



**HAL**  
open science

## Recherche collaborative et acteurs de terrains dans trois territoires locaux de l'Est-du-Québec : mise en place d'un réseau au service de la santé en région

Marie Baron

### ► To cite this version:

Marie Baron. Recherche collaborative et acteurs de terrains dans trois territoires locaux de l'Est-du-Québec : mise en place d'un réseau au service de la santé en région. Géographie. 2011. dumas-01644455

**HAL Id: dumas-01644455**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01644455>**

Submitted on 22 Nov 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Recherche collaborative et acteurs de terrain  
dans trois territoires locaux de l'Est-du-Québec :  
Mise en place d'un réseau au service de la santé en  
région**

**Marie Baron - Année universitaire 2010-2011**

Sous la direction de

- M. Stéphane Rican, Maître de Conférence, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense (France)
- Mme Josée Gauthier, Coordinatrice du Consortium InterEstSanté (Québec)

---

## Remerciements

---

Participer à la mise en place d'un projet de recherche à l'étranger et rédiger ce mémoire ont été deux expériences formatrices et très enrichissantes. Je tiens particulièrement à remercier les personnes qui m'ont aidé à réaliser ce stage, à m'installer au Québec et à m'intégrer à la vie de l'Université de Rimouski :

- Josée Gauthier, pour son accueil chaleureux à Rimouski, sa présence continue tout au long de ce stage et ses nombreuses explications sur le fonctionnement du système de santé québécois. Merci également de m'avoir aidé à comprendre les enjeux du projet et définir les limites du sujet.
- Le professeur Stéphane Rican pour ses précieux conseils méthodologiques jusqu'à la fin de la rédaction de ce mémoire et ses encouragements tout au long de ce stage.
- Hélène Sylvain pour son dynamisme, sa patience et son aide dans la préparation du travail de terrain, notamment la mise au point des entretiens.

Je tiens également à remercier chaleureusement Julie Dufour et Catherine Roy qui m'ont accompagnée au long de ces quatre mois et m'ont aidée à trouver mes repères dans l'université et à comprendre son fonctionnement. Merci également à toute l'équipe du projet Rocher-Percé, depuis Montréal jusqu'à Chandler, qui m'ont beaucoup soutenu et m'ont fourni une aide précieuse, merci pour votre accueil en Gaspésie et votre soutien. Je remercie également mes proches pour leur relecture attentive et leur aide dans la dernière semaine de rédaction de ce mémoire.

Enfin merci à tous les Québécois et résidents au Québec qui m'ont fait découvrir le pays et m'ont tant donné envie de revenir y vivre.

---

# Sommaire

---

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Table des sigles</b> .....	<b>6</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b><i>L’Est-du-Québec, un contexte géographique au cœur de la recherche en Région</i></b> .....	<b>10</b>
<b>Chapitre 1 : L’Est-du-Québec, ou la région au cœur de la recherche</b> .....	<b>11</b>
1.1 L’Est-du-Québec, présentation.....	11
1.1.1 Le Québec et son organisation territoriale .....	11
1.1.2 Le Saint-Laurent au cœur de la construction d’une Grande région éloignée .....	13
1.2 La mise en commun des ressources pour trois régions.....	15
1.2.1 La recherche dans les centres, par les centres pour les centres .....	15
1.2.2 Le consortium InterEstSanté.....	15
1.3 Le premier projet régional : l’essai clinique Rocher-Percé .....	16
1.3.1 Origine du projet.....	16
1.3.2 Un projet en deux volets .....	17
1.3.3 Le volet évaluatif.....	18
<b>Chapitre 2 : Le territoire d’étude</b> .....	<b>20</b>
2.1 Principes du découpage territorial au Québec.....	20
2.1.1 Découpage administratif et sanitaire .....	20
2.1.2 Responsabilités et complémentarité des différentes autorités .....	22
2.1.3 Système de soins et organisation territoriale .....	23
2.2 L’Est-du-Québec, trois régions distinctes.....	25
2.2.1 La Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, entre pauvreté et tourisme .....	25
2.2.2 Le Bas-Saint-Laurent, région motrice de l’Est ? .....	28
2.2.3 La Côte-Nord, une région aux multiples visages .....	30
Conclusion partielle .....	31
<b><i>Méthodologie pour identifier des territoires similaires</i></b> .....	<b>32</b>
<b>Chapitre 3 : Connaître le territoire d’étude</b> .....	<b>33</b>
3.1 Le Rocher-Percé, présentation de la MRC la plus pauvre du Québec.....	33
3.1.1 Situation et organisation spatiale du Rocher-Percé.....	33

3.1.2 Le Rocher-Percé, un territoire défavorisé.....	36
3.1.3 ... mais avec des nuances, notamment sur les questions sanitaires .....	45
3.1.4 Un réseau de santé organisé selon des notions d'équité .....	49
<b>Chapitre 4 : Identifier des territoires similaires, les outils disponibles et la méthode utilisée .....</b>	<b>51</b>
4.1 Recensement et données sanitaires .....	51
4.1.1 Une méthode identique .....	51
4.1.2 Des résultats différents .....	55
4.2 Le réseau de santé, une étude systématique pour tous les RLS .....	57
4.2.1 Les données disponibles.....	57
4.2.2 Une cartographie systématique pour tous les RLS.....	58
<b><i>Résultats et préconisations .....</i></b>	<b>60</b>
<b>Chapitre 5 : Des analyses différentes en fonction des régions.....</b>	<b>61</b>
5.1 Le Bas-Saint-Laurent, le choix de la Matapédia.....	61
5.1.1 Des ressemblances socio-économiques importantes.....	61
5.1.2 Une organisation spatiale similaire ? .....	63
5.1.3 Le Rocher-Percé et la Matapédia : ressemblances et différences.....	65
5.2 La Côte-Nord, un contexte spécifique .....	74
5.2.1 Des territoires à sortir de l'étude .....	74
5.2.2 Des ressemblances ponctuelles avec le Rocher-Percé pour les autres territoires.....	75
5.2.3 Des réseaux de santé qui resserrent l'étude .....	77
<b>Chapitre 6 : Amorcer la création d'un réseau.....</b>	<b>81</b>
6.1 Connaître l'équipe du Rocher-Percé.....	81
6.1.1 Créer un contact avec l'équipe .....	81
6.1.2 Première rencontre avec l'équipe du Rocher-Percé .....	82
6.2 Le travail sur le terrain, entretiens et rencontres .....	83
6.2.1 Rencontres avec des professionnels .....	83
6.2.2 Thèmes de l'entretien .....	84
6.3 Mal-être de la population et réseau social actif au Rocher-Percé .....	85
6.3.1 Résultats des entretiens .....	85
6.3.2 Des spécificités à retrouver en Côte-Nord .....	88
6.3.3 Des entretiens à réaliser en Côte-Nord.....	89
<b>Conclusion .....</b>	<b>91</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>93</b>
<b>Table des cartes.....</b>	<b>95</b>
<b>Table des figures .....</b>	<b>96</b>

<b>Table des tableaux .....</b>	<b>97</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>98</b>
Annexe 1 : les variables comparatives .....	98
Annexe 2 : Synthèse des résultats par scores.....	100
Annexe 3 : le CSSS du Rocher-Percé – la vision partagée 2011 .....	101
Annexe 4 : Guide d’entretien – Rocher-Percé.....	102
Annexe 5 : Guide d’entretien – Côte-Nord.....	105

---

## Table des sigles

---

CSSS	: Centre de Santé et des Services Sociaux
RLS	: Réseau Local de Santé
INSPQ	: Institut National de Santé Publique du Québec
UQAR	: Université du Québec à Rimouski
MRC	: Municipalité régionale de Comté
CLSC	: Centre Local de Santé et de Services Sociaux
CRE	: Conférence régionale des élus
MSSS	: Ministère de la Santé et des Services Sociaux
CH	: Centre Hospitalier

---

## Introduction

---

« Du travail en région, par les régions, pour les régions » : le slogan du nouveau consortium de recherche en santé intégrant les trois régions de l'Est-du-Québec rappelle que les espaces ruraux et éloignés au Québec ont des besoins spécifiques en matière de santé. La région, concept québécois qui désigne tous les espaces ruraux éloignés des centres urbains de Québec et Montréal, couvre plusieurs réalités. La ruralité est la première caractéristique commune de ces territoires, elle se traduit par de faibles densités de population et une économie reposant en grande partie sur l'agriculture ou les extractions minières. Les régions québécoises souffrent également souvent de difficultés économiques et sociales, une défavorisation qui touche une grande part de la population de ces espaces. Elles subissent également une importante diminution de population au profit des grands centres urbains, diminution qui se traduit par une instabilité des professionnels, et notamment des professionnels de santé. Ces espaces nécessitent donc une organisation et des mesures adaptées aux besoins identifiés comme spécifiques de la santé en région.

Le projet dans lequel s'inscrit ce mémoire est né dans ce contexte. Trois régions constituent l'Est-du-Québec : La Côte-Nord, sur la rive nord du Saint-Laurent, la Gaspésie et le Bas-Saint-Laurent dans lequel s'est déroulé ce stage. Ces trois régions présentent des ressemblances très importantes, elles ont des besoins similaires et les mêmes difficultés de manque de ressources, notamment humaines. C'est pourquoi la mise en commun de certaines de ces ressources, notamment dans le domaine de la recherche, est devenue une nécessité, et a pris forme avec la naissance du Consortium InterEstSanté. Le premier projet de recherche mettant en collaboration les trois régions dans ce cadre est celui de l'essai clinique du Rocher-Percé, en Gaspésie.

Cet essai clinique a pour objet la prise en charge des personnes souffrant d'une multimorbidité, grâce à un suivi de soins décentralisé et couvrant tout le territoire relevant du Centre de Santé et des Services Sociaux du Rocher-Percé. Coordonné depuis la ville de Rimouski dans le Bas-Saint-Laurent, le volet évaluatif de cet essai clinique a privilégié la mise en place d'une recherche collaborative entre trois équipes relevant de chacune des régions. C'est-à-dire un réseau de discussions et d'échanges entre l'équipe de professionnels du CSSS du Rocher-Percé et deux équipes homologues du Bas-Saint-Laurent et de la Côte-Nord qui travaillent avec des



populations cibles similaires. Le sujet du stage a concerné l'identification de tels territoires et des équipes associées.

Les territoires à identifier sont issus d'un découpage administratif spécifique au système de santé québécois et qui ne correspond pas nécessairement au découpage administratif municipal. L'espace délimité relève de la compétence du CSSS qui a une responsabilité populationnelle sur ce territoire, appelé Réseau Local de Santé (RLS). Le RLS est donc un territoire construit par les décisions prises en ce qui concerne les mesures sanitaires, l'organisation de son système de santé et surtout la population qui y vit. Cet espace est un territoire pensé et vécu par les responsables du CSSS et la population qui en dépend.

L'hypothèse sous-tendant le volet évaluatif du projet Rocher-Percé est qu'il existe dans différents territoires de l'Est-du-Québec des RLS similaires. Cette similarité se traduit par des ressemblances en termes de population (composition démographique, âge), ainsi que de ressources, de niveau économique ou de construction sociale. Mais d'autres éléments participent de la construction du territoire pour les questions de santé. Le réseau de santé et son organisation sont également déterminants pour comprendre le fonctionnement du territoire, notamment dans le cadre d'un projet prévoyant la décentralisation de services de soins. Et les difficultés rencontrées en région concernant le personnel médical et la relative instabilité de ce réseau de professionnels sont des éléments constitutifs de la construction du territoire. Les caractéristiques de l'état de santé de la population ont également une place importante dans cette analyse puisque l'essai clinique concerne les personnes souffrant d'une multiple morbidité de pathologies chroniques.

Il convient alors de se demander quels sont les indicateurs les plus pertinents pour, dans un premier temps, dresser le portrait du Rocher-Percé et dans un second temps identifier des territoires similaires. Et quelles sont les ressemblances entre ces territoires qui permettront de construire un réseau de discussion entre les différentes équipes de professionnels ?

Plusieurs hypothèses ont orienté cette recherche. La similarité entre différents territoires vient d'abord de la ressemblance entre ses populations et leurs conditions de vie. Des indicateurs concernant la composition démographique, la situation économique et sociale sont donc au coeur de la recherche de territoires similaires.

Mais ces ressemblances doivent permettre aux professionnels de santé de travailler ensemble. L'organisation du système de santé sur le territoire, le réseau de santé, les services offerts et leur disponibilité notamment, ainsi que l'état de santé de la population doivent permettre

de cibler les territoires qui ont les mêmes préoccupations en termes de politiques et d'actions de santé.

La vision des professionnels, leur propre implication sur leur territoire est donc un élément fondateur de la constitution d'un territoire. Les acteurs de santé projettent leur vision sur leur territoire et agissent en conséquence : il semble donc indispensable de connaître les volontés des professionnels de santé pour pouvoir trouver des points de ressemblance entre les différents territoires.

Afin de répondre au mieux aux différentes interrogations soulevées, ce travail est décliné en trois parties. Il s'agit dans un premier temps de comprendre au mieux le contexte dans lequel se déroule ce travail. Cette étude s'articule d'abord autour d'une réflexion sur l'Est-du-Québec puisque d'une part le projet s'y déroule, d'autre part la recherche a également pour objet de participer à la construction de ce territoire dans le cadre du Consortium InterEstSanté.

