmes | 18 715 (4 218 713) | 1 973 (288 291) | 3 266 (389 628) | 4 626 (382 925) | 575 (44 033) |
| Femme ayant allaité son dernier bébé | Femmes | 3 845 (987 601) | 400 (58 858) | 611 (79 568) | 926 (74 309) | 110 (8 629,1) |

Remarques :
s Les données ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada

Tableau D-7

## Prévalence de problèmes de santé chroniques choisis, normalisée selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Cause | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence | Population totale | 0,3 (0,2-0,4) | s | 0,3 (0,2-0,4) | 0,3 (0,2-0,3) | s |
| | Hommes | 0,3 (0,2-0,4) | s | 0,2 (0,1-04) | 0,3 (0,2-0,5) | s |
| | Femmes | 0,3 (0,2-0,4) | s | 0,4 (0,2-0,6) | 0,2 (0,2-0,3) | s |
| Arthrite ou rhumatisme | Population totale | 15,4 (15,1-15,7) | 17,4 (16,5-18,3)* | 15,3 (14,6-15,9) | 17,6 (16,9-18,2)* | 17,5 (15,9-19,2)* |
| | Hommes | 11,3 (10,9-11,7) | 13,7 (12,5-14,9)* | 11,2 (10,4-12,1) | 14,1 (13,2-15,0)* | 14,4 (12,0-16,8)* |
| | Femmes | 19,4 (18,9-19,8) | 21,4 (20,0-22,8)* | 19,3 (18,4-20,2) | 21,2 (20,2-22,1)* | 21,0 (18,6-23,5) |
| Asthme | Population totale | 8,6 (8,3-8,8) | 8,3 (7,6-9,0) | 7,9 (7,3-8,4) | 7,8 (7,2-8,2)* | 7,3 (6,0-8,5) |
| | Hommes | 7,0 (6,7-7,4) | 7,1 (6,1-8,0) | 6,3 (5,6-7,1) | 6,8 (6,0-7,5) | 5,5 (4,0-7,0) |
| | Femmes | 10,0 (9,6-10,4) | 9,6 (8,5-10,7) | 9,5 (8,7-10,4) | 8,7 (8,0-9,4)* | 9,2 (7,1-11,2) |
| Cancer | Population totale | 1,8 (1,7-2,0) | 1,6 (1,3-2,0) | 1,7 (1,4-1,9) | 1,9 (1,6-2,1) | 1,5 (1,0-2,0) |
| | Hommes | 1,8 (1,6-1,9) | 1,5 (1,1-1,9) | 1,6 (1,3-1,9) | 1,7 (1,3-2,0) | s |
| | Femmes | 1,9 (1,7-2,1) | 1,7 (1,3-2,1) | 1,7 (1,4-2,0) | 2,0 (1,7-2,3) | 1,8 (1,0-2,5) |
| Diabète | Population totale | 4,1 (3,9-4,3) | 4,5 (3,9-5,0) | 4,4 (4,0-4,8) | 4,8 (4,4-5,1)* | 5,3 (4,3-6,2) |
| | Hommes | 4,4 (4,2-4,7) | 4,2 (3,5-4,9) | 4,7 (4,1-5,3) | 4,6 (4,1-5,2) | 4,7 (3,5-5,9) |
| | Femmes | 3,9 (3,6-4,1) | 4,6 (3,9-5,4) | 4,0 (3,5-4,5) | 4,9 (4,4-5,4)* | 5,8 (4,4-7,2)* |
| Emphysème | Population totale | 1,3 (1,2-1,4) | 1,3 (0,9-1,7) | 1,4 (1,2-1,7) | 1,0 (0,9-1,2) | 1,7 (1,1-2,3) |
| | Hommes | 1,6 (1,3-1,8) | 0,9 (0,5-1,3) | 1,8 (1,3-2,2) | 1,2 (0,9-1,5) | 2,1 (1,1-3,0) |
| | Femmes | 1,0 (0,9-1,1) | 1,8 (1,1-2,5) | 1,1 (0,8-1,4) | 0,9 (0,7-1,1) | s |
| Cardiopathie | Population totale | 5,2 (5,0-5,4) | 5,5 (5,0-6,1) | 5,1 (4,7-5,5) | 5,4 (5,0-5,8) | 5,3 (4,4-6,2) |
| | Hommes | 5,5 (5,2-5,8) | 5,6 (4,8-6,3) | 5,6 (4,9-6,2) | 6,0 (5,4-6,5) | 4,9 (3,8-6,1) |
| | Femmes | 5,0 (4,7-5,3) | 5,4 (4,5-6,2) | 4,7 (4,2-5,2) | 4,8 (4,3-5,3) | 6,0 (4,6-7,3) |
| Hypertension artérielle | Population totale | 12,9 (12,6-13,2) | 12,6 (11,8-13,4) | 13,3 (12,7-13,9) | 13,5 (13,0-14,1) | 14,0 (12,4-15,5) |
| | Hommes | 11,6 (11,2-12,0) | 10,8 (9,7-11,8) | 11,4 (10,6-12,3) | 11,8 (11,0-12,5) | 10,9 (8,8-13,0) |
| | Femmes | 14,2 (13,8-14,6) | 14,6 (13,4-15,7) | 15,1 (14,2-15,9) | 15,4 (14,6-16,2) | 17,4 (15,2-19,6)* |
| 3 problèmes de santé chroniques ou plus | Population totale | 20,8 (20,4-21,1) | 21,7 (20,6-22,7) | 19,5 (18,8-20,3)* | 21,1 (20,4-21,8) | 21,4 (19,5-23,2) |
| | Hommes | 15 (14,5-15,5) | 15,7 (14,3-17,1) | 13,6 (12,7-14,6) | 15,8 (14,9-16,8) | 14,3 (11,9-16,7) |
| | Femmes | 26,3 (25,7-26,8) | 28,0 (26,5-29,6) | 25,5 (24,3-26,7) | 26,4 (25,3-27,4) | 28,9 (26,0-31,8) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
s Données supprimées.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada

Tableau D-8

Taille de l'échantillon (population estimée), selon des problèmes de santé chroniques choisis, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Cause | Population | RMR/AR | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence | Population totale | 196 (47 575) | s | 50 (6 111) | 48 (3 746,6) | s |
| | Hommes | 95 (22 244) | s | 21 (2 299,5) | 28 (2 576,1) | s |
| | Femmes | 101 (25 331) | s | 29 (3 811,5) | 20 (1 170,5) | s |
| Arthrite ou rhumatisme | Population totale | 14 252 (3 053 634) | 1 684 (231 653) | 3 090 (327 895) | 3 931 (301 943) | 543 (40 800) |
| | Hommes | 4 714 (1 105 426) | 6 61 (97 805) | 1 072 (120 600) | 1 457 (122 106) | 215 (17 651) |
| | Femmes | 9 538 (1 948 208) | 1 023 (133 848) | 2 018 (207 386) | 2 474 (179 837) | 328 (23 149) |
| Asthme | Population totale | 7 188 (1 763 048) | 716 (111 984) | 1 228 (155 283) | 1 521 (132 952) | 213 (16 130) |
| | Hommes | 2 670 (705 098) | 291 (49 816) | 473 (61 853) | 621 (58 202) | 78 (6 363,3) |
| | Femmes | 4 518 (1 057 951) | 425 (62 168) | 755 (93 430) | 900 (74 749) | 135 (9 767) |
| Cancer | Population totale | 1 637 (360 391) | 169 (21 593) | 327 (36 040) | 409 (31 908) | 51 (3 417,1) |
| | Hommes | 708 (168 226) | 81 (10 709) | 157 (18 130) | 173 (14 891) | S |
| | Femmes | 929 (192 165) | 88 (10 884) | 170 (17 910) | 236 (17 017) | 28 (1 922,6) |
| Diabète | Population totale | 3 636 (820 141) | 395 (60 151) | 815 (94 984) | 1 040 (83 041) | 178 (12 570) |
| | Hommes | 1 803 (430 575) | 192 (30 772) | 416 (51 888) | 478 (40 354) | 78 (6 270,5) |
| | Femmes | 1 833 (389 565) | 203 (29 379) | 399 (43 096) | 562 (42 687) | 100 (6 299) |
| Emphysème | Population totale | 875 (176 586) | 82 (12 156) | 186 (22 511) | 191 (12 900) | 40 (2 926,3) |
| | Hommes | 447 (104 582) | 34 (4 692,2) | 113 (13 961) | 105 (7 374,8) | 22 (1 921,4) |
| | Femmes | 428 (72 003) | 48 (7 463,8) | 73 (8 550,3) | 86 (5 525,6) | S |
| Cardiopathie | Population totale | 4 696 (1 006 372) | 485 (7 0873) | 1 018 (112 620) | 1 274 (94 243) | 184 (12 794) |
| | Hommes | 2 235 (522 850) | 252 (39 733) | 492 (61 777) | 655 (53 518) | 86 (6 178,8) |
| | Femmes | 2 461 (483 522) | 233 (31 140) | 526 (50 843) | 619 (40 726) | 98 (6 614,7) |
| Hypertension artérielle | Population totale | 11 187 (2 555 723) | 1 233 (167 339) | 2 509 (289 281) | 3 097 (234 708) | 469 (33 232) |
| | Hommes | 4 474 (1 134 722) | 542 (77 782) | 989 (124 133) | 1 235 (102 388) | 183 (13 754) |
| | Femmes | 6 713 (1 421 000) | 691 (89 577) | 1 520 (165 148) | 1 862 (132 320) | 286 (19 479) |
| 3 problèmes de santé chroniques ou plus | Population totale | 18 384 (4 130 704) | 1 957 (284 868) | 3 511 (400 524) | 4 558 (358 218) | 637 (48 660) |
| | Hommes | 5 951 (1 461 065) | 694 (109 998) | 1 166 (142 208) | 1 583 (135 712) | 215 (17 537) |
| | Femmes | 12 433 (2 669 640) | 1 263 (174 870) | 2 345 (258 315) | 2 975 (222 506) | 422 (31 123) |

