

# *La santé rurale aux mains des communautés rurales*

Orientations stratégiques  
pour les communautés rurales,  
éloignées, nordiques  
et autochtones



*La santé rurale aux mains  
des communautés rurales  
éloignées, nordiques et autochtones*

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des membres du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de Santé Canada.

This document is also available in English under the title *Rural Health in Rural Hands: Strategic Directions for Rural, Remote, Northern and Aboriginal Communities*.



# Message du président

Novembre 2002

Le présent rapport intitulé *La santé rurale aux mains des communautés rurales : Orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones* a été préparé par le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. Ce rapport constitue une première étape vers le soutien aux initiatives de communautés rurales en santé et la réduction des inégalités observées entre les Canadiens des milieux rural et urbain au chapitre de l'état de santé.

Le Conseil a été mis sur pied en 2001 dans le but de fournir au ministre fédéral de la Santé des avis indépendants sur la façon dont le gouvernement fédéral peut favoriser et améliorer la santé des communautés rurales et de leurs habitants. Il est composé de 21 membres de toutes les régions du pays représentant un large éventail de disciplines et d'expertise reliées aux diverses questions touchant les régions rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Au cours de sa réunion inaugurale en octobre 2001, le Conseil a mis en évidence quatre domaines prioritaires sur lesquels il axerait son travail – les communautés en santé, les technologies de l'information en santé, les professionnels de la santé et la santé de la population autochtone.

Le présent rapport analyse les défis de la santé rurale et recommande un plan d'action pour améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant dans les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. Il définit sept orientations stratégiques pour relever les défis et formuler des recommandations particulières.

Le Conseil espère que le présent rapport complétera et étayera les conclusions du rapport final de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada et de celui du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie sur l'état du système de santé du Canada.

Les membres du Conseil expriment leur gratitude aux nombreuses personnes ainsi qu'aux décideurs et aux organisations qui ont éclairé leur réflexion. En ma qualité de président, je tiens à remercier mes collègues membres du Conseil pour le dévouement et les efforts qu'ils ont déployés afin de préparer le présent rapport ainsi que pour leur engagement à améliorer la santé des populations vivant dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones du Canada.

Le président du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale,



Colin Kinsley

# *Remerciements*

Le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale tient à remercier tout particulièrement les communautés de Thunder Bay, en Ontario, et de Vanderhoof et Prince George, en Colombie-Britannique, où il a tenu ses réunions au cours de la dernière année. Au cours de ces réunions, les membres des communautés et les professionnels de la santé ont échangé des idées et fait part de leurs points de vue respectifs sur la façon de répondre de manière optimale aux besoins des communautés en matière de santé.

Le Conseil a été heureux de la possibilité qui lui a été offerte d'entendre les décideurs, les universitaires, les représentants d'organisations nationales et de hauts responsables du gouvernement fédéral qui partagent un intérêt commun pour la santé et le bien-être des populations vivant dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Il a également été très utile pour les membres du Conseil de prendre connaissance des expériences relatées par leurs collègues du milieu rural.

Le Conseil tient à rendre hommage au dévouement et aux efforts déployés par le personnel du Bureau de la santé rurale de Santé Canada qui lui a assuré des services de secrétariat.

# Table des matières

Message du président .....	i
Remerciements .....	ii
Table des matières .....	iii
Sommaire .....	1
<b>SECTION I : INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>SECTION II : DÉFIS DANS LES COMMUNAUTÉS RURALES, ÉLOIGNÉES, NORDIQUES ET AUTOCHTONES</b> .....	<b>13</b>
<b>SECTION III : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES</b>	
1. Soutien aux initiatives de communautés en santé .....	21
2. Organisations qui soutiennent le renforcement de la capacité communautaire .....	29
3. Concertation intersectorielle .....	32
4. Recherche sur la santé rurale .....	36
5. Technologies de l'information en santé .....	42
6. Ressources humaines en santé .....	48
7. Santé de la population autochtone .....	55
Conclusion .....	61
Notes .....	62
<b>ANNEXES</b>	
Annexe A – Liste des recommandations .....	67
Annexe B – Liste des membres du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale .....	74

# Sommaire

**« Des gens en santé vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en santé. »**

Les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones qui constituent le Canada rural présentent des caractéristiques sociales, géographiques et économiques qui sont loin d'être homogènes.

Les habitants de ces communautés sont liés à la terre par des traditions historiques et culturelles, par des investissements économiques à long terme et par une préférence pour la vie dans de petites communautés, plus près de la nature. Selon la définition retenue pour le terme « rural », entre 21 et 30 p. 100 de la population canadienne vivait dans une communauté rurale en 2001.

La plupart de ces communautés sont peuplées en majorité de personnes âgées et d'enfants alors que les membres de la population en âge de travailler (entre 20 et 50 ans) sont relativement peu nombreux. Cette répartition selon l'âge est attribuable au vieillissement de la population rurale, à la tendance des retraités à déménager en région rurale, aux familles nombreuses et à la migration des jeunes ruraux vers les centres urbains. Quant au portrait culturel et linguistique du Canada rural, précisons qu'il inclut des communautés de langue officielle en situation minoritaire, une petite population d'immigrants et plus de la moitié des 1 400 000 Autochtones du Canada – Premières nations, Inuits et Métis.

Le Canada rural inclut tout le territoire à l'extérieur des grands centres urbains, c'est-à-dire 95 p. 100 de la masse continentale du pays. Le nord du Canada

représente la moitié de cette masse continentale. L'espace naturel comprend des paysages comme ceux des prairies, des montagnes et de la toundra, caractérisés par des écarts climatiques extrêmes. L'économie des régions rurales varie; si certaines communautés doivent leur existence à une industrie unique, telle que l'agriculture, la foresterie, la pêche, la chasse et le piégeage, l'exploitation pétrolière et gazière, l'extraction minière ou le tourisme, d'autres communautés ont une économie diversifiée. En ce qui a trait à la situation économique, il existe des communautés prospères situées à proximité des centres urbains et de petites communautés éloignées caractérisées par un taux de chômage élevé et des perspectives de croissance économiques médiocres.

De façon générale, les populations vivant dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones sont en moins bonne santé que les populations vivant en région urbaine. En fait, l'état de santé se détériore à mesure que l'on s'éloigne des centres urbains. Comparativement aux citadins, les habitants des communautés rurales ont une espérance de vie plus courte et des taux de décès et de mortalité infantile plus élevés. Si la moyenne nationale fait état d'un écart d'environ un an entre les populations urbaine et rurale au chapitre de l'espérance de vie, cet écart peut atteindre 16 ans entre les différentes régions. En 1996, le taux de mortalité infantile en région rurale était supérieur de 30 p. 100 à la moyenne nationale, tandis que les taux de décès, quelle qu'en soit la cause, étaient supérieurs de 9 p. 100 à la moyenne nationale.

Le mauvais état de santé des habitants des régions rurales est lié à un large éventail de conditions et de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la santé, notamment le revenu, l'emploi et les conditions de travail, le niveau d'instruction, les habitudes de vie personnelles et l'environnement. Dans la plupart des régions rurales, le revenu personnel est inférieur et le taux de chômage plus élevé que dans les régions urbaines. De même, les conditions de travail en milieu rural comportent souvent des risques graves pour la santé. Dans la majorité des communautés rurales, le nombre d'années de scolarité est souvent inférieur à ce qu'il est en milieu urbain, et l'on observe des taux de tabagisme, d'obésité, de forte consommation d'alcool et d'inactivité physique plus élevés que la moyenne nationale. Dans de nombreuses régions rurales, l'accès à l'eau potable pose également problème.

Dans l'ensemble, l'état de santé de la population autochtone est fort préoccupant. L'écart dans l'espérance de vie entre la population autochtone et la population canadienne générale varie de 6 à 14 ans. En outre, le taux de mortalité infantile des Autochtones est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne et l'on observe dans les communautés autochtones une prévalence élevée des principales maladies chroniques, ainsi que des taux élevés de suicide, de blessures mortelles et de consommation de tabac et d'alcool. Les faibles revenus, les faibles niveaux de scolarité, le chômage chronique élevé, les logements inadéquats, l'exposition à des polluants provenant de l'environnement et les séquelles de l'époque des pensionnats exercent une influence considérable sur l'état de santé de la population autochtone.

Les réalités rurales et les besoins du milieu rural en matière de santé sont différents de ceux des régions urbaines, et la population rurale de toutes les régions du Canada a exprimé de graves préoccupations face à son incapacité d'obtenir les services de santé dont elle a besoin en temps opportun et plus près de son milieu de vie. La distance à parcourir pour obtenir des services de santé constitue en effet l'un des principaux problèmes. Plus des deux tiers des habitants des régions nordiques et éloignées vivent à plus de 100 km d'un médecin. Dans l'Arctique, les gens sont parfois contraints d'effectuer jusqu'à six heures de vol pour avoir accès à des services hospitaliers, et les conditions météorologiques hostiles peuvent rendre ces déplacements dangereux, voire impossibles, pendant plusieurs jours.

On observe une disparité indéniable entre les besoins en soins de santé de la population rurale du Canada et la disponibilité de professionnels de la santé et des services en place pour répondre à ces besoins. Les médecins, infirmières et infirmiers et autres professionnels de la santé sont concentrés dans les centres urbains, où vit la population qui se porte le mieux. En 2000, 17 p. 100 seulement des médecins de famille, 4 p. 100 des spécialistes et 18 p. 100 des infirmières et infirmiers exerçaient dans les régions rurales, éloignées et nordiques, où vivent 30 p. 100 des Canadiens.

En ce qui a trait aux services de soins en milieu rural, on observe un manque de programmes de promotion de la santé et de services de diagnostic ainsi qu'un accès limité à des services d'urgence et de soins de courte durée, et à d'autres services. Quant aux groupes ayant des besoins spéciaux, notamment les personnes âgées et les personnes handicapées, ils sont mal desservis. Par ailleurs, la restructuration des soins de santé a centralisé, réduit ou supprimé des services hospitaliers, sans améliorer les services communautaires.

La vision « des gens en santé vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en santé » est celle qui a guidé le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. Le présent rapport renferme les avis formulés par le Conseil à l'intention du ministre fédéral de la Santé sur diverses questions ayant une incidence sur la santé et le bien-être des gens vivant dans les régions rurales du Canada. Les recommandations qu'il renferme reposent sur la démarche axée sur les déterminants de la santé, laquelle reconnaît que les facteurs économiques, sociaux et environnementaux ont une influence collective non négligeable sur la santé. Les recommandations visent à stimuler la réflexion, à appuyer les travaux actuels et à proposer des solutions nouvelles. Le rapport établit les sept grandes orientations stratégiques suivantes pour relever les défis de la santé rurale.

## **1. ENCOURAGER LES INITIATIVES DE COMMUNAUTÉS EN SANTÉ GRÂCE AU DÉVELOPPEMENT DE MODÈLES ET À L'ADOPTION DE POLITIQUES NATIONALES**

Les communautés jouent un rôle essentiel dans la santé et le bien-être de leurs membres. La vitalité et la santé des communautés rurales dépendent directement du dynamisme leurs citoyens qui y vivent, et des efforts consentis par les secteurs privé et à but non lucratif ainsi que par l'ensemble des pouvoirs publics. Le renforcement de la capacité communautaire, qui se traduit par l'avènement de « communautés en santé », implique le renforcement des capacités des communautés et de leurs citoyens afin qu'ils parviennent à cerner les défis en matière de santé, à établir des priorités, à élaborer des stratégies et à agir.

Pour les communautés autochtones, le renforcement de la capacité passe par le renforcement de l'identité culturelle et de la vie communautaire. On appelle communautés en santé celles qui offrent à leurs habitants un environnement sain, encouragent la participation à la vie communautaire, reposent sur une économie diversifiée et des écosystèmes durables et assurent des services de santé accessibles à leurs citoyens.

Les communautés rurales, nordiques et éloignées présentent les caractéristiques qui se prêtent à l'amélioration de la santé par le renforcement de la capacité communautaire. Le Conseil recommande donc :

- qu'on élabore des programmes et des politiques visant expressément les communautés rurales, nordiques et éloignées;
- qu'on appuie l'élaboration de modèles de communautés en santé;
- qu'on établisse des coalitions et des réseaux à l'appui du renforcement de la capacité communautaire;
- qu'on saisisse les possibilités reposant sur des processus de renforcement de la capacité communautaire et la coordination;
- qu'on mette sur pied une bibliothèque virtuelle nationale sur les communautés en santé;
- qu'on fasse connaître l'approche axée sur les communautés en santé;
- qu'on assure aux professionnels de la santé une formation axée sur les communautés en santé; et
- qu'on élabore des modèles de communautés en santé propres à la population autochtone.

## **2. DÉVELOPPER DES ORGANISATIONS QUI PERMETTENT AUX COMMUNAUTÉS RURALES DE CONCEVOIR DES SOLUTIONS QUI LEUR SOIENT PROPRES POUR RÉSOUDRE LEURS PROBLÈMES DE SANTÉ**

Les communautés rurales, nordiques et éloignées ont besoin de ressources et d'organisation de soutien pour concevoir et appliquer des solutions qui leur soient propres afin de résoudre leurs problèmes de santé. Les organisations de la plupart des communautés rurales sont généralement de capacité restreinte, mais on observe des écarts considérables d'une communauté à l'autre.

Le Conseil propose la mise en place d'un réseau de « centres d'innovation en santé rurale » qui soutiendra le renforcement des capacités en matière de soins des communautés rurales. Le modèle de centre d'innovation en santé rurale met l'accent sur le développement, la facilitation et la coordination au niveau de la communauté avec les objectifs suivants : renforcer la capacité communautaire; stimuler la recherche communautaire en matière de santé; appuyer la formation de médecins généralistes et la formation dans la communauté; développer l'infrastructure et la capacité nécessaires à la mise en œuvre des technologies de l'information en santé; concevoir des stratégies de recrutement et de retention.

Il est important que les principaux éléments du modèle de centre d'innovation en santé rurale soient intégrés aux structures provinciales et territoriales en place. Une bonne concertation entre les provinces et les territoires s'impose pour mettre en œuvre la recommandation visant à :

- parrainer des ateliers pour les intéressés, intégrer les principaux éléments du modèle de centre d'innovation en santé rurale aux

structures en place et introduire par étapes les centres d'innovation en santé rurale en établissant de nouvelles structures au besoin.

## **3. PROMOUVOIR UNE PLUS GRANDE CONCERTATION INTERSECTORIELLE SUR LES ENJEUX DE LA SANTÉ**

Une bonne concertation intersectorielle s'impose si l'on veut s'attaquer aux facteurs et conditions complexes qui ont une incidence sur l'état de santé des Canadiens du milieu rural. Cette stratégie commande une plus grande concertation, à la fois entre les secteurs (par exemple, les secteurs du logement et des transports) et entre les pouvoirs publics (fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux).

Nombre d'intervenants, y compris les professionnels de la santé de première ligne, les chercheurs, les organisations autochtones nationales, les municipalités et les organisations non gouvernementales, s'intéressent à la santé des Canadiens vivant dans les régions rurales. Ces intervenants ont besoin qu'on leur donne des possibilités de maillage et de concertation afin de trouver des solutions intégrées et globales aux problèmes de santé que connaissent les communautés rurales, nordiques, éloignées et autochtones.

Le Conseil est fermement convaincu de la nécessité d'une plus grande collaboration sur plusieurs fronts et recommande :

- qu'on favorise la concertation entre les pouvoirs publics et les secteurs;
- qu'on renforce la concertation entre les intervenants;
- qu'on établisse des partenariats novateurs entre les pouvoirs publics pour assurer des services de santé aux Autochtones.

#### **4. AUGMENTER LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES PERSONNES VIVANT DANS LES COMMUNAUTÉS RURALES, NORDIQUES, ÉLOIGNÉES ET AUTOCHTONES**

La recherche sur la santé rurale est un impératif si l'on veut comprendre, prévoir et influencer positivement la santé des personnes vivant dans les communautés rurales, nordiques, éloignées et autochtones. Grâce à la recherche, on peut se pencher sur les problèmes de santé, assurer un suivi, élaborer des politiques de santé rurale adaptées, et évaluer l'efficacité des programmes et des services de santé. Grâce à la recherche sur la santé rurale, les communautés et leurs habitants seront plus à même de cerner les problèmes de santé, d'agir et d'obliger les pouvoirs publics à rendre compte des services de santé qui leur sont dispensés. La recherche sur la santé rurale est également importante étant donné que le Canada est le deuxième plus grand pays du monde, et qu'il possède une masse continentale et une population rurale d'une taille appréciable. Il est important que le Canada fasse des efforts afin de devenir un chef de file et un innovateur mondial en matière de recherche sur la santé rurale.

Le Conseil recommande par conséquent :

- qu'on améliore la collecte et l'analyse des données nationales sur l'état de santé des habitants vivant dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones et qu'on établisse des indicateurs de santé des communautés rurales;
  - qu'on améliore la recherche sur la santé rurale;
  - qu'on renforce la capacité de recherche dans les régions rurales et nordiques du Canada;
- qu'on préconise une recherche communautaire;
  - qu'on appuie la recherche sur la santé de la population autochtone;
  - qu'on élabore, documente et transmette les pratiques exemplaires et les modèles de soins; et
  - qu'on appuie la recherche sur les modèles de prestation de soins en région rurale.

#### **5. CRÉER À L'ÉCHELLE NATIONALE UN RÉSEAU DE TÉLÉSANTÉ ET DE TÉLÉAPPRENTISSAGE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES COMMUNAUTÉS RURALES, ÉLOIGNÉES, NORDIQUES ET AUTOCHTONES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SOINS**

Les technologies de l'information et des communications sont porteuses. Elles peuvent améliorer à la fois la santé et les soins dispensés aux personnes vivant dans les régions rurales du Canada. Elles peuvent être utilisées directement pour les soins aux patients, ou indirectement, comme moyen pour transmettre l'information sur les histoires de réussite et les pratiques exemplaires aux communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Le but des technologies de l'information en santé est de transmettre l'information liée à la santé aux divers professionnels de la santé et dans divers cadres et d'assurer des services de santé à distance. La télésanté peut également faciliter le recrutement et la rétention de professionnels de la santé dans les communautés rurales.

Le Conseil recommande donc :

- qu'on saisisse les possibilités offertes par les services à large bande;
- qu'on mette en place une initiative nationale de télésanté en région rurale accompagnée d'un financement;
- qu'on améliore l'état de préparation des communautés pour la télésanté;
- qu'on protège les investissements actuels grâce à un financement temporaire;
- qu'on édifie la base de connaissances sur la télésanté en vue d'investissements ultérieurs.

## **6. APPUYER LA FORMATION, LE RECRUTEMENT ET LA RÉTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ**

Les professionnels de la santé jouent un rôle important dans la santé et le bien-être de leur communauté. En milieu rural, ils doivent être des généralistes hautement qualifiés plutôt que des spécialistes et exercer en adoptant des méthodes novatrices et flexibles, axées sur la communauté et le travail d'équipe. Les communautés rurales, nordiques et éloignées font face à une pénurie aigue et persistante de professionnels de la santé. Les petites communautés de toutes les régions du Canada font état de difficultés dans le recrutement et la rétention de médecins, d'infirmières et infirmiers et d'autres professionnels de la santé connexes.

Pour résoudre les problèmes de recrutement de professionnels de la santé auxquels se heurte le Canada rural, le Conseil recommande :

- qu'on élabore une stratégie nationale de recrutement de professionnels de la santé en région rurale;
- qu'on appuie la réalisation d'une étude sur les programmes de formation postsecondaire en sciences de la santé;
- qu'on fasse la promotion de carrières dans le domaine de la santé auprès des jeunes vivant dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones;
- qu'on améliore les conditions d'accès aux études postsecondaires en sciences de la santé pour les étudiants des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones;
- qu'on élabore des programmes d'études en santé rurale et en santé de la population autochtone;
- qu'on améliore les possibilités de stages en milieu rural;
- qu'on améliore les conditions de travail et l'appui aux professionnels de la santé en milieu rural;
- qu'on maximise les possibilités de téléapprentissage et de formation professionnelle continue;
- qu'on appuie l'innovation communautaire.

Ces recommandations nécessitent une vaste concertation entre les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autres intervenants.

## **7. PROMOUVOIR DES MODÈLES DE COMMUNAUTÉS EN SANTÉ PROPRES À LA POPULATION AUTOCHTONE ET DES POLITIQUES ET PROGRAMMES QUI RECONNAISSENT LE CARACTÈRE DISTINCT DES CULTURES AUTOCHTONES**

Plus de la moitié de la population autochtone du Canada, soit 1 400 000 personnes – Premières nations, Inuits et Métis – vit dans les régions rurales, éloignées et nordiques. Or, on observe d'importantes disparités entre l'état de santé de la population autochtone et celle de la population canadienne générale.

Pour améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population autochtone, il est important de miser sur les ressources et les capacités des communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis, et d'exploiter pleinement leur potentiel, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les partenaires autochtones. Il faut également favoriser une revitalisation de la vie culturelle et communautaire. L'adoption de programmes pertinents et de services de santé adaptés à la culture est un élément indispensable pour améliorer la santé et le bien-être des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Le Conseil recommande donc :

- qu'on intègre le savoir ancestral, la médecine et les pratiques de guérison traditionnelles aux services de santé autochtones déjà en place destinés aux membres des Premières nations et aux Inuits, et qu'on travaille en collaboration avec les provinces et les territoires lorsqu'il s'agit des Métis et des Indiens non inscrits;

- qu'on appuie les efforts pour préserver la médecine traditionnelle;
- qu'on tire parti des points forts et des capacités des communautés autochtones;
- qu'on améliore les services de soins de santé aux Autochtones;
- qu'on appuie le renouveau culturel et communautaire;
- qu'on renforce le soutien parental et familial.

Assurer des communautés en santé et réduire les inégalités dans l'état de santé constituent un défi pour tous les Canadiens. Les recommandations du rapport offrent des possibilités intéressantes qu'il est important de saisir pour améliorer de façon appréciable la santé et le bien-être des gens vivant dans les communautés rurales du Canada. Grâce à leur mise en œuvre, le Conseil espère concrétiser la vision d'une population des gens en santé vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en santé.

# SECTION I :

## *Introduction*

La mission de Santé Canada est d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur santé. Les Canadiens qui vivent dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones sont aux prises avec des problèmes de santé beaucoup plus importants que ceux qui vivent dans les centres urbains, pour des raisons directement liées au lieu où ils vivent, aux risques associés à leur travail et à leur niveau d'accès à des services de santé en temps opportun. Les Canadiens ruraux pensent que Santé Canada doit assumer un rôle de premier plan en ce qui concerne l'animation et la promotion du changement dans le système de santé. Le Ministère doit faire en sorte que les préoccupations rurales constituent une priorité pour le gouvernement fédéral et que les habitants du milieu rural aient voix au chapitre dans le débat sur les soins de santé au Canada.