Après la définition de ce contexte, le présent travail se recentre sur les besoins précis identifiés par le volet évaluatif du Rocher-Percé et la méthodologie de recherche qui a été proposée pour répondre à ces besoins. Il s'agit donc dans un second temps de replacer l'essai clinique dans le contexte du territoire du Rocher-Percé et de ses caractéristiques propres. Cette étape permettra de définir une méthode appropriée pour identifier des territoires similaires.

La présentation des territoires identifiés comme similaires et l'amorce de mise en place du réseau de discussion comme prévu par le projet évaluatif seront présentées dans un dernier temps. Cette partie consiste à trouver les clés qui permettront de construire un réseau de discussion entre les équipes homologues grâce aux similarités de leur population et de leur territoire.

---

---

Première partie

L'Est-du-Québec, un contexte géographique au cœur de la  
recherche en Région

---

---

---

# Chapitre 1 : L'Est-du-Québec, ou la région au cœur de la recherche

---

Le projet qui a conduit à ce mémoire s'inscrit dans plusieurs contextes emboîtés qu'il s'agit de bien articuler. La réalisation du stage lui-même a pour objectif de participer au volet évaluatif de l'essai-clinique Rocher-Percé sur la prise en charge des patients atteints de multimorbidité chronique. Ce stage s'est déroulé dans le cadre d'un consortium de recherche en santé récemment mis en place à Rimouski dans le cœur des régions éloignées au Québec. Ce consortium ainsi que l'essai-clinique prévoient de faire travailler de concert les trois régions de l'Est-du-Québec afin d'implanter un dynamisme de recherche et d'action en santé dans ces régions.

## **1.1 L'Est-du-Québec, présentation**

### *1.1.1 Le Québec et son organisation territoriale*

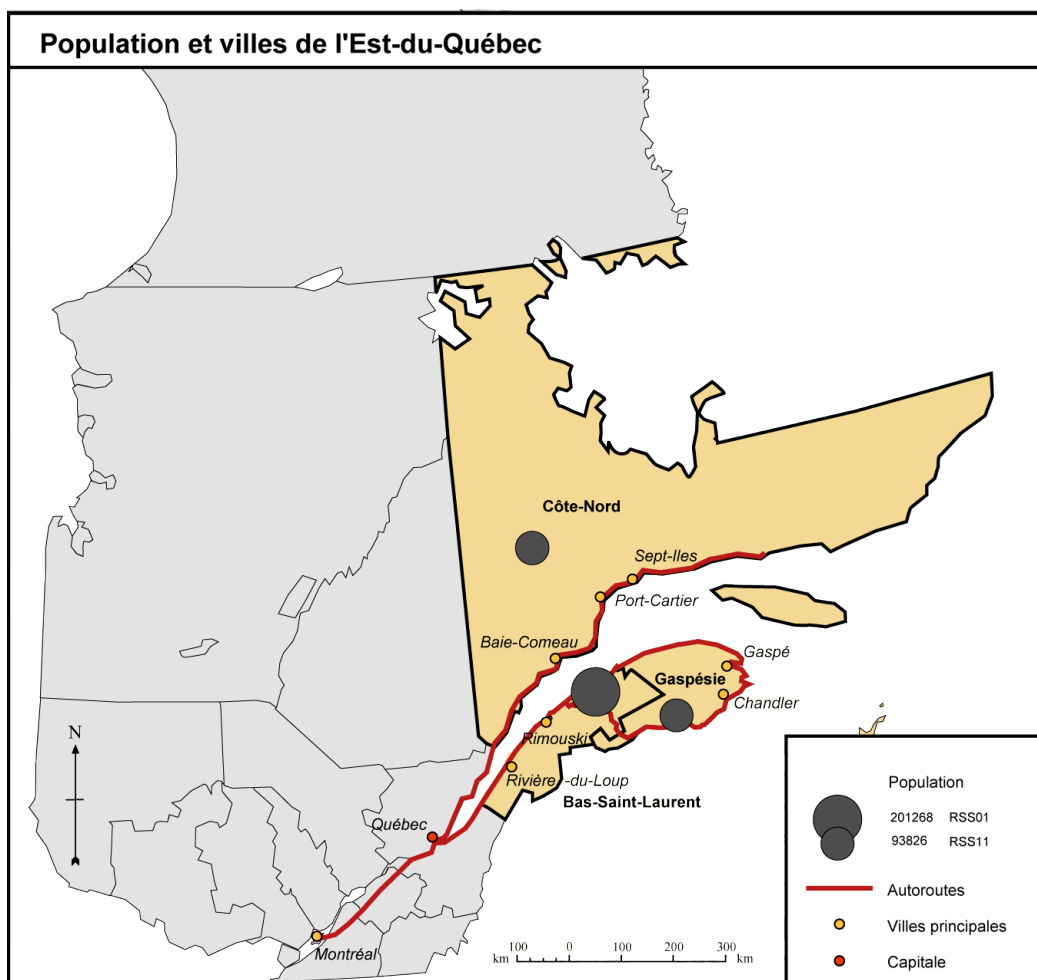
Le Québec est à la fois la province du Canada la plus peuplée puisqu'elle regroupe un quart de la population du pays avec 7 546 131 habitants sur 31 612 897 et celle qui a la plus grande superficie au sol, 15,4% du territoire canadien (1 542 056 km<sup>2</sup>). Toutefois, la répartition de cette population sur le territoire québécois est inégale. En effet, avec ses presque trois millions d'habitants pour la région urbaine, dont 1 850 442 pour l'agglomération en 2006, Montréal regroupe à elle seule presque la moitié de la population totale du Québec. La deuxième ville la plus peuplée de la province est la capitale, Québec, puisque la ville même regroupait un peu moins de 500 000 habitants en 2006. Plus de quatre millions d'habitants occupent donc le reste de la province. Ces chiffres traduisent une très importante inégalité en terme de répartition de la population dans la province dont souffrent les régions les plus éloignées des grands centres.

L'axe Montréal-Québec structure l'organisation de la province puisqu'il concentre la grande majorité des activités et des centres de décision du Québec. Ce déséquilibre est extrêmement marqué dans le paysage et la perception de la population puisque des villes situées à 200km

seulement des grandes agglomérations, comme Rivière-du-Loup dans le Bas-Saint-Laurent, sont considérées comme des villes éloignées. Ce déséquilibre se traduit dans l'organisation des services ou de l'économie. Par exemple dans le domaine de la santé, ces territoires situés à une centaine de kilomètres des deux grandes agglomérations bénéficient de statuts particuliers en tant que régions éloignées : c'est-à-dire des systèmes de rémunérations revus à la hausse pour les médecins omnipraticiens ou spécialistes. D'autre part, en dehors de Québec et Montréal, les régions administratives sont majoritairement rurales : on ne trouve par exemple pour l'Est-du-Québec qu'une seule agglomération de recensement<sup>1</sup>, Rimouski dans le Bas-Saint-Laurent. Il existe en fait une rupture entre un Québec des villes centré sur l'axe Montréal-Québec, et un Québec des régions. Ce dernier regroupe tous les espaces marqués par une absence de région urbaine, des distances très importantes pour accéder aux services de base et des difficultés économiques et sociales liées à cet éloignement, voire cet isolement. Cette hiérarchie des espaces est très visible dans le domaine de la santé : on peut prendre l'exemple des services offerts dans les hôpitaux pour comprendre l'organisation territoriale du Québec. Ceux-ci sont classés, selon les services qu'ils proposent, en 1<sup>ère</sup>, 2<sup>nde</sup> ou 3<sup>ème</sup> ligne. Les hôpitaux de troisième ligne, qui offrent des services de pointe, ne se situent que dans les grandes agglomérations et il n'y en a aucun à l'est de Québec. Pour l'Est-du-Québec, seul l'hôpital de Rimouski propose des services de seconde ligne : cet hôpital couvre la population des trois régions que sont la Gaspésie, la Côte-Nord et le Bas-Saint-Laurent. Puis un réseau d'hôpitaux de 1<sup>ère</sup> ligne couvre l'ensemble des régions éloignées du Québec et propose des services d'urgence ou d'obstétrique par exemple. Toutefois, on ne trouve pas ces services sur une partie du territoire habité du Québec, c'est-à-dire les régions isolées (par exemple à l'extrême est de la Côte-Nord). En terme de distance seule, il apparaît donc clairement qu'il existe des inégalités frappantes d'accès aux services entre les régions isolées, éloignées et les régions proches de Montréal ou Québec. De plus, au sein des régions éloignées et isolées ces inégalités persistent voire s'aggravent et s'ajoutent à d'autres difficultés propres à leurs caractéristiques économiques ou sociales.

---

<sup>1</sup> D'après l'Institut de statistique du Québec, « l'agglomération de recensement correspond à un grand noyau urbain ainsi qu'aux régions urbaines et rurales adjacentes dont le degré d'intégration économique et social avec ce centre urbain est très élevé. Une AR est délimitée à partir d'un noyau urbanisé lorsque ce dernier compte au moins 10 000 habitants. » (*Lexique du système du code géographique du Québec 2006*)



Carte 1 : Population et villes de l'Est-du-Québec

### 1.1.2 Le Saint-Laurent au cœur de la construction d'une Grande région éloignée



Source : Marie Baron

C'est en fonction de cette rupture dans l'organisation du territoire du Québec que s'est constituée la macro région appelée Est-du-Québec. Celle-ci n'est pas reconnue administrativement, c'est en fait une dénomination orale pour parler des trois régions de l'est : en effet, les populations de la Côte-Nord, de la Gaspésie et du Bas-Saint-Laurent ont un fort sentiment d'appartenance au même espace. Ce

sentiment est d'abord dû à la présence de l'estuaire et du Golfe du Saint-Laurent. La population, en dehors des mines du Caniapiscau au nord et des réserves amérindiennes, habite le long de ce fleuve. L'intérieur des régions, à quelques dizaines de kilomètres du fleuve n'est pas peuplé : ce sont les territoires non-organisés<sup>2</sup>. La population des trois régions est donc une population côtière qui place le fleuve, appelé la mer dans certaines municipalités, au cœur de l'identité régionale. L'importance du Saint-Laurent dans l'identité régionale est due autant à sa présence actuelle qu'à son rôle dans la conquête de la Nouvelle-France par les colons français au cœur de l'histoire du Québec.

Ce sentiment d'appartenance à un même territoire se ressent également à cause de similarités dans le mode de vie, notamment en ce qui concerne l'offre de services dans tous les domaines. Cette offre joue un rôle important dans la vie quotidienne des habitants de ces régions et permet à la population de se construire une identité commune. On peut reprendre l'exemple utilisé par la littérature pour parler de régions éloignées ou isolées : la chaîne nord-américaine de cafés à emporter Tim Hortons (Pitblado, 2005) . Pour les régions éloignées, le Tim Hortons est la plupart du temps le seul lieu de rencontre permettant de boire une boisson chaude, contrairement aux régions urbaines où l'on trouve d'autres types de lieux de vente de café (brûleries, cafés à la française...). Pour les populations vivant en région éloignée, ce commerce est un point de repère puisqu'il représente un lieu important d'échanges et de contacts sociaux pour la grande majorité des municipalités. Le Tim Hortons est très ancré dans l'imaginaire commun comme un lieu central de la vie municipale. D'autre part, ce commerce est aussi un repère spatial puisqu'il indique la présence d'une zone commerçante ou d'activité, même de taille modeste. C'est donc un élément à la fois constitutif de l'organisation sociale et de l'organisation spatiale des régions éloignées. Cet exemple met en évidence une certaine unité dans la perception régionale de l'Est-du-Québec.

Mais des caractéristiques plus négatives participent également de la création de cette identité commune. Celles-ci concernent surtout les difficultés économiques et sociales qui touchent la plus grande partie des municipalités. Ces difficultés se traduisent par un manque important de ressources financières ou humaines. Dans le domaine de la santé, aucune municipalité de ces trois régions n'est en mesure d'avoir 100% des effectifs prévus. L'attractivité de ces régions semble faible et nécessite des prises de décision adaptées.

---

<sup>2</sup> Le territoire non-organisé est une division territoriale qui désigne tous les territoires inhabités et majoritairement forestiers du Québec

## **1.2 La mise en commun des ressources pour trois régions**

### *1.2.1 La recherche dans les centres, par les centres pour les centres*

Les décisions qui permettraient d'entreprendre des actions pertinentes dans l'Est-du-Québec dépendent le plus souvent des centres de décision de la capitale ou des centres de recherche de Québec et Montréal. Mais peu d'études concernent l'organisation de santé spécifique aux régions éloignées du Québec. Les rares études existantes sont le fruit des agences de santé régionale, en collaboration avec l'antenne de santé de l'Institut national de Santé Publique du Québec (INSPQ) à Rimouski. En effet au cours des douze ans d'existence de cet Institut, des missions de soutien aux régions pour le développement de la santé publique ont été mises en place. Toutefois, les dirigeants des agences de santé des trois régions de l'Est-du-Québec ont exprimé publiquement que ces missions sont restées insuffisantes puisqu'il existe de grandes différences entre les priorités, l'organisation et les préoccupations des grandes métropoles ou celles des régions éloignées. Les Agences de Santé de la Côte-Nord, de la Gaspésie, du Bas-Saint-Laurent avec l'INSPQ et l'UQAR ont récemment formé un consortium qui a pour objectif de pallier ces manques. Le consortium permettra d'initier un dynamisme de recherche propre aux régions et dont les objectifs et préoccupations seront adaptées à celles-ci.