Remarques :
s Les données ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

Tableau D-9

## Proportion du recours aux tests de dépistage, normalisée selon l'âge, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Cause | Population | RMR/AR | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Mammographie | Femmes | 65,1 (64,4-65,8) | 65,5 (63,6-67,4) | 61,4 (59,8-62,9)* | 62,4 (61,1-63,7)* | 61,6 (58,1-65,0) |
| Test de Pap | Femmes | 83,3 (82,9-83,8) | 80,9 (79,4-82,4)* | 78,9 (77,7-80,1)* | 78,9 (77,9-79,9)* | 77,9 (75,3-80,5)* |
| Test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique | Hommes | 34,6 (33,7-35,5) | 33,9 (31,5-36,3) | 30,5 (28,8-32,3)* | 32,0 (30,4-33,5)* | 26,6 (22,3-30,8)* |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

Tableau D-10

## Taille de l'échantillon (population estimée) pour le recours aux tests de dépistage, par sexe et lieu de résidence, 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

| Cause | Population | RMR/AR† | ZIM forte | ZIM modérée | ZIM faible | Zone sans IM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Mammographie | Femmes | 18 906 (4 316 526) | 1 907 (275 330) | 3 637 (422 439) | 4 378 (346 712) | 589 (44 202) |
| Test de Pap | Femmes | 34 691 (8 169 231) | 3 397 (505 502) | 6 290 (764 744) | 8 395 (684 028) | 1 093 (83 100) |
| Test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique | Hommes | 8 624 (2 209 299) | 1 040 (157 923) | 1 803 (230 447) | 2 116 (186 861) | 286 (23 619) |

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

# Annexe E

## Analyses de régression supplémentaires

Tableau E-1

Estimation des risques relatifs (RR) ajustés pour le lien entre le lieu de résidence et la mortalité toutes causes confondues, par groupe d'âge et sexe, Canada, à l'exception du Nord, 1986 à 1996

| Lieu de résidence | RR Hommes 0 à 44 ans (IC de 95 %) | RR Femmes 0 à 44 ans (IC de 95 %) | RR Population totale 0 à 44 ans (IC de 95 %) |
|---|---|---|---|
| ZIM modérée | *1,18 (1,15; 1,22) | *1,20 (1,16; 1,25) | *1,20 (1,17; 1,23) |
| ZIM faible | *1,18 (1,15; 1,22) | *1,15 (1,10; 1,20) | *1,19 (1,15; 1,22) |
| Zone sans IM | *1,33 (1,23; 1,44) | *1,26 (1,13; 1,41) | *1,33 (1,24; 1,43) |
| | **RR Hommes 45 à 64 ans (IC de 95 %)** | **RR Femmes 45 à 64 ans (IC de 95 %)** | **RR Population totale 45 à 64 ans (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | *1,04 (1,01; 1,07) | 1,02 (0,98; 1,06) | *1,04 (1,01; 1,07) |
| ZIM modérée | *1,08 (1,05; 1,11) | *1,05 (1,02; 1,09) | *1,08 (1,05; 1,10) |
| ZIM faible | *1,10 (1,06; 1,13) | *1,07 (1,03; 1,10) | *1,09 1,06; 1,12) |
| Zone sans IM | *1,16 (1,07; 1,24) | 1,07 (0,99; 1,17) | *1,15 (1,08; 1,23) |
| | **RR Hommes 65 ans et plus (IC de 95 %)** | **RR Femmes 65 ans et plus (IC de 95 %)** | **RR Population totale 65 ans et plus (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | 1,02 (1,00; 1,04) | 1,01 (0,98; 1,03) | *1,03 (1,01; 1,05) |
| ZIM modérée | *1,07 (1,06; 1,09) | *1,05 (1,03; 1,07) | *1,07 (1,06; 1,09) |
| ZIM faible | *1,09 (1,07; 1,11) | *1,03 (1,01; 1,05) | *1,07 (1,05; 1,09) |
| Zone sans IM | *1,09 (1,04; 1,14) | 0,99 (0,94; 1,04) | *1,08 (1,03; 1,12) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Tableau E-2

