



**RÔLE DU FÉDÉRAL DANS LA SANTÉ  
EN MILIEU RURAL**

**Nancy Miller Chenier**  
*Division des affaires politiques et sociales*

**Le 12 octobre 2000**

---

**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH  
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

**La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.**

N.B. Dans ce document, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractère gras**.

**THIS DOCUMENT IS  
ALSO PUBLISHED IN  
ENGLISH**

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>PAGE</b>
CONTEXTE DE LA SANTÉ EN MILIEU RURAL .....	1
INTÉRÊT FÉDÉRAL ACTUEL POUR LA SANTÉ EN MILIEU RURAL .....	4
A. Ministères responsables de la santé en milieu rural .....	4
B. Mesures parlementaires en santé en milieu rural .....	6
IDÉES MAÎTRESSES DE L'ACTION FÉDÉRALE EN SANTÉ EN MILIEU RURAL .....	8
A. Autorité constitutionnelle .....	8
B. Approches sanitaires .....	9
C. Distribution des fonds .....	10
D. Accès aux professionnels et aux établissements .....	12
E. Recherche .....	13
CONCLUSION .....	15



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT  
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

## RÔLE DU FÉDÉRAL DANS LA SANTÉ EN MILIEU RURAL

« La santé des ruraux est inextricablement liée à celle des communautés rurales<sup>(1)</sup> ».

Le présent document examine brièvement la façon dont le Canada définit sa population rurale et pourquoi les habitants des campagnes vivent des problèmes particuliers en matière de santé. Il examine par la suite les efforts fédéraux actuels pour régler les problèmes de santé en milieu rural et traite de certaines variables qui influent sur la participation future du gouvernement fédéral et sur sa capacité d'agir sur les problèmes de santé à la campagne.

### CONTEXTE DE LA SANTÉ EN MILIEU RURAL

Une partie importante du Canada est rurale. Lorsque la densité de la population et les lieux géographiques sont considérés, le Canada rural compte environ 31 p. 100 de la population et pour 95 p. 100 du territoire du pays<sup>(2)</sup>. Cette population rurale comprend des personnes aux besoins divergents qui diffèrent par l'âge, le sexe, la situation socio-économique, l'emploi et l'origine ethnique, tandis que le territoire lui-même couvre des terrains divers et comprend une gamme diversifiée d'activités économiques : exploitation des ressources, industries manufacturières et de services.

*Dialogue rural*, document de 1998 préparé par le gouvernement fédéral à des fins de consultation publique, signale les différences touchant la population du Canada rural et où elle vit. On y affirme que « le Canada rural comprend les collectivités rurales et éloignées ainsi que les petites villes en périphérie des grands centres urbains, tant dans l'extrême Nord qu'à

---

(1) William Ramp, "Where do we go from here," in William Ramp, Judith Kulig, Ivan Townshend, Virginia McGowan (eds.), *Health in Rural Settings: Contexts for Action*, Lethbridge: University of Lethbridge, 1999, p. 297.

(2) *Ibid.*, p. 17.

proximité des grandes villes »<sup>(3)</sup>. On signale que dans les provinces de l'Atlantique, près de la moitié de la population vit dans les campagnes, ce qui inclut la majorité des collectivités acadiennes et noires. En outre, on signale qu'au Canada, plus de la moitié des Autochtones (en réserve ou dans les villages inuits ou métis) vivent dans les campagnes. D'autres sources indiquent que les populations rurales continuent de diminuer, en particulier parce que les jeunes continuent de partir pour aller étudier et travailler en ville et que les aînés cherchent un meilleur accès aux soins de longue durée. En même temps, les populations rurales sont en augmentation à proximité des villes ou dans les lieux de villégiature<sup>(4)</sup>.

Ainsi, le Canada rural se compose de communautés différant par la langue, la culture, l'environnement, le paysage et l'économie. Chaque communauté affronte à son tour des défis différents pour répondre aux besoins multiples de sa population. Cette diversité de population et de territoire s'oppose à une approche unique à la santé en milieu rural.

Même si ces approches n'ont jamais été unidimensionnelles ni statiques, le point de vue le plus courant s'est limité aux interprétations biologiques et médicales en oubliant le contexte social, économique, culturel ou politique plus large. Cependant, le fédéral, les provinces et les territoires, reconnaissant que la santé ne tient pas seulement aux services médicaux, ont élargi leur approche<sup>(5)</sup> : désormais, toute stratégie visant la santé de la population doit tenir compte d'une vaste gamme de déterminants tels que le revenu et le statut social; le réseau d'appui; l'éducation; l'emploi et les conditions de travail; l'environnement social et physique; les pratiques personnelles et les habiletés d'adaptation; le développement des enfants; les antécédents biologiques et génétiques, les services de santé, le sexe et la culture<sup>(6)</sup>.