### *1.2.2 Le consortium InterEstSanté*

Au cours de la conférence de presse du 9 mars 2011 lors du lancement du Consortium InterEstSanté, les dirigeants des agences régionales de santé ont déclaré que la recherche et la mise en place de solutions adaptées aux régions devaient avoir pour origine les régions : c'est-à-dire utiliser l'expertise des professionnels de région pour développer des solutions adaptées. Comme l'a souligné Roger Dubé, directeur de l'agence de santé de la Côte-Nord, « Le fait de participer à des réalités plus régionales comme la nôtre va nous amener des arguments pour défendre nos dossiers et nos particularités » (*L'Avantage*, mars 2011). En effet, il est difficile pour les acteurs régionaux de se reconnaître dans les données et les études produites. C'est pourquoi il est nécessaire de définir une vision régionale qui intègre les spécificités locales. Documenter les valeurs et particularités régionales est la première étape pour être capable de faire valoir le point de vue des régions dans les grands centres.



Dans l'objectif de parler des régions par les régions, et de pallier les manques de ressources locales par la mise en commun d'une équipe de recherche pour les trois régions, un consortium de recherche a été inauguré en mars. Le Consortium InterEstSanté situé à l'UQAR, Bas-Saint-Laurent, cherche à mettre à contribution l'expertise des personnels de terrain des trois régions de l'Est-du-Québec afin d'apprendre et de développer des connaissances spécifiques à ces régions, et qui pourront être transférées ensuite à d'autres territoires, selon Luc Boileau, directeur général de l'INSPQ.

Le principe du Consortium InterEstSanté repose sur une synergie entre recherche, formation du personnel et action de terrain. La centralisation de la recherche et des décisions au sein de l'équipe de recherche de Rimouski devrait permettre aux différentes régions un accès plus facile aux ressources et aux relais de la recherche. Toutefois, si la mise en commun des connaissances se fait au sein de l'équipe du Consortium, c'est l'expérience du terrain qui est à l'origine des projets menés, comme le prévoit le slogan du consortium « du travail en région, pour les régions, par les régions ». On parle ainsi de recherche collaborative avec des méthodes adaptées aux questions de santé. Ainsi les actions menées ou les formations suivies par le personnel de région seront directement issues de l'expérience terrain et des besoins identifiés localement.

## **1.3 Le premier projet régional : l'essai clinique Rocher-Percé**

### *1.3.1 Origine du projet*

Le premier projet pris en charge par le Consortium InterEstSanté est très représentatif de la volonté d'utiliser comme point de départ des initiatives ou expertises locales pour améliorer les compétences et développer une expertise régionale. L'essai clinique du Rocher-Percé prévoit la prise en charge de leur propre santé par des patients qui souffrent d'une multimorbidité chronique grâce à des exercices physiques et un suivi de soins personnalisés. L'origine du projet est directement issue d'une expérience locale et du perfectionnement d'un tel programme pour un malade en particulier. En effet, les initiateurs du projet sont des acteurs locaux, habitants de Chandler, dans la Municipalité régionale de comté (MRC) du Rocher-Percé en Gaspésie : un patient souffrant d'une multimorbidité chronique qui a décidé de transformer son mode de vie grâce à l'aide d'un directeur de salle d'entraînement de Chandler. Avec l'aide du directeur de l'organisme communautaire bénévole local Diabète Pabok, un projet plus large a vu le jour et a été

transmis à l'équipe du Centre de Santé et de Services Sociaux local (CSSS). L'objectif principal des créateurs de ce projet est la prévention : sensibiliser la population afin qu'elle soit à même d'adopter un mode de vie favorisant une bonne santé. L'équipe médicale du CSSS de Chandler participant au projet a adopté cet objectif, en y ajoutant un suivi personnalisé pour chaque patient grâce au travail en équipe des différentes professions : kinésiologie<sup>3</sup>, diététique et suivi des indicateurs de santé réalisé par une infirmière.

Cette équipe a souhaité développer la mise en place d'un programme de suivi personnalisé et de sensibilisation pour la population de la MRC entière. Dans ce cadre, une demande de financement a été faite aux fonds de recherche en santé du Québec et aux fonds Pfizer-FRSQ-MSSS sur les maladies chroniques. Elle a été obtenue en 2010.

### *1.3.2 Un projet en deux volets*

Le projet s'articule selon deux volets, un volet clinique et un volet évaluatif. Le volet clinique prévoit trois vagues de prise en charge de cent vingt patients atteints de multimorbidité. Les maladies retenues sont le diabète, l'insuffisance rénale, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et les personnes cumulant des facteurs à risques tels que le cholestérol, l'hypertension... Chaque vague de prise en charge s'étalera sur douze semaines et regroupera quarante patients. Le projet prévoit le regroupement dans une salle d'entraînement des patients par groupes de dix personnes. Ils seront pris en charge depuis leur domicile grâce à un transport communautaire et conduits à la salle d'entraînement. Sur place le kinésologue pourra mettre en place des exercices adaptés aux pathologies dont souffrent les patients. Son travail sera complété par le suivi systématique réalisé par une infirmière clinicienne et la mise en place d'un régime adapté grâce à une nutritionniste et une technicienne en diététique. La fin de l'essai clinique est prévue pour l'été 2013.

Afin de permettre à la population du Rocher-Percé de profiter au mieux de ce projet, quatre sites d'entraînement sont prévus. Ces sites sont répartis dans les principales municipalités du territoire, de telle sorte que l'ensemble de la population du Rocher-Percé vive à moins de trente minutes par voie routière d'une salle d'entraînement. L'équipe travaillant sur ce projet est donc appelée clinique mobile puisque les professionnels de santé vont se déplacer au plus près de leur

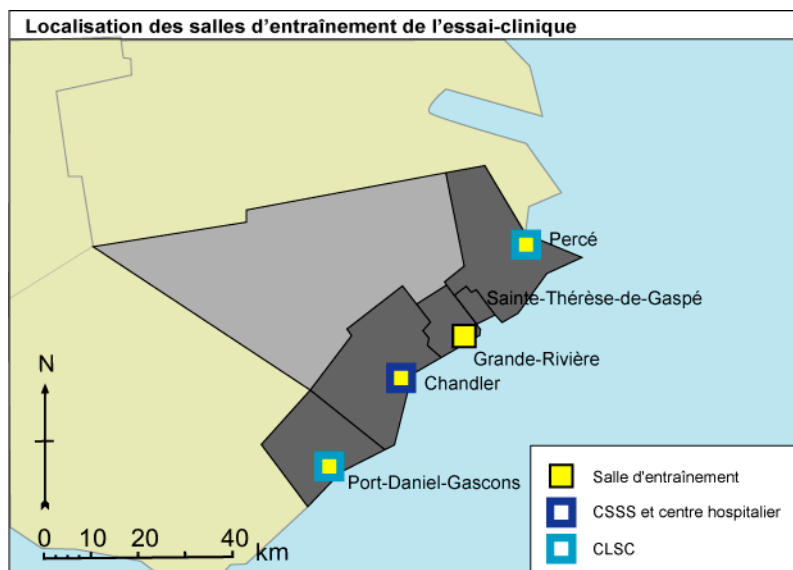
---

<sup>3</sup> Le kinésologue au Québec est « un spécialiste de l'activité physique qui utilise le mouvement à des fins de préventions, de traitement et de performance. » (*fédération des kinésologues du Québec*).

clientèle pour réaliser le suivi. Pour soutenir les professionnels de santé au cours de ce programme, des bénévoles travaillant notamment avec l'organisme Diabète-Pabok seront présents dans les salles d'entraînement. De plus il est prévu que les cours de prévention et de

sensibilisation donnés dans les salles d'entraînement soient accessibles aux personnes qui s'entraînent mais ne font pas partie du programme.

Pour étudier les résultats de ce volet clinique, une équipe évaluant les données recueillies a été mise en place. Cette équipe de recherche dépend directement du Consortium et se situe donc à l'UQAR.



Carte 2 : Les salles d'entraînement

### 1.3.3 Le volet évaluatif

Plusieurs méthodes sont prévues pour évaluer les résultats obtenus par le volet clinique du projet. Le premier objectif visé est la collecte des données de santé des patients grâce à des outils ayant déjà été utilisés pour d'autres projets semblables. Cette collecte nécessite un relais sur place, un habitant de la MRC du Rocher-Percé qui sera à même de se déplacer au domicile des patients pour recueillir les données. Deux groupes de patients différents sont visés par cette collecte : les patients bénéficiant du nouveau système ainsi qu'un groupe du même nombre de personnes suivi par le système régulier de soins. L'objectif de cette étude est de voir l'évolution de la santé des patients au cours des douze semaines de suivi.

Le second projet mis en place lors du volet évaluatif vise à créer un réseau d'échanges et de discussions qui regroupera l'équipe du Rocher-Percé et deux équipes similaires issues des deux autres régions de l'Est-du-Québec. L'équipe du volet évaluatif prévoyait pour ce projet d'identifier deux territoires dits similaires, c'est-à-dire une MRC de Côte-Nord et une MRC du Bas-Saint-Laurent, puis de sélectionner des équipes homologues. Ouvrir une table de discussion entre ces trois équipes a pour objectif de donner à l'équipe du Rocher-Percé un certain recul sur leur propre pratique. Autrement dit, cette étape du projet évaluatif doit permettre de mettre en évidence certains biais dus au fonctionnement interne de l'équipe du Rocher-Percé, ou bien encore

d'adapter le système mis en place en Gaspésie pour qu'il soit plus facilement exportable dans d'autres territoires. Le sujet du stage qui est le sujet de ce mémoire concerne l'identification de tels territoires similaires en Côte-Nord et dans le Bas-Saint-Laurent. Il s'agit donc de développer une méthode permettant de sélectionner des indicateurs pertinents pour comparer les territoires.

---

## Chapitre 2 : Le territoire d'étude

---

### **2.1 Principes du découpage territorial au Québec**

#### *2.1.1 Découpage administratif et sanitaire*

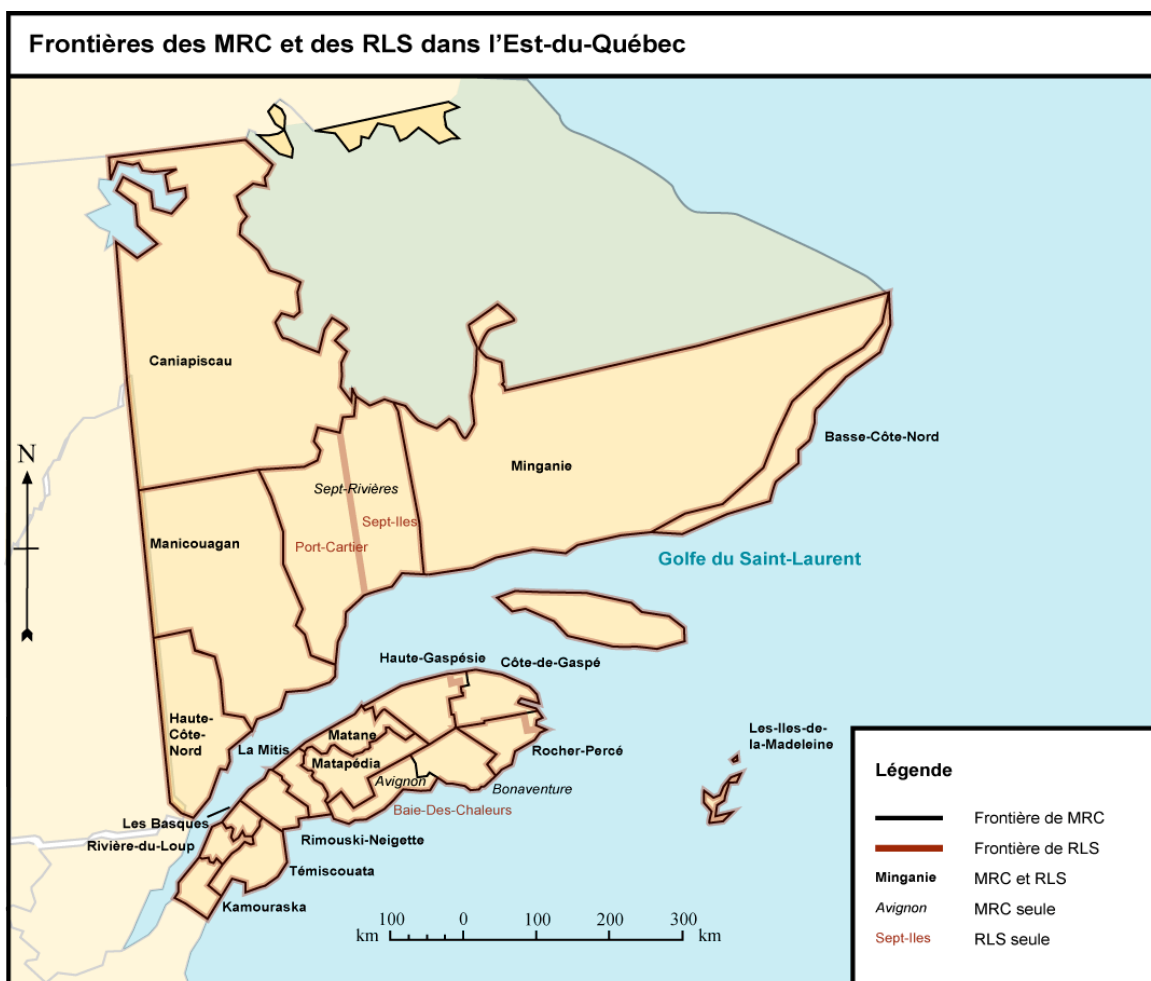
La province du Québec est divisée en dix-huit régions socio-sanitaires et dix-sept régions administratives. En ce qui concerne la Côte-Nord, le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, les limites régionales des deux types de découpages et le nom des régions coïncident. Les données produites par le recensement pour le découpage administratif sont donc tout à fait pertinentes à comparer avec le découpage sanitaire de la province.

