



BULLETIN D'ANALYSE

Régions rurales et petites villes du Canada



Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada
Vol. 5, n° 3 (mars 2004)

N° 21-006-XIF au catalogue

L'état de santé et les comportements des jeunes canadiens : Une comparaison rurale-urbaine

Verna Mitura et Ray D. Bollman, Statistique Canada

Faits saillants

- ◆ Les garçons et les filles des régions septentrionales du Canada ont une perception moins favorable de leur état de santé et évaluent leur santé fonctionnelle de façon moins positive.
- ◆ De façon générale, les jeunes des régions septentrionales sont plus susceptibles de fumer. Dans tous les types de régions, les filles sont plus portées que les garçons à fumer.
- ◆ L'embonpoint et l'obésité sont des phénomènes plus répandus chez les garçons des petites municipalités.
- ◆ Un garçon sur quatre consomme de l'alcool de façon excessive dans les petites régions métropolitaines, les petites villes, les petites municipalités et les régions septentrionales. En revanche, ce sont les garçons des grandes régions métropolitaines qui ont présenté le taux d'abus d'alcool le plus faible.
- ◆ En règle générale, le taux d'inactivité physique est le même chez les jeunes dans les régions métropolitaines et les régions non métropolitaines. Ce résultat est différent de celui obtenu dans le cadre d'une étude antérieure, qui a révélé que la population totale des régions rurales était plus portée à être physiquement inactive.



Statistique Canada
Statistics Canada

Canada

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

ISSN 1481-0972

ISBN 0-662-76385-8

Rédacteur : Ray D. Bollman

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

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

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

Numéro de téléphone sans frais : 1 800 465-1991

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

Comité de revue : Denis Chartrand, Ross Vani, Norah Hillary, Heather Clemenson, Aurelie Mogan, Richard Levesque, Deborah Harper, Gaye Ward et Tom Vradenburg.

Remerciements particuliers à : Josée Bourdeau

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada.

©Ministre de l'Industrie, 2004.

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

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

Note de reconnaissance

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

Normes de services à la clientèle

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

Introduction

La santé et le bien-être de la population rurale canadienne suscitent de plus en plus d'intérêt depuis quelques années. Des études ont révélé que la population dans les régions les plus rurales et éloignées du Canada n'est pas en aussi bonne santé que celle dans les régions urbaines (Pitblado et coll., 1999; Shields et Tremblay, 2002; Mitura et Bollman, 2003). Face à ce constat, on a senti le besoin d'analyser les indicateurs de la santé selon le gradient urbanité-ruralité. Si on s'intéresse de plus en plus à la santé et au bien-être des jeunes, c'est parce que les avantages de promouvoir la prévention plutôt que de concentrer les ressources uniquement sur le traitement des malades deviennent évidents.

Dans son approche axée sur la santé de la population, Santé Canada s'intéresse à la fois aux comportements personnels influant sur la santé (usage du tabac, habitudes de consommation alimentaire ou d'alcool, exercice physique, etc.), aux caractéristiques du système de soins de santé (distance par rapport à l'hôpital le plus proche, accessibilité des services médicaux, etc.) et aux facteurs socioéconomiques qui influent sur la santé (revenu, scolarité, traditions culturelles, etc.). Ces dernières années, on a vu naître au Canada beaucoup d'initiatives visant à favoriser la santé et le bien-être des jeunes (p. ex., campagnes antitabac ou de promotion d'un style de vie actif, programmes de sensibilisation à une saine alimentation). Ces messages font-ils une différence?

Cette étude a pour objectif d'examiner l'état de santé des jeunes canadiens (âgés de 12 à 17 ans) dans un large éventail de régions géographiques

allant des plus grandes agglomérations métropolitaines aux régions septentrionales du pays. Afin d'amorcer le virage en faveur de la prévention et de cibler les mesures d'intervention, on doit comprendre la santé des jeunes canadiens. En outre, en cernant les différences entre la jeunesse urbaine et la jeunesse rurale au chapitre des comportements à risque, on peut aider les familles, les décideurs et les collectivités locales à orienter les politiques, les programmes et les services vers le niveau géographique approprié. Cette analyse peut aussi contribuer à confirmer les allégations au sujet des comportements des jeunes ou à dissiper certains mythes.

L'analyse est fondée sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 de Statistique Canada. Le sous-échantillon de jeunes âgés de 12 à 17 ans qui a été tiré de l'échantillon total correspond à 13 174 observations (6 655 garçons et 6 513 filles) représentant quelque 2,4 millions de jeunes.

Sont exclus du champ de l'ESCC les Autochtones (ou non-Autochtones) vivant dans les réserves. Les Autochtones qui résident hors des réserves sont toutefois inclus. Dans ce bulletin, on ne fait pas de distinction entre les Autochtones hors réserves et la population non autochtone. L'étude de Statistique Canada menée par Michael Tjepkema (2002) fournit une comparaison entre la population autochtone hors réserves et le reste de la population canadienne. La publication des données sur la santé de l'Enquête auprès des peuples autochtones est prévue en 2004.

Définitions

Jeunes : Répondants âgés de 12 à 17 ans. Les filles qui étaient enceintes n'ont pas été incluses dans cette analyse, la grossesse influant, bien sûr, sur le niveau des indicateurs de la santé. On n'a pas fait de recherches au sujet des différences qui pourraient exister entre les différents types de régions pour ce qui est des taux de grossesse.

On a sélectionné huit indicateurs afin d'établir le profil de santé des jeunes canadiens :

Autoévaluation de la santé : État de santé autodéclaré. Le répondant est prié de répondre à une question simple, qui s'énonce comme suit : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? ».

Santé fonctionnelle : Indice de l'état de santé (Statistique Canada, 2003) qui donne une idée de la santé fonctionnelle globale d'une personne et qui est fondé sur huit caractéristiques : vue, ouïe, élocution, mobilité (capacité de se déplacer), dextérité (mains et doigts), cognition (mémoire et pensée), état émotif (sentiments), douleur et malaise. Un résultat égal ou supérieur à 0,8 est associé à une excellente ou à une très bonne santé fonctionnelle.

Indice de masse corporelle (IMC) : Méthode servant à évaluer les risques pour la santé par rapport au poids et à la taille de la personne. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Dans le cadre de l'ESCC, les répondants sont priés d'indiquer leur poids et leur taille sans chaussures. Les données sur le poids et la taille servent à calculer l'IMC de chaque répondant. Afin de déterminer les cas d'embonpoint ou d'obésité, on classe les résultats en fonction des seuils internationaux de l'IMC pour les jeunes (Cole et coll., 2000) reproduits dans le tableau ci-après :

Seuils internationaux de l'indice de masse corporelle (IMC) servant à évaluer l'embonpoint et l'obésité, selon le sexe et l'âge				
Âge (années)	Embonpoint ¹		Obésité ²	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	IMC à chaque année d'âge pour atteindre la norme ³ d'embonpoint et d'obésité à l'âge de 18 ans			
12	21.22	21.68	26.02	26.67
13	21.91	22.58	26.84	27.76
14	22.62	23.34	27.63	28.57
15	23.29	23.94	28.30	29.11
16	23.90	24.37	28.88	29.43
17	24.46	24.70	29.41	29.69

Source de données : Les estimations des seuils de l'indice de masse corporelle des jeunes proviennent d'un document publié par Tim J. Cole et coll. (2000) intitulé « *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey* ».

1. La norme d'embonpoint pour les personnes âgées de 18 ans et plus correspond à un indice de masse corporelle de 25 kg/m² ou plus.
2. La norme d'obésité pour les personnes âgées de 18 ans et plus correspond à un indice de masse corporelle de 30 kg/m² ou plus.
3. Les seuils internationaux de l'indice de masse corporelle servant à évaluer l'embonpoint et l'obésité selon le sexe entre les âges de 12 et 18 ans (établies en fonction d'indices de masse corporelle de 25 et 30 kg/m² à l'âge de 18 ans), ont été déterminées en établissant la moyenne des données provenant du Brésil, de la Grande-Bretagne, de Hong Kong, des Pays-Bas, de Singapour et des États-Unis.

L'annexe B compare l'IMC calculé pour chaque sexe avec la perception que les répondants ont de leur propre poids, telle qu'indiquée par leur réponse à la question suivante : « Considérez-vous que vous faites de l'embonpoint, êtes trop maigre ou êtes à peu près normal(e)? ».

Usage du tabac : Répondants ayant déclaré qu'ils fumaient tous les jours ou à l'occasion, en réponse à la question suivante : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ».

Dépression : Probabilité prévue qu'une personne connaisse un épisode dépressif majeur. Les répondants sont priés de répondre à une série de questions au sujet des sentiments qu'ils ont éprouvés au cours des 12 derniers mois : tristesse, dépression, perte d'intérêt pour la plupart des choses, sentiment de fatigue/manque d'énergie, problème de concentration et difficulté à trouver le sommeil. Aux fins de cette étude, une probabilité égale ou supérieure à 0,9 est associée à des symptômes de dépression.