Il est facile de voir où la régionalité et la ruralité peuvent englober plusieurs de ces déterminants. Le *dialogue rural* indique que « les chiffres nationaux révèlent que les campagnes sont différentes des zones urbaines : ainsi, le chômage y est généralement plus élevé, la scolarité plus faible et, dans de nombreuses localités, il y a plus de départs que d'arrivées »<sup>(7)</sup>.

---

(3) Canada, Partenariat rural canadien, *Document de travail pour le dialogue rural*, Ottawa, 1998. [http://www.rural.gc.ca/overvi\\_f.htm](http://www.rural.gc.ca/overvi_f.htm)

(4) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural : Rapport annuel au Parlement*, Agriculture et Agroalimentaire Canada, mai 2000, p. 18. [www.rural.gc.ca](http://www.rural.gc.ca)

(5) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Santé Canada, Ottawa 1994.

(6) Santé Canada, site Web de la santé de la population. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/>

(7) Canada, Partenariat rural canadien, *Questions pour les Canadiens des régions* (1998).

Plus précisément, en matière de santé, le Bureau fédéral de la santé rurale signale ce qui suit :

Dans ces régions, les réalités et les besoins en matière de santé diffèrent de ceux des centres urbains. Ces besoins peuvent être liés spécifiquement à l'environnement (p. ex. : le besoin de formation en prévention de renversement de tracteur), aux changements démographiques (p. ex. : l'augmentation de la population d'ânés dans certaines régions rurales), à un besoin en santé commun existant dans un environnement rural donné (p. ex. : l'état de santé des communautés des Premières nations), ou la nécessité de s'attaquer aux préoccupations de santé selon une perspective qui tient compte de la « réalité rurale » (p. ex. : des services d'obstétrique qui n'obligent pas les femmes des milieux ruraux à se déplacer sur de « longues distances »)<sup>(8)</sup>.

La réalité sanitaire particulière des ruraux peut également varier de celle des urbains et selon la région rurale. Ainsi, on estime que « le Canadien des campagnes vit en moyenne à 10 kilomètres du médecin le plus proche »; « plus on se déplace vers le nord plus le médecin est loin »<sup>(9)</sup>. Pour d'autres facteurs, comme l'emploi saisonnier, la population rurale des Prairies jouit d'un taux de chômage beaucoup plus faible que la population rurale des provinces de l'Atlantique.

Le rapport du Sommet sur la recherche sur la santé en milieu rural d'octobre 1999 en Colombie-Britannique brosse ce tableau :

Les ruraux du Canada savent d'instinct que leur santé est compromise et leur espérance de vie plus courte, que les soins de santé sont moins accessibles et que des soins complets et constants ne constituent pas une attente réaliste. Les taux de décès et de mortalité infantile sont plus élevés, mais aussi le taux de fertilité, ce qui crée un bassin de jeunes enfants et d'adultes âgés, dans un contexte où les jeunes adultes partent, attirés par les villes. Certaines communautés sont fragiles tandis que d'autres ont acquis une résistance indéniable<sup>(10)</sup>.

---

(8) Santé Canada, *Santé rurale*, Ottawa, 2000. <http://www.hc-sc.gc.ca/santerurale/>

(9) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural* (2000).

(10) M. Watanabe avec A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for all Canadians*, Rapport du Sommet sur la recherche sur la santé en milieu rural, Prince George, Colombie-Britannique, octobre 1999, p. 4. <http://www.unbc.ca/ruralhealth/>

Comme on le voit, le Canada rural compte une part importante de la population et du territoire du pays. Leur diversité pose des défis aux provinces et aux territoires qui assurent les services de santé. Pour le fédéral, les mesures facilitant une perspective nationale large sensible aux besoins en milieu rural doivent respecter les frontières des responsabilités gouvernementales.

## **INTÉRÊT FÉDÉRAL ACTUEL POUR LA SANTÉ EN MILIEU RURAL**

Si les appels en faveur d'une attention fédérale aux problèmes particuliers de santé des ruraux ne sont pas nouveaux, l'attention du gouvernement à cet égard s'est renouvelé ces dernières années <sup>(11)</sup>. Les Discours du Trône, les rapports parlementaires et les budgets témoignent d'un engagement politique et financier envers les infrastructures requises par les communautés rurales. En 1999, le premier ministre a créé au Cabinet le poste de Secrétaire d'État au développement rural. Pour ce qui est de la santé, Santé Canada a créé le Bureau de la santé rurale en 1998, mécanisme pour l'application de la perspective rurale aux mesures ministérielles et nationales. Les pages qui suivent abordent certaines mesures ministérielles et parlementaires récentes en santé en milieu rural.