A plus grande échelle cette harmonisation n'existe plus. Les régions administratives du Québec se subdivisent d'abord en municipalités régionales de comté puis en municipalités locales. Les municipalités régionales de comté sont, selon la loi sur l'Aménagement et l'Urbanisme, le regroupement de toutes les municipalités locales d'un territoire donné. Ce regroupement a pour objectif d'établir un plan d'aménagement et un plan de développement régional commun pour les municipalités locales. Les municipalités locales sont quant à elles une dénomination que partagent tous les types de municipalités du Québec : municipalités de paroisses, municipalité de canton, etc...en dehors des grands centres urbains tels que Montréal et Québec (qui sont des régions métropolitaines de recensement). Elles correspondent le plus souvent aux anciennes limites des villages dans les espaces ruraux comme l'Est-du-Québec. Cependant, les fusions municipales récentes datant de 2002 ont pu modifier ces anciens de frontières municipales et on ne retrouve parfois plus les limites de villages traditionnelles.

A la même échelle de découpage que les municipalités, il existe dans les MRC des territoires non-organisés. Ceux-ci sont des territoires inhabités et non régis par une autorité locale. Ils dépendent directement de l'autorité de la MRC. Dans l'Est-du-Québec ces territoires sont le plus souvent de vastes forêts non exploitées ou bien des parcs naturels protégés. Contrairement à ceux-ci, les municipalités locales sont dirigées par un conseil composé d'un maire et de ses conseillers élus parmi la population de ce territoire. La direction de la municipalité régionale de comté est également formée par un conseil qui regroupe notamment les maires de toutes les municipalités locales du territoire et d'autres représentants des municipalités locales. Ce conseil

est dirigé par un préfet, élu parmi les maires. Le conseil peut aussi décider de l'élection du préfet par suffrage direct. A l'échelle de la région, ce sont les Conférences Régionales des Elus (CRE) qui ont la responsabilité du territoire. Il existe une conférence par région dans l'Est-du-Québec. Le CRE est formé des préfets, des maires et des conseillers municipaux.

A l'échelle de la région socio-sanitaire, c'est l'Agence régionale de Santé qui détient l'autorité et qui a la responsabilité de l'organisation des services sur son territoire. Le découpage territorial le plus fin dans le domaine de la santé correspond dans les grandes lignes à celui des MRC. Il n'existe pas de responsabilité sanitaire à plus grande échelle. Cette subdivision est celle des Réseaux Locaux de Santé (RLS). Le réseau local de santé est le découpage territorial correspondant à la responsabilité du Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS). Le CSSS est défini comme ayant une responsabilité populationnelle sur un territoire donné. Les limites des RLS peuvent correspondre aux limites des MRC mais elles diffèrent très souvent de celles-ci. Les frontières ne coïncident pas toujours, et parfois deux RLS peuvent former une MRC et vice-versa.



Carte 3 : MRC et RLS dans l'Est-du-Québec

En Gaspésie notamment, la RLS et la MRC du Rocher-Percé ne coïncident pas puisque la frontière nord de la RLS est dessinée juste au nord de la municipalité de Percé, tandis que la limite municipale administrative s'éloigne plus en direction de Gaspé. D'autre part en Gaspésie, deux MRC, Avignon et Bonaventure correspondent à la RLS unique de la Baie-des-Chaleurs. Ces différences de découpage introduisent des difficultés dans l'étude locale des données. En effet, les données populationnelles sont produites en fonction du découpage administratif. Il convient donc d'être vigilant dans l'utilisation de ces données lorsqu'on étudie des territoires socio-sanitaires.

### *2.1.2 Responsabilités et complémentarité des différentes autorités*

Le domaine social et sanitaire au Québec est sous la responsabilité unique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), des Agences de santé et des CSSS. Les élus municipaux et responsables à toutes les échelles de l'administration publique n'ont aucun pouvoir en ce qui concerne le domaine de la santé, ni dans le domaine social. En effet, les questions sociales telles que les problèmes de dépendance, la violence conjugale, les jeunes en difficultés... relèvent localement de la responsabilité du CSSS d'abord, puis de l'Agence de santé, et enfin du MSSS.

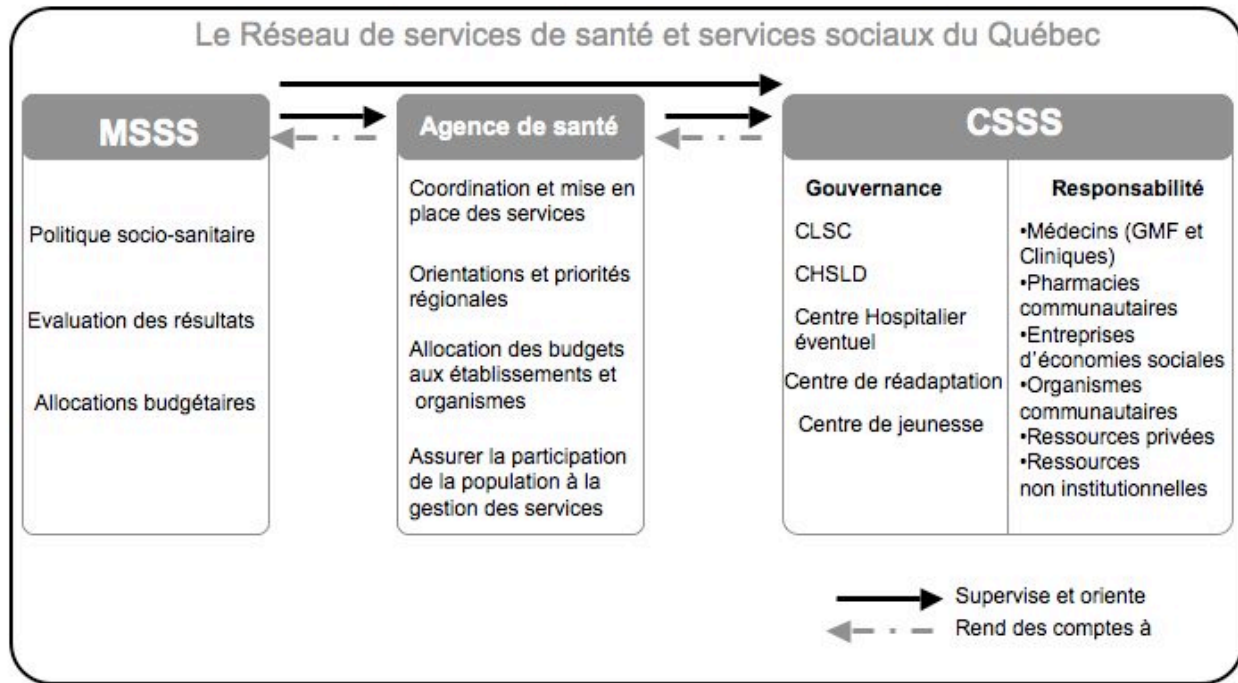
Au niveau local, le RLS regroupe tous les partenaires, dont les médecins, les organismes communautaires, etc... qui ont une responsabilité envers la population du territoire. Et c'est le CSSS qui organise et dirige l'offre de services du territoire, qui en assure l'accessibilité à la population. La prise en charge des habitants, le suivi et la coordination des services relève de la responsabilité du CSSS. Celui-ci a trois responsabilités principales : il assure la prestation de services tels que l'hébergement de longue durée ou en centre de réadaptation, il coordonne l'ensemble des services offerts sur le territoire, et offre des services hospitaliers de première ligne (urgences, services ambulatoires), voire de seconde ligne (chirurgie, spécialités médicales). Certaines actions de santé publique, comme la prise en charge de personnes souffrant de dépendances, sont mises en place par le RLS en fonction des besoins précis du territoire.

Toutefois, c'est l'Agence régionale de santé qui décide des orientations et priorités régionales. Le Bas-Saint-Laurent a par exemple prévu un plan d'intégration des personnes handicapées pour les années 2011-2012. Cette initiative régionale sera reprise localement par les CSSS. L'Agence régionale de santé détient également la responsabilité budgétaire et alloue les allocations et les subventions gouvernementales aux différents établissements et organismes.

Enfin, le pallier central, c'est-à-dire à l'échelle de la province, décide des grandes priorités de santé publique et évalue les résultats de l'ensemble du réseau de santé québécois par rapport

aux objectifs fixés. Bien que les relations entre les différentes échelles doivent normalement suivre la hiérarchie prévue et passer par les trois paliers de l'organisation du système de santé, il arrive que les responsables du ministère s'adressent directement aux dirigeants du CSSS sans passer par l'intermédiaire de l'Agence de Santé.

Figure 1 : Organigramme de l'organisation des services au Québec



### 2.1.3 Système de soins et organisation territoriale

Les établissements et points de services de santé dépendent de la compétence du CSSS. Celui-ci est né de la fusion des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), des Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée et des Centres Hospitaliers. Cette fusion signifie que c'est le CSSS qui détient maintenant la gouvernance de ces établissements. La répartition de ces établissements et points de service sur le territoire du RLS est toujours liée à la volonté d'offrir un service de première ligne accessible pour toute la population du Québec. En effet, en raison des grandes distances et de la faible population de ce territoire il est difficile d'avoir



une offre de soins diversifiée facilement accessible pour toute la population. Mais la répartition des CLSC et des cliniques médicales sur le territoire, c'est-à-dire des services de base, permet à 90% de la population d'avoir accès à un médecin omnipraticien à moins de 20km de son domicile.

La première ligne de service est celle offerte par les pharmacies. La plupart des municipalités locales avec un village de plusieurs milliers d'habitants bénéficient de la présence d'une pharmacie. Dans le Bas-Saint-Laurent et en Gaspésie cela signifie que de très rares espaces seulement, souvent inhabités, sont à plus de 20km d'une pharmacie. Dans l'est et le nord de la Côte-Nord, la densité de pharmacies est beaucoup moins forte et plusieurs dizaines de kilomètres peuvent séparer deux points de service.

Les médecins omnipraticiens exercent en CLSC ou bien en clinique médicale (parfois regroupées en Groupes de médecine de famille, GMF). C'est aussi dans ces cliniques que l'on peut trouver des spécialistes ou bien des dentistes. L'ensemble du territoire du CSSS est le plus souvent desservi par les services d'une ou plusieurs cliniques ou de CLSC. Toutefois, pour les espaces les plus isolés un médecin n'est souvent présent qu'une ou deux journées par semaine. En CLSC il arrive que les services les plus urgents soient donnés par un infirmier ou une infirmière clinicien(ne) et non par un médecin. En effet, il est très difficile pour les CSSS des territoires éloignés de remplir leurs effectifs de professionnels.

Le Centre Hospitalier offre des services d'urgence, notamment pour les urgences les plus graves. Il est très rare en espace rural de trouver plus d'un centre hospitalier par RLS. Dans l'Est-du-Québec, il n'y a qu'un centre hospitalier par RLS, et quelques RLS n'en ont aucun. Certains services d'urgence qui ne nécessitent pas d'actes chirurgicaux peuvent être offerts dans les CLSC. Toutefois, tous les CLSC n'ont pas de centre d'urgence. La présence d'un tel service dépend de la proximité d'un centre hospitalier. En cas de distance importante pour atteindre les urgences hospitalières, un centre d'urgence ouvert 24h/24 est ouvert dans un CLSC dans un souci d'équité d'accès aux services pour la population.

D'autres services tels que les résidences pour personnes âgées sont disponibles sur le territoire. Toutefois les ressources privées ne dépendent pas entièrement du CSSS. C'est pourquoi leur présence puis leur répartition sur le territoire peut être tout à fait inégale et peu adaptée. Enfin les organismes communautaires qui regroupent les centres bénévoles, le planning familial et les organismes non gouvernementaux dépendent des initiatives locales. C'est pourquoi leur présence et leur répartition est indépendante du CSSS. Toutefois, ils travaillent souvent en collaboration avec celui-ci, notamment pour les organismes bénévoles concernant la santé, tels que Diabète Pabok au Rocher-Percé.

## 2.2 L'Est-du-Québec, trois régions distinctes

Les trois régions de l'Est-du-Québec présentent des traits caractéristiques communs. Parmi ceux-ci on peut citer la faible densité de population, l'éloignement important par rapport aux centres que sont Québec et Montréal, un dynamisme économique en perte de vitesse voire en difficulté pour certains territoires. Ce sont des régions majoritairement rurales puisque seules les villes de Rimouski et de Rivière-du-Loup (Bas-Saint-Laurent) sont considérées comme des régions urbaines et ont une croissance économique dynamique et relativement forte. Le reste du territoire de l'Est-du-Québec semble parsemé de villages et de petites villes qui connaissent d'importantes difficultés économiques et démographiques. La principale ville de Gaspésie est Gaspé, à l'extrême est de la région, avec moins de 15 000 habitants (2006). En Côte-Nord, ce sont les villes de Sept-Îles et Baie-Comeau, avec respectivement 25000 et 23000 habitants qui concentrent la majorité des activités, quoique la région reste en difficulté. Toutes les municipalités de ces trois régions sont situées le long du Saint-Laurent, où passent les seules routes importantes. Il faut toutefois noter qu'à l'est de Natashquan, à 400km à l'est de Sept-Îles, il n'y a plus de routes goudronnées. L'est de cette région est très difficile à rejoindre par voie terrestre, et même par voie maritime en hiver.