Abus d'alcool : Consommation d'au moins cinq verres d'alcool à une même occasion, une fois par mois ou plus d'une fois par mois. La question posée est la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion? Jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, 2 à 3 fois par mois, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine? ».

Inactivité physique : État déterminé grâce à l'indice de l'activité physique, qui mesure la dépense d'énergie des répondants pendant leurs périodes de loisirs. Le calcul de l'énergie dépensée à l'occasion d'une activité de loisirs qui est exprimée en kcal/kg par jour, est fondé sur le nombre de fois que le répondant s'est adonné à une activité au cours d'une période de 12 mois. La dépense d'énergie est déterminée en fonction de la durée moyenne (en heures) de l'activité et de l'énergie consacrée à celle-ci (nombre de kilocalories par kilogramme de masse corporelle par heure d'activité divisé par 365). Le répondant est reconnu comme physiquement inactif si sa dépense d'énergie pendant les périodes de loisirs est inférieure à 1,5 kcal/kg par jour.

Sentiment d'appartenance : Le sentiment d'appartenance à la communauté locale constitue dans cette étude un indicateur du bien-être émotionnel. La question posée aux répondants était la suivante : « Diriez-vous que votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale est très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible? » Dans cette étude, on a jugé que les jeunes ayant répondu « très fort » et « plutôt fort » à cette question avaient un sentiment positif d'appartenance à leur communauté.

Catégories géographiques

Les répondants ont été classés dans sept catégories géographiques en fonction du type de peuplement qui caractérise leur division de recensement. Les *régions métropolitaines* sont définies comme les divisions de recensement (DR) où au moins 50 000 personnes vivent dans des agglomérations urbaines (de 2 500 habitants ou plus) tandis que les *régions non métropolitaines* sont celles où moins de 50 000 personnes vivent dans des agglomérations urbaines. Les régions métropolitaines et non métropolitaines sont divisées en sept sous-catégories géographiques pour en arriver au gradient urbanité-ruralité suivant :

Catégories géographiques	Population de la division de recensement vivant dans des agglomérations urbaines de 2 500 habitants ou plus	Population de l'ESCC âgée de 12 à 17 ans	
		%	Total pondéré
<i>Régions métropolitaines</i>			
• Grandes régions métropolitaines	1 000 000 ou plus	36,2	880 107
• Régions métropolitaines moyennes	250 000 à 999 999	20,9	509 777
• Petites régions métropolitaines	50 000 à 249 000	15,7	381 698
<i>Régions non métropolitaines</i>			
• Petites villes	20 000 à 49 999	11,9	289 068
• Petites municipalités	2 500 à 19 999	12,0	292 940
• Rurales	Aucun habitant dans des agglomérations urbaines de 2 500 habitants ou plus	1,2	28 970
• Septentrionales	Habitants dans des DR situées entièrement ou en grande partie au nord des parallèles ci-dessous, selon la région : Terre-Neuve-et-Labrador, 50°; Québec et Ontario, 49°; Manitoba, 53°; Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 54°; et la totalité du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut.	2,1	51 612
Total		100,0	2 434 172

Méthodes

Source de données

Cette analyse est fondée sur des données extraites de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (cycle 1.1) de Statistique Canada. L'ESCC, qui a été menée sur une période de 14 mois à compter de septembre 2000, a porté sur les membres des ménages de 12 ans et plus dans l'ensemble des provinces et des territoires (sauf les personnes vivant dans des réserves indiennes, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les personnes dans quelques régions éloignées). La taille de l'échantillon constitué pour l'ESCC était de 131 535 répondants, 83 % des réponses ayant été obtenues par l'entremise d'interviews sur place et 17 % au moyen d'interviews téléphoniques. Le document de Statistique Canada intitulé *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Aperçu de la méthodologie* (Y. Béland, 2002) fournit de plus amples renseignements sur la conception et la méthodologie de l'enquête.

À partir de l'échantillon total de l'ESCC, on a sélectionné un sous-échantillon de garçons et de filles âgés de 12 à 17 ans. Les filles ayant déclaré qu'elles étaient enceintes ont été exclues de l'échantillon. Le nombre d'observations ayant servi à la présente analyse s'élève à 13 174 (6 655 garçons et 6 513 filles).

Technique d'analyse

Toutes les estimations produites à partir des données tirées de l'ESCC ont été pondérées de manière à représenter les populations cibles au plan régional. Toutes les estimations ont été normalisées en fonction du revenu¹ afin de tenir compte la variation de la distribution du revenu d'une région à l'autre (voir l'encadré intitulé « Catégories géographiques »). Étant donné le plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC, on a calculé des intervalles de confiance et des niveaux de signification pour les estimations au moyen d'une méthode de rééchantillonnage *bootstrap*².

Limites

Il a fallu agréger les données selon une définition géographique particulière (énoncée dans l'encadré intitulé « Catégories géographiques ») pour étudier et comparer les indicateurs de la santé selon un gradient urbanité-ruralité. Les comparaisons entre les indicateurs de la santé dans la présente analyse peuvent masquer des fluctuations importantes dues à des facteurs sociodémographiques comme la scolarité, les différences culturelles et la province de résidence. La petite taille de l'échantillon de l'ESCC dans les régions peu peuplées donne un intervalle de confiance comparativement grand dans l'analyse; dans ces cas-là, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Comment lire les chiffres

Les figures 1 à 8 présentent graphiquement les différences entre les jeunes vivant dans les régions métropolitaines et ceux qui résident dans les régions non métropolitaines. Pour chaque type de régions, la moyenne est représentée par le carré pour les garçons et par le triangle pour les filles. L'intervalle de confiance de 95 % (c'est-à-dire qu'il y a 95 % des chances que la moyenne se situe dans cet intervalle) est représenté par la longueur de la ligne verticale. L'étoile au-dessus de la ligne montre qu'il existe un écart statistiquement significatif entre l'indicateur régional et la moyenne nationale pour le sexe dont il s'agit, au niveau de confiance de 95 %. Les écarts entre les sexes peuvent être considérés comme statistiquement significatifs si les intervalles de confiance ne se chevauchent pas.

¹ Le niveau de revenu familial influe souvent sur les résultats de santé. Les résidents ruraux ont un revenu moyen inférieur (Rupnik et coll., 2001; Singh, 2002), bien que les écarts de revenu en milieu rural soient généralement moins prononcés que ceux qui existent en milieu urbain (Rupnik et coll., 2001). Afin d'éliminer les écarts ruraux et urbains attribuables au niveau de revenu et à la répartition du revenu, les variables de santé dont le présent bulletin fait état ont été calculées pour chaque catégorie de revenu, puis « normalisées » (ou rajustées ou repondérées) en fonction de la répartition à l'échelle du Canada des personnes selon la taille du revenu familial. Par conséquent, les résultats indiqués doivent être interprétés comme les résultats qu'on aurait obtenus « si » la répartition des personnes en fonction des tranches de revenu familial avait été la même que la répartition à l'échelle du Canada.

² Étant donné le plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC et la nécessité d'estimer les écarts de taux à différents niveaux géographiques, nous avons eu recours au programme informatique BOOTMAC8.SAS pour l'analyse des données. Les poids réitérés déterminés par rééchantillonnage donnent une estimation plus stable de la variable.

Les filles des régions rurales et septentrionales ont une perception moins favorable de leur santé