### **LE CONSEIL CONSULTATIF MINISTÉRIEL SUR LA SANTÉ RURALE**

Le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale a été créé dans le but de mettre en évidence les problèmes actuels et nouveaux en matière de santé rurale, de piloter le dossier et de veiller à ce que des mesures soient prises pour résoudre les problèmes. Il fournit au ministre de la Santé des avis indépendants sur la façon dont le gouvernement fédéral peut favoriser et améliorer la santé de la population vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Le Conseil a pour mission :

- de participer à l'élaboration soutenue d'une stratégie nationale en santé rurale, en suggérant des activités et des orientations futures pertinentes au gouvernement fédéral et à ses partenaires;
  - de cerner les questions pertinentes en accord avec les communautés rurales, de formuler les démarches envisagées pour s'attaquer à ces questions et de déterminer les partenariats requis pour passer à l'action;
  - d'inviter les principales organisations nationales à collaborer et à établir des partenariats pour s'attaquer aux problèmes de santé rurale et de recommander des stratégies particulières;
  - de proposer des priorités de recherche sur la santé rurale et d'être accessible en tant que ressource auprès du conseiller spécial du président des Instituts de recherche en santé du Canada sur la santé rurale et nordique;
  - d'obtenir les services de chercheurs, selon les besoins, pour combler les lacunes dans la connaissance de la santé rurale afin de documenter les recommandations stratégiques;
  - de faire de la santé rurale une priorité nationale.
- Le Conseil s'est efforcé d'être audacieux, créatif, crédible et sensible à la spécificité du Canada rural.
- de créer un forum pour les idées novatrices afin de fournir au Ministre une orientation à long terme sur les problèmes de santé rurale;

## **CRÉATION DE GROUPES DE TRAVAIL**

Très tôt au cours de ses travaux, le Conseil a établi quatre groupes de travail en fonction des quatre domaines de priorité de sa mission : les communautés en santé, les technologies de l'information en santé, les ressources humaines en santé et la santé de la population autochtone. Le Conseil a commandé des études et consulté un large éventail de décideurs, d'universitaires, de hauts responsables du gouvernement fédéral et de représentants des organisations nationales. Il a établi des relations informelles avec deux comités consultatifs fédéraux-provinciaux-territoriaux relevant de la Conférence des sous-ministres de la santé. Les études commandées pour les groupes de travail seront affichées sur le site Web de Santé Canada à [www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/conseil.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/conseil.html)

## **ANALYSE DES DÉFINITIONS DU TERME « RURAL »**

Dans un premier temps, le Conseil a exploré les définitions du terme « rural ». On peut trouver le résumé des définitions préparées pour le Conseil sur le site Web de Santé Canada à l'adresse [www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/conseil.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/conseil.html)

La définition du terme « rural » pose problème, car il n'existe pas de définition normalisée en analyse de politiques, en recherche ou en planification. Au Canada, on a donc recours à plusieurs définitions reposant sur diverses méthodes et sur différents critères et niveaux d'analyse. En fait, on définit le plus souvent le terme par la négative, en considérant comme « rural » tout territoire non considéré comme « urbain »<sup>1</sup>.

Cette définition est importante car selon la classification des différents groupes considérés comme « ruraux », on se trouve avec un nombre d'habitants différent. Et il en va de même des caractéristiques différentes que l'on attribue à ces populations rurales<sup>2</sup>. Par exemple, d'après le recensement de 2001, et compte tenu de la définition de « petite ville » et de « rural » retenue par Statistique Canada, 21 p. 100 de la population canadienne est dite « rurale ». En revanche, si l'on retient la définition des régions essentiellement rurales de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), c'est 30 p. 100 de la population canadienne qui correspond aux critères associés au terme « rural »<sup>3</sup>. Ces différences dans la définition retenue ont donc une incidence sur les décisions en matière de politiques, de programmes, de financement et de prestation de services.

Un article récent émanant de Statistique Canada et du Secrétariat rural d'Agriculture et Agroalimentaire Canada fait état de six définitions du terme « rural » en usage au Canada et recommande que les analystes de politiques choisissent la définition la mieux adaptée à la question à laquelle on s'intéresse<sup>4</sup>. Le Conseil appuie cette recommandation. Pour prendre en compte la spécificité des communautés désignées de façon courante comme étant « rurales », le Conseil parlera de communautés « rurales, éloignées et nordiques ».

### DÉFINITION D'UNE VISION ET DE PRINCIPES

La vision qui a orienté les travaux du Conseil a été formulée comme suit : « des gens en santé vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en santé ».

Les huit principes suivants guident le cadre d'orientation du présent rapport :

- avoir recours à l'approche des communautés en santé, c'est-à-dire mettant l'accent sur l'amélioration des facteurs sociaux, économiques et environnementaux ayant une incidence sur la santé et le bien-être de la communauté;
- adopter une perspective axée sur les « déterminants de la santé », laquelle reconnaît que la santé de chaque personne et de la population dans son ensemble est déterminée par plusieurs facteurs, notamment l'environnement physique, les conditions socio-économiques, les habitudes de vie personnelles et l'accessibilité des services de soins;
- appuyer le renforcement de la capacité communautaire, qui met l'accent sur des solutions élaborées par la communauté, le perfectionnement des compétences et une bonne organisation communautaire;
- appuyer un développement durable des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones;
- promouvoir une culture de concertation intersectorielle entre les pouvoirs publics provinciaux et territoriaux, les secteurs et les intervenants;
- respecter et reconnaître les rôles, responsabilités et intérêts particuliers des divers intervenants et pouvoirs publics (par exemple, fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux) concernant la santé;
- travailler à la mise en place de systèmes de santé qui soient sensibles et adaptés aux besoins particuliers des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones;
- préserver la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada.

## SECTION II : *Défis dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones*

Les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones qui constituent le Canada rural possèdent différentes caractéristiques sociales, géographiques et économiques. La population, qui est à la base de ces communautés, est liée à la terre par des traditions historiques et culturelles, par des investissements économiques à long terme dans la communauté et par une préférence pour la vie dans une petite communauté, plus près de la nature. Le tissu social du Canada rural est caractérisé par la diversité culturelle et linguistique, des liens familiaux étroits et de puissants réseaux d'entraide informels. On retrouve dans les régions rurales du Canada des communautés de langue officielle en situation minoritaire, des groupes d'immigrants qui ont colonisé la terre, des villes constituées de familles au tissu très serré comprenant plusieurs générations, des enclaves au large des ports de l'Atlantique, mais aussi des établissements métis, des réserves des Premières nations et des communautés inuites isolées au nord du 60°.

Le Canada rural comprend tout le territoire situé à l'extérieur des grands centres urbains et constitue plus de 95 p. 100 de la masse continentale du pays. Le territoire s'étend sur environ 5 300 km d'est en ouest et près de 4 600 km du nord au sud<sup>5</sup>. Le nord du Canada – la région au nord de la limite méridionale du pergélisol discontinu – occupe environ la moitié de la masse continentale du

Canada et possède les deux tiers du littoral du pays. Sur le plan géographique, le Canada rural inclut les terres agricoles des Prairies, les chaînes de montagnes, le Bouclier canadien et la toundra balayée par le vent. Le climat de la région rurale connaît des écarts extrêmes, certaines régions ayant un court été intense et de longs hivers rigoureux et d'autres, un climat plus tempéré.

Le développement et l'activité économiques du Canada rural embrassent l'industrie primaire, l'agriculture, la fabrication et le secteur des services. L'économie des régions rurales n'a rien d'homogène, et si certaines communautés sont dotées d'une économie diversifiée, d'autres sont des communautés monoindustrielles qui dépendent exclusivement de l'agriculture, de la foresterie, de la pêche, de la chasse et du piégeage, de l'exploitation pétrolière et gazière, de l'extraction minière ou du tourisme. On y trouve des hameaux éloignés marqués par un taux de chômage élevé et une croissance économique médiocre, de petites villes comportant une poignée d'entreprises familiales, des communautés reposant sur des industries primaires d'importance considérable comme l'exploitation des sables bitumineux et les usines de pâtes et papiers, ainsi que des communautés dortoirs prospères à proximité des centres urbains.

## IMPORTANCE DU CANADA RURAL

Le Canada rural est riche en ressources naturelles – produits forestiers, pétrole et gaz, minéraux et poissons. Environ 95 p. 100 des ressources naturelles du Canada se trouvent dans les régions rurales, éloignées et nordiques. Le secteur d'exploitation des ressources naturelles est d'une importance capitale pour l'économie canadienne, puisqu'il représente 25 p. 100 du produit intérieur brut du pays et 40 p. 100 de ses exportations<sup>6</sup>. Le Canada rural n'a plus rien à prouver en ce qui concerne sa capacité d'innover. Par exemple, la productivité du secteur d'exploitation des ressources naturelles est supérieure de 33 p. 100 à la moyenne nationale, et 35 p. 100 des nouvelles petites entreprises qui démarrent voient le jour dans les communautés rurales<sup>7</sup>.

Le Canada rural est une source importante de sécurité alimentaire et offre des espaces de villégiature pour tous les Canadiens. La beauté des régions rurales, éloignées et nordiques contribue également à faire du Canada l'une des destinations touristiques les plus populaires du monde, avec une part de 2,9 p. 100 du marché mondial du tourisme international<sup>8</sup>. Cette beauté fait partie intégrante de l'identité canadienne et du patrimoine des Canadiens et est au cœur de l'image que projette le Canada au reste du monde et, en fait, de l'image que les Canadiens ont d'eux-mêmes.

## PORTRAIT DE LA POPULATION RURALE, ÉLOIGNÉE, NORDIQUE ET AUTOCHTONE

### *Données démographiques*

Selon la définition retenue pour le terme « rural », entre 21 et 30 p. 100 de la population canadienne vit dans les régions rurales, éloignées et nordiques<sup>9</sup> et environ 1 p. 100 dans le Nord<sup>10</sup> proprement dit. L'Ontario et la Colombie-Britannique sont les provinces qui comptent le plus faible pourcentage de ruraux, alors que les territoires et les provinces de

l'Atlantique ont le pourcentage le plus élevé. Près de la moitié de la population du Canada atlantique vit en région rurale.

En chiffres absolus, la population rurale est en expansion, mais comme elle connaît une croissance plus lente que celle des régions urbaines, la proportion réelle de la population canadienne vivant en région rurale diminue par rapport à celle des régions urbaines. Il y a cependant des exceptions à ce déclin, notamment les communautés autochtones, les communautés à proximité des villes et les communautés de régions touristiques qui connaissent une croissance rapide<sup>11</sup>.

La plupart des communautés rurales ont un « ratio de dépendance » élevé, c'est-à-dire qu'elles sont peuplées en grande partie d'enfants (de 19 ans et moins) et de personnes âgées (de plus de 60 ans) et ont une population relativement faible de personnes en âge de travailler (personnes âgées de 20 à 50 ans). Cette répartition selon l'âge est attribuable à plusieurs facteurs, dont le vieillissement de la population rurale, la tendance des retraités à déménager en région rurale, les familles nombreuses et la migration des jeunes ruraux vers les centres urbains pour y poursuivre des études et y trouver un emploi. Entre 1991 et 1996, environ 30 p. 100 des adolescents âgés de 15 à 19 ans ont quitté leur communauté rurale<sup>12</sup>.

### *Caractéristiques linguistiques et culturelles*

Le paysage linguistique et culturel des régions rurales, éloignées et nordiques n'est pas homogène. On y trouve des communautés de langue officielle en situation minoritaire. Par exemple, en 1996, le Nouveau-Brunswick, qui compte une importante population rurale, abritait 33 p. 100 de la population francophone vivant à l'extérieur du Québec<sup>13</sup>.

En 1996, le Canada rural comptait la plus faible proportion d'immigrants, notamment pour ce qui est des immigrants récents et des membres des minorités visibles, qui étaient majoritairement absorbés par les centres urbains. On observait un écart dans la taille des populations d'immigrants, qui variait d'une proportion aussi faible que 2 p. 100 dans les régions rurales de l'Île-du-Prince-Édouard à un maximum de 67 p. 100 dans la ville de Richmond, en Colombie-Britannique<sup>14</sup>.

Plus de la moitié des 1 400 000 Autochtones<sup>15</sup> – Premières nations, Inuits et Métis – vivent dans les communautés rurales, nordiques et éloignées. La population autochtone est généralement plus jeune et augmente plus rapidement que la population générale. En 1996, l'âge moyen de la population autochtone était de 25,5 ans, soit dix ans de moins que celui de la population générale. Les enfants de moins de 15 ans constituaient plus du tiers de la population autochtone, comparativement à 21 p. 100 de la population totale du Canada<sup>16</sup>.

## **ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION VIVANT DANS LES RÉGIONS RURALES, ÉLOIGNÉES ET NORDIQUES DU CANADA**

### *1. Indicateurs de l'état de santé*

Par rapport aux gens de la plupart des autres pays, les Canadiens sont en santé. Toutefois, l'état de santé n'est pas le même pour tous les Canadiens. De façon générale, l'état de santé des habitants des communautés rurales, éloignées et nordiques est moins bon que celui de leurs homologues de la ville et il décroît à mesure que l'on s'éloigne des régions situées à proximité des centres urbains pour aller vers les régions extrêmement éloignées. Comparativement aux citadins, les personnes vivant dans les communautés rurales, éloignées et nordiques ont une espérance de vie plus courte et des taux de décès et de mortalité infantile plus élevés.

Globalement, les moyennes nationales d'espérance de vie indiquent que les personnes vivant en région rurale vivent environ un an de moins que leurs homologues citadins. Mais les disparités régionales sont beaucoup plus prononcées. Par exemple, l'espérance de vie moyenne va de 65,4 ans dans la région nordique éloignée du Nunavik, au Québec, à 81,2 ans à Richmond, en Colombie-Britannique. L'écart est de 16 ans<sup>17</sup>!

Les taux de mortalité infantile et les taux de décès sont beaucoup plus élevés également dans le Canada rural. Par exemple, en 1996, comparativement aux moyennes nationales, les taux de décès, quelle qu'en soit la cause, et les taux de mortalité infantile étaient supérieurs de 9 p. 100 et de 30 p. 100, respectivement<sup>18</sup>. En 1999, c'est au Nunavut et dans les territoires du Nord-Ouest que l'on trouvait les taux de mortalité infantile les plus élevés et au Yukon, en Colombie-britannique et en Nouvelle-Écosse, les plus faibles<sup>19</sup>.

### *2. Déterminants de la santé*

Le mauvais état de santé des Canadiens en milieu rural n'est pas attribuable à quelques facteurs spécifiques, mais se rattache étroitement à tout un éventail de conditions et de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la santé, dont le revenu, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation, les habitudes de vie personnelles et la capacité d'adaptation, et l'environnement physique<sup>20</sup>.

#### *A. Revenu et statut social*

Il s'agit du déterminant de la santé le plus important. En 1995, la plupart des Canadiens en région rurale avaient un revenu annuel bien inférieur à la moyenne nationale de 25 196 \$. En effet, la fourchette variait de 19 565 \$ dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick à 15 546 \$ dans

celles de la Saskatchewan. Dans les régions urbaines, par contre, un grand nombre de personnes touchaient un revenu annuel bien supérieur à la moyenne nationale. Le Canada rural, à l'exception de certaines régions rurales des Prairies, recevait également une proportion élevée du transfert des revenus du gouvernement (par exemple, pensions de vieillesse, prestations d'assurance-emploi, prestations fiscales pour enfants et crédits pour taxe sur les produits et services), ce qui est un autre indicateur de revenu annuel inférieur<sup>21</sup>.

#### *B. Emplois et conditions de travail*

Les régions rurales connaissent généralement des taux de chômage plus élevés que les centres urbains. En 2001, le taux de chômage rural moyen était de 8,3 p. 100 tandis que la moyenne nationale s'établissait à 7,2 p. 100. Les taux de chômage rural variaient de 23,5 p. 100 à Terre-Neuve et 17,1 p. 100 à l'Île-du-Prince Édouard à 4,6 p. 100 au Manitoba et à 4,1 p. 100 en Alberta<sup>22</sup>. En outre, les conditions de travail en milieu rural présentent des risques graves pour la santé et la sécurité des travailleurs, en particulier les agriculteurs, les pêcheurs, les forestiers et les mineurs. Outre la plus grande fréquence des accidents liés à l'utilisation croissante de machines complexes, on observe une exposition accrue à des produits chimiques dangereux, au bruit, ainsi qu'à de longues journées de travail et à des températures extrêmes<sup>23</sup>.

#### *C. Éducation*

L'état de santé tend à s'améliorer à mesure qu'augmente le niveau de scolarité. Dans la majorité des communautés rurales, les gens comptent un nombre d'années de scolarité inférieur à celui des citoyens. En 1996,

72 p. 100 des habitants du Canada âgés de 25 à 29 ans avaient un diplôme d'études secondaires. Or, comparativement à la plupart des grands centres urbains, qui comptaient une proportion élevée de titulaires d'un diplôme d'études secondaires, le pourcentage de titulaires d'un diplôme d'études secondaires dans les régions nordiques éloignées variait de 29 p. 100 au Nunavut à 68 p. 100 au Yukon<sup>24</sup>.

#### *D. Habitudes de vie personnelles et capacité d'adaptation*

Dans la plupart des communautés rurales, les taux de tabagisme, de forte consommation d'alcool, d'obésité et d'inactivité physique sont supérieurs aux moyennes nationales. En 1996, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Québec et les régions du Grand Nord affichaient les taux les plus élevés de tabagisme. C'est à Terre-Neuve et dans les régions du Grand Nord que l'on trouvait les proportions les plus fortes de buveurs excessifs. On a par ailleurs constaté des taux élevés d'obésité et de faibles taux d'activité physique chez les habitants des régions rurales. Par comparaison, les régions urbaines comptaient une faible proportion de fumeurs et de buveurs excessifs et les citoyens avaient tendance à faire davantage d'activité physique et à être moins touchés par l'obésité<sup>25</sup>.

Les habitudes de vie individuelles influent sur les maladies chroniques et les incapacités. La consommation de tabac, l'inactivité et l'obésité constituent des facteurs de risque majeurs pour des maladies chroniques comme le diabète, l'arthrite et l'hypertension et peuvent conduire à des incapacités<sup>26</sup>. Les statistiques de 1996 montrent que les habitants des communautés éloignées nordiques du Canada jouissent d'un moins grand nombre d'années sans incapacité que les gens des grands centres urbains, qui arrivent en tête du nombre d'années sans incapacité<sup>27</sup>.

### *E. Environnement physique*

Des facteurs dans l'environnement physique comme la qualité de l'eau et de l'air exercent également une influence primordiale sur la santé. Or, l'accès à de l'eau potable pose problème dans de nombreuses communautés rurales et nombre de personnes boivent de l'eau de source non traitée, provenant parfois de cours d'eau, de puits et de fosses-réservoirs qui risquent d'être contaminés par des microbes pathogènes (virus, bactéries et parasites), des toxines naturelles (par exemple, toxines de l'algue verte) et des produits chimiques (par exemple, pesticides). La tragédie de Walkerton, en Ontario, a montré la vulnérabilité de l'approvisionnement en eau en région rurale et a attiré l'attention de tout le pays sur la nécessité de garantir l'accès à de l'eau potable pour tous<sup>28</sup>.

La vie dans les communautés rurales, nordiques et éloignées a également des effets positifs sur l'état de santé. Par exemple, le prix du logement y est généralement plus abordable; la prévalence d'un stress élevé est généralement moindre dans les populations rurales; et les réseaux d'entraide sociale sont plus solides qu'en région urbaine<sup>29</sup>.

Parallèlement, il est important de reconnaître que les conditions ayant une incidence sur la population des régions rurales, éloignées et nordiques ne sont pas homogènes. Par exemple, en 1996, alors que les régions nordiques enregistraient les taux de mortalité par cancer du poumon les plus élevés, les décès par cancer du poumon dans les régions rurales des provinces des Prairies étaient bien inférieurs à la moyenne nationale. De même, la prévalence de l'hypertension était plus élevée dans le Canada atlantique rural, alors que le Grand Nord avait l'un des taux les plus bas<sup>30</sup>.

### *3. État de santé de la population autochtone*

L'état de santé de la population autochtone est nettement moins bon que celui de la population canadienne générale. L'espérance de vie des Autochtones est moindre, tandis que les taux de mortalité infantile et de décès sont plus élevés. L'écart dans l'espérance de vie entre la population autochtone et la population canadienne générale varie de 6 à 14 ans et les taux de mortalité infantile des communautés autochtones sont deux fois plus élevés que la moyenne nationale. Les communautés autochtones connaissent par ailleurs des taux élevés de blessures mortelles et un taux de suicide, pour tous les groupes d'âge, qui est à peu près trois fois plus élevé que la moyenne nationale et cinq à six fois plus élevé pour les jeunes<sup>31</sup>.

La prévalence de toutes les grandes maladies chroniques, notamment le diabète, les problèmes cardiaques, l'hypertension, l'arthrite et les rhumatismes, est nettement plus élevée dans la population autochtone que dans la population générale et semble augmenter. Par exemple, on trouve trois fois plus de diabétiques dans les communautés autochtones que dans les communautés non autochtones. On y trouve aussi beaucoup plus de fumeurs, puisque 62 p. 100 des gens fument dans les communautés inuites et des Premières nations. L'alcoolisme, la toxicomanie et l'inhalation de solvants sont également courants. En outre, environ 75 p. 100 des femmes autochtones et 40 p. 100 des enfants ont été victimes de violence familiale<sup>32</sup>.

Les faibles revenus, les faibles niveaux d'instruction, le chômage chronique élevé, les logements inadéquats, l'exposition à des polluants provenant de l'environnement et les séquelles de l'époque des pensionnats sont au nombre des facteurs qui expliquent en partie le mauvais état de santé de la population autochtone.

## SERVICES DE SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS RURALES, NORDIQUES ET ÉLOIGNÉES

« Si l'on peut parler d'une médecine à deux vitesses au Canada, le clivage ne se fait pas entre les riches et les pauvres, mais plutôt entre les citadins et les ruraux. »<sup>33</sup>

[traduction]

Les réalités et les besoins en matière de soins dans les régions rurales diffèrent de celles des régions urbaines et commandent des mesures adaptées au milieu<sup>34</sup>. Les habitants du milieu rural de toutes les régions du pays ont exprimé de sérieuses préoccupations quant à leur incapacité à avoir accès à des services de santé en temps opportun, plus près de chez eux<sup>35</sup>. Les habitants du milieu rural ont dans l'ensemble de faibles taux de contact avec les professionnels de la santé, qu'il s'agisse de médecins, de dentistes ou de spécialistes de la santé mentale. En 2000-2001, par exemple, les taux de consultation de médecins en région rurale varient de 48 p. 100 au Nunavut à 80 p. 100 dans le nord du Manitoba<sup>36</sup>.

La distance à parcourir pour avoir accès aux services médicaux est l'un des principaux problèmes rencontrés par les habitants des communautés rurales, éloignées et nordiques. Ces personnes se trouvent en moyenne à environ 10 km d'un médecin, comparativement à moins de 2 km pour les citadins des grands centres. Dans les régions nordiques et éloignées du Canada, plus des deux tiers des habitants vivent à plus de 100 km d'un médecin<sup>37</sup>.

La nécessité de se déplacer impose un fardeau financier accru, en raison des frais de transport et d'hôtel. Cela signifie que les gens sont séparés de leur famille et du soutien de leur communauté. La nécessité de parcourir de longues distances pour avoir accès à des services de santé peut également avoir une incidence négative sur la santé en raison du retard et des risques associés au transport ou à l'hostilité du climat. C'est le cas pour les femmes enceintes. Les études ont en effet montré que dans les communautés dépourvues de services de maternité, on observe une incidence accrue

de morts périnatales et de naissances prématurées<sup>38</sup>. La santé des personnes âgées en milieu rural est également liée à la disponibilité du transport pour se rendre au bureau du médecin local ou dans un grand centre afin d'obtenir des services médicaux spécialisés<sup>39</sup>.

Il existe une disparité fondamentale entre les besoins en matière de soins de santé des Canadiens vivant dans les régions rurales, éloignées et nordiques et la disponibilité des professionnels de la santé. Les lacunes indiquées ci-après montrent pourquoi il est difficile pour les habitants des régions rurales d'obtenir des soins de santé de qualité.

### 1. Professionnels de la santé

#### A. Répartition inégale des médecins et du personnel infirmier

Les médecins et le personnel infirmier sont concentrés en milieu urbain, où vivent les gens qui se portent le mieux. En 2000, seulement 17 p. 100 des médecins de famille et 18 p. 100 des infirmières et infirmiers exerçaient leur activité dans les communautés rurales, nordiques et éloignées, où vivaient jusqu'à 30 p. 100 des Canadiens<sup>40</sup>.

#### B. Pénurie de médecins spécialistes

En 2000, seulement 4 p. 100 des médecins spécialistes travaillaient en région rurale, ce qui signifiait que nombre des personnes de ces régions devaient parcourir de longues distances pour recevoir des soins spécialisés<sup>41</sup>.

#### C. Répartition inégale des autres professionnels de la santé

Les Canadiens du milieu rural ont moins de choix quand aux professionnels de la santé que leurs homologues citadins. La plupart des régions rurales font face à une grave pénurie de professionnels de la santé mentale, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, d'orthophonistes et de phoniatres<sup>42</sup>.

#### D. Manque de continuité

Généralement, les médecins et les spécialistes ne vivent pas dans les communautés éloignées et nordiques du Canada. Ils ne font que s'y rendre pour assurer des services de santé. Souvent, ce n'est pas le même médecin que l'on consulte d'une fois à l'autre, ce qui permet difficilement d'établir un rapport patient-médecin et entrave la continuité des soins.