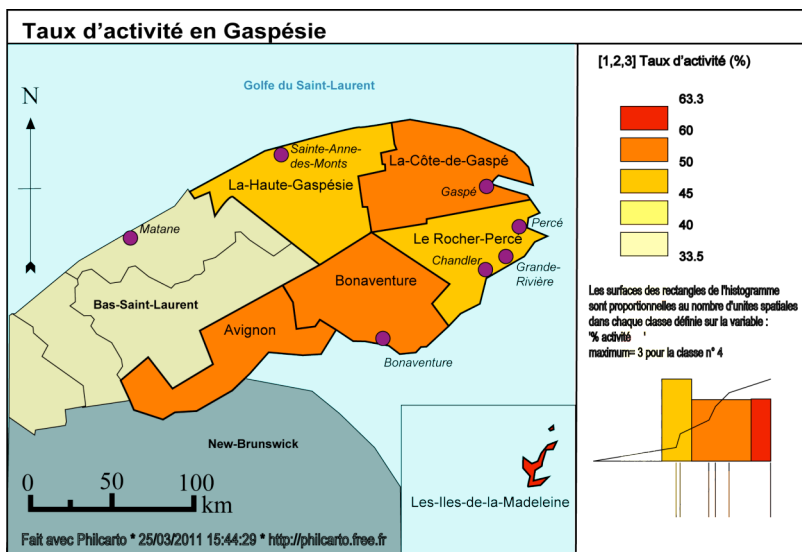
### 2.2.1 *La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, entre pauvreté et tourisme*

La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est une région composée de six municipalités régionales de comté qui couvre une superficie de terre ferme de 20 317 km<sup>2</sup>. Citée comme l'un des cinquante lieux à voir au monde par un numéro du *National Geographic* de 2009, la beauté des paysages et les attraits touristiques de cette région semblent dissimuler une défavorisation croissante et des difficultés économiques et sociales qui sur certains aspects peuvent sembler alarmantes.

La Gaspésie qui regroupe 1,2% de la population du Québec a une très faible part du PIB total du Québec (0,8%). C'est la région qui a la part la moins importante du PIB de la province. Cependant, l'ensemble de la région a connu une croissance économique positive depuis 2009 (+4,9%) bien supérieure au taux annuel moyen enregistré entre 2004 et 2008 (+2,6%). C'est grâce aux industries productrices de biens notamment que cette croissance a été importante, les industries de services ayant eu une part moins importante dans l'économie locale (Gagné, Frève,

2010). On peut faire une exception concernant l'hébergement et la restauration qui connaissent une croissance d'environ 5% notamment grâce au grand attrait touristique de la région. Toutefois, malgré cette croissance, le taux d'activité des MRC de cette région reste relativement faible.

Le taux moyen d'activité pour la région est de 53,5%, pour une moyenne nationale de 65%. Ces



taux sont particulièrement faibles pour deux MRC, la Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé avec des taux d'activité inférieurs à 50%. Parallèlement à ces difficultés économiques, la région connaît une perte démographique importante au profit notamment du Bas-Saint-Laurent et de la Capitale-Nationale (région de Québec) : entre 2001 et 2006 la région a connu une diminution de population de 3,6%.

Carte 4 : Taux d'activité en Gaspésie

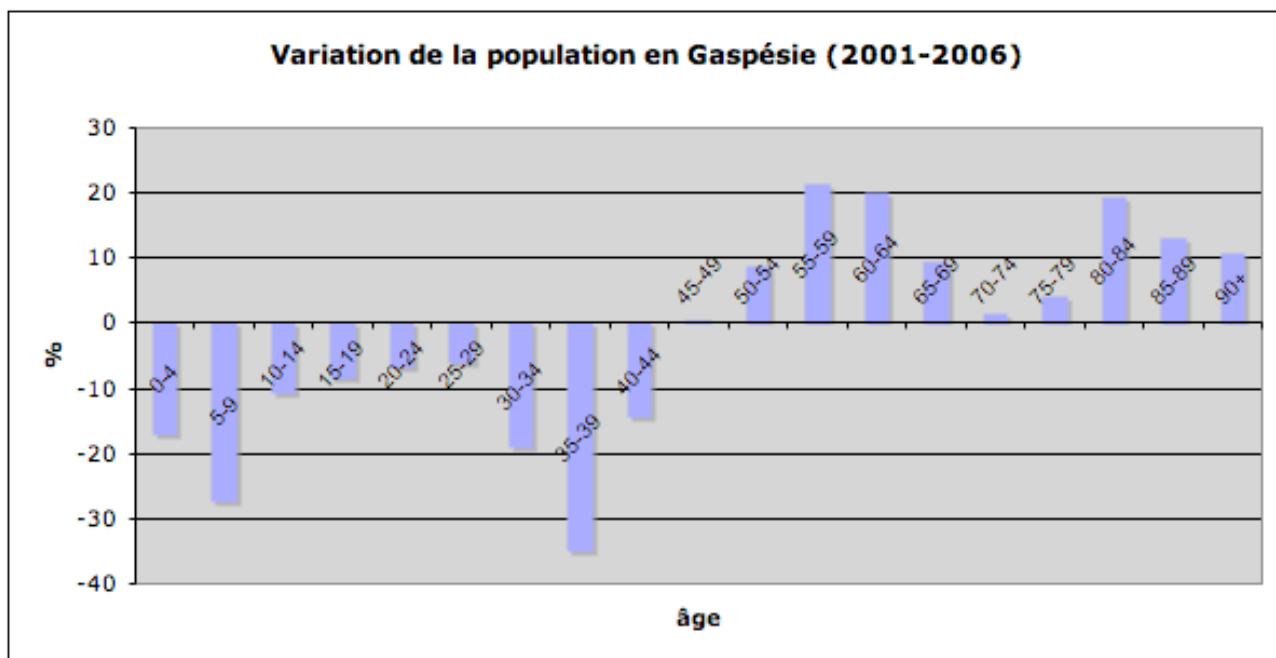


Figure 2 : Variation de la population en Gaspésie

On note une migration des retraités qui viennent s'installer en Gaspésie. Toutefois ce mouvement ne compense pas les pertes démographiques enregistrées notamment pour les classes d'âge de la population active. En effet, jusqu'à 45 ans, toutes les classes d'âge connaissent une forte diminution de leur population entre 2001 et 2006, de -5,8% pour les 25-30ans à 34,8% pour les 35-39 ans. Un double mouvement de vieillissement de la population et de retour des retraités explique l'augmentation de la population pour les classes d'âge plus âgées. De même, plusieurs éléments expliquent le départ des jeunes : le manque d'université oblige les jeunes encore scolarisés à changer de région (pour Rimouski ou Québec dans la majorité des cas) vers l'âge de 17 ans. Le manque d'offres d'emplois dans la région explique ensuite qu'il n'y ait pas de retour

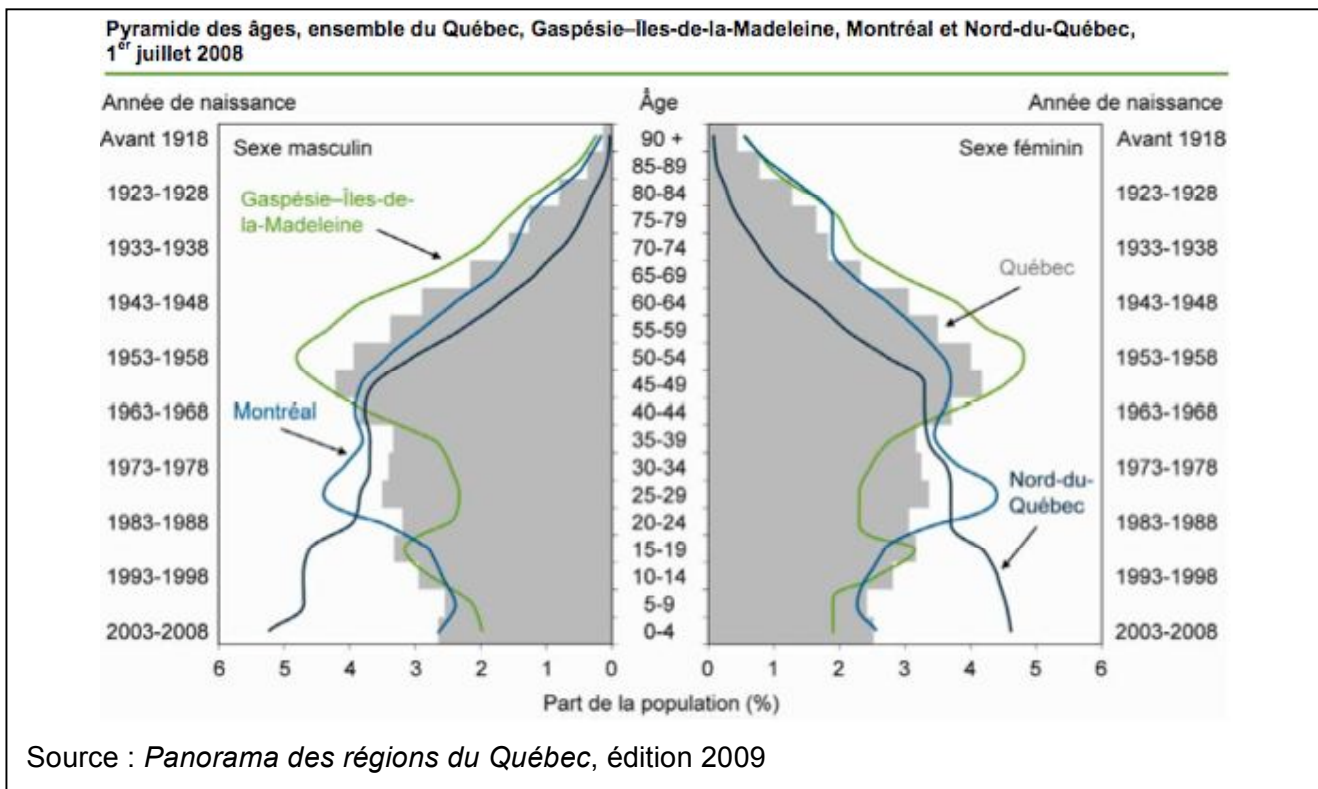


Figure 3 : Pyramide des âges au Québec et en Gaspésie

pour les classes d'âge des jeunes actifs. Cette classe étant celle également qui a des enfants, le départ des 20-40 ans explique aussi la diminution de la population infantile.

Comme le montre la pyramide des âges ci-dessus, la Gaspésie a une part beaucoup plus importante des plus de 50 ans que le Québec ou encore Montréal, tandis qu'il y a un creux démographique pour les 20-40 ans.

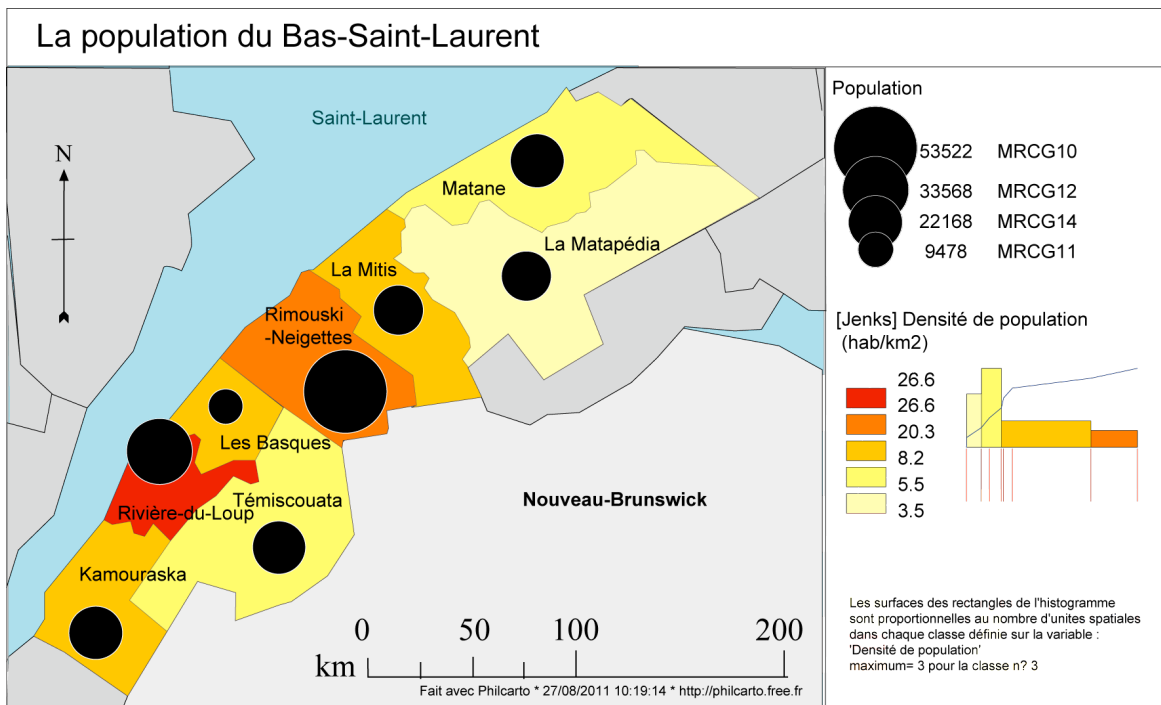
### 2.2.2 Le Bas-Saint-Laurent, région motrice de l'Est ?