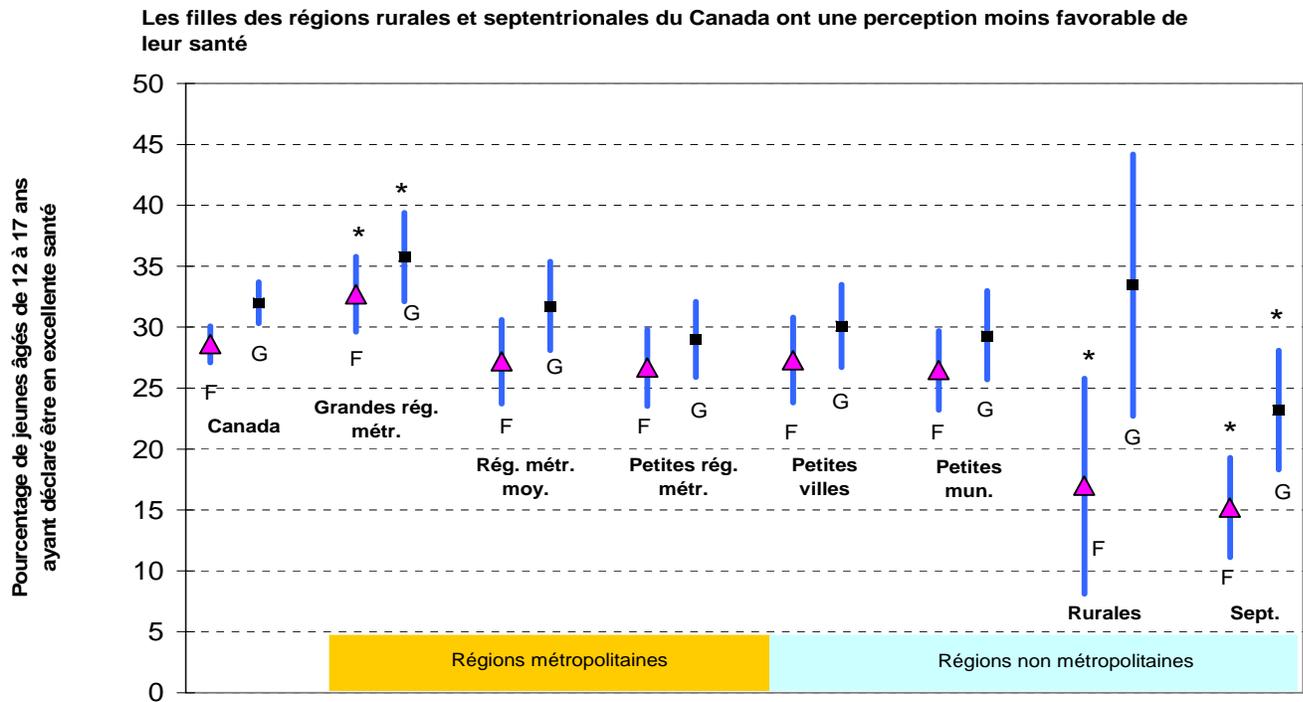
De façon générale, les recherches récentes sur la santé des Canadiens et Canadiennes révèlent que les membres de la population dans les régions rurales et septentrionales du Canada ont une perception moins favorable de leur santé que ceux vivant dans les régions métropolitaines (Mitura et Bollman, 2003). Ce résultat s'applique-t-il aux jeunes également?

La présente analyse montre que la proportion de filles qui considèrent leur santé comme «excellente» est beaucoup plus faible dans les régions rurales et septentrionales du Canada. Bien que 33 % des filles des grandes régions métropolitaines aient estimé être en excellente santé, seulement 17 % des filles des régions rurales et 15 % des filles des régions

septentrionales ont jugé leur santé excellente (figure 1). De même, la proportion des garçons qui ont qualifié leur santé d'excellente était plus faible dans les régions septentrionales (23 %) que dans les grandes régions métropolitaines (36 %).

Pourquoi les filles et les garçons du Nord du Canada ainsi que les filles vivant dans les régions rurales du pays sont-ils proportionnellement moins nombreux à se dire en excellente santé? Est-ce que cette disparité est attribuable à leurs comportements influant sur la santé ou à d'autres facteurs? Dans une étude récente de Statistique Canada, les auteurs concluent que les adolescents qui ont qualifié leur santé de mauvaise, passable ou bonne étaient plus susceptibles de fumer, de boire ou d'être obèses. En outre, il était aussi moins probable que ces adolescents fassent partie d'un ménage ayant un revenu relativement élevé (Tremblay et coll., 2003).

Figure 1



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

Note : * Nettement différent de l'estimation pour le Canada.

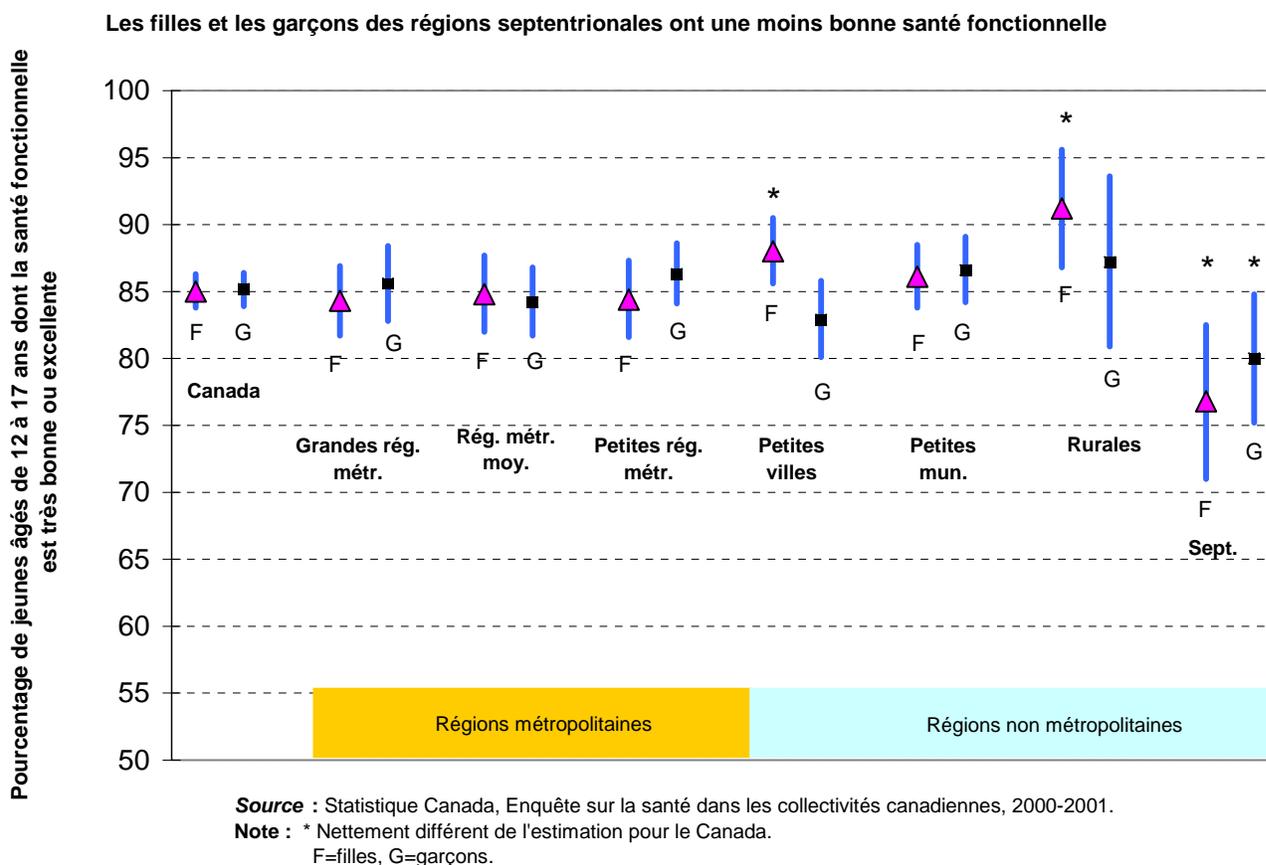
F=filles, G=garçons.

Les filles et les garçons des régions septentrionales ont une moins bonne santé fonctionnelle

La santé fonctionnelle est évaluée au moyen d'un indice fondé sur les huit caractéristiques suivantes : vue, ouïe, élocution, mobilité (capacité de se déplacer), dextérité (mains et doigts), cognition (mémoire et pensée), état émotif (sentiments), douleur et malaise.

Au Canada, on estime à 85 % la proportion de filles et de garçons qui ont une santé fonctionnelle très bonne ou excellente. Dans les régions septentrionales, la santé fonctionnelle des filles et des garçons est beaucoup moins bonne, compte tenu de la moyenne nationale. Seulement 77 % des filles et 80 % des garçons qui vivent dans les régions septentrionales ont une santé fonctionnelle très bonne ou excellente (figure 2). En revanche, les filles des régions rurales sont plus susceptibles d'avoir une bonne ou excellente santé fonctionnelle (91 %).

Figure 2



Les garçons des petites municipalités présentent les plus forts taux d'embonpoint et d'obésité