## 2. Services de santé

### A. Recours insuffisant à la promotion de la santé et absence de services de prévention et de diagnostic

On a trop peu recours à la promotion de la santé et aux services d'éducation pour la santé dans la plupart des communautés rurales. Or, les enfants et les jeunes des milieux ruraux tireraient parti d'information sur divers sujets liés à la santé, notamment sur les habitudes alimentaires, les activités physiques et sexuelles. Les services de prévention font également défaut dans la plupart des communautés rurales. Par exemple, le dépistage du cancer du sein par mammographie est beaucoup moins systématique dans les régions du Grand Nord et dans le Canada atlantique qu'au Canada dans son ensemble<sup>43</sup>.

### B. Rationalisation, fermetures et centralisation des services de santé

La restructuration et la réforme des soins de santé dans les provinces et les territoires a abouti à une centralisation accrue des services, à la rationalisation et à la fermeture d'hôpitaux et d'établissements de soins de longue durée en milieu rural. Or, cette restructuration n'a pas été accompagnée, la plupart du temps, d'une amélioration des services de première ligne, ce qui a rendu encore plus difficile l'accès aux services des personnes vivant en milieu rural.

En outre, les fermetures d'hôpitaux ont eu une incidence économique négative sur les communautés rurales, car en plus d'être des employeurs importants, les hôpitaux sont à l'origine d'autres retombées économiques. On estime que le secteur de la santé procure entre 14 et 20 p. 100 de l'ensemble des emplois en région rurale, notamment les services directs et secondaires<sup>44</sup>.

### C. Manque d'accès aux services d'urgence et de soins de courte durée

Les grands centres ruraux ont parfois un hôpital offrant des services de base, mais les gens doivent quand même se rendre dans des centres urbains pour obtenir un traitement spécialisé. En outre, à la différence des citadins, les habitants du milieu rural n'ont pas le choix de l'hôpital, ce qui peut poser problème si le seul hôpital accessible a décidé de ne pas assurer certains services<sup>45</sup>.

### D. Manque d'accès aux services de soins autres que les soins de courte durée

La plupart des personnes vivant dans les communautés rurales, nordiques et éloignées n'ont qu'un accès restreint tout au plus, à un éventail de services de soins couramment fournis dans les centres urbains. C'est le cas notamment pour les services de réadaptation, les soins palliatifs, les soins à domicile, le counseling, les soins de longue durée et les services de répit. Cela signifie que les gens doivent déménager dans un centre plus grand ou parcourir de longues distances pour recevoir les soins dont ils ont besoin<sup>46</sup>.

### E. Manque de services aux groupes ayant des besoins spéciaux

Nombre de gens ont besoin de services spéciaux en plus des soins de base. Il n'est pas facile pour les communautés rurales d'obtenir des soins de courte durée (urgence) ou de longue durée

(maladies chroniques). Les personnes ayant besoin de soins particuliers appartiennent aux groupes suivants :

- les personnes âgées, qui ont besoin de plus de soutien à mesure qu'elles vieillissent;
- les groupes différents sur le plan culturel, comme les communautés de langue officielle en situation minoritaire, les Autochtones et les immigrants récents, qui ont besoin de programmes et de professionnels de la santé sensibles aux différences culturelles, de même que de services de santé dans leur langue;
- les personnes ayant des incapacités, qui ont besoin de services spécialisés, notamment de physiothérapie ou de dialyse, de même que d'autres services accessibles<sup>47</sup>.

*F. Les régions éloignées et nordiques sont aux prises avec des défis particuliers en matière de services de santé*

En matière de santé, les communautés éloignées et nordiques font face à des difficultés plus grandes que les communautés rurales qui se trouvent plus près des centres urbains. Les établissements de soins dans les régions nordiques et éloignées sont peu nombreux et plus dispersés. Les habitants des communautés éloignées et nordiques peuvent être contraints à faire six heures de vol pour avoir accès à des services hospitaliers ordinaires. Les conditions météorologiques hostiles qui peuvent rendre dangereux voire impossibles pendant plusieurs jours les déplacements routiers ou aériens compliquent encore le problème<sup>48</sup>.

## **SANTÉ DES COMMUNAUTÉS**

La santé des personnes est étroitement liée à la santé des communautés où elles vivent. Or, la démarche adoptée à l'heure actuelle en matière de services de santé, qui est axée sur l'individu, ne prend pas en compte ce lien étroit. L'approche plus vaste des « déterminants de la santé » reconnaît que de nombreux facteurs ou conditions économiques, sociaux et environnementaux, souvent reliés à la communauté où vivent les gens, jouent un rôle dans la santé et le bien-être des individus.

La santé globale des communautés rurales, nordiques et éloignées est nettement moins bonne que celle des communautés urbaines, même si l'on observe une variation considérable d'une communauté rurale à une autre. Si certaines communautés rurales situées à proximité des grands centres urbains sont parfois prospères, d'autres luttent pour survivre. De nombreux facteurs ont une incidence sur la santé des communautés, par exemple, la migration des jeunes vers la ville, le vieillissement de la population, un chômage chronique élevé, le ralentissement de l'activité économique souvent lié à la mécanisation de l'agriculture ou à la surexploitation des ressources naturelles et la dégradation des infrastructures collectives, y compris celle des services de santé<sup>49</sup>. De même, nombre de communautés autochtones connaissent à la fois un accroissement démographique rapide et une stagnation de l'emploi. Et les ressources communautaires sont insuffisantes pour répondre aux besoins en matière de santé, ce qui accentue encore la détérioration des conditions sociales et le sentiment d'impuissance. Tous ces facteurs liés au milieu de vie ont des effets profonds sur la santé et le bien-être des habitants du milieu rural.

# SECTION III : *Orientations stratégiques*

Pour concrétiser la vision « des gens en santé vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en santé », le Conseil a défini les sept grandes orientations stratégiques suivantes :

1. Soutien aux initiatives de communautés en santé
2. Développement d'organisations qui soutiennent le renforcement de la capacité communautaire
3. Concertation intersectorielle
4. Recherche sur la santé rurale
5. Technologies de l'information en santé
6. Ressources humaines en santé
7. Santé de la population autochtone

Quatre de ces orientations stratégiques touchent directement le travail des quatre groupes de travail, tandis que les autres sont des thèmes de portée générale définis par tous les groupes de travail. Le Conseil est d'avis qu'il faut progresser dans tous ces domaines pour concrétiser la vision.

## 1 SOUTIEN AUX INITIATIVES DE COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

***Orientation stratégique : Encourager les initiatives de communautés en santé grâce au développement de modèles et à l'adoption de politiques nationales***

Les communautés jouent un rôle vital dans la santé et le bien-être de leurs membres<sup>50</sup>. Si le terme communauté peut désigner un ensemble d'individus groupés en raison de leur foi, de leur profession ou de leurs idées, dans le présent rapport, le terme désigne une communauté géographique. Chaque communauté a ses propres besoins en matière de soins, qui reflètent son histoire, sa situation économique, sa géographie, sa structure sociale et la santé générale de ses habitants. Chaque communauté a aussi toute une série d'atouts qu'elle peut exploiter pour répondre à ses besoins.

Nous appelons communautés en santé celles qui offrent un environnement sain, qui répondent aux besoins de base de tous leurs habitants, qui favorisent la participation des gens de la base à l'administration municipale et aux initiatives de santé et qui sont fières de leur patrimoine culturel et historique. Les communautés en santé sont aussi dotées d'une économie diversifiée et novatrice, elles assurent des services de santé accessibles, ont des écosystèmes durables et s'attaquent collectivement aux problèmes de santé et de développement<sup>51</sup>. Selon Trevor Hancock, fondateur du mouvement des « Communautés en

santé », la communauté idéale présente les six caractéristiques suivantes : la convivialité (on y vit harmonieusement), l'équité (justice et équité pour tous), la prospérité (une capacité de production suffisante), la durabilité (les gens agissent de façon responsable par rapport à l'environnement), la salubrité (l'environnement non pollué) et l'habitabilité (l'environnement y est sûr et agréable)<sup>52</sup>.

La démarche des communautés en santé a fait son apparition au Canada dans les années 1980<sup>53</sup>. Elle met l'accent sur la collaboration, notamment la participation des citoyens, pour mettre en évidence les facteurs sociaux, économiques et environnementaux ayant une incidence sur la santé et le bien-être, de même que pour agir pour changer les choses. Par exemple, une communauté peut décider de lutter contre la pauvreté en établissant des cuisines collectives, des popotes roulantes et des centres de jeunes, de planter des arbres pour protéger l'environnement, ou de parrainer des forums de développement économique pour stimuler l'emploi. Mais l'approche des communautés en santé ravivera souvent le sentiment d'appartenance et la fierté qui s'y rattache. Et ce qui distingue le plus cette approche des autres, c'est qu'elle met l'accent sur le rassemblement des communautés en vue de collaborer, d'établir des priorités et d'agir.

Plusieurs éléments clés sont au cœur de l'approche des communautés en santé, à savoir : une définition élargie de la santé; une approche fondée sur les atouts, qui recense les points forts de la communauté, ses ressources et ses expériences; une concertation intersectorielle entre les organismes et organisations de façon à ce que les problèmes ne soient pas abordés en vase clos; une participation de la communauté à la définition des problèmes et des priorités, et une action locale faisant appel à des bénévoles, à des professionnels de la santé et à des organisations communautaires. L'approche des communautés en

santé est documentée par un important corpus de recherche et propose aux communautés des outils pratiques. En fait, le modèle élaboré au Canada a inspiré l'Organisation mondiale de la santé et de nombreux pays qui préconisent son adoption, en particulier pour la mettre en œuvre dans les communautés rurales<sup>54</sup>.

### **ÉLABORATION DE PROGRAMMES ET DE POLITIQUES VISANT EXPRESSÉMENT LES COMMUNAUTÉS RURALES, NORDIQUES ET ÉLOIGNÉES**

Au Canada, les modèles dominants pour les politiques, les programmes et les services de santé sont des modèles urbains, c'est-à-dire qu'ils sont basés sur les populations urbaines, ainsi que sur les besoins et les systèmes en milieu urbain. Par exemple, la spécialisation est le modèle dominant qui préside à l'organisation des soins médicaux hospitaliers. Or, ce modèle n'a guère d'intérêt pratique dans les communautés rurales où une approche axée sur les généralistes est plus appropriée. Les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies sont également fondés sur des modèles urbains. Par exemple, les régions rurales n'ont pas accès aux divers spécialistes ni aux compétences que l'on trouve dans les centres urbains.

Ces modèles urbains ne sont pas facilement transférables ou adaptables aux systèmes ruraux et ne répondent pas, généralement, aux besoins des personnes vivant dans ces régions. En outre, les problèmes ruraux sont souvent négligés dans les discussions stratégiques, et la prédominance des modèles urbains empêche l'élaboration de modèles plus adaptés aux communautés rurales. Une première étape importante pour le soutien aux initiatives de communautés rurales en santé consiste donc à reconnaître que les réalités urbaines et rurales ne sont pas les mêmes et que le Canada a besoin de politiques et de programmes qui répondent expressément aux besoins ruraux.

## **Recommandation**

### **1.1** *Que Santé Canada reconnaisse que les communautés rurales, nordiques et éloignées sont différentes des communautés urbaines et qu'il convient de tenir compte de cette différence dans l'élaboration de politiques et de programmes.*

#### **ÉLABORATION DE MODÈLES DE COMMUNAUTÉS EN SANTÉ**

Le soutien aux initiatives de communautés en santé passe par le renforcement de la capacité de chaque communauté à s'organiser, à établir des priorités et à agir. Les études nous ont montré que plus les communautés disposent de capacités, meilleure est leur santé<sup>55</sup>. Or, la plupart des communautés disposent de certaines capacités qui constituent un point de départ pour changer les choses.

La vitalité et la santé des communautés rurales dépendent directement du dynamisme que leur insufflent les citoyens qui y vivent et des efforts consentis par les secteurs privé et à but non lucratif, ainsi que par l'ensemble des pouvoirs publics. Les gouvernements doivent miser sur la capacité communautaire actuelle et investir dans le développement du capital social et de l'infrastructure collective. Les pouvoirs publics municipaux peuvent jouer à ce titre un rôle particulier, du fait qu'ils sont les plus proches des citoyens, qu'ils ont une compréhension plus approfondie des conditions de vie et qu'ils peuvent fournir des ressources, y compris le financement. Le renforcement de la capacité communautaire est également en harmonie avec les politiques fédérales actuelles. Par exemple, le gouvernement du Canada a récemment annoncé une initiative de renforcement

de la capacité communautaire, dans le cadre d'une stratégie plus vaste pour aider les communautés rurales à trouver des solutions locales aux problèmes locaux<sup>56</sup>.

Le modèle de communautés en santé convient parfaitement aux communautés rurales, nordiques et éloignées. Ces communautés sont souvent fort motivées et le puissant sentiment d'identité collective qui les anime favorise l'adoption d'une approche holistique de la santé. De même, la petite taille des communautés rurales leur permet de s'organiser plus facilement que les centres urbains, de parvenir à un consensus et de coordonner des actions de plus grande envergure<sup>57</sup>.

## **Recommandation**

### **1.2** *Que Santé Canada, en partenariat avec les provinces, les territoires et les municipalités, appuie le développement et la mise en œuvre de modèles de communautés en santé dans toutes les communautés rurales, nordiques et éloignées, en tirant parti des ressources, du savoir-faire et des réseaux déjà en place.*

#### **ÉTABLISSEMENT DE COALITIONS ET DE RÉSEAUX À L'APPUI DU RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ COMMUNAUTAIRE**

Pour appuyer le renforcement de la capacité communautaire, les communautés rurales doivent avoir la possibilité de s'organiser, de se consulter et de convenir de priorités, en particulier lorsqu'elles utilisent une définition élargie de la santé et travaillent

avec un éventail de partenaires. L'expérience du mouvement des communautés en santé porte à croire que, pour des raisons linguistiques, culturelles et socio-politiques, les coalitions et les réseaux sont plus efficaces lorsqu'ils sont organisés au niveau provincial ou territorial (par exemple, le Réseau des villes et villages en santé du Québec, Coalition des communautés en santé de l'Ontario, Mouvement acadien des communautés en santé). Le financement des gouvernements fédéral et provinciaux a aidé à maintenir ces réseaux<sup>58</sup>.

Les coalitions et les réseaux de communautés en santé participent à de nombreuses activités. Elles comprennent notamment :

- à assurer des services de référence (par exemple, si une communauté désire informer ses membres concernant l'utilisation de produits toxiques, le réseau des communautés en santé la dirigera vers les spécialistes compétents);
- à fournir des avis aux différents ministères du gouvernement concernant les programmes (par exemple, programmes de prévention de la criminalité);
- à créer des événements pour souligner les réalisations locales des communautés (par exemple, organiser des cérémonies de remise de prix);
- à organiser des conférences, à établir des centres de ressources ou à publier des bulletins;
- à fournir des trousseaux d'outils de ressources communautaires et des avis pratiques.

Il est nécessaire d'affecter du personnel à des réseaux de ce genre – la Coalition de l'Ontario dispose d'un bureau provincial qui emploie trois personnes à plein temps, tandis que le réseau du Québec emploie quatre personnes. En outre, le processus de renforcement de la capacité communautaire doit être animé et les services d'animation doivent être disponibles à proximité des intéressés, soit au niveau régional ou

au niveau du comté. Au Québec, chacun des 150 Centres locaux de services communautaires (CLSC) emploie des organisateurs communautaires. Ces personnes bien formées, qui travaillent sur le terrain dans les régions, doivent être disponibles pour aider les communautés. On pourrait par ailleurs mettre à contribution des organisations non gouvernementales ayant de l'expérience dans des activités ayant contribué au renforcement de la capacité communautaire.

Outre les services d'animation, une aide technique est requise pour surveiller la santé de la communauté (collecte et interprétation des données), pour évaluer la mise sur pied des projets, les programmes et les services, et pour effectuer des travaux de recherche sur les modèles de communautés rurales en santé.

Il existe des réseaux bien articulés de communautés en santé au Québec (plus de 150 communautés participantes), en Ontario (79 communautés) et au Nouveau-Brunswick (18 communautés acadiennes). On retrouve parmi les principaux partenaires de ces trois réseaux des associations provinciales, professionnelles et non gouvernementales représentant des intérêts environnementaux, sociaux et de la santé. Au Québec, les CLSC sont également étroitement reliés au réseau. Le Manitoba dispose d'un petit réseau, tandis que l'Alberta n'a lancé que quelques projets locaux de communautés en santé, mais n'a créé aucun réseau provincial. Le réseau de la Colombie-Britannique a cessé d'exister. La Nouvelle-Écosse a récemment annoncé des plans pour l'établissement d'un réseau provincial de communautés en santé. Il n'existe pas de réseau à l'échelle nationale<sup>59</sup>. À l'heure actuelle, les réseaux de communautés en santé sont concentrés dans le centre du Canada, alors que les régions très éloignées et nordiques (partie des provinces de l'Atlantique, des Prairies et des territoires) n'ont guère de capacités de réseautage pour leurs communautés en santé.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer au chapitre de l'amélioration des liaisons entre les communautés rurales, nordiques et éloignées. En partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, Santé Canada peut faciliter l'établissement de coalitions et de réseaux de communautés en santé au niveau provincial et territorial de façon à ce que toutes les communautés rurales, nordiques, éloignées et autochtones puissent échanger de l'information, apprendre de leur expérience mutuelle et travailler ensemble au développement de communautés rurales en santé.

### **Recommandation**

#### **1.3 *Que Santé Canada travaille avec les partenaires provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec d'autres, à l'établissement de coalitions et de réseaux de communautés en santé visant à renforcer les capacités communautaires.***

### **SOUTIEN AU PROCESSUS DE RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ COMMUNAUTAIRE ET LA CONCERTATION AUX PALIERS SUPÉRIEURS**

Un financement est requis pour saisir les possibilités permettant un renforcement de la capacité communautaire afin que l'initiative soit issue de la base et que la communauté ait la volonté de s'investir et de donner suite aux priorités établies. Les processus de renforcement de la capacité communautaire prennent du temps et nécessitent un financement pour le démarrage et la supervision au stade de la planification préliminaire. L'expérience a montré qu'une seule année de financement produit rarement des résultats durables et que l'appui financier doit se prolonger pendant plusieurs années. En outre, le financement

pour mettre en œuvre les priorités de la communauté ne doit pas provenir de la même source que celui servant à la mise en œuvre des processus de renforcement de la capacité communautaire<sup>60</sup>. Si, dans de nombreux cas, la communauté peut faire bien des choses en ayant recours à des bénévoles et en redéployant les ressources financières dont elle dispose. Pour les grands projets, elle doit avoir accès à d'autres sources de financement.

La concertation aux paliers supérieurs constitue un autre aspect incontournable de l'approche collaborative. Lorsqu'elles sont prêtes à passer à l'action, les communautés découvrent souvent que les ministères provinciaux ou fédéraux ne le sont pas. Ainsi, la communauté peut se révéler incapable de mener à bien un programme de santé dans les écoles si ce programme ne s'inscrit pas dans le cadre des priorités provinciales ou fédérales. Malheureusement, on observe parfois un manque de concertation au sein des ministères travaillant au même palier de gouvernement, de même qu'entre les différents pouvoirs publics. La concertation est importante pour que les petites communautés ne croulent pas sous les demandes. Par exemple, il peut être extrêmement ardu pour les petites communautés d'être contraintes pour chaque projet ou programme de mettre en place un groupe consultatif communautaire bénévole, puisque ce sont généralement les mêmes bénévoles qui sont mis à contribution.

### **Recommandation**

#### **1.4 *Que Santé Canada travaille avec les autres ministères fédéraux et provinciaux ainsi qu'avec les partenaires territoriaux à concerter leurs efforts et à offrir des possibilités de financement à l'appui des processus de renforcement de la capacité communautaire et de la coordination.***

### **MISE SUR PIED D'UNE BIBLIOTHÈQUE VIRTUELLE NATIONALE SUR LES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ**

Les communautés tirent des leçons des réussites des autres. C'est pourquoi des données anecdotiques ou des histoires de réussites pourraient bien se révéler plus convaincantes pour aider les gens à passer à l'action que les données issues de la recherche<sup>61</sup>.

Les communautés ont également besoin de lignes directrices et d'idées sur la façon de s'organiser et d'agir, de même que d'information sur les sources de financement et les autres ressources.

Il y a lieu de créer une bibliothèque virtuelle à l'échelle du pays sur les communautés en santé de façon à ce que ces communautés puissent facilement échanger de l'information et partager leurs réussites dans le développement de solutions communautaires aux problèmes de santé. Cet important outil de maillage serait facilité par les technologies de l'information en santé (voir l'orientation stratégique 5, Technologies de l'information en santé). L'information tirée des bibliothèques existantes sur les communautés en santé du Québec, de l'Ontario et des États-unis pourrait servir de point de départ. Pour jouer le rôle qu'on attend d'elle, la bibliothèque virtuelle devrait être en mesure de trier l'information et de renseigner à la fois les professionnels de la santé et le grand public. Les documents devraient être rédigés dans un langage simple. L'un des rôles importants de la bibliothèque virtuelle consisterait à diffuser la recherche sur les modèles ruraux de communautés en santé. Il lui incomberait également de veiller à ce que les documents et les outils soient traduits à la fois en français et en anglais. Si l'on veut que la bibliothèque soit accessible au maximum de gens possible, il est essentiel qu'elle dispose d'un personnel technique.

### **Recommandation**

**1.5** *Que Santé Canada établisse une bibliothèque virtuelle à l'échelle du pays réunissant des ressources sur les communautés en santé adaptée aux communautés rurales, nordiques et éloignées.*

### **DIFFUSION DE L'APPROCHE DE COMMUNAUTÉS EN SANTÉ**

Au cours des 15 années d'histoire du mouvement des communautés en santé au Canada, l'un des moyens les plus efficaces pour promouvoir l'approche a été de réunir les intervenants des communautés dans le cadre de conférences et d'ateliers. C'est pourquoi, les réseaux de communautés en santé de l'Ontario, du Québec et du Nouveau-Brunswick organisent des conférences annuelles. Ces forums répondent à plusieurs finalités. Outre qu'ils permettent de faire part aux autres des pratiques exemplaires et des expériences, de se pencher sur les défis et les enjeux de grande envergure, d'influencer les politiques municipales, provinciales et fédérales et d'élaborer des modèles interdisciplinaires et intersectoriels efficaces, ils jouent un rôle essentiel dans la motivation des travailleurs communautaires, dans la mise en valeur des réalisations des petites communautés et dans la formation des gens sur l'utilisation des outils disponibles.

## **Recommandation**

**1.6** *Que Santé Canada, en collaboration avec les pouvoirs publics provinciaux, territoriaux et municipaux, finance des forums, des conférences et des ateliers de consensus à l'intention des citoyens du milieu rural, des associations nationales de professionnels de la santé et des centres de santé universitaires afin de partager l'expérience et les outils de travail des communautés en santé.*

### **FORMATION AXÉE SUR LES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ À L'INTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ**

Les professionnels de la santé locaux peuvent être une ressource fort précieuse pour le renforcement de la capacité communautaire, en particulier lorsqu'ils participent activement à la vie communautaire. Outre la compétence liée à leur profession respective, les professionnels de la santé sont des gens qui exercent généralement une influence, à d'autres égards. Par exemple, nombre de médecins et d'infirmières et infirmiers deviennent maires ou conseillers de leur municipalité, ou présidents d'organisations communautaires.

Plus la communauté est petite, plus il y aura de chances pour que les professionnels de la santé assument un rôle de direction dans la communauté. Dans les petites communautés rurales ou éloignées, les professionnels de la santé travaillent le plus souvent en collaboration, dans un cadre institutionnalisé ou autre,

avec d'autres professionnels et dirigeants de la communauté. Le travail d'équipe parmi les professionnels locaux – les professionnels de la santé et d'autres, tous secteurs et disciplines confondus – aide à trouver des solutions aux problèmes de santé de la communauté adaptées aux conditions locales.

Il faut que les professionnels de la santé se sentent à l'aise avec le caractère participatif et l'approche pragmatique des communautés en santé. Il faut également qu'ils possèdent ou acquièrent des compétences dans des domaines comme la promotion du travail d'équipe, le leadership, la planification stratégique et l'évaluation. Cette formation peut être offerte au niveau des études postsecondaires et aussi par l'intermédiaire de programmes de formation continue qui peuvent être dispensés par les réseaux et coalitions en place.