### **A. Ministères responsables de la santé en milieu rural**

Santé Canada est le maître d'œuvre au niveau national des mesures destinées à maintenir et à favoriser la santé de tous les Canadiens, y compris ceux des campagnes. Il compte travailler de concert avec les autres ministères et organismes fédéraux de même qu'avec les provinces et les territoires. La coordination horizontale intégrée est même un thème clé du cadre fédéral d'action de 1999. Parmi 11 priorités du cadre, plusieurs ont rapport à la santé rurale : outre l'accès aux soins, elles concernent l'accès aux ressources financières, le développement du leadership en ressources humaines, les communications en milieu rural et les partenariats pour le développement communautaire <sup>(12)</sup>.

---

(11) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural* (2000).

(12) Cadre fédéral d'action dans le Canada rural. [http://www.rural.gc.ca/framework\\_f.html](http://www.rural.gc.ca/framework_f.html)

Santé Canada appuie des mesures de santé en milieu rural de multiples façons<sup>(13)</sup> :

- *besoins de santé en milieu rural* (p. ex., Initiative d'innovation en santé rurale et communautaire et Programme canadien de partenariats en infostructure en santé);
- *groupes touchés* (p. ex., Programme de soins à domicile et communautaires pour les Premières nations et les Inuits, Projet national sur la télésanté pour les Premières nations);
- *problèmes de santé en milieu rural* (p. ex., Fonds d'adaptation des services de santé, Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes, Programme canadien de nutrition prénatale).

Outre le rôle direct de Santé Canada, le premier rapport annuel sur les actions fédérales répondant à l'engagement envers les ruraux signale beaucoup de mesures prises par d'autres ministères, seuls ou en collaboration<sup>(14)</sup>. Mentionnons :

- Environnement Canada et Santé Canada, qui aident les communautés rurales dans leurs décisions grâce au Programme d'animation communautaire en santé et en environnement;
- Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, qui collaborent avec Environnement Canada à nettoyer les sites contaminés en régions éloignées et à œuvrer avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord à améliorer l'eau et les égouts dans les réserves;
- Industrie Canada finance des projets pour améliorer l'accès des communautés rurales à la télémédecine;
- Développement des ressources humaines Canada, qui informe les communautés rurales sur le développement et les soins infantiles par Vision de la garde d'enfants et favorise les études postsecondaires grâce au Programme canadien de prêts aux étudiants;
- Agriculture et Agroalimentaire Canada, qui œuvre à la sécurité et à la qualité des aliments par son Fonds canadien d'adaptation et de développement rural;
- Anciens combattants Canada, qui œuvre avec des ministères provinciaux et des organismes d'anciens combattants dans le développement de l'accès à l'information et à la technologie médicales;
- La Gendarmerie royale du Canada, qui lutte contre le crime, le suicide et la violence familiale en milieu rural en faisant participer les communautés.

---

(13) Santé Canada, *Agir en matière de santé en milieu rural*, Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000. <http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/TakingAction.pdf>

(14) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural* (2000).



Comme ces exemples le suggèrent, la santé en milieu rural est traitée comme un dossier horizontal qui occupe de nombreuses institutions fédérales. Celles-ci interagissent avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec une foule d'organisations non gouvernementales (ONG) qui représentent la population et les communautés rurales, ou encore avec des groupes qui partagent un intérêt dans certains aspects de la santé en milieu rural. Ces ONG ou groupes, souvent qualifiés d'intervenants ou de partenaires, ont une composition et des missions fort variées. Parmi ceux qui influencent les mesures fédérales, mentionnons :

- des entrepreneurs autochtones comme le Peace Hills Trust et l'Association nationale des sociétés autochtones de financement;
- des organismes visant les jeunes comme le YMCA et les associations scolaires;
- des associations gravitant autour des universités et des collèges;
- des organismes de professionnels de la santé comme l'Association des infirmières autochtones et la Société de la médecine rurale du Canada<sup>(15)</sup>.

Les ministères fédéraux intéressés à la santé en milieu rural réagissent à cette diversité dans leurs interactions publiques avec les groupes. Santé Canada interagit avec les multiples ONG qui ont des intérêts dans certaines questions de santé traditionnelles ou plus larges, mais œuvre également avec des groupes sur des déterminants sanitaires plus larges qui touchent des populations particulières. Ainsi, à une allocution devant la Fédération canadienne de l'agriculture, représentant les agriculteurs, le ministre de la Santé a annoncé la création du poste de directeur général de la santé rurale<sup>(16)</sup>. Par ailleurs, le ministre de l'Industrie a parlé devant le Empire Club et la Chambre de commerce de Prince George de la technologie de l'information en milieu rural et isolé<sup>(17)</sup>.

## **B. Mesures parlementaires en santé en milieu rural**

Les mesures parlementaires directes concernant la santé en milieu rural n'ont pas compté pour beaucoup à la fin des années 1990. Contrairement à ce qui s'était passé durant les

---

(15) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural* (2000).