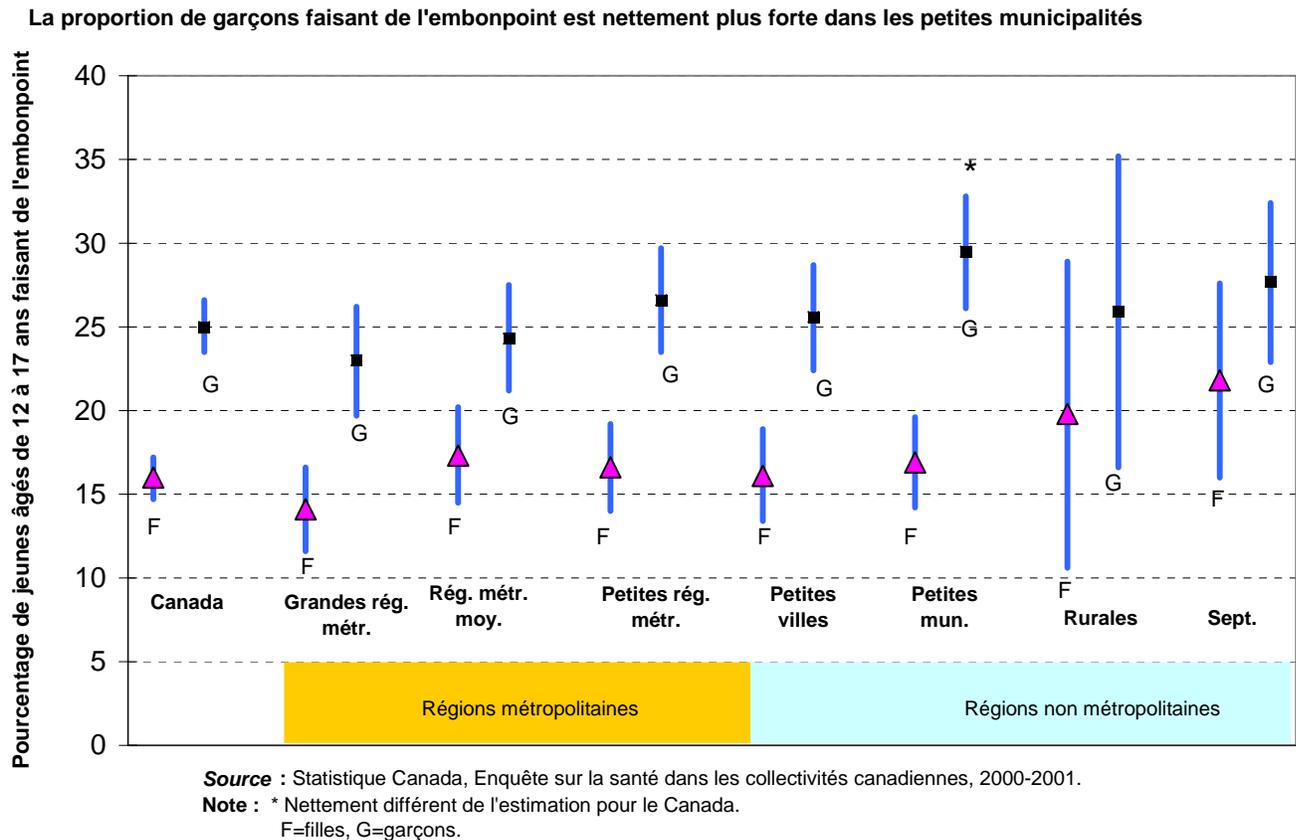
Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2002), l'obésité compte parmi les problèmes de santé publique les plus criants – et les plus négligés – qui existent aujourd'hui. Il s'agit d'un état complexe qui comporte de vastes aspects sociaux et psychologiques et dont les effets se font sentir sur presque toutes les tranches d'âge et tous les groupes socioéconomiques.

L'ESCC révèle que, compte tenu des seuils internationaux de l'indice de masse corporelle pour les jeunes (voir l'encadré « Définitions »

pour plus de détails), 16 % des filles et 25 % des garçons au Canada font de l'embonpoint (figure 3). En outre, 3 % des filles et 6 % des garçons sont obèses (voir le tableau de l'annexe A).

Les plus hauts taux d'embonpoint (30 %) et d'obésité (9 %) ont été observés chez les garçons des petites municipalités (voir l'annexe A). Même si, au Canada, les garçons étaient deux fois plus susceptibles que les filles d'être obèses, la prévalence de l'obésité était à peu près la même pour les deux sexes (annexe A) dans les régions septentrionales du Canada (6 %).

Figure 3



Nous avons comparé l'indice de masse corporelle (IMC) calculé des filles et des garçons avec leur propre perception en matière d'embonpoint. Les résultats indiquent une similitude entre l'IMC calculé des filles et leur perception face à l'obésité. Cependant, les résultats sont fort différents dans le cas des garçons. Bien que l'IMC calculé indique que 25 % des garçons au Canada font de l'embonpoint (pourcentage beaucoup plus élevé que chez les filles), seulement 13 % de ceux-ci (pourcentage beaucoup moins élevé que chez les filles) estiment faire de l'embonpoint (annexe B).

Les chercheurs ont commencé à étudier de plus près également la question à savoir si le fait de faire l'embonpoint dans l'enfance accroît les probabilités d'en faire à l'âge adulte ainsi que le risque de maladie. Selon certains chercheurs, les résultats sont mixtes. On ne sait trop si le risque accru de maladie à l'âge adulte résulte des taux d'obésité plus élevés pendant cette période ou si c'est l'obésité durant l'enfance qui augmente les risques (Power et coll., 1997). Dans une étude

récente effectuée au Royaume-Uni (Wright et coll., 2001)), les auteurs ont suivi 400 personnes entre l'enfance et l'âge de 50 ans. Ils ont conclu que les enfants qui étaient obèses à l'âge de 13 ans étaient plus susceptibles de l'être à l'âge adulte. De plus, ils ont constaté que le fait d'avoir fait de l'embonpoint durant l'enfance ou l'adolescence n'accroissait pas les risques pour la santé à l'âge adulte. Enfin, ils ont affirmé que le fait d'être mince pendant l'enfance ne constituait pas une garantie de ne pas faire de l'embonpoint à l'âge adulte.

Carrière (2003) a conclu que, tant pour les filles que pour les garçons, le fait d'avoir un parent obèse augmentait considérablement les probabilités d'obésité pendant la jeunesse. En outre, chez les filles, les anciennes fumeuses étaient plus susceptibles d'être obèses tandis que chez les garçons, le fait d'être physiquement inactif accroissait les probabilités d'obésité.

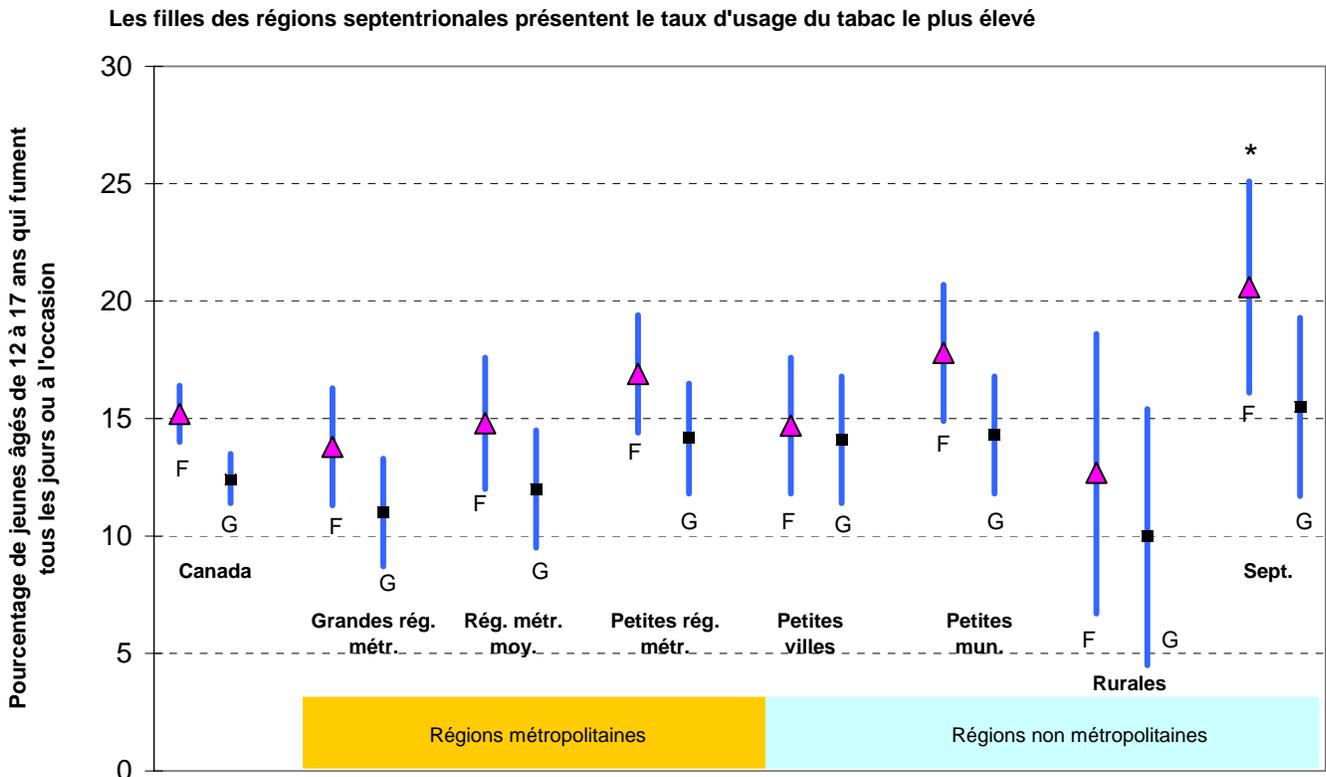
Les filles des régions septentrionales présentent le plus fort taux d'usage du tabac

Selon l'ESCC, 26 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus fument tous les jours ou à l'occasion et la prévalence de l'usage du tabac était plus forte dans les régions rurales (Mitura et Bollman, 2003). Comme l'habitude de fumer dans les pays industrialisés s'acquièrent souvent avant l'âge de 18 ans, il est

essentiel de contrer le tabagisme chez les jeunes si l'on veut réduire la prévalence générale de l'usage du tabac au Canada.

Chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans, 15 % des filles et 12 % des garçons au Canada fument tous les jours ou à l'occasion (figure 4). Les filles des régions septentrionales présentent le plus fort taux d'usage du tabac (21 %). Fait intéressant, on n'a pas constaté d'écart importants entre les différents types de régions en ce qui concerne la prévalence de l'usage du tabac chez les garçons.

Figure 4



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

Note : * Nettement différent de l'estimation pour le Canada.

F=filles, G=garçons.

Le risque de dépression est plus élevé chez les filles que chez les garçons dans tous les types de régions

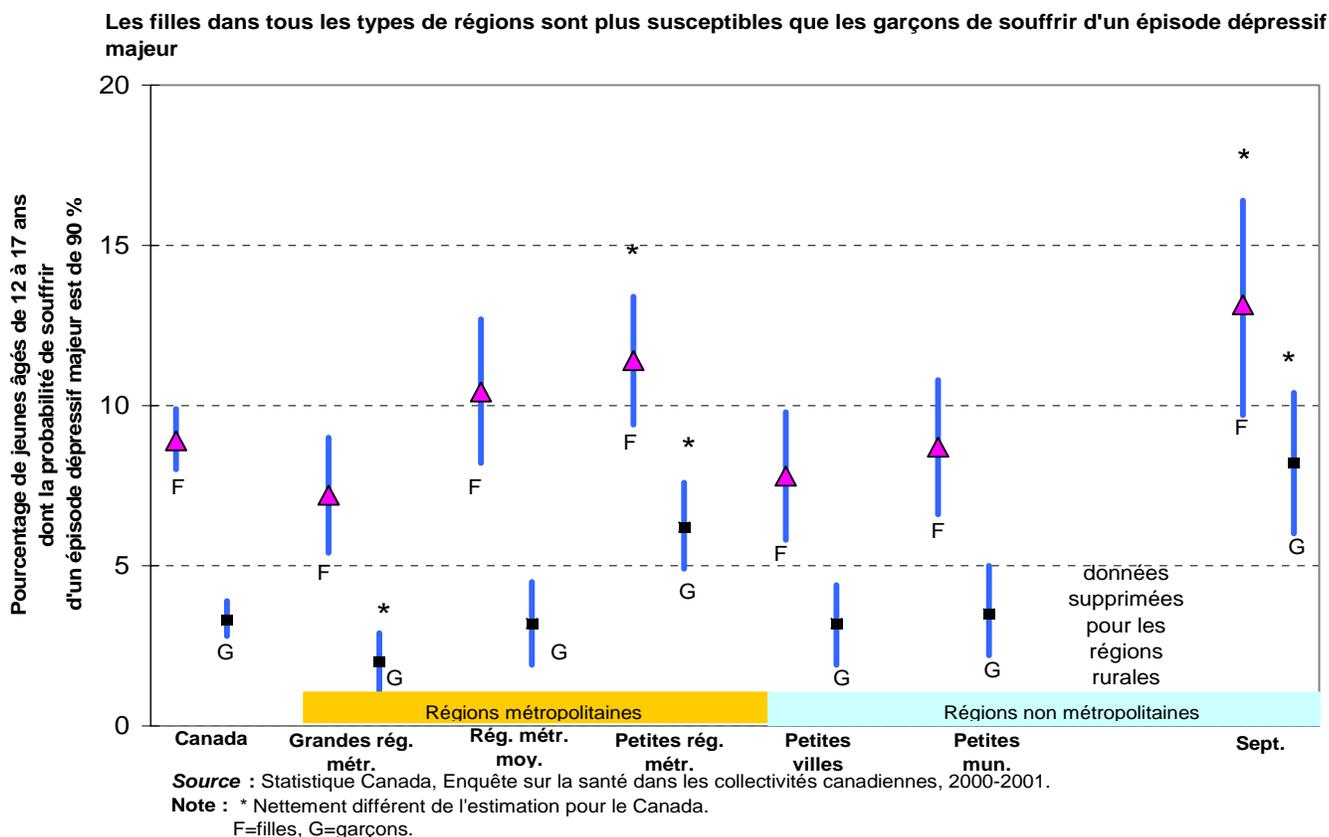
Dans cette étude, la dépression est évaluée selon la probabilité prévue (90 % ou plus) que les jeunes souffrent d'un épisode dépressif majeur. Au Canada, on a estimé qu'un pourcentage sensiblement plus élevé de filles (9 %) que de garçons (3 %) se trouvait dans cet intervalle élevé de probabilité (figure 5). Quel que soit le type de régions, les filles étaient plus susceptibles que les garçons de connaître un épisode dépressif majeur. Ce sont les filles des régions septentrionales (13 %) qui présentaient le plus haut risque de dépression.

Le risque de dépression chez les garçons des grandes régions métropolitaines (2 %) était sensiblement inférieur à la moyenne nationale. En revanche, les garçons des petites régions

métropolitaines et des régions septentrionales présentaient un risque nettement plus élevé (6 % et 8 %, respectivement).

Il a été démontré que la dépression pendant la jeunesse constituait un signe précurseur important de dépression et d'autres problèmes de santé à l'âge adulte. Park (2003) a conclu que les filles avaient tendance à avoir une image moins positive d'elles-mêmes (estime de soi et sentiment de maîtriser les aspects importants de sa vie) que les garçons. Les filles qui avaient une piètre image d'elles-mêmes à l'adolescence étaient plus susceptibles de souffrir de dépression, de juger leur état de santé médiocre et d'être obèse à un jeune âge adulte.

Figure 5

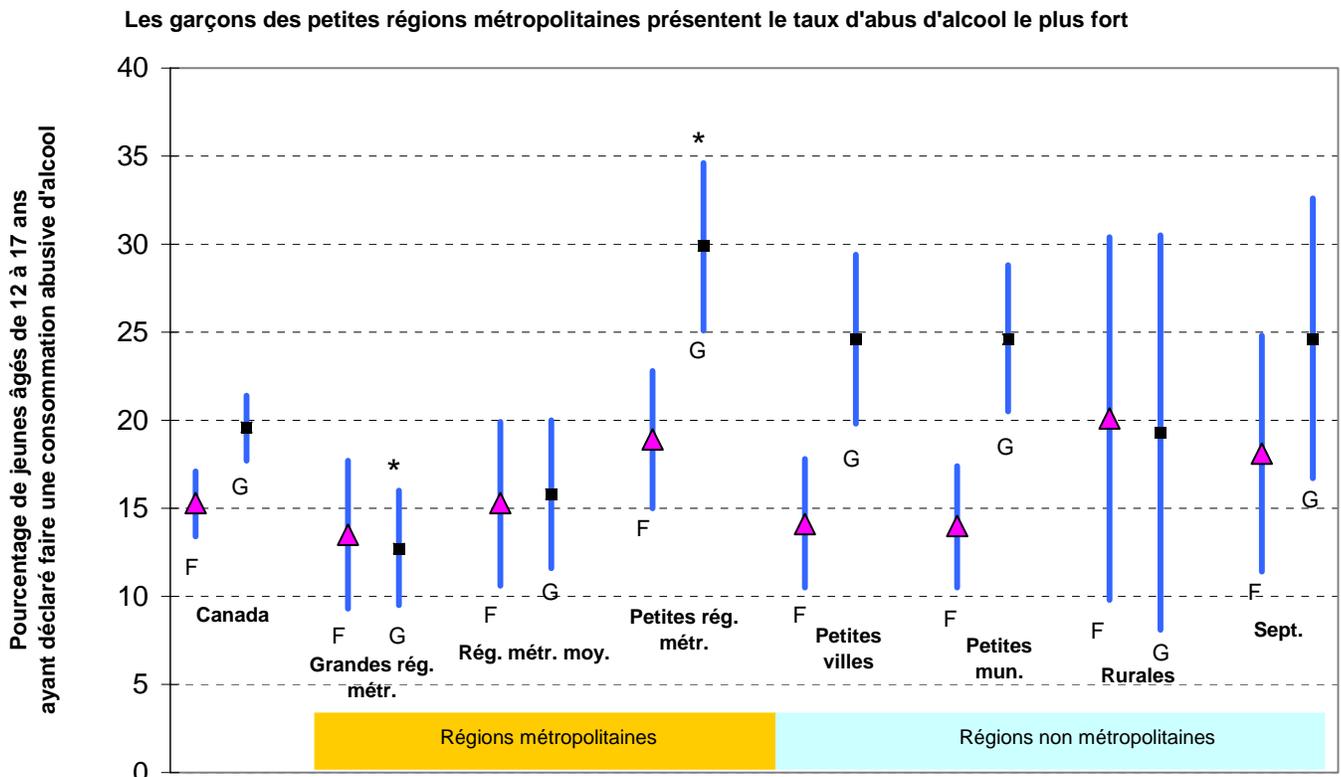


Les garçons des petites régions métropolitaines présentent le plus fort taux d'abus d'alcool

L'abus d'alcool est défini comme la consommation d'au moins cinq verres d'alcool à une même occasion, une fois par mois ou plus d'une fois par mois. À l'échelle nationale, on estime que 20 % des garçons et 15 % des filles boivent de façon abusive au moins une fois par mois (figure 6). On a constaté des écarts marqués entre les filles et les

garçons vivant dans les petites régions métropolitaines, les petites villes et les petites municipalités. Le taux d'abus d'alcool chez les garçons des grandes régions métropolitaines (13 %) était sensiblement inférieur à la moyenne nationale, tandis qu'il était sensiblement supérieur à celle-ci chez les garçons des petites régions métropolitaines (30 %).