Le Bas-Saint-Laurent est la région de l'Est-du-Québec la plus proche de Québec puisque Rimouski, la ville principale, est à trois heures de route de la capitale. C'est une région dans laquelle certaines MRC sont assez dynamiques, comparativement au reste de l'Est-du-Québec, notamment Rimouski grâce à l'impulsion du technopôle maritime du Québec. Celui-ci regroupe trois établissements de formation, dont l'université, et un grand nombre d'activités de recherche. Ces activités ont permis le développement de la ville et l'accroissement de sa population, tandis que les municipalités rurales se vidaient. Rivière-du-Loup, à deux heures de Québec est la seconde ville de l'Est-du-Québec qui profite d'un accroissement économique et démographique (Voir carte 5 page suivante).

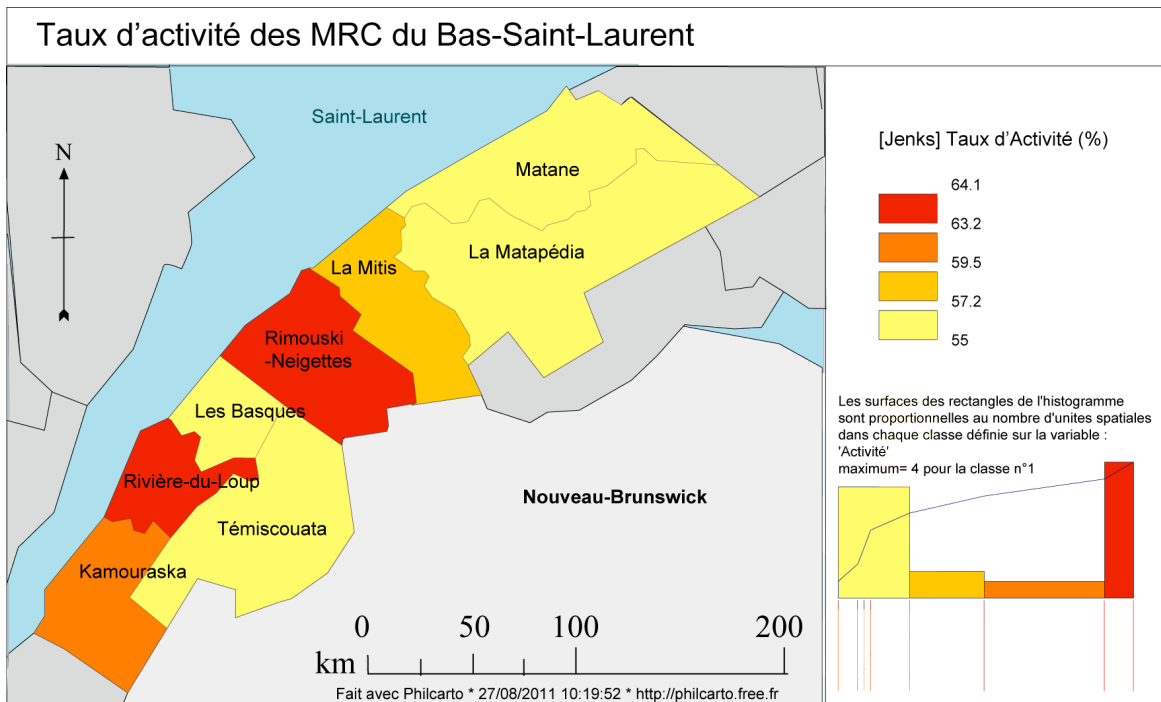
En dehors de ces deux exceptions, la région connaît les mêmes difficultés démographiques que la Gaspésie. La population a diminué par exemple de 1,3% entre 2001 et 2006. Cette diminution paraît moins importante que celle de la Gaspésie puisque deux des huit MRC (Rimouski et Rivière-du-Loup) ont eu un gain de population sur cette période tandis que les autres connaissaient une diminution de leur population. Dans cette région, les migrations intra-régionales vers Rimouski puis Rivière-du-Loup sont assez importantes. Mais la région connaît aussi un solde migratoire négatif vers les autres régions, notamment celle de Québec avec un taux net de -0,17%.

Le taux d'activité du Bas-Saint-Laurent est plus fort que celui de la Gaspésie. Toutefois il reste largement inférieur à celui du Québec puisqu'en 2006 il était de 60,3% (5% de moins que la moyenne). Dans le détail, Rivière-du-Loup et Rimouski ont un taux d'activité supérieur à 60% (62% et 64% respectivement), tandis que les autres MRC ont des taux plus proches de 50% (voir carte 6 page suivante). Les taux les plus forts enregistrés pour les MRC rurales dans le Bas-Saint-Laurent sont ceux des municipalités les plus à l'ouest et proches de Québec comme Kamouraska (58,8%). Il semble y avoir deux types de municipalités dans le Bas-Saint-Laurent. Certaines municipalités ont des caractéristiques qui se rapprochent beaucoup de celles de la plus grande partie des territoires de l'Est-du-Québec, mais deux sont très différentes à cause de la présence de centres urbains. Ceux-ci font du Bas-Saint-Laurent la région motrice de l'est car c'est là qu'on trouve le plus d'emplois, d'activité et de dynamisme, notamment dans le domaine de la recherche. C'est également à Rimouski que les services de pointes centralisés pour les trois régions se trouvent, comme l'hôpital de seconde ligne. Le Bas-Saint-Laurent offre une large gamme de services

médicaux, tant hospitaliers que des médecins spécialistes en cabinet. C'est donc le centre de santé de référence pour les trois régions, avant les deux grandes métropoles.



Carte 5 : La population du Bas-Saint-Laurent



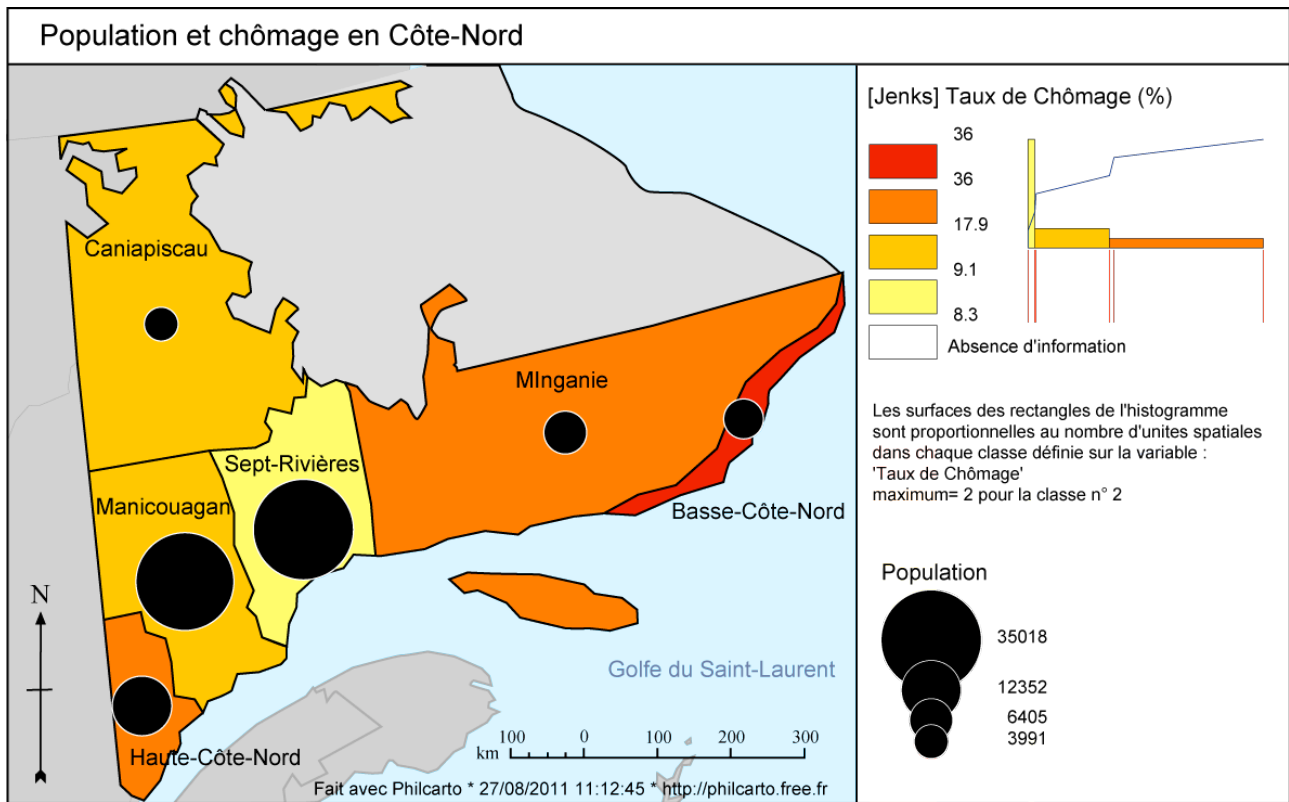
Carte 6 : Taux d'activité dans le Bas-Saint-Laurent

### 2.2.3 La Côte-Nord, une région aux multiples visages

A première vue, le profil de la Côte-Nord ressemble beaucoup à celui de la Gaspésie. Toutefois, avant de se pencher sur les statistiques de cette région, il est nécessaire de rappeler certains points. En premier lieu, certains territoires de cette région sont isolés du reste du Québec pour des raisons de conditions d'accès. Les MRC de la Minganie puis de la Basse-Côte-Nord à l'est sont extrêmement difficiles d'accès, autant à cause du manque de route que du coût que représente le voyage. Il existe donc d'abord une séparation entre l'ouest et l'est des MRC se trouvant sur les rives du Saint-Laurent. Le village le plus à l'est, Blanc-Sablon, à la frontière du Labrador, est surtout un point de relais vers l'île de Terre-Neuve grâce au traversier qui fait la liaison. D'autre part, comme pour les autres régions, à quelques kilomètres au nord du Saint-Laurent on entre en territoires non-organisés. En Côte-Nord ces territoires s'étendent sur plusieurs centaines de kilomètres. Au nord de la région et de ces territoires cependant, on trouve la MRC du Caniapiscau où se trouve la municipalité de Fermont et plusieurs réserves indiennes. Ce territoire est à la fois un grand centre minier et un territoire habité par des nations Inuits. Pour cette dernière raison il est extrêmement difficile d'obtenir des données populationnelles pour le nord de la région.

Il est également nécessaire d'être attentif aux moyennes réalisées pour cette région car les différentes MRC sont très difficilement comparables. Sur les six MRC de la région seulement trois peuvent être réellement comparées au reste de l'Est-du-Québec, la Minganie s'en rapproche également mais la Basse-Côte-Nord et le Caniapiscau ont des spécificités propres très marquées.

Toutefois, les indicateurs pour toutes les MRC de cette région, à l'image de la Gaspésie, restent faibles. En effet, elles connaissent toutes une diminution de leur population, de -1% pour la MRC de Sept-Rivières à -6% pour le Manicouagan (à l'ouest de la région) ou le Caniapiscau. En 2006 le taux d'activité de la région était proche de celui du Bas-Saint-Laurent, à 62%. Toutefois, c'est le taux d'activité du Caniapiscau à 73,9% qui donne de l'impulsion à la région. Ce haut taux est dû au fait que la majorité des habitants de cette municipalités s'y installent après avoir été employés pour l'activité minière : il existe donc d'importants mouvements de population dans ce territoire. Les autres MRC ont des taux d'activité entre 58 et 65%. Toutefois les taux de chômage connaissent une variation plus importante puisqu'ils vont de 8% pour la MRC de Sept-Rivière jusqu'à 36% pour la Basse-Côte-Nord.



Carte 7 : Population et chômage en Côte-Nord

Certaines MRC de la Côte-Nord semblent donc beaucoup moins en difficulté que la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine sur les indicateurs d'emploi, bien que les données soient difficiles à comparer.

### Conclusion partielle

L'essai clinique du Rocher-Percé démarre dans un contexte très particulier et aux multiples aspects. L'importance de l'éloignement, voire de l'isolement des territoires de l'Est-du-Québec par rapport aux ressources des centres a conduit à lancer des innovations locales dans le domaine de la santé. A plus petite échelle, le travail commun des trois régions dans le domaine de la santé vise à palier à cet éloignement et à impulser un dynamisme propre à l'Est-du-Québec. Toutefois les difficultés économiques et sociales importantes de l'ensemble de ces territoires et le manque de ressources compliquent la mise en place d'un tel programme. Ces difficultés propres aux territoires de l'Est-du-Québec jouent un rôle très important dans l'identification de territoires similaires.