## **Recommandation**

**1.7** *Que Santé Canada travaille avec les pouvoirs publics provinciaux, territoriaux et municipaux à promouvoir les concepts, principes et applications relatifs aux communautés en santé auprès des professionnels de la santé.*

### **ÉLABORATION DE MODÈLES DE COMMUNAUTÉS EN SANTÉ PROPRES À LA POPULATION AUTOCHTONE**

Les modèles de communautés en santé sont bien adaptés à la culture et au mode de vie des communautés autochtones. Environ 77 p. 100 des communautés des Premières nations et inuites comptent moins de 1 000 habitants, et nombre d'entre elles sont isolées ou éloignées<sup>62</sup>. Or, selon la tradition autochtone, une

communauté en santé est une communauté où règne l'harmonie à tous les niveaux – individuel, familial et collectif – les gens travaillent ensemble et veillent les uns sur les autres. Une communauté en santé est une communauté qui offre un environnement salubre et propre, qui est dépourvue de violence et de personnes dépendantes des drogues ou de l'alcool et qui dispose de services de santé adéquats<sup>63</sup>.

Les communautés doivent être en mesure de définir leurs propres besoins en matière de santé, de cerner les solutions et d'avoir ensuite facilement accès aux ressources nécessaires pour s'attaquer aux causes sociales, économiques et environnementales du mauvais état de santé. En puisant dans les modèles de communautés en santé propres à la population autochtone déjà existants et en faisant valoir et en transmettant les modèles dans tout le pays, on pourra aider la population autochtone à relever les défis auxquels elle est confrontée. Dès 1987, par exemple, un processus stratégique visant les communautés en santé a été mis au point pour la nation Algonquine. Il constitue encore le cadre d'action utilisé par la Great Lake Victoria Reserve<sup>64</sup>.

---

### **Recommandation**

**1.8** *Que Santé Canada, en partenariat avec les communautés autochtones, élabore une stratégie accompagnée d'un nouveau financement pour mettre en œuvre des modèles de communautés en santé propres à la population autochtone, faisant la promotion d'habitudes de vie saines, de l'autonomie personnelle et de l'autodétermination.*

---

## 2 ORGANISATIONS QUI SOUTIENNENT LE RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ COMMUNAUTAIRE

***Orientation stratégique : Créer des organisations qui permettent aux communautés rurales de concevoir des solutions qui leur soient propres pour résoudre leurs problèmes de santé***

En plus d'une sensibilisation aux enjeux de la santé et d'actions communautaires, les communautés rurales, nordiques et éloignées ont besoin d'un soutien organisationnel pour être en mesure d'établir leurs propres priorités et de concevoir des solutions communautaires aux défis de la santé. On appelle soutien organisationnel trois types de ressources :

- ressources matérielles (réseaux de transport, réseaux de communications et équipements publics, notamment des hôpitaux, des cliniques, etc.);
- ressources humaines (professionnels de la santé et personnel formé, de même que des dirigeants de la communauté);
- structures organisationnelles et administratives (politiques, règlements et primes)<sup>65</sup>.

Il existe des disparités entre les régions urbaines et rurales au chapitre de l'infrastructure de base. Par exemple, nombre de communautés rurales sont dépourvues de réseaux de transport en commun et de réseaux de communications. Bien que de nombreuses communautés rurales soient fortement soudées, que leurs citoyens entretiennent des liens étroits et disposent de systèmes d'entraide naturelle, leur petite population et la migration constante des jeunes vers les régions urbaines ont réduit le bassin de ressources humaines.

On observe également des écarts considérables dans l'organisation de la santé d'une communauté rurale à l'autre. Le Nord, par exemple, dispose de bien moins de ressources que les autres régions du Canada rural.

Certaines provinces et certains territoires ont mis sur pied des organisations-cadres chargées de coordonner les activités en matière de santé au niveau provincial ou territorial, tandis que d'autres ne l'ont pas fait. Par exemple, le Québec dispose d'un réseau provincial de Centres locaux de services communautaires (CLSC), tandis que le Manitoba et l'Alberta ont créé les bureaux régionaux de la santé qui assurent la coordination. En revanche, l'Ontario ne dispose d'aucun organisme-cadre assurant la coordination.

### **CRÉATION DE « CENTRES D'INNOVATION EN SANTÉ RURALE »**

En 2000, le gouvernement australien a élaboré un nouveau modèle pour la santé rurale et créé un réseau de centres de santé rurale pour répondre aux besoins spécifiques des citoyens et des communautés en milieu rural. Les centres, qui relèvent du Rural Clinical Schools Program du ministère australien de la Santé rurale, sont situés dans les communautés régionales qui comptent entre 20 000 et 60 000 habitants. Leur principal rôle consiste à élaborer et à appuyer la formation et la recherche liées à la santé rurale et régionale. Depuis l'établissement du programme, c'est-à-dire en deux ans à peine, les centres ont été construits, pourvus de personnel et sont entrés en activité<sup>66</sup>.

Le contexte canadien se prêterait fort bien à l'adaptation de l'expérience australienne, mais il ne faut pas perdre de vue les rôles et responsabilités des différentes autorités compétentes en matière de santé ainsi que

l'infrastructure provinciale et territoriale en place. Par conséquent, le modèle canadien proposé par le Conseil et intitulé « centres d'innovation en santé rurale » mettrait l'accent sur le développement, l'animation et la concertation au niveau de la communauté, sans aucune prise en charge des services de santé proprement dites.

Le modèle canadien s'appuierait sur les cinq éléments suivants :

1. *Renforcer la capacité de développement et l'habilitation des communautés*, dans le but de multiplier des communautés en santé et d'établir de puissants réseaux de santé rurale.
2. *Stimuler la recherche communautaire*, en faisant participer les communautés aux choix des priorités et des programmes de recherche, en élaborant et en réalisant des recherches communautaires, et en collaborant avec les chercheurs.
3. *Concevoir des stratégies pour le recrutement et la rétention de professionnels de la santé* adaptées aux besoins et aux ressources des communautés et inspirées par l'esprit créatif des citoyens du milieu rural.
4. *Développer l'infrastructure et la capacité requises pour l'exploitation des technologies de l'information en santé* afin de permettre aux communautés d'entrer en relation avec les organisations régionales, provinciales et nationales ainsi qu'avec les pouvoirs publics. Une aide technique, comprenant du matériel, des logiciels et des programmes de formation, sera également nécessaire aux communautés et aux professionnels de la santé du milieu rural pour renforcer les systèmes locaux de technologies de l'information en santé.
5. *Élaborer et appuyer la formation de généralistes sur le terrain*, pour doter les praticiens de la santé avec une gamme complète de compétences requises pour travailler dans les communautés rurales, nordiques et éloignées.

Le modèle de centre d'innovation en santé rurale offre une approche inédite pour relever les défis de la santé rurale et s'attaquer à la disparité qu'on observe dans toutes les régions du pays au niveau des infrastructures. Il est important que les cinq éléments du modèle de centre d'innovation en santé rurale soient intégrés aux systèmes provinciaux et territoriaux en place. Par exemple, au Québec, certains CLSC participent déjà activement au recrutement et à la rétention, à la recherche et au renforcement de la capacité communautaire, en partenariat avec les régies régionales. Certains centres pourraient accorder la priorité à l'introduction des technologies de l'information en santé et à l'élaboration d'un programme de formation des généralistes sur le terrain.

La concertation entre les provinces et les territoires s'impose pour explorer la façon d'introduire par étapes le modèle de centre d'innovation en santé rurale. Compte tenu de la démarche et de la capacité différentes de chaque province ou territoire, le modèle de centre d'innovation en santé rurale doit être adaptable. L'objectif pour la première année consisterait à établir des centres d'innovation en santé rurale (ou d'intégrer leurs principaux éléments aux structures de santé communautaire en place) à 13 endroits du pays, soit un dans chaque province et territoire. En trois ans, le concept de centres d'innovation en santé rurale serait implanté dans 100 communautés.

Le Conseil recommande une stratégie en trois étapes, soit entreprendre de vastes consultations auprès des intervenants, renforcer et élargir les organisations existantes et établir de nouvelles structures au besoin.

### ***Recommandation***

**2.1** *Que Santé Canada travaille en partenariat avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux en vue de parrainer des ateliers pour les multiples acteurs intéressés sur les centres d'innovation en santé rurale; d'intégrer les principaux éléments du modèle de centre d'innovation en santé rurale aux structures actuelles et de mettre en place graduellement les centres d'innovation en santé rurale, en créant de nouvelles structures au besoin.*

---

### 3 CONCERTATION INTERSECTORIELLE

***Orientation stratégique : Favoriser une plus grande concertation intersectorielle avec les acteurs intéressés sur les enjeux de la santé***

Une forte concertation intersectorielle s'impose pour s'attaquer aux facteurs et conditions complexes qui influent sur la santé des personnes vivant dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Essentiellement, on entend par concertation intersectorielle le travail de collaboration entre différents secteurs, comme celui de la santé, du logement et des transports et entre les pouvoirs publics fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux. Parmi les avantages de cette collaboration, mentionnons la mise au point d'une intervention globale, l'amélioration de la communication, une utilisation efficace des ressources limitées et la réduction des doubles emplois et des lacunes<sup>67</sup>.

#### **PROMOTION DE LA CONCERTATION ENTRE LES POUVOIRS PUBLICS**

*Le système de santé du Canada est une responsabilité partagée*

Au Canada, la compétence en matière de santé est partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Chaque gouvernement assume des responsabilités et des rôles distincts.

Selon la *Constitution canadienne*, le gouvernement fédéral a les responsabilités suivantes :

- établir et administrer des normes nationales pour le système de santé par l'intermédiaire de la *Loi canadienne sur la santé*;

- aider au financement des services provinciaux de soins de santé, par l'entremise des paiements de transferts fiscaux;
- offrir directement des services de santé à certains groupes, dont les membres des Premières nations et les Inuits;
- promouvoir la recherche à l'échelle nationale;
- élaborer des politiques et des programmes nationaux de protection et de promotion de la santé et de prévention de la maladie<sup>68</sup>.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux assument les responsabilités suivantes :

- gérer et offrir les services de santé;
- planifier, financer et évaluer les soins assurés par les hôpitaux, par les médecins ainsi que les services connexes;
- gérer certains aspects des soins sur ordonnance et de la santé publique<sup>69</sup>.

Il existe une structure bien développée et de longue date pour coordonner les politiques et partager l'information sur les problèmes de santé entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Une structure révisée récemment approuvée est en train d'être mise en place. Il est donc opportun à l'heure actuelle de créer un centre de coordination au sein de cette structure révisée pour s'attaquer aux problèmes de la santé rurale.

## **Recommandation**

**3.1** *Que Santé Canada cherche à obtenir l'appui de la Conférence des sous-ministres de la Santé afin d'établir un centre de coordination à l'intérieur de la structure fédérale, provinciale et territoriale révisée pour élaborer des politiques, des programmes et des plans d'action sur les problèmes courants de santé rurale.*

---

### **RENFORCEMENT DE LA CONCERTATION ENTRE LES SECTEURS**

La santé des gens est influencée par des secteurs comme le logement, le transport, l'emploi, l'éducation, la culture, les loisirs et le développement économique. Étant donné que les facteurs ayant une incidence sur la santé sont interdépendants, les solutions les plus efficaces sont issues d'initiatives concertées, collaboratives et multisectorielles. Au niveau fédéral, les possibilités d'une action concertée sont plus nombreuses dans les domaines où les intérêts sont partagés entre les mandats ministériels, par exemple, dans le domaine des technologies de l'information en santé.

Il faut s'assurer que les initiatives et les programmes fédéraux de demain soient élaborés de façon coopérative au moyen de la « lentille rurale ». La lentille rurale sensibilise les ministères et organismes fédéraux davantage aux problèmes ruraux en les encourageant à évaluer l'effet des initiatives et des programmes envisagés sur la santé des communautés rurales et de leurs citoyens. Ainsi, les nouvelles

initiatives fédérales appuieraient le bien-être social et économique des communautés rurales et renforceraient leur capacité à répondre aux difficultés locales<sup>70</sup>. La lentille rurale garantira en outre que les enjeux du milieu rural ne seront pas pris en compte à l'issue d'une réflexion après coup ou amorcée parallèlement aux discussions sur les politiques de la santé. Toutes les activités gouvernementales devraient tenir compte du besoin d'adopter une approche rurale particulière.

## **Recommandation**

**3.2** *Que Santé Canada travaille avec les ministères et organismes fédéraux pour évaluer l'impact des initiatives et programmes envisagés sur la santé des communautés rurales du Canada et pour les inciter à agir en faveur de la santé dans le cadre de mandats respectifs.*

---

### **RENFORCEMENT DE LA CONCERTATION ENTRE LES INTERVENANTS**

Les municipalités, le secteur bénévole et les communautés autochtones jouent un rôle déterminant dans le soutien aux initiatives de communautés en santé car ils sont plus près des personnes concernées. Par exemple, la principale mission des pouvoirs publics municipaux est de développer un milieu communautaire dynamique et sûr<sup>71</sup>. Le secteur bénévole, constitué d'organisations communautaires locales et de citoyens, joue un rôle crucial dans les communautés. Par ailleurs, les communautés autochtones de toutes les régions du pays assument de plus en plus la responsabilité de leurs propres services de santé.

Les professionnels de la santé de première ligne, les organisations de santé nationales, les organismes de réglementation professionnelle et les chercheurs ont tous des intérêts et des responsabilités en matière de santé rurale. Nombre de ces groupes participent à la mise en évidence des problèmes de santé ainsi qu'à la conception et à la mise en œuvre des mesures propres à répondre aux besoins des communautés rurales. Ces personnes et ces organisations, ainsi que les municipalités, le secteur bénévole et les communautés autochtones doivent nouer des liens plus solides entre eux de façon à pouvoir échanger des idées et à travailler ensemble pour répondre efficacement aux besoins en matière de santé des Canadiens du milieu rural. Le gouvernement fédéral est bien placé pour jouer un rôle de chef de file et favoriser la concertation entre ces principaux intervenants.

## **Recommandation**

### **3.3 *Que Santé Canada fasse la promotion des partenariats, du réseautage et de la concertation entre les intervenants concernés pour répondre aux problèmes de santé des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones.***

## **ÉTABLISSEMENT DE PARTENARIATS NOVATEURS ENTRE LES POUVOIRS PUBLICS POUR ASSURER DES SERVICES DE SANTÉ AUX AUTOCHTONES**

Les services de santé fournis à la population autochtone sont assurés par le truchement d'un éventail complexe de programmes et de services relevant des gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux ou pilotés par les Autochtones eux-mêmes. La responsabilité de fournir les services dépend du statut individuel aux termes de la *Loi sur les Indiens*, du lieu de résidence, de l'emplacement de la communauté et du transfert ou non par Santé Canada de la prestation des services de santé à une communauté donnée. Cette situation aboutit souvent à une fragmentation des programmes, à des lacunes, à des chevauchements et, en bout de ligne, à l'incapacité d'adopter une approche intégrée et holistique de la santé et du bien-être<sup>72</sup>.

L'établissement de partenariats entre les gouvernements pour assurer des services de santé à la population autochtone exige une certaine dose de créativité. Par exemple, lorsque le projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation d'Eskasoni (financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada) a intégré tous les aspects des soins, on a aussi édifié un nouveau centre communautaire, comprenant deux bâtiments distincts avec un mur mitoyen, pour respecter la compétence de chacun. Un bâtiment, financé par le gouvernement fédéral, abrite les programmes de santé communautaire, tandis que l'autre, financé par la Bande indienne d'Eskasoni, abrite les services de première ligne. Les résultats de l'évaluation du projet indiquent une satisfaction accrue à la fois des patients

et des professionnels de la santé, une meilleure coordination et une réduction des coûts pour les patients (par exemple, au chapitre des frais de transport) comparativement à la prestation des services de santé avant l'adoption d'une approche intégrée<sup>73</sup>.

Un autre exemple de partenariat novateur nous est donné par le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones offert dans la région nordique éloignée du Nunavik, au Québec. Une alliance solide s'est formée entre Santé Canada, Développement des ressources humaines Canada, le gouvernement du Québec, le gouvernement régional du Nunavik et les communautés inuites pour faire en sorte que tous les enfants d'âge préscolaire de la région aient accès au programme. Les bienfaits à la communauté de ce partenariat sont des enfants mieux préparés pour l'école et des retombés économiques favorables. C'est pourquoi le Conseil appuie sans réserve l'établissement, à l'échelle du pays, de partenariats novateurs réunissant les différents pouvoirs publics, afin d'assurer de meilleurs services de santé à la population autochtone.

### **Recommandation**

**3.4** *Que Santé Canada travaille avec les autres ministères fédéraux ainsi qu'avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les communautés autochtones à l'établissement de modèles novateurs pour la création de partenariats entre les pouvoirs publics compétents dans toutes les régions du pays.*

---

## 4 RECHERCHE SUR LA SANTÉ RURALE

### ***Orientation stratégique : Augmenter la recherche sur la santé des personnes vivant dans les communautés rurales, nordiques, éloignées et autochtones***

La recherche sur la santé rurale est nécessaire si l'on veut comprendre, prévoir et influencer de manière positive la santé rurale. Grâce à la recherche, il est possible d'analyser et de surveiller les problèmes en matière de santé, d'élaborer des politiques pertinentes en matière de santé rurale et d'évaluer l'efficacité des programmes et services de santé. La recherche sur la santé rurale aide les communautés et les citoyens à identifier leurs problèmes de santé, à agir et à demander des comptes aux pouvoirs publics pour les services de santé qu'ils reçoivent. Dans le cadre de l'Accord sur la santé conclu en septembre 2000, les premiers ministres ont convenu de présenter régulièrement aux Canadiens et Canadiennes des rapports sur leur état de santé, sur le rendement des services de santé financés par les fonds publics et sur les mesures prises pour améliorer ces services<sup>74</sup>.

La recherche sur la santé rurale est particulièrement importante au Canada – le deuxième pays le plus vaste du monde – en raison de ses grandes étendues et de son importante population rurale. Les États-Unis et l'Australie, qui ont aussi de grandes régions rurales, ont effectué d'énormes investissements financiers dans le renforcement de leur capacité de recherche sur la santé rurale. Il importe que le Canada s'efforce de devenir un chef de file mondial et un innovateur dans la recherche sur la santé rurale.

#### **AMÉLIORATION DE LA COLLECTE ET DE L'ANALYSE DES DONNÉES NATIONALES SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES HABITANTS DES COMMUNAUTÉS RURALES, ÉLOIGNÉES, NORDIQUES ET AUTOCHTONES ET ÉLABORATION D'INDICATEURS DE LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS**

Récemment encore, les données nationales sur l'état de santé et les principaux déterminants de la santé des personnes vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones étaient très limitées. Certains indicateurs généraux de la santé comme l'espérance de vie, la mortalité infantile et le taux de décès étaient accessibles, mais on ne disposait pas de statistiques nationales détaillées. La plupart des enquêtes nationales ne saisissaient pas la dynamique des communautés rurales, nordiques et éloignées. Il est même arrivé que les critères d'échantillonnage excluent les populations de petite taille. Les comparaisons étaient difficiles en raison de différences dans la collecte de données et les méthodes. Ainsi, on n'effectuait pas de comparaisons entre les communautés urbaines et rurales, avec les données existantes.

Les ministères fédéraux (par exemple, Statistique Canada) et d'autres organismes nationaux de recherche et d'information sur la santé (par exemple, Institut canadien d'information sur la santé) modifient actuellement leurs méthodes de recherche et mènent de nouvelles enquêtes pour améliorer l'information sur les régions rurales. Par exemple, la nouvelle enquête

intitulée Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes livre de l'information détaillée sur la santé des gens vivant dans les régions rurales, éloignées et nordiques<sup>75</sup>. Outre les enquêtes nationales et les systèmes de surveillance adaptés aux régions géographiques, les ministères et organismes fédéraux doivent recueillir et analyser les données de manière uniforme pour pouvoir dégager les tendances en matière de santé rurale.

Il faut également disposer d'indicateurs adéquats pour évaluer et surveiller la santé des communautés. Le peu d'information disponible sur les communautés donne lieu à des estimations obtenues en regroupant différents indicateurs démographiques, socio-économiques et de santé, et en les appliquant à une région géographique, ce qui ne reflète pas la santé des communautés prises individuellement. On s'efforce actuellement de mesurer avec plus de précision l'information accueillie à un niveau régional afin de surveiller la santé des communautés rurales.

Par ailleurs, pour être utiles, les profils des communautés rurales doivent renfermer une série d'indicateurs généraux et détaillés, à la fois positifs et négatifs, entre autres de l'information sur la qualité de l'environnement, la viabilité économique, le capital social, la capacité des communautés et les pouvoirs publics communautaires. Les indices de la qualité de la vie, comme ceux élaborés par la Fédération canadienne des municipalités et les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, peuvent également fournir de l'information qui pourrait être utile pour la surveillance de la santé des communautés.

## **Recommandation**

**4.1** *Que Santé Canada travaille avec d'autres ministères fédéraux et organismes de recherche et d'information sur la santé pour s'assurer que les enquêtes nationales et les systèmes de surveillance tiennent compte de la situation géographique et puissent assurer une collecte et une analyse uniformes des données sur la santé des personnes vivant dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones, et veiller à l'établissement d'indicateurs pour la surveillance de la santé des communautés rurales.*

## **AMÉLIORATION DE LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ RURALE**

L'intérêt pour la recherche sur la santé rurale augmente au Canada – au niveau local, régional, provincial, territorial et national. Mais malgré les énormes progrès, la recherche ne s'effectue pas de manière systématique et coordonnée. Les travaux des chercheurs se chevauchent, il existe des lacunes et une mauvaise communication des conclusions limite l'application pratique des études<sup>76</sup>.

Pour jeter les bases de la recherche rurale, éloignée et nordique, les ministères fédéraux et les organismes de financement doivent faire de la recherche sur la santé rurale une priorité. Les ministères fédéraux comme Santé Canada et Industrie Canada, et les organismes de financement de la recherche (comme les Instituts de

recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences humaines, la Fondation canadienne pour l'innovation et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé) doivent financer les projets de recherche et d'évaluation pertinentes pour les canadiens vivant dans des régions rurales.

Certains organismes de financement ont déjà pris un solide engagement à l'appui de la recherche rurale. Par exemple, en reconnaissance de l'importance des enjeux ruraux pour ses 13 instituts, Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont nommé un conseiller spécial auprès de leur président sur la santé rurale et nordique en 2000. En 2002, les IRSC ont annoncé un fonds de 1,5 million de dollars pour la recherche sur la santé rurale et nordique<sup>77</sup>.

Le Sommet sur la recherche en santé rurale tenu à Prince George, en Colombie-Britannique en 1999, a confirmé l'importance de l'établissement de partenariats, du réseautage des chercheurs et de la communication de l'information<sup>78</sup>. Aujourd'hui, certains organismes de financement et de recherche essayent d'améliorer la recherche sur la santé rurale. Par exemple, les IRSC ont créé un groupe de travail responsable de la recherche sur la santé rurale, du transfert des connaissances et de l'élaboration de politiques faisant appel aux principaux ministères fédéraux, organismes de financement et de recherche. Le Conseil croit fermement que Santé Canada devrait jouer un rôle actif au sein de ce groupe de travail.

Il faut améliorer la recherche rurale, éloignée et nordique en préservant et en renforçant le savoir-faire actuel en recherche, en formant une nouvelle génération de chercheurs, en augmentant le nombre de travaux de qualité sur la santé rurale et en renforçant la capacité du Canada à contribuer à la recherche rurale nationale et internationale.

### **Recommandation**

**4.2** *Que le ministre de la Santé investisse à long terme dans l'initiative stratégique de recherche en santé rurale et nordique des Instituts de recherche en santé du Canada.*

### **Recommandation**

**4.3** *Que le ministre de la Santé travaille avec ses collègues fédéraux pour faire de la recherche sur la santé rurale une priorité en allouant des fonds à ce champ de recherche, en renforçant les capacités et les réseaux de recherche sur la santé rurale et en assurant la diffusion des travaux de recherche.*

## **RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ DE RECHERCHE DANS LES RÉGIONS RURALES ET NORDIQUES DU CANADA**

La capacité de recherche dans les régions rurales et nordiques du Canada varie considérablement. La plupart des universités et certains collèges en région rurale et nordique, comme le Collège de l'Arctique du Nunavut, mènent des activités de recherche<sup>79</sup>. Certaines régions sont dotées de centres ou d'instituts de recherche spécialisés, par exemple, le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord aux universités Lakehead et Laurentienne.