Figure 6



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

Note : * Nettement différent de l'estimation pour le Canada.

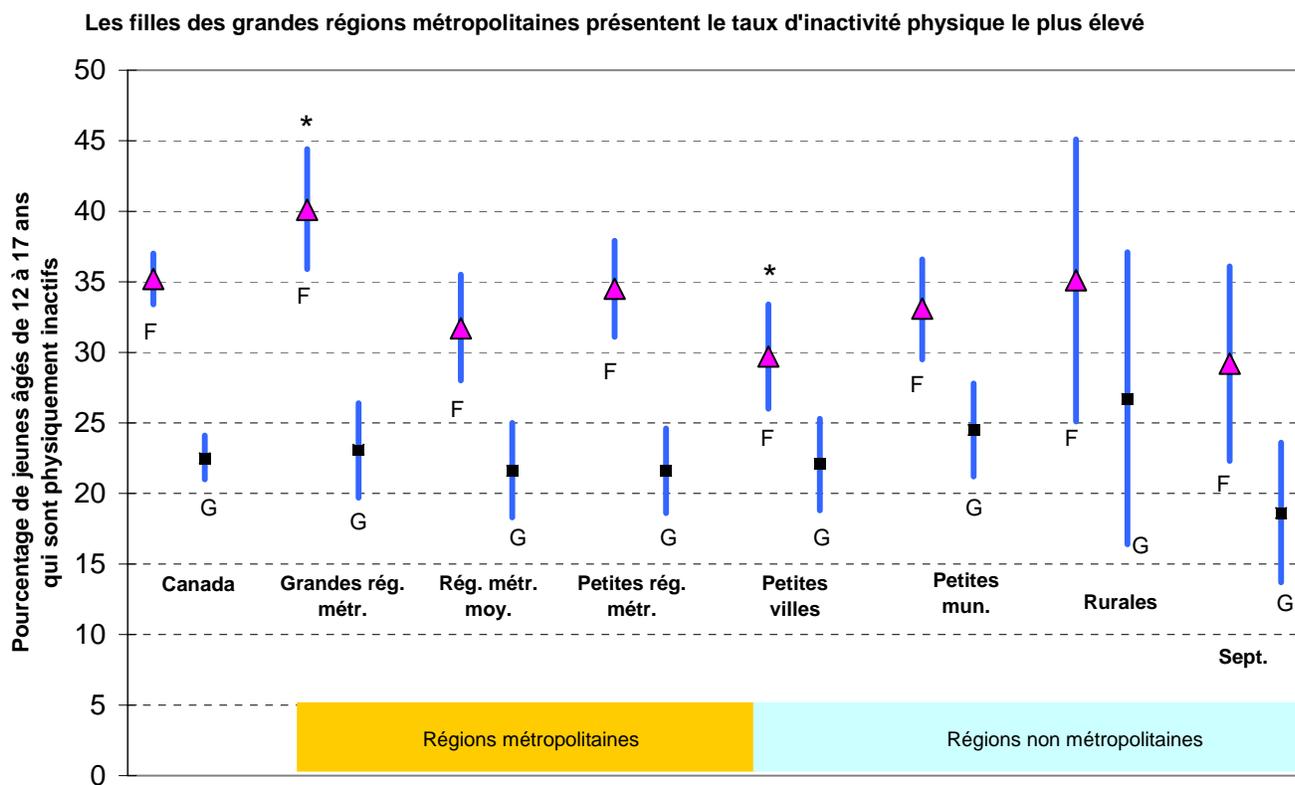
F=filles, G=garçons.

Les filles des grandes régions métropolitaines présentent le taux d'inactivité physique le plus élevé

L'inactivité physique est déterminée grâce à l'indice de l'activité physique, qui mesure la dépense d'énergie des répondants durant leurs activités de loisirs. Cette analyse révèle que les filles au Canada sont nettement plus inactives

(35 %) pendant leurs activités de loisirs que les garçons (23 %). Le taux d'inactivité physique chez les filles est nettement supérieur que chez les garçons des grandes régions métropolitaines, des régions métropolitaines moyennes et des petites villes ou municipalités. Les filles des grandes régions métropolitaines sont celles qui présentent le plus fort taux d'inactivité physique (40 %) – un taux nettement supérieur à la moyenne nationale.

Figure 7

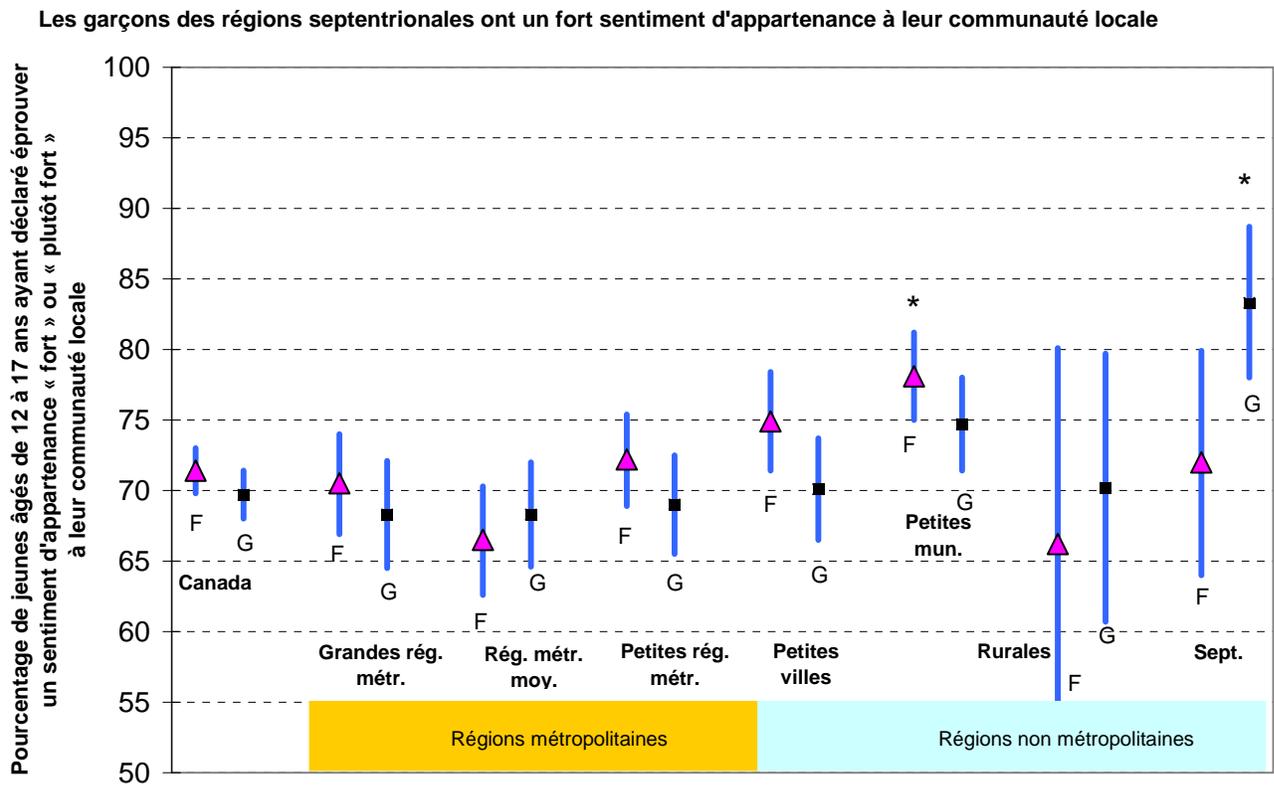


Les garçons des régions septentrionales ont un plus fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale

On a considéré le sentiment d'appartenance à la communauté comme un « comportement des jeunes » dans la présente analyse, étant donné les jeunes âgés de 12 à 17 ans peuvent décider de participer activement à la vie communautaire, et qu'un sentiment d'appartenance contribuerait à leur bien-être personnel.

De façon générale, on estime au Canada que les enfants des régions rurales entretiennent un lien spécial avec leur communauté du fait qu'ils connaissent leurs voisins et grandissent en milieu rural. Nos résultats confirment jusqu'à un certain point cette perception. Sept jeunes canadiens sur 10 ont dit éprouver un sentiment d'appartenance « fort » ou « plutôt fort » à leur communauté locale (figure 8). Une plus grande proportion des filles des petites municipalités (78 %) et des garçons des régions septentrionales (83 %) avait un sentiment d'appartenance à la communauté fort ou plutôt fort.