---

---

## Deuxième partie

### Méthodologie pour identifier des territoires similaires

---

---

---

## Chapitre 3 : Connaître le territoire d'étude

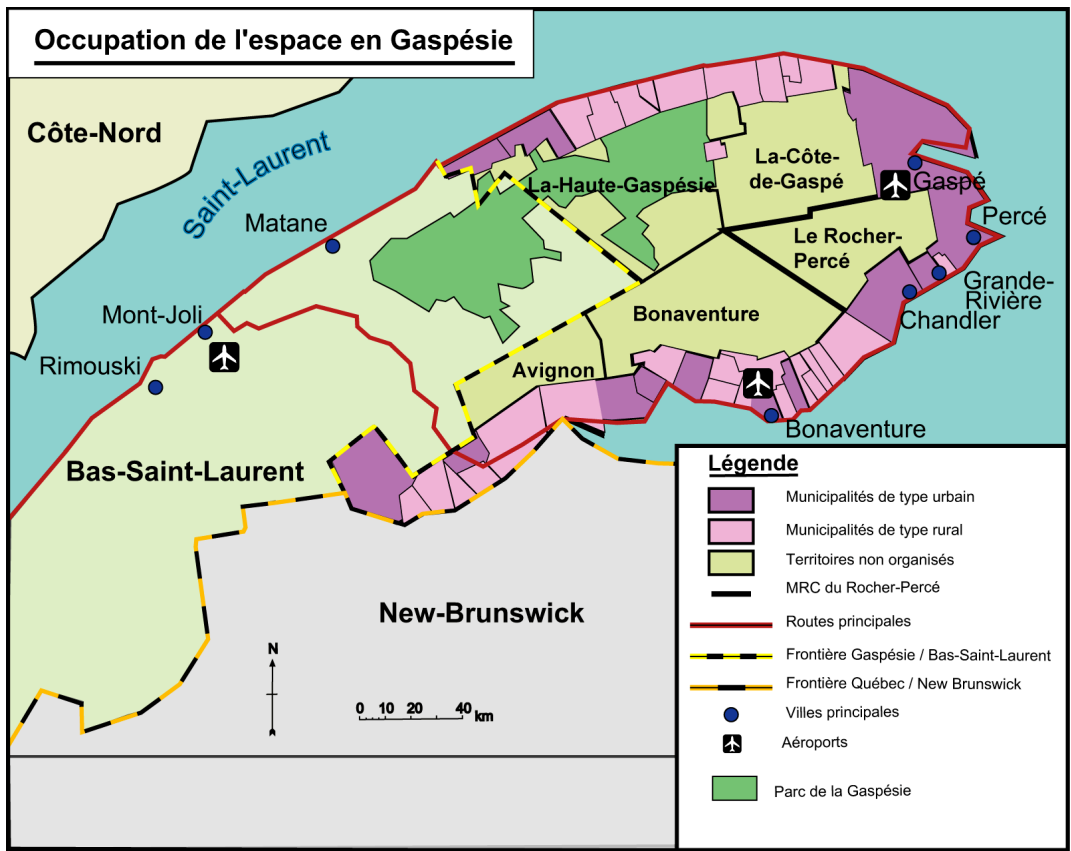
---

La demande de fonds faite aux Fonds Pfizer-MSSS pour les maladies chroniques prévoit de mettre en place une recherche collaborative entre les acteurs de différents territoires car l'expérience de recherche en région a montré les bénéfices qu'apporte une telle approche. Pour l'équipe de volet évaluatif, des CSSS ayant les mêmes problématiques de dispersion de la population, de manque d'effectifs, etc... ont très probablement déjà mené leur propre réflexion sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Un projet commun de discussion autour de l'essai-clinique permettra de canaliser les idées de ces trois territoires « pour façonner un modèle particulièrement bien adapté aux régions éloignées » (*Formulaire de demande de fonds*). Pour identifier ces territoires similaires il s'agit de trouver des indicateurs révélateurs de la situation du Rocher-Percé et comparables avec les autres territoires. C'est pourquoi il est nécessaire de commencer l'identification de tels indicateurs par une étude du territoire du Rocher-Percé.

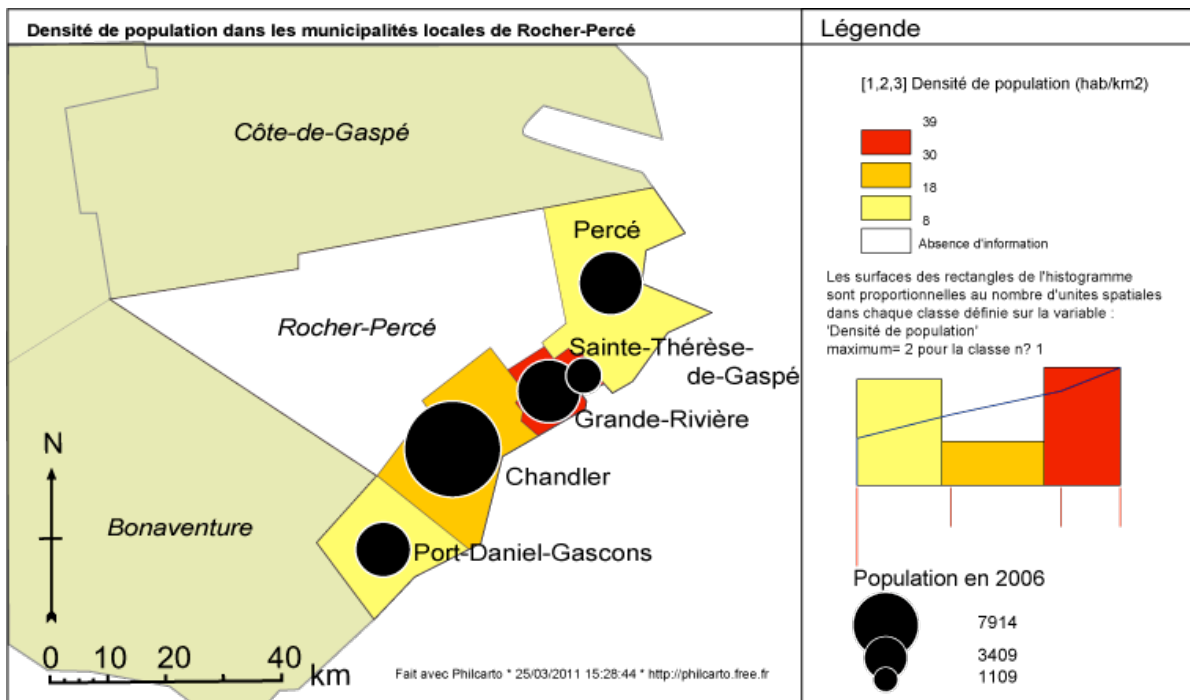
### **3.1 Le Rocher-Percé, présentation de la MRC la plus pauvre du Québec**

#### *3.1.1 Situation et organisation spatiale du Rocher-Percé*

Le Rocher-Percé est l'une des cinq MRC de la région Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine. C'est un territoire considéré comme entièrement rural. Les municipalités du Rocher-Percé sont définies comme municipalités rurales selon la définition de Statistique Canada car elles ne dépassent pas 10 000 habitants. Toutefois les habitants de Gaspésie considèrent souvent Chandler, Percé et Grande-Rivière comme des villes dans le langage courant puisque ce sont les principaux centres de ce territoire.



Carte 8 : Occupation de l'espace en Gaspésie



Carte 9 : Densité de population au Rocher-Percé

Le Rocher-Percé fait 3256 km<sup>2</sup> et regroupe 18 437 habitants, soit une densité de population de 5,9 habitants/km<sup>2</sup>. Situé dans l'extrême est du Québec, cette MRC, comme la Gaspésie dans son entier, sont considérés comme des espaces éloignés et périphériques par rapport aux grands centres. Cet isolement est d'abord une question de distance et d'accès aux grands centres puisque peu de routes traversent l'Est-du-Québec, et celles-ci contournent le centre de la région et le parc national de la Gaspésie par le nord et le sud pour rejoindre le centre de la province (voir carte 8 page précédente).

La ville de Chandler par exemple est respectivement à 937km de Montréal et 716km de Québec. En temps, cela représente par voie routière plus de dix heures pour Montréal et huit heures pour Québec. Ces distances et temps de parcours montrent bien l'extrême éloignement de ce territoire périphérique. Le réseau ferroviaire étant assez peu développé dans l'ensemble du Québec, pour se rendre dans les grands centres les Gaspésiens ont le choix entre le réseau routier (par véhicule de transport privé ou grâce au réseau de bus) et la voie aérienne à partir de Gaspé, de Mont-Joli ou de Bonaventure.

Comme le réseau de transport, la population habite dans son ensemble le long du littoral, dans les municipalités locales, alors que le centre de la Gaspésie est surtout composé de territoires non organisés<sup>4</sup>. Cette organisation territoriale est vraie également pour le Rocher-Percé qui est composé de cinq municipalités et d'un territoire non organisé, le Mont-Alexandre. On trouve une ville dans trois des municipalités : la plus importante en termes de population est Chandler avec 7914 habitants (recensement 2006), suivie de Percé (3419 habitants) et Grande-Rivière (3409 habitants). Les deux autres municipalités, Sainte-Thérèse-de-Gaspé et Port-Daniel-Gascons, regroupent respectivement 1109 et 2586 habitants.

Les villes de Gaspésie se situent toutes sur le littoral et seules quelques municipalités locales ont des proportions de population urbaine. Ainsi, c'est la MRC de la Haute-Gaspésie qui a la part la plus importante de population urbaine avec 54,7% tandis que les Iles-de-la-Madeleine n'ont une population urbaine que de 12,9%. Le Rocher-Percé est dans une situation intermédiaire avec 22,3% de population urbaine, celle-ci est surtout concentrée dans la ville de Chandler, puis à Percé et Grande-Rivière (voir carte 9 page précédente).

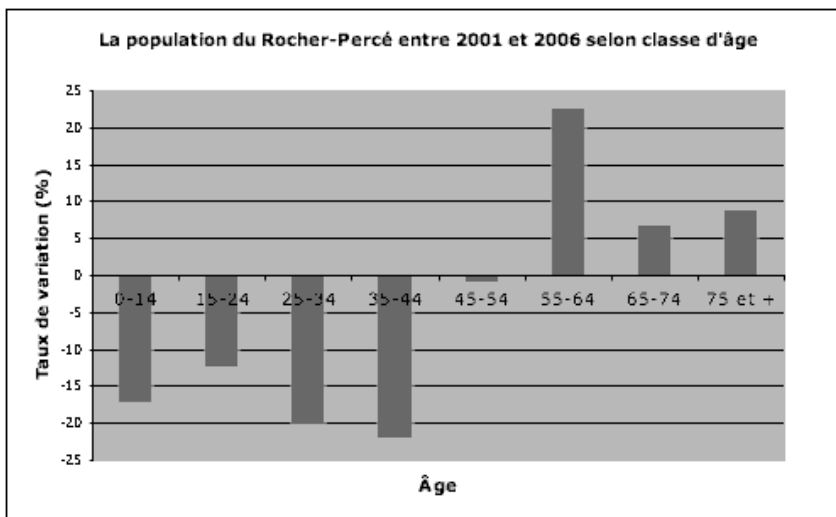
---

<sup>4</sup> Territoire non organisé : Tout territoire qui n'est pas une municipalité locale ou une réserve indienne. Ce territoire et sa population dépendent directement de la législation de la MRC.

### 3.1.2 Le Rocher-Percé, un territoire défavorisé...

La Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine est la région québécoise qui a perdu le plus d'habitants pendant la dernière décennie, puisque son accroissement de population est négatif (-3,9%) tandis qu'il est de +8,5% pour le reste du Québec entre 2006 et 2009 (Gagné, Frève, 2010). Toutes les MRC sont touchées par cette diminution de population mais c'est le territoire du Rocher-Percé qui en souffre le plus. Toutefois, celle-ci ralentit fortement depuis quinze ans : entre 1996 et 2001 le taux d'accroissement de la population était de -19,4%. Il est passé à -12% entre 2001 et 2006 et serait de -8,3% sur la période 2006-2009 selon les estimations de Statistique Canada. Ce phénomène populationnel touche tout l'Est-du-Québec et plus particulièrement la Gaspésie.

A l'exception du Mont-Alexandre qui est inhabité, tout le territoire du Rocher-Percé est touché par cette diminution de population. C'est la municipalité de Percé qui accuse la plus grande diminution de population (variation de -5,4% entre 2001 et 2006). Cependant, elle ne touche pas



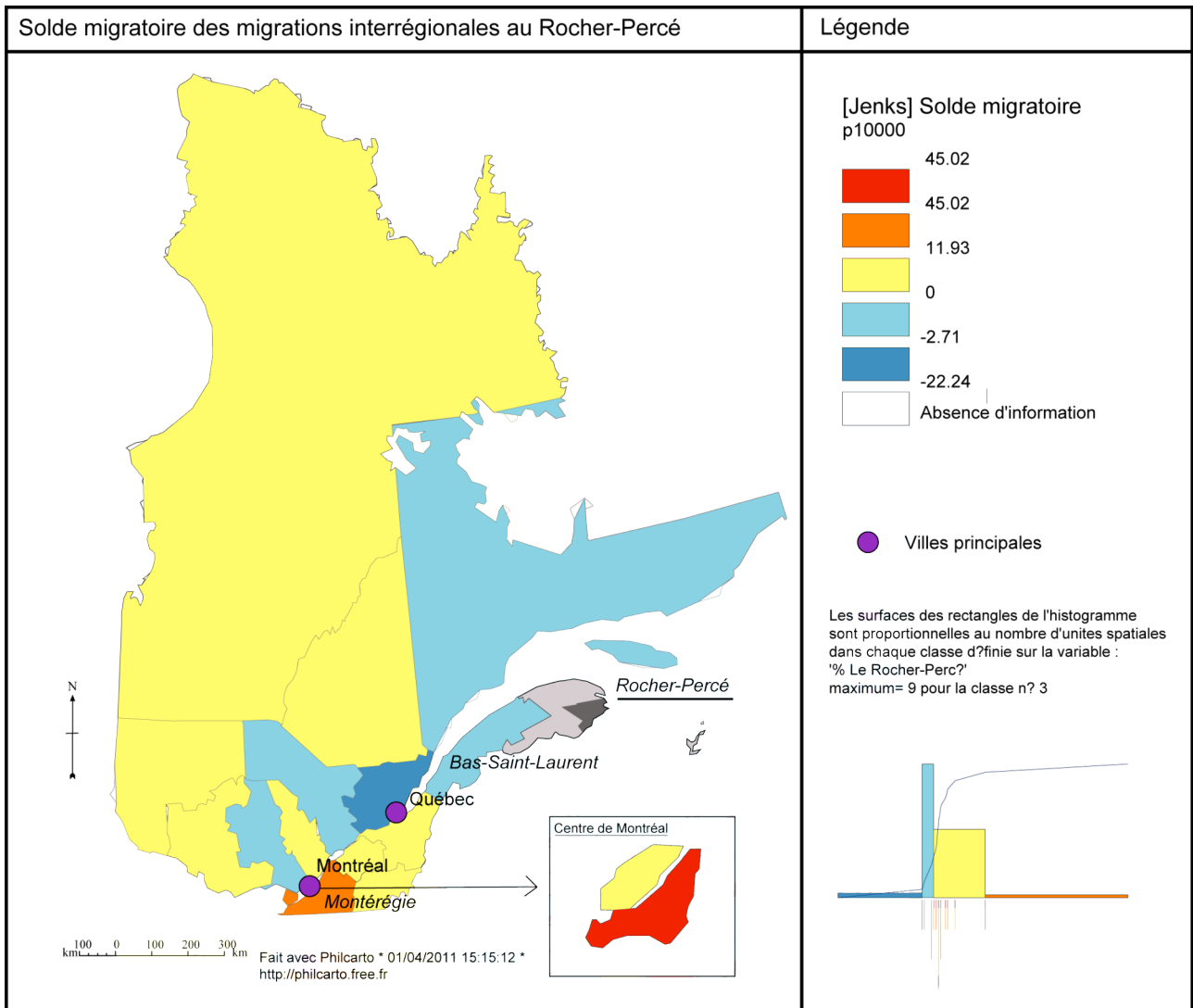
de manière égale toutes les tranches de la population. En effet, les effectifs de population en âge de travailler et d'avoir des enfants ont le taux d'accroissement négatif le plus fort, entre -17 et -18% pour les 20-29 ans, autour -5% pour les 15-19 ans et les 30-35 ans. Cette tendance est inverse pour la population plus âgée, puisqu'il