Par rapport aux plus grandes institutions urbaines, de nombreux collèges et universités en région rurale et nordique ne sont pas outillés pour entreprendre des travaux de recherche, faute de disposer de la capacité requise (à la fois en personnel de recherche et en infrastructure) pour appuyer les activités de recherche. En raison de ce manque de capacité de recherche, il est difficile pour les institutions en région rurale et nordique d'obtenir du financement des principaux organismes subventionnaires. En effet, 15 des plus grandes universités au Canada drainent actuellement 77 p. 100 de tout le financement fédéral alloué à la recherche<sup>79</sup>.

Le renforcement de la capacité de recherche des établissements des régions rurales et nordiques est essentiel pour mieux comprendre les problèmes de santé en région rurale. Ceci est particulièrement important pour le Nord, où l'on a assisté à un recul marqué des activités de recherche menées par les pouvoirs publics et les chercheurs universitaires, principalement en raison des coûts élevés et de la logistique complexe de la recherche dans le Nord<sup>80</sup>. Les stratégies doivent être conçues de façon à renforcer la capacité de recherche dans les universités et collèges des régions rurales et nordiques.

L'une des stratégies consiste à renforcer la capacité de recherche au moyen de subventions prévues à cet effet et de demandes de propositions ciblées. Une autre consiste à allouer des fonds pour soutenir le développement d'équipes de recherche rurales-urbaines et à offrir une aide salariale aux étudiants, aux boursiers postdoctoraux, aux chercheurs et aux titulaires de chaires en région rurale<sup>81</sup>.

### **Recommandation**

**4.4** *Que le ministre de la Santé travaille avec ses collègues fédéraux pour stimuler la capacité de recherche dans les établissements et les communautés rurales et nordiques en prévoyant des subventions spéciales et des demandes de propositions ciblées, des projets pilotes et des bourses pour les chercheurs en santé rurale, y compris les titulaires de chaires.*

### **PROMOTION DE LA RECHERCHE COMMUNAUTAIRE**

La recherche communautaire est différente de la recherche universitaire traditionnelle en ce sens qu'elle est effectuée dans des milieux communautaires et fait appel à des gens de l'endroit et à des organisations communautaires pour définir les questions de la recherche, concevoir et mettre en œuvre les projets de recherche et examiner les résultats. Elle renforce la participation de la communauté car elle encourage les gens à contribuer sérieusement à toutes les étapes de la recherche. Cette participation a pour avantage d'accroître la confiance dans la prise de décisions et le partage d'information dans la communauté. Par ailleurs, la recherche a plus de chances de produire de l'information directement applicable à la communauté où elle est menée. Les gens ont également tendance à prendre davantage en charge la résolution de leurs problèmes de santé lorsqu'ils participent à la création et à la compréhension de connaissances les concernant.

Les travaux de recherche sur la santé rurale ne sont généralement pas amorcés par les communautés rurales ou menés sous leur impulsion, mais plutôt à l'initiative de chercheurs et d'établissements de recherche situés pour la plupart dans des centres urbains, ce qui limite les possibilités pour les communautés rurales de choisir les priorités de recherche, d'acquérir la capacité requise pour effectuer leurs propres études ou d'avoir accès au financement.

Les communautés doivent participer à chaque étape du processus ainsi qu'à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des activités de recherche. Il existe deux façons de promouvoir la recherche communautaire : renforcer les partenariats entre les communautés et le milieu universitaire; et accroître la capacité de recherche dans les communautés rurales, éloignées et nordiques.

Au nombre des modèles existants de partenariats entre la communauté et le milieu universitaire, mentionnons le programme Alliances communautaires pour la recherche en santé et le programme Alliances de recherche universités-communautés du Conseil de recherches en sciences humaines<sup>82</sup>. L'accroissement de la capacité de recherche dans les communautés rurales nécessite la création de possibilités de financement auxquelles les communautés auront accès, la promotion du renforcement des capacités de recherche pour les citoyens de l'endroit et au besoin la prestation d'une aide continue en recherche aux communautés. Les centres d'innovation en santé rurale proposés à l'orientation stratégique 2 permettraient de faciliter la participation de la communauté à la recherche sur la santé rurale.

## **Recommandation**

### **4.5** *Que Santé Canada fasse la promotion d'une recherche et d'une évaluation communautaires en matière de santé qui démontre la participation et la contribution manifestes des communautés aux activités de recherche financées par Santé Canada et par les organismes de financement de la recherche.*

## **APPUI À LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION AUTOCHTONE**

La recherche communautaire axée sur les Autochtones ou prise en charge par eux est essentielle si l'on veut améliorer l'état de santé des Autochtones. La recherche sur la santé de la population autochtone doit être adaptée à la culture et favoriser le principe selon lequel « toute connaissance est connaissance spirituelle »<sup>83</sup>. La recherche autochtone doit également encourager la contribution de chercheurs autochtones et respecter les différences entre les membres des Premières nations, les Métis et les Inuits. Le projet de synthèse des travaux de recherche sur la santé des femmes autochtones a demandé l'« indigénisation » de la méthode de recherche afin d'élaborer des stratégies de collaboration entre les chercheurs et les organisations autochtones et d'intégrer les histoires et les expériences autochtones à la recherche<sup>84</sup>.

L'Institut de la santé des Autochtones (ISA) des Instituts de recherche en santé du Canada et l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) sont deux organisations qui se consacrent à la recherche sur la santé de la population autochtone et à la transmission des connaissances. Le mandat de l'ISA est de

promouvoir la recherche sur la santé de la population autochtone; l'une de ses principales initiatives consiste à établir un réseau de centres de recherche autochtones par le truchement du programme Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé (CDCARS). L'ONSA met l'accent sur le partage des connaissances, l'élaboration d'outils d'échange de l'information et la promotion d'une plus grande sensibilisation aux données, aux statistiques et à la recherche. Les deux organisations ont besoin d'un financement à long terme pour assurer que la santé de la population autochtone demeure une priorité de recherche.

### **Recommandation**

**4.6** *Que le ministre de la Santé appuie le financement à long terme de la recherche sur la santé de la population autochtone et de l'échange de connaissances par le truchement de l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC, de l'Organisation nationale de la santé autochtone et d'autres organisations.*

### **ÉLABORATION, DOCUMENTATION ET DIFFUSION DES PRATIQUES EXEMPLAIRES ET DES MODÈLES DE SOINS**

Les pratiques exemplaires sont des concepts, des structures ou des approches qui ont donné lieu aux résultats voulus et qui peuvent être reproduits ou adaptés. L'élaboration et la communication des pratiques exemplaires peuvent aider les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones à renforcer la capacité communautaire. Pour les communautés autochtones, les pratiques exemplaires doivent promouvoir la prise en charge par les Autochtones; améliorer l'intégration des services;

reposer sur des partenariats; être durables; renforcer la capacité; assurer la reddition de comptes; et fournir des services adaptés à la culture<sup>85</sup>.

### **Recommandation**

**4.7** *Que Santé Canada travaille avec les organisations autochtones nationales pour documenter et partager sur une base régulière les pratiques exemplaires et les modèles de soins de base aux communautés autochtones.*

### **APPUI À LA RECHERCHE SUR LES MODÈLES DE SANTÉ PERTINENTS EN MILIEU RURAL**

Il n'existe aucun modèle bien défini de prestation des soins en région rurale qui soit adapté à la majorité des communautés rurales, éloignées et nordiques au Canada. Même si l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Manitoba ont élaboré des cadres pour la santé rurale, chaque province a adopté une approche différente<sup>86</sup>. Les modèles ruraux de soins et les stratégies de pratiques exemplaires restent à élaborer. Les modèles de prestation de services de santé en région rurale et les modèles pour les communautés rurales en santé sont deux domaines nécessitant une attention immédiate.

### **Recommandation**

**4.8** *Que Santé Canada appuie la recherche sur la prestation de services de santé en région rurale et la recherche sur les modèles et les stratégies de pratiques exemplaires de communautés rurales en santé.*

## 5 TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION EN SANTÉ

***Orientation stratégique : Créer à l'échelle nationale un réseau de télésanté et de téléapprentissage pour répondre aux besoins des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en matière de santé et de services***

De nombreuses personnes ont qualifié de « critique » l'état du secteur canadien des services de santé. Les responsables sont aux prises avec des contraintes budgétaires et une grave pénurie de professionnels de la santé, alors que la demande augmente en raison du vieillissement de la population, des nouvelles technologies et des médicaments délivrés sur ordonnance. À une époque où des pressions sont exercées en faveur d'un examen et d'une révision du système de santé, de réformes et de restructurations constantes, d'une amélioration de la gestion, d'une reddition de comptes et d'une prise de décisions en matière de services davantage fondée sur des résultats cliniques, le secteur de la santé est sous haute surveillance.

Dans ce contexte, les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones, qui ont généralement été défavorisées par rapport aux communautés urbaines, craignent d'être incapables d'avoir accès en temps opportun aux services de santé plus près de chez elles. L'état de santé des populations rurales est moins bon que celui des populations urbaines, et nombre des conditions socio-économiques touchant la santé sont loin d'être idéales.

La télésanté, ou les technologies de l'information en santé, offre une solution à certains problèmes de santé dans les régions rurales du pays. La télésanté vise à abolir la distance qui constitue un obstacle à l'obtention de services et permet donc de mieux satisfaire les besoins des Canadiens vivant en région rurale.

Cependant, il convient de signaler que la télésanté est un moyen d'aider, de compléter et d'améliorer l'accès aux services de santé et à l'information, mais qu'elle ne justifie pas la suppression ou le détournement des ressources en santé requises par les communautés locales.

L'introduction de la télésanté dans les communautés rurales améliorerait la santé des Canadiens vivant en région rurale de deux façons : en exploitant la technologie comme outil dans les services directs, et en établissant des liens entre les communautés rurales afin qu'elles puissent se transmettre leurs pratiques exemplaires et leurs histoires à succès.

La télésanté permet de fournir et d'échanger de l'information sur la santé, d'avoir accès aux services de santé et de partager le savoir-faire à distance à l'aide des technologies de l'information et des communications comme le téléphone, l'Internet, la vidéoconférence, l'informatique, le Web, les dispositifs sans fil et les systèmes par satellite. Elle comprend un éventail d'activités ou d'applications. Elle permet, par exemple, de parler avec une infirmière ou un infirmier par téléphone pour obtenir des conseils, d'être relié à un professionnel de la santé par courriel, d'utiliser l'Internet et les sites Web pour recueillir de l'information sur la santé et les services de santé, et de parler avec un professionnel de la santé par vidéoconférence pour régler un problème de santé.

La télésanté permet également aux professionnels de la santé et aux équipes de consulter les dossiers médicaux pertinents, à jour, fiables et valides du patient (dossiers médicaux électroniques), d'obtenir de l'information sur les soins à prodiguer et de transmettre de l'information sur les résultats de laboratoire ou les médicaments, l'information ou les images de diagnostics comme les radiographies et les photos de l'état de l'œil ou de la peau aux régions éloignées aux fins d'évaluation, par le truchement de réseaux garantissant la confidentialité et la sécurité. Par ailleurs, grâce à l'Internet et à la vidéoconférence il est possible d'entretenir et de perfectionner ses compétences et ses connaissances sans avoir à se rendre dans les centres urbains et l'on peut également discuter directement avec des collègues ou des spécialistes afin d'obtenir leur avis et leur soutien.

Pour les patients et leurs soignants, cela signifie moins de déplacements et un accès plus rapide aux professionnels de la santé et aux services. À maintes reprises dans le cadre du dialogue rural auquel ont participé 7 000 résidents des régions rurales de communautés de tout le pays, on a souligné le besoin d'avoir accès rapidement aux services plus près de chez soi<sup>87</sup>. La vidéoconférence permet aussi aux gens des communautés éloignées de rendre visite à des membres de leur famille hospitalisés dans des établissements éloignés.

La télésanté embrasse également l'éducation pour la santé par l'intermédiaire de sites Web. Le Conseil considère qu'il faudrait accorder la priorité à la création de portails, ou de guichets uniques et de voies d'accès orientant les usagers dans les sites Web, pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé dans des langues et des contextes culturels adéquats. La télésanté répond à cet égard aux besoins particuliers des personnes comme les groupes de

langue officielle en situation minoritaire, les nouveaux immigrants qui ne parlent aucune des deux langues officielles du Canada et les personnes handicapées.

L'orientation stratégique 1, le soutien aux initiatives de communautés en santé, souligne l'importance d'investir dans le renforcement de la capacité communautaire et de promouvoir le réseautage de sorte que les communautés puissent partager leurs expériences et apprendre les unes des autres. La télésanté est un moyen de réseautage et d'échange d'information qui peut aider les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones à trouver des solutions qui leur sont propres à des problèmes communs.

#### **SAISIR LES POSSIBILITÉS OFFERTES PAR LES SERVICES À LARGE BANDE**

À bien des égards, le Canada est considéré comme un chef de file en matière de télésanté. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que le secteur privé ont largement contribué au développement de la télésanté, en accordant une grande attention aux besoins des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en matière de santé. Cependant, à l'heure actuelle, le développement vise principalement des projets individuels sans aucun lien entre eux. Pour maximiser les chances que la télésanté abolisse les obstacles liés à la géographie et à la distance, il est essentiel que le Canada adopte une perspective et des stratégies nationales qui assurent que le pays ne se retrouve pas avec des réseaux autonomes isolés incapables de se connecter ou de « se parler ».

En effet, les communautés ne peuvent tirer parti des possibilités qu'offre la télésanté que si elles sont reliées par une infrastructure de communication adéquate. Le type d'activité ou d'application de la télésanté dépend de la largeur de bande disponible, c'est-à-dire

la capacité du réseau ou de l'infrastructure de communication à transmettre de l'information. Par largeur de bande, on entend généralement une largeur de bande très grande qui appuiera au moins des audioconférences ou des vidéoconférences en plein mouvement<sup>88</sup>.

Malheureusement, il existe d'énormes disparités entre les communautés du nord et du sud du Canada pour ce qui est de la disponibilité de l'infrastructure de communication haute vitesse, écart qu'on appelle souvent « fossé numérique ». Toutes les régions urbaines comptant au moins 100 000 habitants ou plus ont accès aux services à la large bande, tandis que 80 p. 100 des communautés rurales du Canada n'y ont pas accès. En fait, certaines communautés nordiques éloignées ne sont même pas encore dotées du service téléphonique de base à bande étroite<sup>89</sup>.

Le Groupe de travail national sur les services à large bande a préconisé un réseau à large bande reliant toutes les communautés du Canada. Il a souligné l'importance d'améliorer l'accès à la large bande dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones et a recommandé que le gouvernement assure la mise en place de l'infrastructure dans les communautés où l'on ne peut s'attendre à ce que le secteur privé prenne l'initiative.

Le Conseil est encouragé par le récent engagement pris par le gouvernement fédéral d'accélérer la création d'un réseau à large bande en région rurale avant 2005, et par l'inclusion des services à large bande au nombre des cinq catégories d'investissement du Fonds canadien sur l'infrastructure stratégique. Grâce à l'élargissement des réseaux à large bande au Canada, les Canadiens vivant et travaillant dans les communautés rurales auront accès au téléapprentissage et aux services de télésanté.

## **Recommandation**

**5.1** *Que Santé Canada saisisse les possibilités offertes par le réseau à large bande pour accéder aux communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones et répondre à leurs besoins en élaborant des logiciels de téléapprentissage adéquats et des services de télésanté qui compléteront et appuieront le système de prestation de soins en région rurale dans le but de fournir un accès équitable et en temps opportun aux services de santé essentiels près de chez soi.*

## **UTILISATION DE LA TÉLÉSANTÉ COMME PRINCIPAL STIMULANT POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SERVICES DE SANTÉ**

L'objectif majeur de la télésanté est d'appuyer le recrutement et la rétention des professionnels de la santé dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. (La pénurie de professionnels de la santé dans les communautés rurales est analysée à l'orientation stratégique 6, Ressources humaines en santé.)

Pour recruter des professionnels de la santé dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones, il faut commencer par fournir une formation aux étudiants dans leur communauté. Les technologies de la télésanté et du téléapprentissage

rendent possible l'apprentissage à distance. Les étudiants que l'on familiarise à ces technologies durant leurs études ont plus de chance de s'en prévaloir par la suite. Le Conseil se réjouit de la décision de créer une nouvelle faculté de médecine dans le nord de l'Ontario ainsi que des programmes de formation et des campus satellites dans les communautés nordiques. Il a amorcé des discussions avec les responsables de deux nouveaux programmes médicaux dans le nord de l'Ontario et de la Colombie-Britannique en vue d'examiner la possibilité d'avoir recours à la télésanté et au téléapprentissage dans un modèle de formation décentralisée.

Le Conseil est tout à fait convaincu qu'on ne peut améliorer le recrutement et la rétention de professionnels de la santé dans les communautés rurales sans instaurer un climat et une culture de collégialité. Les stratégies qui soutiennent les professionnels de la santé en région rurale par l'utilisation des technologies de l'information en santé sont entre autres :

- un appui à ceux qui fournissent des services de santé aux patients afin de réduire le sentiment d'isolement professionnel;
- la formation et le perfectionnement professionnels continus en milieu de travail;
- les programmes de télé-mentorat médical et de téléassistance pour renforcer et appuyer les compétences des professionnels de la santé en région rurale;
- l'échange de compétences en technologies de l'information et d'études de cas cliniques entre les praticiens en région rurale et les étudiants;
- les interactions entre pairs (par exemple, des infirmières qui consultent des infirmières);
- les consultations de spécialistes par les professionnels de la santé de première ligne (par exemple, les infirmières consultant des médecins de famille ou des médecins de famille consultant des spécialistes); et
- l'élaboration d'applications avancées de la télésanté qui présentent un intérêt particulier pour les communautés rurales (par exemple, la chirurgie robotique et l'aide robotique).

Il faut lancer une initiative nationale de télésanté en milieu rural afin de promouvoir et de rendre familier le recours à la télésanté. Cette initiative sera fort utile pour faciliter l'accès aux services de santé essentiels; appuyer le recrutement et la rétention de professionnels de la santé; élaborer des programmes d'éducation novateurs axés sur le milieu rural, entre autres des facultés de médecine dans le Nord; et répondre aux besoins spéciaux en matière de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire et des communautés autochtones. Il faut créer des sources de financement adéquates pour la mise en place d'une initiative nationale de télésanté afin de répondre aux besoins en matière de santé des régions rurales (par exemple, téléchirurgie, télépathologie et téléapprentissage); offrir une formation en technologies de l'information en santé pour les professionnels de la santé; et créer des portails pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé dans les langues adéquates en tenant compte des réalités culturelles.

## **Recommandation**

**5.2** *Que Santé Canada, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec le secteur privé pour mettre en place une initiative nationale de télésanté en région rurale et l'utiliser pour améliorer l'état de santé des Canadiens vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones.*

*Que Santé Canada, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec le secteur privé pour créer des sources de financement adéquates en vue de faire figure de modèle dans la mise en place d'une initiative nationale de télésanté afin de répondre aux besoins de santé des régions rurales.*

### **AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION DES COMMUNAUTÉS**

Les communautés rurales, en particulier celles où la densité de population est faible et qui comptent peu de résidants, auront besoin d'aide pour mieux se préparer, c'est-à-dire améliorer leur capacité de mettre en œuvre, de gérer et d'appuyer les activités liées aux

technologies de l'information et des communications en santé. Au nombre des stratégies visant à aider les communautés des régions rurales à se préparer, mentionnons les suivantes :

- créer des alliances communautaires stratégiques (par exemple, santé, éducation, secteur juridique, industrie, commerce et municipalités) qui déboucheront sur la création de communautés intégrées, réseautées, comptant plusieurs utilisateurs;
- préparer les professionnels de la santé à accepter, à adopter et à utiliser les technologies de l'information et à devenir des apprenants actifs;
- renforcer la capacité des professionnels de la santé, des gestionnaires et de tous les autres utilisateurs, à utiliser les technologies;
- élaborer et administrer le soutien technique à l'appui des besoins de réseautage; et
- créer des centres ruraux d'innovation en santé, comme indiqué à l'orientation stratégique 2, organisations qui soutiennent le renforcement de la capacité communautaire.

## **Recommandation**

**5.3** *Que Santé Canada travaille en partenariat avec des organisations comme la Fédération canadienne des municipalités pour évaluer et renforcer l'état de préparation des communautés et les mobiliser pour mettre en place l'infrastructure adéquate à l'appui des applications et des services des technologies de l'information et des communications.*

## **PROTECTION DES INVESTISSEMENTS EXISTANTS**

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et leurs organismes de financement de la recherche ont déjà beaucoup investi dans la télésanté en réalisant des projets pilotes, des démonstrations et des validations. Même s'ils ont porté fruit, nombre de projets ne seront pas viables quand le financement prendra fin. Le Conseil croit qu'il ne faudrait pas perdre le bénéfice des investissements effectués jusqu'à présent et que les projets de télésanté devraient être admissibles à un financement temporaire jusqu'à ce qu'ils deviennent autosuffisants.

### **Recommandation**

**5.4** *Que Santé Canada investisse dans un fonds de transition pour la télésanté en région rurale afin de protéger l'investissement déjà effectué dans la télésanté par des programmes comme le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (PSIS), le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) et CANARIE, jusqu'à ce qu'on établisse une stratégie durable en faveur d'une initiative nationale sur la télésanté en région rurale.*

## **CRÉATION D'UNE BASE DE CONNAISSANCES EN VUE D'INVESTISSEMENTS ULTÉRIEURS**

Outre la mise en œuvre de la télésanté dans les communautés rurales, on a absolument besoin de fonds consacrés aux projets de recherche qui abordent les besoins particuliers en technologies de la santé et les problèmes des communautés rurales, éloignées,

nordiques et autochtones. Pour plusieurs raisons, les organismes de financement du Canada n'ont pas été enclins à faire de la télésanté un thème de la recherche. Le téléapprentissage et la télésanté sont encore relativement nouveaux et on ne saisit pas encore bien les bienfaits de l'utilisation de ces technologies. Cependant, comme dans tout domaine d'activité scientifique, des travaux de recherche sont requis pour établir une base de connaissances qui aidera à utiliser judicieusement les investissements dans ces nouvelles technologies.

Il convient d'examiner de nombreuses questions au niveau pratique et technique ainsi qu'au niveau de l'infrastructure et de la prestation de services de santé. Des travaux de recherche sont également requis pour déterminer ce qui est abordable, qui est prêt à payer et quels modèles fonctionnent le mieux. Enfin, des travaux de recherche sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces technologies sur les professionnels de la santé, les aidants naturels et les patients, sur le recrutement et la rétention et sur l'état de santé des communautés.

### **Recommandation**

**5.5** *Que Santé Canada, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, crée des possibilités de financement spéciales pour des projets concurrentiels de recherche sur la santé rurale afin d'évaluer rigoureusement les projets de télésanté, d'orienter le développement et l'investissement ultérieurs et d'appuyer les stagiaires en santé rurale, les chercheurs et les établissements se consacrant à la télésanté rurale.*

## 6 RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

### *Orientation stratégique : Appuyer la formation, le recrutement et la rétention des professionnels de la santé*

Les professionnels de la santé contribuent grandement à la santé et au bien-être de leur communauté. L'éventail des professionnels de la santé inclut les professionnels de la santé, comme les médecins et le personnel infirmier, les professionnels de la santé paramédicaux, comme les travailleurs sociaux, les conseillers en santé mentale, les techniciens de laboratoire, les infirmières et infirmiers auxiliaires, les sages-femmes et les thérapeutes. S'ajoutent à cela les aidants naturels<sup>90</sup>.

Les professionnels de la santé dans les communautés rurales, nordiques et éloignées doivent être des généralistes hautement qualifiés plutôt que des spécialistes. Ceci exige donc une formation qui inculque les multiples compétences requises pour travailler dans les communautés rurales et relever les défis associés à ce travail. Les professionnels de la santé en région rurale doivent également exercer leur profession de manière novatrice et flexible, en équipe, en se souciant de la communauté.