Figure 8



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

Note : * Nettement différent de l'estimation pour le Canada.

F=filles, G=garçons.

Conclusions

Ce qui étonne le plus dans cette analyse des comportements influant sur la santé des jeunes, c'est peut-être le peu de différences nettes entre les jeunes vivant dans les régions les plus urbanisées du Canada et ceux qui résident dans les petites municipalités ou dans les régions rurales et septentrionales. En règle générale, les différences marquées se situent plus souvent entre les sexes qu'entre les types de régions définis dans ce document.

Cette étude révèle que les garçons des petites régions métropolitaines et des régions non métropolitaines présentent le plus fort taux d'abus d'alcool. L'abus d'alcool chez les jeunes est un sérieux problème, et ce, non seulement du point de vue de la santé mais aussi sur le plan de la sécurité au volant.

Étant donné que les adultes qui fument ont souvent acquis cette habitude avant l'âge de 18 ans, la lutte antitabac chez les jeunes aujourd'hui devrait continuer de revêtir une importance stratégique à l'avenir. D'après les résultats de la présente étude, les programmes devraient cibler les taux de tabagisme élevé chez les filles, particulièrement celles qui vivent dans les régions septentrionales.

Il y a lieu de poursuivre au Canada les recherches visant à cerner les habitudes alimentaires des jeunes et à suivre, jusqu'à l'âge adulte, les jeunes qui ont un poids insuffisant, qui font de l'embonpoint ou qui souffrent d'obésité afin de mieux comprendre l'incidence des habitudes

alimentaires et du poids sur la santé. Il est important que les messages concernant les bienfaits d'une saine alimentation soient communiqués de façon à être compris par les garçons et les filles de tous les types de régions du Canada. De toute évidence, les parents et les enseignants jouent un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit de promouvoir les meilleures habitudes alimentaires. Ils doivent donner l'exemple. Les gouvernements peuvent eux aussi jouer un rôle accru en appuyant les programmes axés sur l'alimentation des jeunes.

Il y a lieu d'insister – particulièrement auprès des filles – sur le fait que l'activité physique constitue un aspect important de la vie quotidienne. Par ailleurs, l'activité physique pourrait peut-être contribuer à réduire la prévalence de la dépression chez les filles. En outre, tous ont la responsabilité de faire en sorte que les jeunes aient un fort sentiment d'appartenance à leur communauté. Comme 30 % de nos jeunes estiment que leur sentiment d'appartenance à leur communauté est plutôt faible ou très faible, il y a place à amélioration.

En résumé, il est important de mieux comprendre les raisons qui expliquent les différences entre les sexes en ce qui concerne la santé et les comportements des jeunes canadiens. Par ailleurs, il y a lieu de tenir compte des différents aspects liés à la santé des filles et des garçons vivant en milieu rural et urbain lorsqu'on élabore des stratégies, des politiques et des programmes.

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

Bibliographie

- Béland, Yves. (2002) « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé* (Ottawa : Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue).
- Carrière, Gisèle. (2003) « Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile », *Rapports sur la santé – Supplément* (Ottawa : Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue, vol. 14), p. 29 à 39.
- Cole, Tim J., Mary C. Bellizzi, Katherine M. Flegal et William H. Dietz. (2000) « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey », *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1 à 6. (www.bmj.com)
- Mitura, Verna et Ray D. Bollman. (2003) « La santé des Canadiens des régions rurales : une comparaison rurale-urbaine des indicateurs de la santé », *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada* (Ottawa : Statistique Canada, n° 21-006-XIF au catalogue, vol. 4, n° 6). (www.statcan.ca/francais/freepub/21-006-XIF/free_f.htm)
- Organisation mondiale de la Santé. (2002) *Rapport sur la santé dans le monde* (Genève : Organisation mondiale de la santé).
- Park, Jungwee. (2003) « L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte », *Rapports sur la santé – Supplément* (Ottawa : Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue, vol. 14), p. 41 à 52.
- Pitblado, J.R. et coll. (1999) *Assessing Rural Health : Toward Developing Health Indicators for Rural Canada* (Sudbury : Université Laurentienne, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord). (www.laurentian.ca/cranhr/pdf/indicat/indcatsr.pdf)
- Power, C., J.K. Lake et T.J. Cole. (1997) « Measurement and long term health risks of child and adolescent fatness », *International Journal of Obesity*, vol. 21, p. 507 à 626.
- Rupnik, Carlo, Margaret Thompson-James et Ray D. Bollman. (2001) « Évaluation du bien-être économique des Canadiens ruraux au moyen d'indicateurs de revenu », *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada* (Ottawa : Statistique Canada, n° 21-006-XIF au catalogue, vol. 2, n° 5). (www.statcan.ca/francais/freepub/21-006-XIF/free_f.htm)
- Shields, Margot et Stéphane Tremblay. (2002) « La santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé – Supplément* (Ottawa : Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue, vol. 13).
- Singh, Vik. (2002) « La disparité des revenus en milieu rural au Canada : Une comparaison entre les provinces », *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada* (Ottawa : Statistique Canada, n° 21-006-XIF au catalogue, vol. 3, n° 7). (www.statcan.ca/francais/freepub/21-006-XIF/free_f.htm)
- Statistique Canada. (2003) *Définitions, sources de données et méthodes* (Ottawa : Statistique Canada). (www.statcan.ca/francais/concepts/definitions/geography_f.htm)
- Tjepkema, Michael. (2002) « La santé des autochtones hors-réserve », *Rapports sur la santé – Supplément* (Ottawa : Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue, vol. 13), p. 73 à 88.
- Tremblay, Stéphane, Susan Dahinten et Dafna Kohen. (2003) « Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents », *Rapports sur la santé – Supplément* (Ottawa : Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue, vol. 14), p. 7 à 16.
- Wright, Charlotte M., Louise Parker, Douglas Lamont et Alan W. Craft. (2001) « Implications of childhood obesity for adult health : findings from thousand families cohort study », *British Medical Journal*, vol. 323, p. 1280 à 1284.

Annexe A

Certains indicateurs de la santé selon le type de régions, jeunes âgés de 12 à 17 ans, Canada, 2000-2001