(16) Notes d'allocution du ministre Allan Rock de la santé, Fédération canadienne de l'agriculture, réunion annuelle, Ottawa, février 1998. <http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/speeches/cfafin.htm>

(17) [http://www.ic.gc.ca/cmb/welcomeic.nsf/searchFrench/\\$SearchForm?SearchView](http://www.ic.gc.ca/cmb/welcomeic.nsf/searchFrench/$SearchForm?SearchView)

deux législatures précédentes, aucun comité de la Chambre ou du Sénat n'a entrepris d'étude sur la santé en régions rurales ou éloignées durant la 36<sup>e</sup> Législature (1997-2000)<sup>(18)</sup>.

Cependant, les parlementaires des deux Chambres ont soulevé la question directement durant les débats ou en comités lors d'études de questions sanitaires plus larges. Ainsi, durant les débats, des parlementaires ont traité des mesures prises par des ministères comme Santé Canada ou par des ONG comme l'Association médicale canadienne. Dans ses consultations prébudgétaires de l'automne 1999, le Comité des finances de la Chambre des communes a entendu la Société de la médecine rurale du Canada traiter du besoin d'une stratégie nationale de la santé en région rurale dotée de 150 millions de dollars par année pour financer les programmes de formation, de recrutement et de rétention des soignants dans les campagnes<sup>(19)</sup>.

Le budget fédéral de 1999, approuvé par les parlementaires, prévoyait 50 millions de dollars sur trois ans (1999 à 2002) à l'appui de l'Initiative d'innovation en santé rurale et communautaire. De ce total, 18 millions de dollars ont été retenus pour des mesures spéciales en milieu rural : 11 millions de dollars pour subventions et contributions, 2 millions de dollars pour des projets de politique nationale et 5 millions de dollars à l'appui du Bureau de la santé rurale<sup>(20)</sup>. En juin 1999, le Caucus national libéral rural a émis un rapport à l'intention du ministre de la Santé réclamant une stratégie nationale de la santé en milieu rural<sup>(21)</sup>. Plusieurs recommandations réclamaient pour les députés des outils efficaces pour consulter la population rurale sur le contenu de cette stratégie.

Les parlementaires se sont préoccupés avant tout de ce que le gouvernement fédéral pourrait faire en santé rurale. Sensibles au fait que les services sont surtout du ressort des provinces, ils notent que la collaboration fédérale-provinciale a permis de nombreuses innovations et faciliter plusieurs autres. Ils cherchent à mieux comprendre comment

---

(18) Durant les législatures précédentes, un rapport du Comité sénatorial de l'agriculture de 1993 portait sur le stress à la ferme comme danger d'accident de travail tandis qu'un rapport de la Chambre des communes de 1995 traitait de la santé mentale chez les Indiens, les Inuits et les Métis.

(19) Comité permanent des Finances de la Chambre des communes, témoignage de la Société des médecins ruraux du Canada, 9 novembre 1999  
[http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/36/2/FINA/Meetings/Minutes/finamn10\(8928\)-f.htm](http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/36/2/FINA/Meetings/Minutes/finamn10(8928)-f.htm)

(20) Santé Canada, Communiqué, « Le ministre de la Santé annonce des initiatives à l'intention des Canadiens et des Canadiennes vivant en milieu rural », 12 juin 2000.  
[http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2000/2000\\_61f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2000/2000_61f.htm)

(21) Caucus national libéral rural, *Vers le développement d'une stratégie nationale de santé pour le monde rural, Phase I*, Ottawa, juin 1999

entreprendre et soutenir l'action fédérale dans les domaines du financement des services et des programmes, de la formation des soignants et de la recherche.

## **IDÉES MAÎTRESSES DE L'ACTION FÉDÉRALE EN SANTÉ EN MILIEU RURAL**

En termes généraux, le gouvernement fédéral peut protéger et promouvoir la santé en milieu rural et appuyer le réseau de santé dans les campagnes, et il le fait d'ailleurs. Cependant, dans ce domaine comme dans d'autres, toutes ses actions actuelles et futures sont influencées par des facteurs interreliés qui relèvent du grand débat sur la santé : responsabilité dévolue par la Constitution, stratégies sanitaires, mécanismes de financement, accès aux services, disponibilité des résultats de la recherche.

### **A. Autorité constitutionnelle**

Pour ce qui est de la santé en milieu rural, le rôle du fédéral n'est pas parfaitement clair. On pourrait affirmer que la Constitution ne distingue pas nettement les pouvoirs en matière de santé et de soins de santé. En 1982, la Cour suprême a affirmé ce qui suit :

... « la "santé" n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas<sup>(22)</sup>.