#### **ÉLABORER UNE STRATÉGIE NATIONALE DE RECRUTEMENT DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN RÉGION RURALE**

Le Canada continue de faire face à une grave pénurie persistante de professionnels de la santé, en particulier dans les régions rurales, éloignées et nordiques<sup>91</sup>. Les communautés rurales comptent moins de médecins et d'infirmières et infirmiers que les régions urbaines, et les chiffres continuent de baisser. En 2000, environ 17 p.100 des médecins de famille, 4 p. 100 des

spécialistes et 18 p.100 des infirmières ou infirmiers travaillaient dans les communautés rurales<sup>92</sup>. La pénurie de professionnels de la santé qualifiés est courante dans les communautés autochtones<sup>93</sup>.

Les pouvoirs publics et les communautés ont essayé diverses stratégies pour améliorer le recrutement et la rétention des professionnels de la santé dans les régions rurales. Ils ont amélioré les possibilités de formation continue, et eu recours aux consultations par télésanté pour atténuer l'isolement, offert des suppléants (remplaçants) pour assurer un répit ou des vacances et encouragé les professionnels de la santé à participer à la vie et aux activités communautaires<sup>94</sup>. Mais comme ces stratégies n'ont pas été menées de manière systématique et coordonnée, elles n'ont eu qu'un effet limité.

La plupart des rapports récents sur la réforme des services de santé<sup>95</sup> soulignent le besoin de réformer le secteur des ressources humaines en santé. Une stratégie nationale visant les professionnels de la santé et prévoyant des investissements précis pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones est requise de toute urgence. L'un des principaux objectifs de cette stratégie consisterait à élaborer une approche systématique et novatrice pour le recrutement et la rétention de divers professionnels de la santé dans les communautés rurales. Les centres d'innovation en santé rurale décrits à l'orientation stratégique 2, organisations qui soutiennent le renforcement de la capacité communautaire, seraient bien placés pour mener des stratégies de recrutement et de rétention à l'échelle locale.

Durant ses travaux, le Conseil a identifié les différentes étapes d'une stratégie nationale visant les professionnels de la santé en région rurale :

- effectuer une étude des programmes de formation postsecondaire en sciences de la santé pour cerner les possibilités et les obstacles à la formation en santé rurale et en santé de la population autochtone;
- faire valoir les professions de la santé auprès des jeunes des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones;
- améliorer les possibilités d'études postsecondaires en sciences de la santé pour les étudiants des communautés rurales et autochtones;
- élaborer des programmes sur la santé rurale et la santé de la population autochtone;
- améliorer les possibilités de stages en milieu rural;
- améliorer les conditions de travail et l'appui aux professionnels de la santé en région rurale;
- maximiser les possibilités de téléapprentissage et de formation professionnelle continue;
- encourager les initiatives communautaires s'attaquant aux problèmes touchant les professionnels de la santé.

Le Conseil pense que les provinces et les territoires seraient des partenaires enthousiastes d'une stratégie nationale visant les professionnels de la santé en région rurale, étant donné que le recrutement et la rétention des professionnels de la santé figurent sur la liste des priorités au niveau fédéral, provincial et territorial.

## **Recommandation**

**6.1** *Que le ministre de la Santé travaille avec ses collègues provinciaux et territoriaux à l'élaboration d'une stratégie nationale visant les professionnels de la santé, en mettant l'accent sur le recrutement et la rétention dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones.*

### **RÉALISATION D'UNE ÉTUDE SUR LES PROGRAMMES DE FORMATION POSTSECONDAIRE EN SCIENCES DE LA SANTÉ**

Il faut effectuer une enquête auprès des établissements d'enseignement postsecondaire pour identifier les possibilités et les obstacles actuels à la formation en santé rurale et en santé de la population autochtone. Le volet rural de l'enquête devrait être axé sur les programmes en place et sur les possibilités de formation sur le terrain, ainsi que sur les obstacles au recrutement et à la formation d'étudiants de communautés rurales. Le volet autochtone porterait sur la disponibilité des programmes, le nombre d'étudiants autochtones inscrits aux programmes et diplômés et les aides financières et personnelles offertes aux étudiants. L'enquête servira de point de comparaison et orientera l'élaboration de nouvelles stratégies pour traiter les questions relatives à la formation.

### **Recommandation**

**6.2** *Que Santé Canada appuie une enquête auprès des établissements d'enseignement postsecondaire pour identifier les possibilités de formation théorique et sur le terrain, et les obstacles à la formation en santé rurale et en santé de la population autochtone afin d'établir un point de comparaison pour orienter de nouvelles stratégies et de régler les problèmes ayant trait à la formation des professionnels de la santé en région rurale.*

### **PROMOTION DE CARRIÈRES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AUPRÈS DES JEUNES VIVANT DANS LES COMMUNAUTÉS RURALES, ÉLOIGNÉES, NORDIQUES ET AUTOCHTONES**

Une des stratégies de recrutement consiste à faire valoir l'intérêt des professions du secteur de la santé auprès des jeunes gens dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Par exemple, seulement 10,8 p. 100 des étudiants en médecine sont issus de communautés rurales<sup>96</sup>. Il faudrait encourager les élèves à envisager une carrière dans le secteur de la santé dès l'école primaire et secondaire lorsque les enfants commencent à faire des choix professionnels. Par ailleurs, comme le montre la recherche, les efforts de recrutement en région rurale portent davantage fruit lorsqu'ils ciblent les personnes vivant dans ces régions car les liens familiaux et l'appréciation de la vie rurale inciteront davantage ces recrues à revenir dans leur communauté d'origine<sup>97</sup>.

### **Recommandation**

**6.3** *Que Santé Canada travaille avec les partenaires provinciaux et territoriaux pour élaborer un plan d'action concerté afin de promouvoir les professions de la santé auprès des élèves d'écoles primaires et secondaires dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones.*

### **AMÉLIORATION DES CONDITIONS D'ACCÈS AUX ÉTUDES POSTSECONDAIRES EN SCIENCES DE LA SANTÉ POUR LES ÉTUDIANTS DES COMMUNAUTÉS RURALES, ÉLOIGNÉES ET NORDIQUES**

Une autre stratégie de recrutement consiste à améliorer les conditions d'accès des étudiants des communautés rurales, nordiques et éloignées par des mesures les incitant à se tourner vers des formations dans le domaine de la santé. Certaines provinces ont supprimé les frais de scolarité ou dispensé le remboursement du prêt étudiant aux professionnels de la santé qui acceptent de travailler dans des régions éloignées. Par exemple, le Programme de bourses d'études de l'Ontario accorde jusqu'à concurrence de 40 000 \$ aux étudiants en médecine en échange d'un engagement à travailler pendant trois à quatre ans dans une région mal desservie<sup>98</sup>. On pourrait également faire la promotion de programmes d'investissement, comme le régime enregistré d'épargne-études (REEE), pour encourager plus d'étudiants des régions rurales, éloignées et nordiques à poursuivre une carrière en sciences de la santé.

## **Recommandation**

**6.4** *Que Santé Canada, de concert avec d'autres ministères fédéraux, travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour améliorer les conditions d'accès aux études postsecondaires en sciences de la santé pour les étudiants des régions rurales, en envisageant des stratégies comme le renforcement des programmes actuels de subventions et en faisant la promotion de programmes d'investissement pour encourager un nombre accru d'étudiants de régions rurales à se diriger vers des formations dans le domaine de la santé.*

Le Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada vise à encourager la formation des Autochtones dans le domaine de la santé et à aider les étudiants à surmonter les obstacles sociaux et culturels. Le volet bourses du programme qui est administré par la Fondation nationale des réalisations autochtones octroie chaque année quelque 500 000 \$ de bourses aux étudiants autochtones<sup>100</sup>.

Certains établissements d'enseignement postsecondaire offrent des programmes d'admission spéciaux pour préparer les étudiants autochtones à se diriger vers les professions de la santé. Ainsi, le programme ACCESS de l'Université du Manitoba donne la possibilité aux étudiants autochtones d'entrer en faculté de médecine, de dentisterie, de pharmacie et de réadaptation médicale. D'autres établissements universitaires réservent des places pour les étudiants autochtones. L'Université de la Saskatchewan, par exemple, réserve deux places pour des étudiants autochtones dans son programme de baccalauréat en science de la nutrition.

Malgré ces mesures, la représentation des professionnels de la santé autochtones demeure relativement faible par rapport à la taille de la population autochtone. Il faut encourager l'inscription d'étudiants autochtones au niveau postsecondaire en appuyant les programmes d'admission qui leur sont destinés et en leur assurant l'aide financière et personnelle dont ils ont besoin.

## **AMÉLIORATION DES CONDITIONS D'ACCÈS AUX ÉTUDES POSTSECONDAIRES EN SCIENCES DE LA SANTÉ POUR LES ÉTUDIANTS AUTOCHTONES**

En 1997-1998, on comptait environ 2 000 professionnels de la santé autochtones, dont 800 infirmières et infirmiers, 67 médecins et divers autres prestataires de services de santé comme des techniciens de laboratoire, des dentistes, des optométristes, des pharmaciens et des administrateurs de la santé. Les Autochtones représentent 3 p. 100 de la population canadienne, et pourtant, le personnel infirmier et les médecins autochtones représentent moins de 1 p. 100 de l'ensemble des infirmières et infirmiers et des médecins<sup>99</sup>.

## **Recommandation**

**6.5** *Que Santé Canada travaille avec ses partenaires pour accroître le nombre d'étudiants autochtones inscrits aux programmes d'études postsecondaires dans le domaine de la santé en augmentant l'enveloppe de bourses du Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé de Santé Canada, en maximisant l'utilisation des programmes actuels d'admission des Autochtones et des places réservées aux étudiants autochtones au pays et en améliorant au besoin les conditions d'accès.*

### **ÉLABORATION DE PROGRAMMES D'ÉTUDES EN SANTÉ RURALE ET EN SANTÉ DE LA POPULATION AUTOCHTONE**

Le programme d'études postsecondaires en sciences de la santé doit porter sur les problèmes de santé particuliers des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones et de leurs habitants. Les collèges, les universités et autres centres de formation du pays doivent offrir un programme en santé rurale et santé de la population autochtone dans toutes les sciences de la santé. Cette stratégie nécessite l'élaboration et la mise à l'essai de programmes spécialisés ainsi que l'enrichissement des programmes actuels. Les programmes spécialisés en santé rurale et en santé de la population autochtone porteraient sur les modèles des communautés en santé, le contexte rural, l'état de

santé des personnes vivant dans les communautés rurales et autochtones, la sensibilisation aux réalités culturelles et la médecine traditionnelle. Des programmes spécialisés sont déjà offerts dans certains établissements d'enseignement postsecondaire; par exemple, l'Université de Regina offre un certificat d'études en santé des Autochtones qui comprend des cours de sciences et de langue autochtone et des cours sur la santé de la population autochtone.

En plus des cours spécialisés, la santé rurale et la santé de la population autochtone devraient faire partie intégrante de tous les programmes de formation en santé, de sorte que tous les professionnels de la santé comprennent de façon générale le contexte rural et la culture autochtone et y soient attentifs. Par exemple, une sensibilisation accrue permettrait aux spécialistes des centres urbains d'offrir un soutien plus adéquat aux médecins en région rurale. Il faut accorder la priorité aux programmes d'enseignement intégrés et spécialisés en santé rurale et en santé de la population autochtone.

## **Recommandation**

**6.6** *Que Santé Canada encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à enrichir les programmes existants et à élaborer de nouvelles initiatives au besoin pour que des programmes d'études sur la santé rurale et la santé de la population autochtone soient offerts dans les collèges, les universités et les centres de formation au pays.*

## **AMÉLIORATION DES POSSIBILITÉS DE STAGES EN MILIEU RURAL**

Les étudiants en sciences de la santé doivent être formés localement pour acquérir les compétences et nouer les liens nécessaires afin de travailler dans les communautés rurales<sup>101</sup>. Les programmes d'études médicales dans le Nord et en région rurale feront la promotion de la formation locale. Les étudiants en sciences de la santé, peu importe la discipline choisie, doivent également bénéficier d'une aide financière (par exemple, allocations de déplacement) et avoir la possibilité d'entreprendre une formation sur le terrain dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. La formation sur le terrain donne non seulement aux étudiants un véritable avant-goût du milieu rural, mais elle peut également les amener à prendre la décision d'y travailler.

### **Recommandation**

**6.7** *Que Santé Canada travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les organisations professionnelles nationales pour encourager la création de possibilités de stages en milieu rural pour les étudiants dans les professions de la santé.*

## **AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET APPUI AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN MILIEU RURAL**

Les petites communautés ont de la difficulté à attirer et à maintenir en poste des professionnels de la santé en raison de la charge de travail élevée, des possibilités limitées de perfectionnement professionnel et de l'isolement professionnel, ainsi que du manque de

possibilités d'emploi pour les conjoints. Le roulement rapide du personnel et les taux d'attrition élevés reflètent les conditions de travail difficiles dans les communautés rurales, nordiques et éloignées<sup>102</sup>.

Une stratégie visant à améliorer le recrutement et la rétention consiste à accroître les mesures incitatives, par exemple, en offrant des revenus subventionnés, des subventions spéciales ou des primes, des allocations de déplacement, de l'argent pour démarrer un bureau, des congés payés garantis et une rémunération supplémentaire pour la vie en région isolée<sup>103</sup>. Une autre stratégie consiste à s'assurer que les professionnels de la santé en région rurale disposent des installations et des aides appropriées. Les centres ruraux d'innovation en santé, décrits à l'orientation stratégique 2, organisations qui soutiennent le renforcement de la capacité communautaire, seraient bien placés pour appuyer les professionnels de la santé en milieu rural.

### **Recommandation**

**6.8** *Que Santé Canada, en partenariat avec d'autres ministères fédéraux et les provinces et territoires, prenne des mesures pour combler rapidement le manque de professionnels de la santé dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en offrant des primes d'encouragement suffisantes, des installations et des aides aux professionnels de la santé en région rurale.*

## **MAXIMISATION DES POSSIBILITÉS DE TÉLÉAPPRENTISSAGE ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE**

On peut également améliorer les conditions de travail en offrant des possibilités de formation professionnelle continue. Au nombre de ces possibilités, mentionnons le financement des études de perfectionnement et de la participation à des conférences ou des ateliers, la prestation d'une formation en cours d'emploi et un meilleur réseautage entre les professionnels de la santé<sup>104</sup>. Les technologies de l'information en santé amélioreront les possibilités de perfectionnement professionnel pour les professionnels de la santé isolés dans des communautés éloignées ou nordiques. Cependant, pour maximiser les possibilités de téléapprentissage, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral doivent collaborer avec les universités, les collègues et les centres de formation.

### **Recommandation**

**6.9** *Que Santé Canada, de concert avec les ministères fédéraux et les partenaires provinciaux et territoriaux, élabore des stratégies afin de maximiser les possibilités de téléapprentissage et de formation professionnelle continue pour les professionnels de la santé vivant dans des communautés rurales, nordiques et éloignées.*

### **APPUI À L'INNOVATION COMMUNAUTAIRE**

L'innovation est au cœur des stratégies communautaires qui s'attaquent à la pénurie de professionnels de la santé. L'une des innovations consiste à maximiser les compétences des professionnels de la santé en place de

sorte qu'en cas de compétences communes, le travail puisse être effectué par d'autres professionnels de la santé. Par exemple, dans certaines communautés rurales, les services de réadaptation ont été améliorés grâce au recours à des assistants en physiothérapie, qui viennent en aide aux physiothérapeutes. La loi et les règlements sur les métiers de la santé étaient généralement très rigides, mais l'ancien régime est remplacé par une approche qui permet une plus grande latitude<sup>105</sup>. Cette évolution est particulièrement avantageuse pour les communautés rurales; il est logique d'avoir le plus possible recours aux professionnels de la santé en place pourvu qu'on ne compromette pas la santé et la sécurité. Grâce aux programmes de perfectionnement des compétences, les professionnels de la santé bénéficient d'une formation polyvalente qui leur permet d'assumer de multiples tâches.

Offrir aux aidants naturels la possibilité de perfectionner leurs compétences est une autre idée qui mérite qu'on s'y arrête. Selon certaines études, les aidants naturels, qui donnent des soins à titre bénévole, fournissent plus de 70 p. 100 de tous les soins de santé<sup>106</sup>. Dans les communautés rurales, les aidants naturels jouent un rôle important en raison de la pénurie de professionnels de la santé et de l'absence de services de santé structurés.

### **Recommandation**

**6.10** *Que Santé Canada reconnaisse l'importante contribution des professionnels de la santé et des citoyens à la santé de leur communauté et travaille avec ses partenaires provinciaux et territoriaux pour leur offrir des possibilités de perfectionnement professionnel.*

## 7 SANTÉ DE LA POPULATION AUTOCHTONE

***Orientation stratégique : Promouvoir des modèles de communautés en santé propres à la population autochtone ainsi que des politiques et des programmes nationaux qui reconnaissent le caractère distinct des cultures autochtones***

Plus de la moitié des 1 400 000 Autochtones du Canada vivent dans les régions rurales, éloignées et nordiques<sup>107</sup>. Le terme autochtone englobe trois groupes distincts, ayant un patrimoine, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles qui leur sont propres : 1) les Indiens généralement appelé membres des Premières nations, ou Indiens inscrits et Indiens non inscrits aux termes de la *Loi sur les Indiens*, qui vivent dans des réserves ou hors réserves; 2) les Inuits; et 3) les Métis.

On compte au pays plus de 600 communautés des Premières nations, parlant plus de 50 langues. Environ 63 p. 100 de ces communautés comptent moins de 500 habitants et 5 p. 100 en comptent plus de 2 000. Les Inuits parlent la même langue, l'inuktitut, mais parlent aussi des dialectes différents. La plupart des villages inuits se trouvent au nord de la limite des arbres au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans le nord du Québec et au Labrador. Ils comptent en moyenne moins de 1 000 habitants. Les Métis qui ont une double ascendance autochtone et européenne parlent leur propre langue, le michif, qui est un mélange de français, d'anglais, de cri et d'ojibway. Les Métis vivent principalement au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta; environ 10 p. 100 vivent sur des terres octroyées par des ententes conclues avec les Métis<sup>108</sup>.

Ces trois groupes d'Autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – sont en moins bonne santé que la population canadienne dans son ensemble. Les disparités dans l'état de santé entre les Autochtones

et les non-Autochtones sont importantes et persistantes<sup>109</sup>. Par rapport à la population générale, les Autochtones ont une espérance de vie moins longue et affichent des taux de mortalité infantile, de maladie chronique (par exemple, diabète) et de blessure, de toxicomanie, de tabagisme, de suicide et de violence familiale plus élevés. Ils ont plus difficilement accès aux services de santé que la population générale car leurs communautés sont petites et situées le plus souvent dans des régions éloignées. Par ailleurs, la population autochtone est la population qui s'accroît le plus vite au pays, soit deux fois plus vite que la population canadienne, et elle est en moyenne plus jeune<sup>110</sup>.

### **INTÉGRATION DU SAVOIR ANCESTRAL, DE LA MÉDECINE ET DES PRATIQUES DE GUÉRISON TRADITIONNELLES**

Les cultures autochtones ont un riche patrimoine de médecine traditionnelle, qui comprend un savoir ancestral avec des remèdes et des pratiques de guérison traditionnels. Si les Premières nations, les Métis et les Inuits ont leurs propres croyances et pratiques, on observe de nombreuses similarités entre elles. Pour les Autochtones, la santé est « l'équilibre des systèmes de soutien qui favorisent le bien-être mental, affectif, physique et spirituel »<sup>111</sup>. La médecine traditionnelle repose sur une approche holistique qui englobe non seulement la santé physique, comme la médecine occidentale, mais inclut aussi le bien-être intellectuel, émotif et spirituel<sup>112</sup>. Cette vision de la

santé est celle qui conduit au prototype de communauté en santé que l'on veut généraliser à toutes les communautés rurales, nordiques et éloignées.

Il existe des différences fondamentales entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. Cette dernière repose sur un modèle de morbidité, contrairement à la médecine traditionnelle qui repose sur le mieux-être. La médecine occidentale est un système médical et de soins structuré, reposant sur une base scientifique, un programme d'études rigoureux sanctionné par des diplômes et un permis d'exercer, des pratiques de soins normalisées et la documentation du savoir. En revanche, la médecine traditionnelle est un système médical et de soins informel reposant sur une base métaphysique, un système de formation informel, aucune pratique de soin normalisée et la transmission orale du savoir<sup>113</sup>.

Les provinces de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Manitoba ont établi des centres autochtones de santé holistique qui allient la médecine traditionnelle et la médecine occidentale dans un système de soins offerts aux Autochtones. Dans le cadre d'une analyse de documents pertinents, on a constaté que 14 centres de ce genre étaient en activité. Les centres gèrent un budget annuel variant entre deux et quatre millions de dollars, selon la taille de la communauté qu'ils desservent. Ils sont financés principalement par les provinces, mais certains bénéficient de fonds de programmes fédéraux, comme le Programme d'action communautaire pour les enfants.

Les centres autochtones de santé holistique offrent principalement des services de santé et des programmes communautaires pour les maladies chroniques, des soins prénatals et postnatals à l'enfant, une formation en soins de santé et le renforcement de la capacité communautaire.

Ils assurent également un éventail de services de médecine traditionnelle, comme des cérémonies, la consultation de guérisseurs, des cercles de la parole et des festins communautaires. En général, ils emploient des médecins, des infirmières praticiennes, des anciens, des nutritionnistes, des éducateurs en santé mentale et du personnel de promotion de la santé pour combiner la médecine occidentale et la médecine traditionnelle<sup>114</sup>.

D'après l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits de 1997 financée par Santé Canada, 80 p. 100 des répondants pensaient qu'un retour aux traditions était nécessaire pour améliorer la santé et le bien-être des Autochtones<sup>115</sup>. L'intégration de la médecine traditionnelle aux services de santé actuels dispensés aux Autochtones améliorerait la qualité des services de soins dans les communautés autochtones. Elle répondrait aux besoins des Autochtones de manière holistique et préserverait les traditions ancestrales de guérison. Il est également possible d'élaborer plusieurs modèles, entre autres des centres mobiles qui se déplaceraient pour fournir des services dans les communautés éloignées du Nord.

Certains programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada incluent la médecine traditionnelle. Le programme de santé mentale appuie les cérémonies comme celles de la suerie dans le cadre du traitement de la toxicomanie. L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones inclut un soutien aux communautés pour l'intégration des pratiques et des croyances traditionnelles aux programmes locaux de prévention du diabète. Les programmes de services de santé non assurés couvrent le transport, les repas et le logement pour les patients admissibles qui doivent se déplacer pour rencontrer un guérisseur traditionnel.

Le Conseil croit fermement qu'il faut intégrer la médecine traditionnelle au système de santé actuel afin que tous les Autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – puissent avoir accès à la médecine traditionnelle. En tenant compte des différents organismes compétents participant à la prestation de services de santé aux Autochtones, le gouvernement fédéral peut prendre des mesures en partenariat avec des organisations nationales des Premières nations et inuites. Dans d'autres cas, travailler en collaboration avec les provinces, les territoires et toutes les organisations autochtones nationales, y compris celles représentant les Métis et les Indiens non inscrits.

### **Recommandation**

**7.1** *Que Santé Canada travaille avec les partenaires inuits et des Premières nations dans le cadre du processus de Renouveau du système de santé des Premières nations et des Inuits, pour intégrer entièrement la médecine traditionnelle au système de santé actuel des Premières nations et des Inuits et s'assurer que les nouveaux services englobent la médecine traditionnelle et la médecine occidentale.*

### **Recommandation**

**7.2** *Que le ministre de la Santé travaille avec ses collègues provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec ses partenaires autochtones pour établir des centres autochtones de santé holistique dans leur système de santé respectif de sorte que tous les Autochtones, y compris les Métis et les Indiens non inscrits, puissent avoir accès à la médecine traditionnelle.*

### **APPUI DES EFFORTS POUR PRÉSERVER LA MÉDECINE TRADITIONNELLE**

Nombre d'inégalités dans l'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis sont imputables à l'érosion de la culture autochtone ainsi qu'à la perte du savoir ancestral, de la médecine et des pratiques de guérison traditionnelles<sup>116</sup>. Le recul de la médecine traditionnelle a commencé dès les premiers contacts avec les missionnaires et s'est poursuivi avec la dépossession des Autochtones de leurs terres. Le système de pensionnats, avec ses politiques d'assimilation et de déplacement, a entraîné une nouvelle perte des traditions, des styles de vie et de la culture.