Estimation des risques relatifs (RR) ajustés pour le lien entre le lieu de résidence et la mortalité par suicide, par groupe d'âge et sexe, Canada, à l'exception du Nord, 1986 à 1996

| Lieu de résidence | RR Hommes 15 à 24 ans (IC de 95 %) | RR Femmes 15 à 24 ans (IC de 95 %) | RR Population totale 15 à 24 ans (IC de 95 %) |
|---|---|---|---|
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | *1,21 (1,07; 1,37) | 0,86 (0,61; 1,21) | *1,20 (1,07; 1,35) |
| ZIM modérée | *1,34 (1,21; 1,48) | 1,10 (0,87; 1,39) | *1,40 (1,28; 1,53) |
| ZIM faible | *1,29 (1,16; 1,43) | 1,01 (0,78; 1,30) | *1,33 (1,21; 1,46) |
| Zone sans IM | *1,42 (1,08; 1,86) | 1,49 (0,87; 2,53) | *1,49 (1,16; 1,91) |
| | **RR Hommes 25 à 44 ans (IC de 95 %)** | **RR Femmes 25 à 44 ans (IC de 95 %)** | **RR Population totale 25 à 44 ans (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | 1,08 (0,98; 1,19) | *0,81 (0,68; 0,97) | 1,04 (0,95; 1,14) |
| ZIM modérée | *1,19 (1,10; 1,29) | 0,93 (0,82; 1,06) | *1,16 (1,07; 1,24) |
| ZIM faible | *1,11 (1,02; 1,21) | *0,78 (0,67; 0,91) | 1,05 (0,97; 1,15) |
| Zone sans IM | 1,10 (0,87; 1,41) | 0,63 (0,39; 1,01) | 1,04 (0,82; 1,32) |
| | **RR Hommes 45 à 64 ans (IC de 95 %)** | **RR Femmes 45 à 64 ans (IC de 95 %)** | **RR Population totale 45 à 64 ans (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | *1,16 (1,05; 1,28) | *0,73 (0,59; 0,91) | 1,07 (0,96; 1,19) |
| ZIM modérée | *1,31 (1,21; 1,42) | *0,83 (0,71; 0,97) | *1,15 (1,05; 1,25) |
| ZIM faible | *1,25 (1,14; 1,37) | *0,79 (0,66; 0,95) | 1,10 (1,00; 1,22) |
| Zone sans IM | *1,62 (1,30; 2,02) | *0,43 (0,21; 0,87) | 1,27 (1,00; 1,63) |
| | **RR Hommes 65 ans et plus (IC de 95 %)** | **RR Femmes 65 ans et plus (IC de 95 %)** | **RR Population totale 65 ans et plus (IC de 95 %)** |
| RMR/AR | Référence | Référence | Référence |
| ZIM forte | *1,29 (1,13; 1,48) | 0,82 (0,60; 1,11) | *1,24 (1,10; 1,41) |
| ZIM modérée | *1,46 (1,31; 1,61) | *0,64 (0,49; 0,83) | *1,30 (1,18; 1,43) |
| ZIM faible | *1,43 (1,28; 1,61) | *0,67 (0,50; 0,90) | *1,30 (1,16; 1,44) |
| Zone sans IM | *1,70 (1,29; 2,24) | 0,78 (0,37; 1,64) | *1,54 (1,19; 2,00) |

Remarques :
† Groupe de référence.
* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.
Source : Données annuelles sur la mortalité au Canada, 1986 à 1996, Statistique Canada.

Cette publication s'inscrit dans le mandat de l'ISPC qui vise à mieux comprendre l'état de santé de la population canadienne. En conformité avec les connaissances acquises à ce jour, cette publication reflète le fait que la santé des Canadiens est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux et dynamiques. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces facteurs.