En général, les provinces ont le pouvoir de régler les questions locales de santé, en particulier la prestation des soins, tandis que le gouvernement fédéral s'appuie avant tout sur ses pouvoirs constitutionnels, relatifs au droit pénal, au pouvoir de dépenser, ainsi qu'à la paix, à l'ordre et au bon gouvernement<sup>(23)</sup>.

Le pouvoir pénal a été invoqué pour justifier des mesures relatives à des actions dangereuses pour la santé et constitue le fondement de la *Loi sur les aliments et drogues* qui couvre l'innocuité des aliments produits dans les campagnes de même que les médicaments

---

(22) *Schneider c. La Reine* [1982] 2 S.C.R. 112 à 142.

(23) Dale Gibson, "The Canada Health Act and the Constitution," *Health Law Journal* 4, 1996, pp. 1-33; Martha Jackman, "The Constitutional Basis for Federal Regulation of Health," 5(3) *Health Law Journal*, 1996, pp. 3-10.

utilisés chez l'homme et les animaux. D'autres lois fondées sur ce pouvoir, comme la *Loi sur le tabac* et la *Loi sur les produits antiparasitaires*, pourraient avoir un effet double sur la population des campagnes : destinées à protéger leur santé physique, elles peuvent, par leur application, avoir des effets négatifs sur la production agricole, le prix des denrées et la santé économique générale du milieu rural.

Pour ce qui est du pouvoir général de dépenser, la participation aux soins de santé se fait en application de la *Loi canadienne sur la santé* et dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). La *Loi canadienne sur la santé* établit des normes nationales et le TCSPS garantit des contributions financières à l'appui du réseau de la santé.

Le pouvoir fédéral de paix, ordre et bon gouvernement peut constituer une avenue supplémentaire d'action législative fédérale dans des domaines « d'intérêt national » comme l'environnement. D'autres domaines sont considérés comme hors de portée des provinces, en régions rurales, tels que la prévention des épidémies et la simplification des déplacements interprovinciaux des professionnels de la santé. En outre, le gouvernement fédéral — par un pouvoir visant des groupes tels les Anciens combattants et les Autochtones des Premières nations vivant sur les réserves — assure directement la prestation de certains services de santé. Le *Code canadien du travail* peut également traiter de santé et de sécurité au travail des employés des secteurs économiques régis par le fédéral. Cela permet un certain contrôle de la santé en milieu de travail dans les secteurs industriels pertinents, tels que le transport interprovincial, les mines d'uranium et d'autres métaux, les télécommunications et les sociétés de la Couronne.

## **B. Approches sanitaires**

L'application de diverses stratégies ou approches sanitaires est d'un intérêt particulier dans les discussions du rôle fédéral en santé en milieu rural. La plupart des provinces, comme le fédéral, conviennent que la santé, c'est plus que les soins<sup>(24)</sup>. Les examens des réseaux de santé provinciaux, depuis la fin des années 1980, conviennent que la définition de la santé doit

---

(24) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, septembre 1994.

être élargie et qu'il faut insister maintenant sur la promotion et la prévention plutôt que sur les traitements, par le biais d'actions communautaires plutôt qu'hospitalières<sup>(25)</sup>.

Des approches comme celles de la santé de la population et de la promotion de la santé font participer tous les Canadiens et, conséquemment, peuvent donner au gouvernement fédéral une certaine légitimité constitutionnelle. Ainsi, les approches sanitaires qui ciblent les déterminants socio-économiques peuvent être perçues comme convenables pour l'action fédérale en matière de santé rurale, lorsqu'on les distingue des soins de santé traditionnels qui insistent sur certaines maladies et sur la disponibilité des services médicaux provinciaux. En outre, toute approche sanitaire qui vise la promotion et la préservation de la santé de l'ensemble de la population canadienne peut être distinguée des services de santé classiques destinés aux malades.

Ceux qui soutiennent que « la santé est plus que les soins » affirment que la bonne santé générale dans les campagnes est souvent déterminée davantage par les politiques d'emploi, d'éducation, de logement, et celles qui touchent l'économie en général que par l'accès aux soins offerts par les médecins et les hôpitaux. Par ailleurs, les critiques affirment que ce concept détourne l'action des inégalités qui existent au sein de la population rurale du Canada et qu'elle peut mener à des coupures considérables dans les soins sans garantie d'une réaffectation des ressources. Tous affirment que le fédéral devra engager argent, temps et volonté politique s'il veut développer et mettre en œuvre des changements positifs en matière de santé rurale.

### **C. Distribution des fonds**

L'argent est le nerf de la guerre pour la continuité et la stabilité des mesures de santé et de bien-être en milieu rural. Le pouvoir fédéral de dépenser continue de fonder sa participation en santé, lui permettant d'intervenir directement et indirectement dans la santé en milieu rural et dans d'autres domaines sanitaires.