Aujourd'hui, le risque de disparition de ce précieux savoir se précise. Par exemple, parmi les communautés des Premières nations, la coutume voulant que les anciens transmettent le savoir ancestral aux enfants se perd, et à mesure que les anciens disparaissent, ils emportent un savoir fort précieux. Les anciens jouent un rôle clé dans la transmission du savoir, mais nombre d'entre eux hésitent à communiquer l'information

à des étrangers, de peur que leurs remèdes ne soient commercialisés. La médecine traditionnelle doit être préservée au profit des générations futures<sup>117</sup>. Si le gouvernement fédéral ne peut gérer la transmission du savoir ancestral, il peut néanmoins influencer l'acceptation des pratiques traditionnelles en reconnaissant et en appuyant les organisations qui travaillent pour préserver la médecine traditionnelle.

### **Recommandation**

**7.3** *Que Santé Canada reconnaisse la nécessité de préserver la médecine traditionnelle et d'assurer que tous les efforts actuellement déployés par les organisations nationales et les établissements de recherche autochtones bénéficient d'un financement suffisant.*

### **RENFORCEMENT DES POINTS FORTS ET DES CAPACITÉS DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES**

Il est nécessaire de renforcer les points forts et les capacités des communautés inuites, métisses et des Premières nations si l'on veut promouvoir des habitudes de vie saines, encourager l'autonomie et l'autodétermination et bâtir des communautés en santé. Les initiatives modernes en matière de santé portent sur des particuliers plutôt que sur des communautés, ce qui entraîne une approche fragmentée à l'égard de la santé et du bien-être.

Santé Canada offre un large éventail de programmes communautaires de prévention des maladies et de promotion de la santé dans les domaines des soins communautaires, de l'abus d'alcool ou de la consommation d'autres drogues, de la santé des femmes et des enfants, des maladies chroniques et infectieuses, de la

formation et de la rétention des professionnels de la santé, de l'infrastructure, de la télésanté, de l'hygiène du milieu et de la santé mentale. Certains programmes visent précisément les membres des Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits, tandis que d'autres s'adressent à tous les Autochtones, y compris les Métis et les Indiens non inscrits. On pourrait renforcer ces programmes grâce à une plus grande participation des Autochtones aux processus de consultation et à l'élaboration et à la prestation des programmes. Il est également important que tous les programmes respectent les différences entre les Premières nations, les Inuits et les Métis.

### **Recommandation**

**7.4** *Que Santé Canada renforce ses programmes communautaires de prévention des maladies et de promotion de la santé en s'assurant que des initiatives particulières sont élaborées et pilotées par les Autochtones pour les Autochtones.*

### **AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR LA POPULATION AUTOCHTONE**

Santé Canada offre directement des services de santé et des services d'urgence dans près de 200 régions éloignées et isolées. On compte actuellement 529 établissements de santé fédéraux, dont 77 postes infirmiers, 217 centres de santé, 121 postes sanitaires, 61 infirmeries et 4 hôpitaux. Le gouvernement fédéral offre également des services de santé non assurés à 706 000 membres des Premières nations (dans les réserves et hors réserves) et aux Inuits. Ces prestations couvrent les médicaments délivrés sur ordonnance, le transport des patients, les soins dentaires et de la vue, les primes d'assurance et les dispositifs médicaux<sup>118</sup>.

Depuis le milieu des années 1980, le gouvernement fédéral transfère la direction des services de santé aux communautés et organisations des Premières nations et inuites. Chaque communauté autochtone admissible prend la décision et accepte un transfert complet ou limité des programmes de santé communautaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits tels que des services d'hygiène du milieu, de traitement et de prévention en matière de santé ainsi que des services adéquats. En 2000, 276 communautés admissibles (46 p. 100) avaient signé une entente de transfert des services de santé<sup>119</sup>.

En partenariat avec l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami, Santé Canada s'est engagé dans un processus de renouvellement du système de santé dans les communautés inuites et des Premières nations, où l'on reconnaît la nécessité d'apporter des changements constructifs au système de santé des Premières nations et des Inuits<sup>120</sup>. Ceci tombe à point nommé puisque les Autochtones ont de plus en plus l'impression que les services de soins de santé ne sont pas à la hauteur de leurs besoins et ne tiennent pas compte de leur croissance démographique rapide. De nombreuses personnes pensent que l'enveloppe de financement actuelle ne suffit pas et qu'il faut améliorer les services.

## **Recommandation**

**7.5** *Que Santé Canada offre un financement suffisant pour les services de santé aux Premières nations et aux Inuits, y compris des services non assurés, en tenant compte des besoins de leur population et de la croissance démographique prévue.*

## **APPUI AU RENOUVEAU CULTUREL ET COMMUNAUTAIRE**

Les Premières nations, les Inuits et les Métis s'engagent dans un important processus de renouveau touchant la culture et le mode de vie. Ce renouvellement est un élément essentiel de la santé et du bien-être global des communautés rurales, nordiques et éloignées. À mesure que les communautés autochtones grandiront, il deviendra de plus en plus important d'encourager les générations futures à participer de manière constructive à ce processus. De nombreuses communautés souffrent encore des séquelles de l'ère des pensionnats – perte de culture, de la langue, du soutien parental et familial, sans compter les effets de la violence, de la toxicomanie et de l'éclatement de la famille<sup>121</sup>.

En réponse aux recommandations formulées par la Commission royale sur les peuples autochtones, le gouvernement fédéral a créé la Fondation autochtone de guérison en 1998. Il a alloué 350 millions de dollars répartis sur 10 ans pour appuyer les initiatives communautaires de guérison pour les membres, les familles et les communautés inuites, métisses et des Premières nations souffrant des séquelles des violences physiques et sexuelles subies dans les pensionnats. Les propositions finales de projets peuvent être présentées jusqu'en février 2003, mais si la Fondation autochtone de guérison dispose encore d'un financement de cinq ans pour surveiller et évaluer les projets financés, il n'y a pas de plan d'action détaillé ni de financement précis pour s'occuper des questions courantes<sup>122</sup>. Il faut accorder la priorité à l'élaboration d'un tel plan d'action.

---

**Recommandation**

**7.6** *Que Santé Canada continue à travailler en partenariat avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, la Fondation autochtone de guérison, les institutions religieuses et les communautés autochtones afin d'élaborer un plan d'action détaillé prévoyant un financement continu pour les programmes portant sur les séquelles à l'époque des pensionnats sur la santé des Autochtones.*

---

**Recommandation**

**7.7** *Que Santé Canada s'assure qu'un soutien parental et familial est offert dans toutes les communautés autochtones des régions rurales, éloignées et nordiques.*

---

**RENFORCEMENT DU SOUTIEN PARENTAL ET FAMILIAL**

En apportant un soutien aux parents et à la famille, on favorise le développement et la santé des enfants, et on aide les parents à assumer positivement leur rôle, ce qui produit des résultats favorables. Or, la qualité et la disponibilité des soutiens parentaux et familiaux ne sont pas uniformes d'une région à l'autre. Les communautés inuites, métisses et des Premières nations doivent avoir un accès équitable à tout l'éventail de ces soutiens.

# Conclusion

Le soutien aux initiatives de communautés rurales en santé et la réduction des inégalités dans l'état de santé entre les habitants des régions rurales et les citoyens présentent un défi pour tous les Canadiens. L'un des facteurs de réussite les plus importants réside dans la capacité de susciter la volonté politique et de mobiliser les énergies en vue d'améliorer l'état de santé des habitants des régions rurales et de développer des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en santé et dynamiques. Le défi est complexe et il y a beaucoup à faire.

Le présent rapport du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale n'est qu'une première étape. Le Conseil a formulé une vision et exposé sept orientations stratégiques générales visant à relever les défis liés à la santé rurale – développer des communautés en santé; améliorer l'organisation communautaire; favoriser une plus grande concertation intersectorielle; augmenter la recherche sur la santé rurale; créer une initiative nationale de télésanté; amorcer une démarche institutionnelle et novatrice pour les professionnels de la santé; et promouvoir la santé de la population autochtone.

Les recommandations présentées dans le rapport offrent une importante possibilité d'investir dans la santé et le bien-être des Canadiens vivant en région rurale et de favoriser la durabilité rurale. Elles visent à stimuler la réflexion, à appuyer les travaux en cours et à proposer des solutions nouvelles.

En tant que conseil consultatif donnant des avis impartiaux au ministre fédéral de la Santé, c'est à ce dernier que le Conseil a adressé l'ensemble de ses recommandations ainsi qu'à Santé Canada. Cependant, comme il s'agit de problèmes communs

aux Canadiens vivant en région rurale, il faut trouver des solutions créatives en partenariat avec les pouvoirs publics, les secteurs privé et bénévole, les organisations professionnelles, les organisations autochtones, les chercheurs, les professionnels de la santé et les habitants des régions rurales eux-mêmes.

L'amélioration de l'état de santé des Canadiens vivant en région rurale et celle des communautés rurales nécessite des stratégies à court et à long terme. Certaines solutions peuvent être mises en œuvre avec les budgets en place, mais de nouveaux investissements s'imposent. Le Conseil exhorte vivement le gouvernement fédéral à travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour effectuer des investissements à long terme en région rurale. Le Conseil est d'avis que ces investissements sont requis pour jeter les bases de l'amélioration de l'état de santé des Canadiens vivant en région rurale et celui de leurs communautés, maintenant et dans l'avenir.

Selon le Conseil, le présent rapport devrait servir à promouvoir un vaste plan d'action en vue d'améliorer la santé des Canadiens dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Il demande que l'on mise sur les initiatives prometteuses qui ont déjà été lancées par divers pouvoirs publics et prévoit que le gouvernement fédéral prendra les devants pour faire de la santé rurale une priorité nationale et pour assurer aux communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones un avenir reposant sur le développement durable et la santé. Le Conseil apprécierait une réponse du ministre de la Santé tout en poursuivant les efforts pour concrétiser la vision « des gens en santé vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en santé. »

## NOTES

- 1 Troughton, M.J. « Redefining 'rural' for the twenty-first century », Health in rural settings: contexts for action, (sous la dir. de) Ramp, W., Kulig, J., Townshend, I. et McGowan, V. University of Lethbridge, Lethbridge. 1999, p. 21-38.
- 2 du Plessis, V., Beshiri, R., Bollman, R. et Clemenson, H. « Définitions de "rural" », dans *Bulletin d'analyse, Régions rurales et petites villes du Canada*, vol. 3, n° 3, novembre 2001.
- 3 Statistique Canada, Recensement de la population, 2001.
- 4 du Plessis et coll., *op. cit.*
- 5 Partenariat rural canadien. *Améliorer la qualité de vie des Canadiens du milieu rural – Rapport annuel au Parlement – 2000-2001*, gouvernement du Canada, Ottawa, 2001. [www.rural.gc.ca/annualreport/2001/report\\_f.phtml](http://www.rural.gc.ca/annualreport/2001/report_f.phtml)
- 6 Statistique Canada. Tableaux CANSIM, Statistique Canada, Ottawa, 1999.
- 7 Infometrica. *Estimates, 1986-2000*. Infometrica, Durham (NH), É.U., 2000; et Mendelson, R. « La composition des établissements commerciaux dans les petites et les grandes communautés du Canada », dans *Bulletin d'analyse, Régions rurales et petites villes du Canada*, vol. 1, n° 3, 1999.
- 8 Commission canadienne du tourisme. *Rendement touristique du Canada 2000*, Commission canadienne du tourisme, Ottawa, 2001.
- 9 Statistique Canada. Recensement de la population, 2001.
- 10 Groupe de travail sur la recherche nordique. « De l'état de crise à la relance : rétablir le rôle du Canada dans la recherche nordique », ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Ottawa, 2000.
- 11 Partenariat rural canadien, *op. cit.*
- 12 Statistique Canada. Recensement de la population, 1996; et Dupuy, R., Mayer, F. et Morissette, R. *Les jeunes ruraux : Rester, quitter, revenir*, rapport présenté au Secrétariat rural d'Agriculture et Agroalimentaire Canada et à l'Agence de promotion économique du Canada atlantique, Partenariat rural canadien, Ottawa, 2000.
- 13 Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. *Pour un meilleur accès à des services de santé*, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, Ottawa, juin 2001.
- 14 Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs de la santé (82-221-XIE), vol. 2002, n° 1, mai 2002.
- 15 On compte 1,4 million de personnes d'ascendance autochtone, mais le nombre de personnes qui se déclarent autochtones est plus petit (d'après les données du recensement).
- 16 Santé Canada. *La santé des Premières Nations et des Inuits au Canada – Un second diagnostic*, Santé Canada, Ottawa, novembre 1999.
- 17 Statistique Canada, Division de la démographie, données non publiées. En 1996, l'espérance de vie pour les femmes du milieu rural était de 80,82 ans, comparativement à 81,31 ans pour les femmes du milieu urbain. Les chiffres comparables pour les hommes des milieux rural et urbain étaient 74,67 et 75,67 ans, respectivement.
- 18 Tableaux de données spéciales établis par Statistique Canada pour les statistiques des milieux rural et urbain, à partir des données de recensement de 1991 et 1996 (non publiées). En 1996, les taux de mortalité infantile étaient de 7,3 pour 1 000 naissances, tandis que les taux de mortalité infantile en milieu urbain étaient légèrement inférieurs (soit 5,2 pour 1 000 naissances) à la moyenne nationale (de 5,6 pour 1 000 naissances). Les taux de mortalité infantile dans les trois territoires étaient plus de deux fois plus élevés que la moyenne nationale (14,1 pour 1 000 naissances). Les taux de décès sont uniformément plus élevés dans le Canada rural. En 1996, le taux de décès qui s'établissait à 7,9 pour 1 000 naissances, était légèrement plus élevé que la moyenne nationale, de 7,2 pour 1 000, tandis que le taux de décès en milieu urbain (7,0 pour 1 000) était légèrement inférieur à la moyenne nationale.
- 19 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. *Report on Comparable Health Indicators for Nunavut and Canada*, gouvernement du Nunavut, Iqaluit, septembre 2002.
- 20 Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, 1999.
- 21 Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*

- 22 Statistique Canada. Enquête sur la population active, 2001; United States Department of Agriculture. *Rural conditions and trends*, vol. 11, n° 2; et Statistique Canada. Tableau CANSIM II 282-0066, Statistique Canada, Ottawa, 2002.
- 23 Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport intérimaire*, vol. 2, gouvernement du Canada, Ottawa, 2002.
- 24 Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*
- 25 *Ibid.*
- 26 Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *op. cit.*
- 27 Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*
- 28 Peterson, H. « A tale of two countries: the quality of rural versus urban drinking water in Canada », dans *Encompass Magazine*, 2001, [www.suncoastdesigns.com/flash/drhans.pdf](http://www.suncoastdesigns.com/flash/drhans.pdf)
- 29 Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*
- 30 *Ibid.*
- 31 Santé Canada. *Un second diagnostic, op. cit.*; et Archibald, L. et Grey, R. *Évaluation des modes de prestation de soins de santé dans les régions inuites*, Inuit Tapirisat du Canada, Ottawa, 2000.
- 32 Santé Canada. *Un second diagnostic, op. cit.*
- 33 Santé Canada, Direction de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie. « Nouveau Bureau de la santé rurale », dans *La santé de la famille agricole*, vol. 7, n° 1, printemps 1999, entrevue avec le D<sup>r</sup> John Wootton.
- 34 Santé Canada, « Santé rurale, foire aux questions ». Santé Canada, Ottawa, sans date. [www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/faq.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/faq.html)
- 35 Partenariat rural canadien. *Les communautés rurales s'expriment – Sommaire des résultats du Dialogue rural pour l'Atelier rural national*, gouvernement du Canada, Ottawa, 1998. [www.rural.gc.ca/discpaper\\_f.phtml](http://www.rural.gc.ca/discpaper_f.phtml)
- 36 Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*
- 37 Ng., E., Wilkins, R., Dole, J. et Adams, O.B. « À quelle distance se trouve le plus proche médecin? », dans *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada*, vol. 1, n° 5, mars 1999.
- 38 Hutten-Czapski, P. « L'état des soins de santé ruraux », Exposé présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, Société de la médecine rurale du Canada, Shawville, 31 mai 2001. [www.srpc.ca/librarydocs/Kirby\\_SRPC.htm](http://www.srpc.ca/librarydocs/Kirby_SRPC.htm)
- 39 Conseil consultatif national sur le troisième âge. « Vieillir en milieu rural ou dans une petite ville », dans *Expression*, vol. 9, n° 1, janvier 1993.
- 40 Association médicale canadienne (2000). Base de données sur les médecins, cité dans Hutten-Czaposki, *op. cit.*; et Institut canadien d'information sur la santé. *Nombre et répartition des infirmières autorisées dans les régions rurales et petites villes du Canada*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2002.
- 41 Association médicale canadienne. Base de données sur les médecins, cité dans Hutten-Czaposki, *op. cit.*
- 42 Jennissen, T. *La santé dans le Canada rural* (BP-325E), gouvernement du Canada, Ottawa, décembre 1992.
- 43 *Ibid.*
- 44 Hutten-Czapski, *op. cit.*; et Weatherill, J. et Coulson, D. *Alternative models of health systems delivery and access to core specialty services in rural Canada*. Santé Canada, Ottawa (1999).
- 45 Jennissen, *op. cit.*
- 46 Kelley, M.L. *Building a model for rural palliative care delivery*, document inédit, 2002.
- 47 Jennissen, *op. cit.*
- 48 Browne, A. *Issues affecting access to health services in northern, rural and remote regions of Canada*, University of Northern British Columbia, Prince George, Northern Articles Series, sans date. [www.unbc.ca/northern/browne.htm](http://www.unbc.ca/northern/browne.htm)
- 49 Pitblado, R.J., R. Pong, A. Irvine, K.V. Nagarajan, V. Sahai, J. Zelmer, L. Dunikowski et D. Pearson. *Assessing rural health: toward developing health indicators for rural Canada*, Santé Canada, Ottawa, juin 1999.
- 50 Sherwood, D. *Pour des communautés rurales en santé*, document préparé pour le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, Santé Canada, Ottawa, juillet 2002.

- 51 *Ibid.*
- 52 *Ibid.*
- 53 *Ibid.*
- 54 *Ibid.*
- 55 *Ibid.*
- 56 Gouvernement du Canada. « Le gouvernement du Canada donne suite à sa promesse de fournir des outils de développement économique aux communautés rurales », gouvernement du Canada, Ottawa, Communiqué, 2002. [www.agr.gc.ca/cb/news/2002/06\\_f.phtml](http://www.agr.gc.ca/cb/news/2002/06_f.phtml)
- 57 Sherwood, *op. cit.*
- 58 *Ibid.*
- 59 *Ibid.*
- 60 *Ibid.*
- 61 *Ibid.*
- 62 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, *op. cit.*
- 63 Deiter, C. et Otway, L. *Sharing our stories on promoting health and community healing: an Aboriginal women's health project*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies, Winnipeg, 2001.
- 64 Kistabish, R. et Perron, J.M. *Santé algonquine : document de réflexion*, novembre 1987. Document inédit.
- 65 Organisation mondiale de la santé. *Glossaire de la promotion de la santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1998.
- 66 Organisation mondiale des collègues nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille. « Working together: Communities, professionals and services », 5<sup>th</sup> Annual Conference, Melbourne, Australie, du 30 avril au 5 mai 2002.
- 67 Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*
- 68 Santé Canada. *Loi canadienne sur la santé – Foire aux questions*, Santé Canada, Ottawa, sans date. [www.hc-sc.gc.ca/medicare/FAQ-f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/FAQ-f.htm)
- 69 *Ibid.*
- 70 Gouvernement du Canada. *Partenariat rural canadien. Liste de contrôle de la Lentille rurale*, sans date. [www.rural.gc.ca/checklist\\_f.phtml](http://www.rural.gc.ca/checklist_f.phtml)
- 71 Fédération canadienne des municipalités. *Un partenariat pour améliorer la qualité de vie*, Fédération canadienne des municipalités, Ottawa, 8 août 2002. [www.fcm.ca](http://www.fcm.ca)
- 72 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, *op. cit.*
- 73 Dion Stout, M. et Kipling, G.D. *De la connaissance à la pratique, le Fonds pour l'adaptation des services de santé, série de rapports de synthèse : la santé des Autochtones*, Santé Canada, Ottawa, 2002. [www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass/francais/aboriginal\\_fr.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass/francais/aboriginal_fr.pdf)
- 74 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (le 11 septembre 2000). Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Ottawa. Communiqué réf. 800-038/004.
- 75 Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*
- 76 Pong, R. « Rural health research in Canada: at the crossroads », dans *Australian Journal of Rural Health*, n° 8, 2000, p. 261-265.
- 77 Institut canadien de recherche sur la santé. « Thirteen outstanding researchers to lead health institutes », Instituts de recherche en santé du Canada, Ottawa, le 5 décembre 2000. Communiqué à [http://www.cihr-irsc.gc.ca/news/press\\_releases/2000/pr0021\\_f.shtml](http://www.cihr-irsc.gc.ca/news/press_releases/2000/pr0021_f.shtml)
- 78 Watanabe, M. et Casebeer, A. *Rural, remote and northern health research: the quest for equitable health status for all Canadians*. Rapport du Sommet sur la recherche en santé rurale, 1999, Prince George, Colombie-Britannique, du 23 au 25 octobre 1999.
- 79 Frank, T. « La recherche se porte bien dans les petites universités », dans *Affaires universitaires*, Association des universités et collèges du Canada, Ottawa, avril 2001, pp. 10-11, 30-32.
- 80 Groupe de travail sur la recherche nordique, *op. cit.*
- 81 Les chaires sur la santé rurale fonctionneraient comme un nœud de réseau pour renforcer la capacité de recherche rurale. Les chaires joueraient un rôle clé dans l'établissement de liens et de partenariats interinstitutionnels, interdisciplinaires et communautaires qui relient les entres d'innovation en santé rurale et d'autres organismes clés en vue d'assurer une connectivité générale et la pertinence de la recherche ultérieure.