Indicateur	Canada	Régions métropolitaines			Régions non métropolitaines			
		Grandes	Moyennes	Petites	Petites villes	Petites municipalités	Rurales	Septentrionales
(pourcentage)								
Autoévaluation de la santé (excellente)								
Filles	28.6 (27,1-30,1)	32,7* (29,6-35,8)	27.2 (23,7-30,6)	26.7 (23,5-29,8)	27.3 (23,8-30,8)	26.5 (23,2-29,7)	17,0* E (8,1-25,8)	15,2* (11,1-19,3)
Garçons	32.0 (30,3-33,7)	35.8 (32,1-39,4)	31.7 (28,1-35,4)	29.0 (25,9-32,1)	30.1 (26,7-33,5)	29.3 (25,7-33,0)	33.5 (22,7-44,2)	23,2* (18,3-28,1)
Santé fonctionnelle (excellente/très bonne)								
Filles	85.0 (83,8-86,3)	84.3 (81,7-86,9)	84.8 (82,0-87,7)	84.4 (81,6-87,3)	88,0* (85,6-90,5)	86.1 (83,8-88,5)	91,2* (86,8-95,6)	76,8* (71,0-82,5)
Garçons	85.2 (83,9-86,4)	85.6 (82,8-88,4)	84.2 (81,7-86,8)	86.3 (84,1-88,6)	82.9 (80,1-85,8)	86.6 (84,2-89,1)	87.2 (80,9-93,6)	80,0* (75,2-84,8)
Indice de masse corporelle (obésité)								
Filles	3.4 (2,8-4,0)	3,3 E (2,0-4,7)	2,8 E (1,6-4,1)	3,5 E (2,3-4,8)	3,6 E (2,1-5,2)	3,7 E (2,4-5,0)	F F	5,4 E (2,7-8,2)
Garçons	6.0 (5,2-6,8)	4,7 (3,2-6,2)	5,5 (3,8-7,3)	7,4 (5,6-9,3)	6,1 (4,5-7,7)	9,4* (7,2-11,7)	F F	6,0 E (3,7-8,4)
Indice de masse corporelle (embonpoint)								
Filles	16.0 (14,7-17,2)	14,1 (11,6-16,6)	17,3 (14,5-20,2)	16,6 (14,0-19,2)	16,1 (13,4-18,9)	16,9 (14,2-19,6)	19,8 E (10,6-28,9)	21,8 (16,0-27,6)
Garçons	25.0 (23,5-26,6)	23,0 (19,7-26,2)	24,3 (21,2-27,5)	26,6 (23,5-29,7)	25,6 (22,4-28,7)	29,5* (26,1-32,8)	25,9 E (16,6-35,2)	27,7 (22,9-32,4)
Autoévaluation (embonpoint)								
Filles	19.0 (17,6-20,5)	18,7 (15,8-21,5)	19,4 (16,2-22,6)	19,3 (16,5-22,1)	18,8 (15,9-21,6)	20,0 (17,3-22,8)	21,3 E (11,8-30,8)	21,2 (15,1-27,3)
Garçons	12.6 (11,4-13,8)	14,6 (11,9-17,3)	11,0 (8,8-13,1)	11,8 (9,5-14,1)	11,1 (9,0-13,2)	12,5 (10,2-14,8)	11,3 E (5,8-16,9)	9,8 (6,7-12,9)
Usage du tabac (tous les jours ou à l'occasion)								
Filles	15.2 (14,0-16,4)	13,8 (11,3-16,3)	14,8 (12,0-17,6)	16,9 (14,4-19,4)	14,7 (11,8-17,6)	17,8 (14,9-20,7)	12,7 E (6,7-18,6)	20,6* (16,1-25,1)
Garçons	12.4 (11,4-13,5)	11,0 (8,7-13,3)	12,0 (9,5-14,5)	14,2 (11,8-16,5)	14,1 (11,4-16,8)	14,3 (11,8-16,8)	10,0 E (4,5-15,4)	15,5 (11,7-19,3)
Dépression (probabilité de 90 %)								
Filles	8.9 (8,0-9,9)	7,2 (5,4-9,0)	10,4 (8,2-12,7)	11,4* (9,4-13,4)	7,8 (5,8-9,8)	8,7 (6,6-10,8)	F F	13,1* (9,7-16,4)
Garçons	3.3 (2,8-3,9)	2,0* E (1,1-2,9)	3,2 E (1,9-4,5)	6,2* (4,9-7,6)	3,2 E (1,9-4,4)	3,5 E (2,2-5,0)	F F	8,2* (6,0-10,4)
Abus d'alcool (5+ verres)								
Filles	15.3 (13,4-17,1)	13,5 (9,3-17,7)	15,3 (10,6-19,9)	18,9 (15,0-22,8)	14,1 (10,5-17,8)	14,0 (10,5-17,4)	20,1 E (9,8-30,4)	18,1 E (11,4-24,8)
Garçons	19.6 (17,7-21,4)	12,7* (9,5-16,0)	15,8 (11,6-20,0)	29,9* (25,1-34,6)	24,6 (19,8-29,4)	24,6 (20,5-28,8)	19,3 E (8,1-30,5)	24,6 E (16,7-32,6)
Indice de l'activité physique (inactivité)								
Filles	35.2 (33,4-37,0)	40,1* (35,9-44,4)	31,7 (28,0-35,5)	34,5 (31,1-37,9)	29,7* (26,0-33,4)	33,1 (29,5-36,6)	35,1 (25,1-45,1)	29,2 (22,3-36,1)
Garçons	22.5 (21,0-24,1)	23,1 (19,7-26,4)	21,6 (18,3-25,0)	21,6 (18,6-24,6)	22,1 (18,8-25,3)	24,5 (21,2-27,8)	26,7 E (16,4-37,1)	18,6 (13,7-23,6)
Sentiment d'appartenance à la communauté (fort/plutôt fort)								
Filles	71.4 (69,8-73,0)	70,3 (66,7-73,9)	66,4 (62,5-70,3)	72,8 (69,7-75,9)	75,6 (72,2-78,9)	78,1* (74,9-81,4)	64,7 (49,2-80,2)	72,3 (64,2-80,3)
Garçons	69,7 (68,0-71,4)	68,3 (64,5-72,1)	68,3 (64,6-72,0)	69,0 (65,5-72,5)	70,0 (66,5-73,7)	74,7 (71,4-78,0)	70,2 (60,7-79,7)	83,3* (78,0-88,7)

Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001.

Notes :

- La répartition des divisions de recensement entre les diverses catégories géographiques énumérées dans l'encadré intitulé « Catégories géographiques » est fondée sur les codes de Beale.
- Le calcul des coefficients de variation (CV) et des intervalles de confiance de 95 % (indiqués entre parenthèses) a été fait selon la méthode *bootstrap*. Les données dont le CV varie entre 16,6 % et 33,3 % sont identifiées par un E et doivent être interprétées avec prudence. Les données dont le CV est supérieur à 33,3 % sont identifiées par un F et sont supprimées en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage.
- * Nettement différent de la moyenne nationale (intervalle de confiance de 95 %) selon le sexe. Les coefficients surlignés en bleu sont nettement « meilleurs » que la moyenne canadienne pour le sexe dont il s'agit tandis que ceux qui sont surlignés en jaune sont nettement « pires ».
- Les estimations sont normalisées en fonction du revenu.

Annexe B

Comparaison de la prévalence de l'embonpoint, telle qu'indiquée par l'indice de masse corporelle calculé, avec la prévalence de l'autodéclaration de l'embonpoint

Selon l'indice de masse corporelle (IMC) – la norme d'évaluation de l'obésité ou de l'embonpoint – tel que calculé dans le cadre de l'ESCC, la probabilité de faire de l'embonpoint est beaucoup plus élevée chez les garçons que chez les filles (figure 3). Cependant, les garçons sont beaucoup moins susceptibles d'estimer faire de l'embonpoint (tableau ci-dessous).

Différence entre l'autoévaluation de l'embonpoint et l'indice de masse corporelle calculé, garçons et filles âgés de 12 à 17 ans, Canada, 2000-2001

		Filles	Garçons	Différence : Pourcentage de garçons obèses ou faisant de l'embonpoint moins pourcentage de filles obèses ou faisant de l'embonpoint
rangée		col. 1	col. 2	col. 3 (= col. 2 moins col. 1)
(1)	Pourcentage de jeunes obèses (IMC > 30 kg/m ²)	3.4	6.0	2.6
(2)	Pourcentage de jeunes faisant de l'embonpoint (IMC > 25 kg/m ²)	16.0	25.0	9.0
(3)	Pourcentage de jeunes ayant déclaré faire de l'embonpoint en réponse à la question : « Considérez-vous que vous faites de l'embonpoint, êtes trop maigre ou êtes à peu près normal(e)? »	19.0	12.6	-6.4
(4) (= rangée(3) moins rangée(2))	Différence : Pourcentage de jeunes ayant la perception de faire de l'embonpoint moins pourcentage de jeunes avec IMC calculé > 25 kg/m ²	3.0	-12.4	

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

Fait intéressant, lorsque les chercheurs britanniques et américains (Cole et coll., 2000) ont élaboré une définition acceptable à l'échelle internationale de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants en se fondant sur six pays, ils ont exclu de leur analyse les ensembles de données du Canada parce que les observations canadiennes durant la puberté étaient nettement aberrantes.

Les comparaisons dans le tableau B de l'annexe indiquent :

1. que, comparativement aux filles, les garçons qui font de l'embonpoint sont proportionnellement beaucoup plus nombreux, mais que la proportion des garçons qui estiment faire de l'embonpoint, comparativement à celle des filles, est beaucoup plus faible (voir la colonne 3); mais
2. que, comparativement à l'IMC calculé, la proportion des filles qui jugent faire de l'embonpoint est légèrement plus élevée, mais que la proportion des garçons qui ont la même perception est beaucoup plus faible (voir la rangée 4).

Étant donné que la perception des filles qui estiment faire de l'embonpoint concorde avec les seuils calculés de l'IMC, et que la proportion des garçons qui ont la même perception est plus faible (comme on s'y attendait), on craint que la proportion des garçons faisant de l'embonpoint obtenue en se fondant sur les seuils calculés de l'IMC ne soit trop élevée.

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

Volume 1

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

Volume 2

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

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

Volume 3

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

Volume 4

- n° 1 : Emploi à temps partiel dans les régions rurales du Canada**
Justin Curto et Neil Rothwell
- n° 2 : Les immigrants au Canada rural**
Roland Beshiri et Emily Alfred
- n° 3 : L'équilibre de l'emploi entre les hommes et les femmes des régions rurales et petites villes du Canada**
Justin Curto et Neil Rothwell
- n° 4 : Le fossé ville/campagne ne se comble pas : La disparité des revenus perdure**
Alessandro Alasia et Neil Rothwell
- n° 5 : Le niveau de scolarité dans les régions rurales et urbaines : Analyse des tendances, 1981 à 1996**
Alessandro Alasia
- n° 6 : La santé des canadiens des régions rurales : Une comparaison rurale-urbaine des indicateurs de la santé**
Verna Mitura et Ray D. Bollman
- n° 7 : Diversification économique rurale – une approche locale et régionale**
Marjorie Page et Roland Beshiri
- n° 8 : Au-delà de l'agriculture proprement dite : l'emploi dans le secteur de l'agriculture et de l'agroalimentaire dans les régions rurales et urbaines du Canada**
Barbara Keith

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

Volume 5

n° 1 : Facteurs d'utilisation d'Internet à la maison

Vik Singh

n° 2 : Cartographie de la diversité socio-économique du Canada rural

Alessandro Alasia