La source de fonds fédérale la plus connue en matière de santé est le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Ce fonds global est destiné à fournir aux provinces de meilleurs moyens pour réformer leur régime afin de répondre aux besoins particuliers des régions, en garantissant que les préoccupations sociales et sanitaires

---

(25) Sharmila Mhatre et Raisa Deber, "From Equal Access to Health Care to Equitable Access to Health: A Review of Canadian Provincial Health Commissions and Reports," *International Journal of Health Services*, 22(4), 1992, pp. 645-668.

particulières des municipalités, y compris celles des régions rurales et éloignées, se reflètent dans l'approche provinciale. Cela, afin de donner aux divers secteurs communautaires notamment les organismes de services de santé, sociaux et éducatifs, plus de moyens de consolider leurs efforts et de réaliser des consultations conjointes<sup>(26)</sup>.

Étant donné que les provinces peuvent répartir les fonds comme elles l'entendent entre la santé, l'aide sociale et l'éducation postsecondaire, on connaît mal quelle part des fonds est affectée aux soins de santé. La même difficulté de suivre les fonds s'applique aux 21 milliards de dollars supplémentaires qui seront versés sur cinq ans, conformément au Plan d'action des premiers ministres pour le renouvellement des soins de santé du 11 septembre 2000<sup>(27)</sup>.

D'autres fonds qui pourraient s'appliquer aux besoins généraux de santé en milieu rural proviennent de programmes tels que ceux des Anciens combattants et des Premières nations ainsi que le Fonds pour l'adaptation des services de santé et du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé. Ainsi, Santé Canada fournit directement des soins non assurés : médicaments, fournitures et équipements médicaux, soins dentaires, soins de la vue, primes d'assurance médicale aux Indiens et Inuits inscrits ainsi qu'aux Innus du Labrador, lorsque ces services ne sont pas fournis par la province, le territoire ou un tiers payant<sup>(28)</sup>. Sur les 150 millions de dollars destinés à 140 projets du Fonds pour l'adaptation des services de santé, 14 millions de dollars ont été réservés à 27 projets en régions rurales et éloignées<sup>(29)</sup>. Même quand l'argent fédéral va à la santé en milieu rural, il est difficile d'en mesurer les résultats dans les quatre domaines prioritaires notamment les soins à domicile, l'assurance-médicaments, la réforme des soins primaires et la prestation intégrée des services.

---

(26) Pour un aperçu général du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, voir Odette Madore, *Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux : Opérations et répercussions possibles sur le secteur des soins de santé*, 95-2E, Ottawa: Direction de la recherche parlementaire, février 2000.

(27) Réunion des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, 11 septembre 2000.  
[http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html)

(28) Santé Canada, Services de santé non assurés. Site Internet  
[http://www.hc-sc.gc.ca/msb/nihb/index\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/msb/nihb/index_f.htm)

(29) Santé Canada, Santé rurale : Document d'information, juin 2000. Site Internet  
[http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2000/2000\\_61fbk2.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2000/2000_61fbk2.htm)

Indirectement, mais de manière significative pour l'état de santé en milieu rural, le fédéral intervient beaucoup dans la santé des communautés rurales par des leviers économiques tels que l'aide à l'agriculture et l'assurance-récolte, les stratégies de gestion de l'offre, les services de transport et l'infrastructure. Quand la politique fédérale change dans ces domaines et dans d'autres (privatisation du CN, abandon de lignes ferroviaires, fermeture de bureaux de poste ruraux, changements à l'assurance-emploi), les régions rurales sont touchées directement.

#### **D. Accès aux professionnels et aux établissements**

L'application par le fédéral de la *Loi canadienne sur la santé* et de ses cinq principes (accessibilité, transférabilité, intégralité, administration publique et universalité) est importante en regard des besoins de services médicaux et hospitaliers en milieu rural<sup>(30)</sup>. Des cinq principes de la *Loi*, l'accessibilité est peut-être le plus important pour les ruraux. Le directeur général du Bureau de la santé rurale signale le problème d'accès : « S'il existe deux niveaux de soins de santé au Canada, il ne s'agit pas des soins offerts aux riches et aux pauvres, mais plutôt des soins offerts à la ville et à la campagne »<sup>(31)</sup>. Les ruraux sont limités à la gamme congrue des spécialités médicales et sont souvent plus exposés à la surfacturation et aux frais aux usagers<sup>(32)</sup>. Ainsi, les 30 p. 100 des Canadiens des campagnes recevraient des soins dispensés par 15 p. 100 des médecins du pays<sup>(33)</sup>. Si les services de santé assurés ne sont pas disponibles localement, les ruraux doivent parfois parcourir de longues distances et assumer des frais supplémentaires de transports et d'hôtel, notamment.