- <sup>82</sup> Conseil de recherches en sciences humaines. Alliances de recherche universités-communautés – programme pilote du CRSH. Conseil de recherches en sciences humaines, sans date, Ottawa, à <http://www.sshrc.ca>; et Instituts de recherche en santé du Canada, programme Alliances communautaires pour la recherche en santé (ACRS), Instituts de recherche en santé du Canada, sans date, Ottawa, à <http://www.cihir-irsc.gc.ca>.
- <sup>83</sup> Timmins, L. « Recherche en tant que contrat spirituel », Réseau canadien pour la santé des femmes, automne-hiver 2001-2002, vol. 4/5, n° 4/1.
- <sup>84</sup> Stout Dion, M., Kipling, G. et Stout, R. *Santé des femmes autochtones. Projet de synthèse des recherches : rapport final*. Centres d'excellence pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, Ottawa, mai 2001.
- <sup>85</sup> Archibald, L. et Bird, P. *Innovation in First Nations and Inuit health systems: models, structures and approaches*. Document de discussion préparé pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ottawa, juillet 2001.
- <sup>86</sup> Kelley, *op. cit.*
- <sup>87</sup> Partenariat rural canadien, *Les communautés rurales s'expriment – Sommaire des résultats du Dialogue rural pour l'Atelier rural national*, *op. cit.*
- <sup>88</sup> Voir [www.largebande.gc.ca](http://www.largebande.gc.ca)
- <sup>89</sup> Estimation d'Industrie Canada, selon les données démographiques de 1996 provenant de Statistique Canada et l'information confidentielle d'entreprises. Voir Simpson, R. *Canada's Broadband Strategy: the report of the National Broadband Taskforce. Presentation to the Joint WP TSP/IE Workshop*. Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2001, à [www.oecd.org/pdf/M00023000/M00023806.pdf](http://www.oecd.org/pdf/M00023000/M00023806.pdf)
- <sup>90</sup> Wanke, M.I., Sanders, L.D., Pong, R.W. et Church, W.J.B. *Pour établir une assise plus solide : Ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaire : Revue de la documentation*. Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada, Ottawa, 1995. [www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/planification/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/planification/index.html)
- <sup>91</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada*, document d'information et de sondage préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, 2002; et Pong, R. Documents de synthèse du Fonds pour l'adaptation des services de santé, *La santé rurale et la télésanté*, Santé Canada, Ottawa, 2002.
- <sup>92</sup> Association médicale canadienne. Base de données sur les médecins, cité dans Hutten-Czapski, *op. cit.*
- <sup>93</sup> Santé Canada. *Un second diagnostic*, *op. cit.*
- <sup>94</sup> Barer, M.L. et Stoddart, G.L. *Améliorer l'accès aux services médicaux nécessaires dans les communautés rurales et éloignées du Canada : le recrutement et le maintien en poste en question*. Document de travail préparé pour le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des ressources humaines en santé, Santé Canada, Ottawa, juin 1999.
- <sup>95</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *op. cit.*; Pong, Fonds pour l'adaptation des services de santé, *op. cit.*; et Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *op. cit.*
- <sup>96</sup> Hutten-Czapski, P. « Rural healthcare – the chasm not crossed ». Présentation à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, le 11 avril 2002. Société de la médecine rurale du Canada, Shawville. [www.srpc.ca/librarydocs/RomanowSudbury.pdf](http://www.srpc.ca/librarydocs/RomanowSudbury.pdf)
- <sup>97</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, *op. cit.*; et Worley, P.S., Prideaux, D.J., Strasser, R.P., Silagy, C.A. et Margarey, J.A. « Why we should teach undergraduate medical students in rural communities », dans *Medical Journal of Australia*, vol. 172, n° 12, 2000, p. 615-617; et Wonca Working Party on Rural Practice. *Policy on Quality and Effectiveness of Rural Health Care*, Monash University School of Rural health, Traralgon, Vic., 2002.
- <sup>98</sup> Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Programme de bourses d'étude. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, 2002, à [www.gov.on.ca/MOH/english/ministry/recruit/tuition.html](http://www.gov.on.ca/MOH/english/ministry/recruit/tuition.html)
- <sup>99</sup> Santé Canada, *Un second diagnostic*, *op. cit.*

- <sup>100</sup> Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Ottawa, dépliant, sans date; et Fondation nationale des réalisations autochtones, programmes éducatifs (sans date). [www.naaf.ca/financif.html](http://www.naaf.ca/financif.html)
- <sup>101</sup> Barer et Stoddart, *op. cit.*
- <sup>102</sup> Barer et Stoddart, *op. cit.*; Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. *Survey of nurses in isolated First Nations communities: recruitment and retention issues: final report*. Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, Ottawa, 2000; et MacLeod, M. "We're it": *the nature of nursing practice in very small rural and remote hospitals in northern British Columbia*. Université de la Colombie-Britannique, Prince George, août 1998.
- <sup>103</sup> Barer et Stoddart, *op. cit.*
- <sup>104</sup> Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, *op. cit.*
- <sup>105</sup> Pong, Fonds pour l'adaptation des services de santé, *op. cit.*
- <sup>106</sup> *Ibid.*
- <sup>107</sup> Statistique Canada. Recensement de la population, 1996.
- <sup>108</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, *op. cit.*
- <sup>109</sup> Commission royale sur les peuples autochtones. *Gathering strenght*, vol. 3, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Ottawa, novembre 1996.
- <sup>110</sup> Santé Canada, *Un second diagnostic*, *op. cit.*
- <sup>111</sup> Commission royale sur les peuples autochtones, *op. cit.*, p. 109.
- <sup>112</sup> Letendre, A. « Aboriginal traditional medicine: where does it fit? », dans *Crossing Boundaries*, vol. 1, n° 2, 2002, p. 79-87.
- <sup>113</sup> Shestowsky, B. *Traditional medicine and primary health care among Canadian Aboriginal people*. Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, Ottawa, 1993.
- <sup>114</sup> Gouvernement de l'Ontario. *Aboriginal healing and wellness strategy: annual report, 2000/2001*. Gouvernement de l'Ontario, Toronto, 2001.
- <sup>115</sup> Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, Comité directeur national. Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ottawa, janvier 1999.
- <sup>116</sup> Commission royale sur les peuples autochtones, *op. cit.*
- <sup>117</sup> Borins, M. « Native healing traditions must be protected and preserved for future generations », dans *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 153, n° 9, 1995, p. 1356-1357.
- <sup>118</sup> Santé Canada. *Services de santé non assurés : rapport annuel 2000-2001*, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Direction des services de santé non assurés, Division de l'analyse du programme, Santé Canada, Ottawa, 2001. [www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna/rapportannuel/rapportannuel\\_20002001.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna/rapportannuel/rapportannuel_20002001.pdf)
- <sup>119</sup> Santé Canada, *Transfert du contrôle aux communautés des Premières nations et des Inuits, Rapport annuel, 1999-2000*. [www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/annual\\_f.htm#t3](http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/annual_f.htm#t3).
- <sup>120</sup> Santé Canada. Renouveau du système de santé des Premières nations et des Inuits. *Focus on fundamentals: a population health and community development approach*, Santé Canada, Ottawa, octobre 2001.
- <sup>121</sup> Fondation autochtone de guérison. *La guérison est en marche : mise à jour opérationnelle sur la Fondation autochtone de guérison*. Fondation autochtone de guérison, Ottawa, mai 2002. [www.ahf.ca/french-pdf/healing\\_has\\_begun-f.pdf](http://www.ahf.ca/french-pdf/healing_has_begun-f.pdf)
- <sup>122</sup> *Ibid.*

# ANNEXE A

## Liste des Recommandations

### 1 SOUTIEN AUX INITIATIVES DE COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

***Orientation stratégique : Encourager les initiatives de communautés en santé grâce au développement de modèles et à l'adoption de politiques nationales***

- 1.1 Que Santé Canada reconnaisse que les communautés rurales, nordiques et éloignées sont différentes des communautés urbaines et qu'il convient de tenir compte de cette différence dans l'élaboration de politiques et de programmes.
- 1.2 Que Santé Canada, en partenariat avec les provinces, les territoires et les municipalités, appuie le développement et la mise en œuvre de modèles de communautés en santé dans toutes les communautés rurales, nordiques et éloignées, en tirant parti des ressources, du savoir-faire et des réseaux déjà en place.
- 1.3 Que Santé Canada travaille avec les partenaires provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec d'autres, à l'établissement de coalitions et de réseaux de communautés en santé visant à renforcer les capacités communautaires.
- 1.4 Que Santé Canada travaille avec les autres ministères fédéraux et provinciaux ainsi qu'avec les partenaires territoriaux à concerter leurs efforts et à offrir des possibilités de financement à l'appui des processus de renforcement de la capacité communautaire et de la coordination.
- 1.5 Que Santé Canada établisse une bibliothèque virtuelle à l'échelle du pays réunissant des ressources sur les communautés en santé adaptée aux communautés rurales, nordiques et éloignées.
- 1.6 Que Santé Canada, en collaboration avec les pouvoirs publics provinciaux, territoriaux et municipaux, finance des forums, des conférences et des ateliers de consensus à l'intention des citoyens du milieu rural, des associations nationales de professionnels de la santé et des centres de santé universitaires afin de partager l'expérience et les outils de travail des communautés en santé.
- 1.7 Que Santé Canada travaille avec les pouvoirs publics provinciaux, territoriaux et municipaux à promouvoir les concepts, principes et applications relatifs aux communautés en santé auprès des professionnels de la santé.
- 1.8 Que Santé Canada, en partenariat avec les communautés autochtones, élabore une stratégie accompagnée d'un nouveau financement pour mettre en œuvre des modèles de communautés en santé propres à la population autochtone, faisant la promotion d'habitudes de vie saines, de l'autonomie personnelle et de l'autodétermination.

## 2 ORGANISATIONS QUI SOUTIENNENT LE RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ COMMUNAUTAIRE

***Créer des organisations qui permettent aux communautés rurales de concevoir des solutions qui leur soient propres pour résoudre leurs problèmes de santé***

- 2.1 Que Santé Canada travaille en partenariat avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux en vue de parrainer des ateliers pour les multiples acteurs intéressés sur les centres d'innovation en santé rurale; d'intégrer les principaux éléments du modèle de centre d'innovation en santé rurale aux structures actuelles et de mettre en place graduellement les centres d'innovation en santé rurale, en créant de nouvelles structures au besoin.

## 3 CONCERTATION INTERSECTORIELLE

***Favoriser une plus grande concertation intersectorielle sur les enjeux de la santé avec les acteurs intéressés***

- 3.1 Que Santé Canada cherche à obtenir l'appui de la Conférence des sous-ministres de la Santé afin d'établir un centre de coordination à l'intérieur de la structure fédérale, provinciale et territoriale révisée pour élaborer des politiques, des programmes et des plans d'action sur les problèmes courants de santé rurale.
- 3.2 Que Santé Canada travaille avec les ministères et organismes fédéraux pour évaluer l'impact des initiatives et programmes envisagées sur la santé des communautés rurales du Canada et pour les inciter à agir en faveur de la santé dans le cadre de mandats respectifs.
- 3.3 Que Santé Canada fasse la promotion des partenariats, du réseautage et de la concertation entre les intervenants concernés pour répondre aux problèmes de santé des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones.
- 3.4 Que Santé Canada travaille avec les autres ministères fédéraux ainsi qu'avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les communautés autochtones à l'établissement de modèles novateurs pour la création de partenariats entre les pouvoirs publics compétents dans toutes les régions du pays.

## 4 RECHERCHE SUR LA SANTÉ RURALE

### ***Augmenter la recherche sur la santé des personnes vivant dans les communautés rurales, nordiques, éloignées et autochtones***

- 4.1 Que Santé Canada travaille avec d'autres ministères fédéraux et organismes de recherche et d'information sur la santé pour s'assurer que les enquêtes nationales et les systèmes de surveillance tiennent compte de la situation géographique et puissent assurer une collecte et une analyse uniformes des données sur la santé des personnes vivant dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones, et veiller à l'établissement d'indicateurs pour la surveillance de la santé des communautés rurales.
- 4.2 Que le ministre de la Santé investisse à long terme dans l'initiative stratégique de recherche en santé rurale et nordique des Instituts de recherche en santé du Canada.
- 4.3 Que le ministre de la Santé travaille avec ses collègues fédéraux pour faire de la recherche sur la santé rurale une priorité en allouant des fonds à ce champ de recherche, en renforçant les capacités et les réseaux de recherche sur la santé rurale et en assurant la diffusion des travaux de recherche.
- 4.4 Que le ministre de la Santé travaille avec ses collègues fédéraux pour stimuler la capacité de recherche dans les établissements et les communautés rurales et nordiques en prévoyant des subventions spéciales et des demandes de propositions ciblées, des projets pilotes et des bourses pour les chercheurs en santé rurale, y compris les titulaires de chaires.
- 4.5 Que Santé Canada fasse la promotion d'une recherche et d'une évaluation communautaires en matière de santé qui démontre la participation et la contribution manifestes des communautés aux activités de recherche financées par Santé Canada et par les organismes de financement de la recherche.
- 4.6 Que le ministre de la Santé appuie le financement à long terme de la recherche sur la santé de la population autochtone et de l'échange de connaissances par le truchement de l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC, de l'Organisation nationale de la santé autochtone et d'autres organisations.
- 4.7 Que Santé Canada travaille avec les organisations autochtones nationales pour documenter et partager sur une base régulière les pratiques exemplaires et les modèles de soins de base aux communautés autochtones.
- 4.8 Que Santé Canada appuie la recherche sur la prestation de services de santé en région rurale et la recherche sur les modèles et les stratégies de pratiques exemplaires de communautés rurales en santé.

## 5 TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION EN SANTÉ

### ***Créer à l'échelle nationale un réseau de télésanté et de téléapprentissage pour répondre aux besoins des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en matière de santé et de services***

- 5.1 Que Santé Canada saisisse les possibilités offertes par le réseau à large bande pour accéder aux communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones et répondre à leurs besoins en élaborant des logiciels de téléapprentissage adéquats et des services de télésanté qui compléteront et appuieront le système de prestation de soins en région rurale dans le but de fournir un accès équitable et en temps opportun aux services de santé essentiels près de chez soi.
- 5.2 Que Santé Canada, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec le secteur privé pour mettre en place une initiative nationale de télésanté en région rurale et l'utiliser pour améliorer l'état de santé des Canadiens vivant dans des communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones.  
  
Que Santé Canada, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec le secteur privé pour créer des sources de financement adéquates en vue de faire figure de modèle dans la mise en place d'une initiative nationale de télésanté afin de répondre aux besoins de santé des régions rurales.
- 5.3 Que Santé Canada travaille en partenariat avec des organisations comme la Fédération canadienne des municipalités pour évaluer et renforcer l'état de préparation des communautés et les mobiliser pour mettre en place l'infrastructure adéquate à l'appui des applications et des services des technologies de l'information et des communications.
- 5.4 Que Santé Canada investisse dans un fonds de transition pour la télésanté en région rurale afin de protéger l'investissement déjà effectué dans la télésanté par des programmes comme le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (PSIS), le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) et CANARIE, jusqu'à ce qu'on établisse une stratégie durable en faveur d'une initiative nationale sur la télésanté en région rurale.
- 5.5 Que Santé Canada, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, crée des possibilités de financement spéciales pour des projets concurrentiels de recherche sur la santé rurale afin d'évaluer rigoureusement les projets de télésanté, d'orienter le développement et l'investissement ultérieurs et d'appuyer les stagiaires en santé rurale, les chercheurs et les établissements se consacrant à la télésanté rurale.

## 6 RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

### ***Appuyer la formation, le recrutement et la rétention des professionnels de la santé***

- 6.1 Que le ministre de la Santé travaille avec ses collègues provinciaux et territoriaux à l'élaboration d'une stratégie nationale visant les professionnels de la santé, en mettant l'accent sur le recrutement et la rétention dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones.
- 6.2 Que Santé Canada appuie une enquête auprès des établissements d'enseignement postsecondaire pour identifier les possibilités de formation théorique et sur le terrain, et les obstacles à la formation en santé rurale et en santé de la population autochtone afin d'établir un point de comparaison pour orienter de nouvelles stratégies et de régler les problèmes ayant trait à la formation des professionnels de la santé en région rurale.
- 6.3 Que Santé Canada travaille avec les partenaires provinciaux et territoriaux pour élaborer un plan d'action concerté afin de promouvoir les professions de la santé auprès des élèves d'écoles primaires et secondaires dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones.
- 6.4 Que Santé Canada, de concert avec d'autres ministères fédéraux, travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour améliorer les conditions d'accès aux études postsecondaires en sciences de la santé pour les étudiants des régions rurales, en envisageant des stratégies comme le renforcement des programmes actuels de subventions et en faisant la promotion de programmes d'investissement pour encourager un nombre accru d'étudiants de régions rurales à se diriger vers des formations dans le domaine de la santé.
- 6.5 Que Santé Canada travaille avec ses partenaires pour accroître le nombre d'étudiants autochtones inscrits aux programmes d'études postsecondaires dans le domaine de la santé en augmentant l'enveloppe de bourses du Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé de Santé Canada, en maximisant l'utilisation des programmes actuels d'admission des Autochtones et des places réservées aux étudiants autochtones au pays et en améliorant au besoin les conditions d'accès.
- 6.6 Que Santé Canada encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à enrichir les programmes existants et à élaborer de nouvelles initiatives au besoin pour que des programmes d'études sur la santé rurale et la santé de la population autochtone soient offerts dans les collèges, les universités et les centres de formation au pays.

- 6.7 Que Santé Canada travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les organisations professionnelles nationales pour encourager la création de possibilités de stages en milieu rural pour les étudiants dans les professions de la santé.
- 6.8 Que Santé Canada, en partenariat avec d'autres ministères fédéraux et les provinces et territoires, prenne des mesures pour combler rapidement le manque de professionnels de la santé dans les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones en offrant des primes d'encouragement suffisantes, des installations et des aides aux professionnels de la santé en région rurale.
- 6.9 Que Santé Canada, de concert avec les ministères fédéraux et les partenaires provinciaux et territoriaux, élabore des stratégies afin de maximiser les possibilités de téléapprentissage et de formation professionnelle continue pour les professionnels de la santé vivant dans des communautés rurales, nordiques et éloignées.
- 6.10 Que Santé Canada reconnaisse l'importante contribution des professionnels de la santé et des citoyens à la santé de leur communauté et travaille avec ses partenaires provinciaux et territoriaux pour leur offrir des possibilités de perfectionnement professionnel.

## 7 SANTÉ DE LA POPULATION AUTOCHTONE

### ***Promouvoir des modèles de communautés en santé propres à la population autochtone ainsi que des politiques et des programmes nationaux qui reconnaissent le caractère distinct des cultures autochtones***

- 7.1 Que Santé Canada travaille avec les partenaires inuits et des Premières nations dans le cadre du processus de Renouveau du système de santé des Premières nations et des Inuits, pour intégrer entièrement la médecine traditionnelle au système de santé actuel des Premières nations et des Inuits et s'assurer que les nouveaux services englobent la médecine traditionnelle et la médecine occidentale.
- 7.2 Que le ministre de la Santé travaille avec ses collègues provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec ses partenaires autochtones pour établir des centres autochtones de santé holistique dans leur système de santé respectif de sorte que tous les Autochtones, y compris les Métis et les Indiens non inscrits, puissent avoir accès à la médecine traditionnelle.
- 7.3 Que Santé Canada reconnaisse la nécessité de préserver la médecine traditionnelle et d'assurer que tous les efforts actuellement déployés par les organisations nationales et les établissements de recherche autochtones bénéficient d'un financement suffisant.

- 7.4 Que Santé Canada renforce ses programmes communautaires de prévention des maladies et de promotion de la santé en s'assurant que des initiatives particulières sont élaborées et pilotées par les Autochtones pour les Autochtones.
- 7.5 Que Santé Canada offre un financement suffisant pour les services de santé aux Premières nations et aux Inuits, y compris des services non assurés, en tenant compte des besoins de leur population et de la croissance démographique prévue.
- 7.6 Que Santé Canada continue à travailler en partenariat avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, la Fondation autochtone de guérison, les institutions religieuses et les communautés autochtones afin d'élaborer un plan d'action détaillé prévoyant un financement continu pour les programmes portant sur les séquelles à l'époque des pensionnats sur la santé des Autochtones.
- 7.7 Que Santé Canada s'assure qu'un soutien parental et familial est offert dans toutes les communautés autochtones des régions rurales, éloignées et nordiques.

# ANNEXE B

## *Liste des membres du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale*

**D<sup>r</sup> Carl Robbins, St. John's (Terre-Neuve)** – Professeur de médecine familiale à la faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve, médecin praticien et ancien professionnel de la santé dans des collectivités rurales comme Grand Banc et Labrador City.

**D<sup>r</sup> Bernard Holland, Montague (Île-du-Prince-Édouard)** – Médecin de famille en milieu rural de la ville de Montague (Île-du-Prince-Édouard); également directeur médical pour la région sanitaire de Kings (Île-du-Prince-Édouard) et ancien membre de la Medical Society of Prince Edward Island.

**M<sup>me</sup> Brenda Montgomery, Clementsport (Nouvelle-Écosse)** – Infirmière, éducatrice et administratrice, récemment retraitée, responsable de la direction d'un grand conseil de santé en milieu rural dans l'ouest de la Nouvelle-Écosse. Elle est spécialiste au Conseil canadien d'agrément des services de santé et est professeur honoraire à la Dalhousie University (écoles de sciences infirmières et d'administration de la santé).

**M. Jacques Léger, Caraquet (Nouveau-Brunswick)** – Psychologue et directeur général de la Collectivité Ingénieuse de la Péninsule Acadienne Inc., projet-pilote dans le domaine de la technologie de l'information, orienté également vers le développement rural durable.

**Dr Réal Lacombe, Rouyn-Noranda (Québec)** – Médecin de famille qui a conseillé le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec au sujet de la révision de la Loi sur la santé publique et de l'élaboration d'un programme provincial de santé publique.

**D<sup>r</sup> Keith MacLellan, Shawville (Québec)** – Médecin qui exerce en milieu rural au Québec et à Terre-Neuve depuis 1978. Il est actuellement professeur adjoint à la Faculté de médecine familiale de l'Université McGill.

**D<sup>r</sup> Stanley Vollant, Baie-Comeau, Québec** – Chirurgien général au Centre hospitalier régional Baie-Comeau. Président de l'association médicale du Québec. Président du groupe de travail sur la santé des autochtones de l'association médicale canadienne. Il a été désigné Personnalité autochtone modèle par le Gouverneur général du Canada en février 1996.

**M<sup>me</sup> Mary Lou Kelley, Thunder Bay (Ontario)** – Professeure au département des services sociaux de l'Université Lakehead et directrice fondatrice du Northern Education Centre for Aging and Health.

**D<sup>r</sup> James Rourke, Goderich (Ontario)** – Médecin de famille en milieu rural depuis 1978; professeur au département de médecine familiale et vice-doyen en matière de médecine rurale et régionale à l'Université Western Ontario; directeur du Southwestern Ontario Rural Medicine Education, Research and Development Network.

**M. Alexander M. Armstrong, Gravenhurst (Ontario)** – Professeur à la retraite, il a enseigné pendant 34 ans, surtout dans les régions rurales. Membre du conseil d'administration du South Muskoka Memorial Hospital pendant les six dernières années et président du conseil la dernière année.

**M<sup>me</sup> Avis Gray, Winnipeg (Manitoba)** – Gestionnaire des soins de santé dans le secteur public pendant 25 ans, notamment directrice provinciale des soins primaires et directrice régionale du programme des soins continus (soins à domicile).

**D<sup>r</sup> James Dosman, Saskatoon (Saskatchewan)** – Directeur du Centre for Agricultural Medicine de la University of Saskatchewan et fondateur du Rural Health Research Consortium.

**M. Bernie Collins, Estevan (Saskatchewan)** – Ancien député, ancien maire d'Estevan, et ancien conseiller à la Saskatchewan Teacher's Federation.

**D<sup>r</sup> Mamoru (Mo) Watanabe, Calgary (Alberta)** – Ancien doyen de la faculté de médecine et professeur émérite de médecine récemment retraité de l'Université de Calgary. Membre du Forum national sur la santé et du Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé.

**M<sup>me</sup> Shirley Thomas, Red Deer (Alberta)** – Infirmière autorisée retraitée, ayant une vaste expérience des soins infirmiers en milieu rural. Ancienne directrice des soins infirmiers dans un petit hôpital rural. Ancienne directrice régionale (Alberta) de la Fédération canadienne des femmes diplômées des universités.

**D<sup>r</sup> Peter Newbery, Hazelton (Colombie-Britannique)** – Médecin de famille en milieu rural et directeur des Services de santé de l'Église unie, ayant des responsabilités médicales dans quatre hôpitaux et sept cliniques situés dans des communautés rurales de la Colombie-Britannique et de l'Alberta. Actuellement professeur clinicien et directeur des programmes de bourses pour les études supérieures au département de médecine familiale de l'Université de Colombie-Britannique.

**M<sup>me</sup> Arlene Thorpe, Dawson Creek (Colombie-Britannique)** – Intervenante en soutien communautaire à la Dawson Creek Society for Community Living et trésorière de la Dawson Creek and District Hospital Foundation.

**M. Colin Kinsley, Prince George (Colombie-Britannique)** – Maire de Prince George et vice-président (pour l'Amérique du Nord) de l'Association internationale des maires des villes nordiques.

**M<sup>me</sup> Alice Isnor, Cambridge Bay (Nunavut)** – Ancienne directrice régionale exécutive (de la région de Kitikmeot) au ministère de la Santé et des services sociaux du Nunavut.

**M<sup>me</sup> Jeannie Marie-Jewell, Fort Smith (Territoires du Nord-Ouest)** – Ancienne ministre des Services sociaux, elle a contribué à étendre aux Territoires du Nord-Ouest les programmes de traitement en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, éliminant ainsi l'obligation pour les résidants des Territoires de se rendre dans le Sud du pays pour recevoir des traitements.

**M. Robert Couchman, Whitehorse (Yukon)** – Directeur exécutif, récemment retraité, de la Yukon Family Services Association et membre de la Table réglementaire et juridique de Revenu Canada dans le cadre de l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire.

*Membre d'office*

**M<sup>me</sup> Renée Lyons, Dalhousie (Nouvelle-Écosse)** – Actuellement professeure et directrice du Atlantic Health Promotion Research Centre de l'Université Dalhousie, exerce ses fonctions à la School of Health and Human Performance et au département de psychologie. Également conseillère spéciale du président des Instituts de recherche en santé du Canada en ce qui concerne la santé dans les régions rurales et nordiques.

*Orientations stratégiques  
rurales, éloignées*