La question des services médicalement nécessaires, limités actuellement aux services hospitaliers et médicaux définis par les provinces, peut avoir des implications pour les ruraux qui veulent obtenir un congé hâtif de l'hôpital afin de se rapprocher de leur famille. Les mesures de soins à domicile, d'assurance-médicaments et de télésanté doivent également être

---

(30) Pour un examen général de la *Loi canadienne sur la santé*, voir Odette Madore, *Loi canadienne sur la santé : Aperçu et options*, PRB 94-4E, Ottawa : Direction de la recherche parlementaire, janvier 2000.

(31) « Nouveau Bureau de la santé rurale », *La santé de la famille agricole*, 7(1) printemps 1999. Site Internet : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/farmfam/vol7-1/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/farmfam/vol7-1/index_f.html)

(32) Therese Jennissen, *Questions de santé au Canada rural*, BR-325E, Ottawa : Direction de la recherche parlementaire, décembre 1992.

(33) « Strategic investment needed for rural health », *CMA News*, 10(1), 11 janvier 2000, p. 6.

évalués à la lumière de la *Loi canadienne sur la santé* et des applications rurales particulières. Pour ce qui est de la télésanté dans les localités éloignées, le Programme d'accès communautaire (PAC) d'Industrie Canada contribue actuellement à relier les localités rurales et éloignées à Internet, problème particulier lorsque l'accès physique à une ligne téléphonique individuelle est encore un obstacle pour beaucoup de domiciles et d'entreprises en milieu rural.

Même avec les progrès des structures de télésanté, le recrutement et la rétention des professionnels (infirmières, techniciens, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionnistes) dans les endroits éloignés et les campagnes continuent de faire problème. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont étudié des stratégies visant à gérer les ressources médicales au début des années 1990 et examiné 10 ans plus tard les options pour le développement de toutes les ressources humaines en santé<sup>(34)</sup>. L'objectif de la stratégie pour les soins infirmiers au Canada d'octobre 2000 est « d'obtenir et de maintenir un effectif infirmier adéquat bien formé et réparti de façon à combler les besoins en santé des Canadiens<sup>(35)</sup>, mais le document insiste sur le fait que « conformément à l'Accord sur le commerce intérieur, on ne devrait pas empêcher les infirmières canadiennes d'exercer leur profession dans la province ou le territoire de leur choix »<sup>(36)</sup>. D'autres analystes contestent la politique fédérale d'immigration qui limite l'arrivée des professionnels de la santé étrangers. Les diplômés de facultés de médecine étrangères doivent surmonter de multiples défis de la part des gouvernements et des associations professionnelles lorsqu'ils veulent obtenir une licence pour pratiquer<sup>(37)</sup>.

## E. Recherche

À l'heure actuelle, on réclame de plus en plus que les décisions relatives aux actions en matière de santé soient fondées sur l'efficacité démontrée des procédures, des pratiques ou des programmes utilisés. Pour mieux attester de leur efficacité en milieu rural,

---

(34) *Communiqué*, « Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé agissent sur des questions clés du secteur de la santé », 16 septembre 1999; pour ce qui est de l'accès, les ministres ont reçu deux mémoires traitant des médecins dans les localités rurales. Site Internet : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/1999/99\\_picf.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/1999/99_picf.htm)

(35) Comité consultatif fédéral-provincial et territorial sur les ressources humaines en santé, *Stratégie pour les soins infirmiers au Canada*, octobre 2000. [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins\\_infirmiers/infirmiers.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins_infirmiers/infirmiers.pdf)

(36) *Ibid.*, p. 6.

(37) Santé Canada, *Le permis d'exercice de la médecine au Canada : Renseignements à l'intention des médecins diplômés à l'étranger*, Édition en ligne, 1997. [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)



Santé Canada a fourni 200 000 \$ à un sommet sur la recherche en santé rurale à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique en octobre 1999. Le rapport du Sommet contient « un plan d'action » pour la recherche en santé qui inclut les ruraux et signale que, tout comme les dossiers de santé en milieu rural sont souvent particuliers, les besoins et les approches de recherche visant à connaître la santé rurale sont également distincts<sup>(38)</sup>.

Pour avoir des données sanitaires fiables, il faut peut-être subventionner des recherches et des évaluations pertinentes en milieu rural (par des organismes tels les Instituts canadiens de recherche en santé et le Conseil de recherches en sciences humaines) de même qu'une collecte et une analyse cohérentes de données sur les populations rurales (par des ministères et organismes tels Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. En fait, les nouveaux instituts ont indiqué que les dossiers ruraux relèvent de plusieurs instituts (autochtones, services de santé, etc.) tandis que l'Institut canadien pour l'information en santé organise les données sur la facturation — au niveau national et par province — pour les services chirurgicaux, d'obstétrique et d'anesthésie fournis dans le Canada rural. D'autres organismes, comme l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé disposent d'évaluations valables sur les pratiques et les technologies médicales en milieu rural, dans des domaines comme la télémédecine.

Comme le signale le Sommet de la recherche en santé rurale :

- rares sont les organismes de financement et les fondations qui ont priorisé la recherche sur le milieu rural;
- l'établissement d'initiatives pour la recherche sur la santé en milieu rural, d'un secrétariat pour la recherche sur la santé en milieu rural et d'une fondation pour la recherche en santé en milieu rural témoignerait d'un engagement et offrirait une certaine continuité au programme de recherche et à la dissémination de l'information<sup>(39)</sup>;
- le plan proposé pour la recherche sur la santé en milieu rural est conforme à l'orientation exprimée par le gouvernement fédéral dans ses déclarations sur la recherche conjointe à l'appui de la politique et des décisions bien fondées.

---

(38) M. Watanabe with A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research* (1999), p. 23.

(39) *Ibid.*, p. 9.

Dans la même veine, recueillir des données comparables pour prendre des décisions, la réunion des premiers ministres de septembre 2000 a adopté un plan d'action sur la santé qui réclame une responsabilité claire, parmi d'autres éléments<sup>(40)</sup>. Cela inclut des rapports complets et réguliers destinés aux Canadiens avec vérification indépendante par un tiers, et la nécessité de mesurer, de suivre et de faire rapport sur des indicateurs comparables comme la situation, les résultats et la qualité des services. La responsabilité par le biais d'un « bulletin » sur la santé devrait contenir des mesures sur les résultats qui ont un sens pour les populations rurales et leur situation particulière.

## CONCLUSION

- Le lieu où réside une personne, les facteurs qui s'y rattachent tels que le réseau d'appui social, l'emploi et les conditions de travail influent sur la santé, au même titre que la disponibilité des services médicaux. Au Canada, où près d'un tiers de la population vit à la campagne, une analyse plus détaillée des liens entre la ruralité et la santé est essentielle.
- Les mesures horizontales continues et coordonnées — entre ministères fédéraux et entre les deux niveaux de gouvernement — peuvent réduire les doublons et favoriser l'échange d'information sur la santé en milieu rural. Toute mesure dans ce domaine, comme les négociations en cours entre le fédéral, les provinces et les territoires, de même que les réunions annuelles entre ministres de la santé et premiers ministres — doivent être plus transparentes et accessibles aux populations rurales touchées notamment les Autochtones, les jeunes, les aînés, les agriculteurs, etc.
- Étant donné la portée et l'ambiguïté de ses pouvoirs constitutionnels, le gouvernement fédéral peut continuer de les interpréter largement et effectuer des activités majeures clés dans le domaine de la santé en milieu rural telles que la politique en santé, l'application de la réglementation sanitaire, la promotion de la bonne santé, la prévention des maladies et la prestation de services à certaines populations cibles.

---

(40) Réunion des premiers ministres, *Communiqué sur la santé, Health*, Ottawa (2000).

- Une approche plus large en matière de santé donne plus d'occasions de participation fédérale vis-à-vis des multiples déterminants de la santé (pas seulement les risques et les facteurs cliniques liés aux maladies particulières) et de faire référence aux besoins de vastes populations (et non seulement aux malades mais aux malades éventuels).
- La distribution du financement en santé constitue des façons de garantir un traitement équitable mais elle n'est pas facile à appliquer dans le contexte rural. Les méthodes concertées pour suivre les fonds du Transfert canadien et les autres fonds en santé, difficiles à réaliser, pourraient donner lieu à une plus grande équité et à un meilleur rendement pour la santé en milieu rural.
- Du point de vue fédéral, outre un rôle de leadership et de coordination, la *Loi canadienne sur la santé* et ses politiques connexes, des systèmes électroniques à l'immigration, peuvent influencer sur l'accès, non seulement aux soins médicaux en milieu hospitalier, mais également aux services essentiels d'autres professionnels de la santé dans d'autres contextes.
- La recherche a déjà ciblé la santé en milieu rural, et les résultats ont servi à orienter de nouveaux travaux. Cependant, il faut encore assigner une grande priorité à la recherche visant à établir des données de base sur la santé en milieu rural, sur les groupes en besoins particuliers, sur l'efficacité des services existants, sur les comportements différents en matière de santé et sur d'autres questions.
- Les partenariats entre les communautés rurales et le gouvernement en matière de santé doivent se faire à long terme, et tenir compte à la fois des obstacles géographiques qui compliquent les contacts physiques ainsi que du temps et des ressources qui constituent des contraintes limitant la participation des ruraux. Les partenariats doivent se prémunir contre la dévolution des tâches par le gouvernement et refléter la diversité des communautés rurales où la population varie selon l'âge, l'origine ethnique, les professions et d'autres facteurs qui conditionnent des besoins particuliers en matière de santé.