Figure 4 : Population du Rocher-Percé

ya un accroissement positif, près de 10% en moyenne, à partir de 55 ans. La classe d'âge des 55-64 ans a l'accroissement de population le plus fort, suivi des 65 ans et plus. Le Rocher-Percé connaît donc un très important vieillissement de sa population dû à la fois au départ des populations jeunes et à un accroissement naturel très négatif puisque la population en âge d'avoir des enfants quitte la région, tandis que la population âgée reste.

Mais ce sont surtout les migrations interrégionales qui ont une influence sur la croissance démographique. La population de Gaspésie migre préférentiellement vers le Bas-Saint-Laurent, la région la plus proche, et vers Québec. Pour l'ensemble du Québec, les couronnes des grandes

viles de Québec et Montréal sont les principales destinations des populations migrantes (Cambon, 2009), suivies des régions proches de la région de départ, notamment pour les populations plus âgées, voire retraitées (Duchesne, 2006). Quelques nuances sont à apporter pour le Rocher-Percé puisque l'attraction du Bas-Saint-Laurent est moins forte que pour le reste de la région, c'est donc la région de Québec qui est la principale destination des migrants. En revanche, le Rocher-Percé est également une destination qui attire des Montréalais, avec un solde positif migratoire de 45p10000.



Carte 10 : Migrations au Rocher-Percé

Le départ des populations jeunes est une tendance vraie pour tout l'Est-du-Québec. Cependant la région de la Gaspésie a une particularité par rapport aux autres régions périphériques car elle voit aussi l'entrée relativement importante d'une population âgée qui contraste avec le départ des populations jeunes. En effet, 14% de la population de retraités du

Québec a tendance à déménager, souvent vers un espace rural. Ces espaces connaissent en effet un gain de 7% de population de plus de 65 ans en moyenne. Toutefois ces tendances sont plus fortes en Gaspésie. Dans cette région, les nouveaux arrivants viennent surtout de Montréal, 219 personnes en 2009-2010 notamment (Duchesne, 2006).

Deux phénomènes caractérisent donc le Rocher-Percé : cette municipalité de comté connaît à la fois une perte de population et un vieillissement important de celle-ci. En 2006 les plus de 65 ans représentaient 18,3% de la population et les 45-65 ans 35,8% de la population. Le profil démographique de ce territoire connaît donc de grands changements à intégrer dans les plans de développement de la région.

Ce profil démographique est à étudier en comparaison avec l'emploi dans le Rocher-Percé. En 2009 l'ensemble de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine a connu un recul de l'emploi, -3,6% en moyenne. Les emplois touchés sont des emplois à temps plein, tandis que les emplois à temps partiel connaissent une légère hausse et représentent 19,4% des emplois en 2009 (enquête sur la population active 2009), un taux légèrement supérieur à celui de la moyenne québécoise (18,8%). 2009 est la seule année où la Gaspésie a eu une part d'emplois à temps partiel supérieure à la moyenne québécoise. D'ailleurs la part des emplois à temps partiel est redescendue à 16,2% en 2010, pour une moyenne québécoise de 19,4%. Le recul de l'emploi touche en priorité les femmes et les travailleurs de plus de trente ans. Cependant, le taux de chômage a diminué depuis 2006 (15,4% en 2009 pour 18,3% en 2006). Cette diminution du taux de chômage malgré la diminution du nombre d'emplois s'explique par le recul de la population active de -5,5% en 2009, dû notamment au vieillissement de la population, et à la migration des populations jeunes. Par rapport à l'ensemble de la région, la MRC de Rocher-Percé a une situation intermédiaire. Au recensement de 2006 le taux de chômage le plus bas est enregistré dans les Iles-de-la-Madeleine (14,9%) et le plus haut est celui de la MRC de Bonaventure, il est de 19,7%. Le Rocher-Percé avait quant à lui un taux de chômage de 18,1 %. En revanche, la situation concernant le taux d'activité semble être très défavorable pour le Rocher-Percé : en effet, la moyenne de ce taux pour la région est de 53,5% et il va jusqu'à 63,3% dans les Iles-de-la-Madelaine, alors qu'au Rocher-Percé il n'est que de 48,1%. Jusqu'à cette année, le Rocher-Percé avait le taux d'activité le plus bas du Québec. Pour comparaison, le taux d'activité moyen du Québec était de 72,2% en 2009. Aucune MRC de la région de Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine n'est au-dessus de ce taux. Cependant, le Rocher-Percé est la municipalité régionale de comté qui a enregistré la plus forte croissance du taux de travailleurs entre 2008 et 2009 après la Minganie (Côte-Nord), avec une hausse de 2% (Ladouceur, 2010).

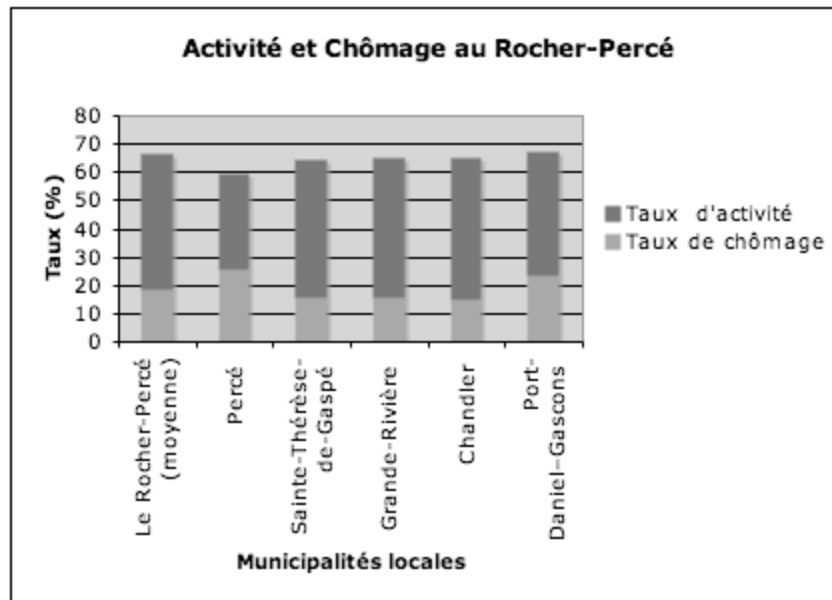


Figure 5 : Activité et chômage au Rocher-Percé

A l'image de la région gaspésienne, la variation de l'activité et du chômage entre les municipalités locales du Rocher-Percé est faible. Une seule municipalité se distingue vraiment, celle de la ville de Percé qui cumule à la fois le plus fort taux de chômage et le plus faible taux d'activité : c'est-à-dire 25,8% de chômage pour 33,5% d'activité alors que la moyenne du Rocher Percé est de 18,1% de chômage pour 48,1% d'activité. De plus le chômage ne touche pas tous les âges de la population avec la même dureté. C'est en effet la classe d'âge la plus âgée, c'est-à-dire 55-65 ans qui est la plus touchée puisque, depuis 2005, environ 30% de cette classe d'âge seulement est en activité. Le taux d'activité décroît depuis les classes d'âge les plus jeunes jusqu'aux classes d'âge les plus âgées. D'après le graphique ci-dessous on voit bien que c'est la classe d'âge des plus de 55 ans qui est la plus touchée par le faible taux d'activité alors qu'elle regroupe 19% de la population totale. Le vieillissement de la population en Gaspésie et dans le Rocher-Percé semble aller de pair avec une baisse de l'activité de ces tranches d'âge, même avant 65 ans. Il n'est pas possible d'obtenir les données concernant la part de l'emploi à temps partiel par MRC. En effet, ces données issues de l'Enquête sur la population active proviennent d'un échantillon de 10000 personnes environ sur l'ensemble du Québec. Les effectifs par municipalités sont trop faibles pour être fiables et représentatifs de la population.



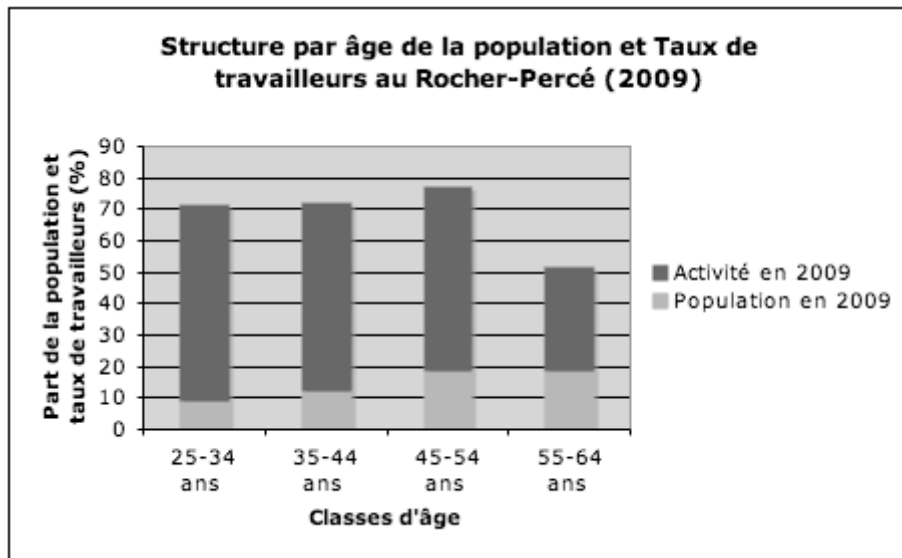


Figure 6 : Travailleurs au Rocher-Percé

D'autres indicateurs socio-économiques sont très faibles pour le Rocher-Percé. C'est le cas des revenus médians et moyen qui sont inférieurs de plus de 5000\$CA à la moyenne de la province : le revenu médian du Québec est de 22000\$CA (pour la population de plus de 15 ans) tandis que celui du Rocher-Percé est d'environ 17000\$CA. Si ces revenus sont très inférieurs à la moyenne nationale, en revanche la différence entre les hommes et les femmes est beaucoup moins marquée. En effet, plus de 10000\$CA séparent les revenus des hommes et des femmes à l'échelle du Québec, cette différence est de 4000\$CA environ

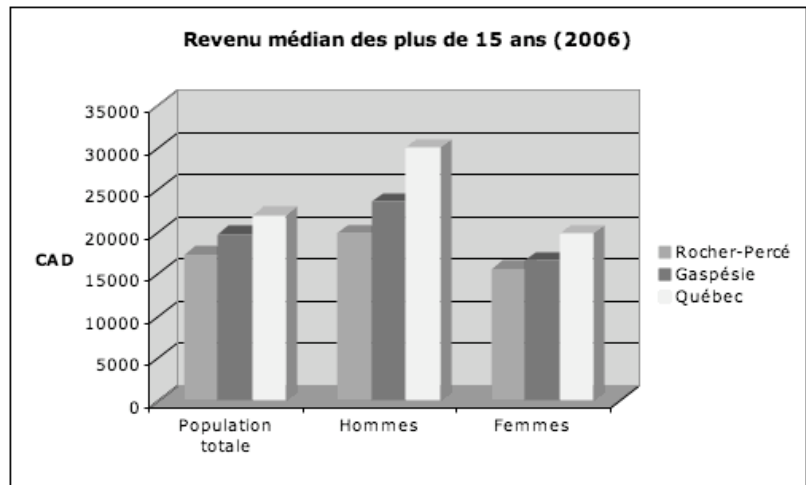


Figure 7 : Revenu médian au Québec

dans le Rocher-Percé. La part de la population sans revenus est également inférieure à la moyenne nationale dans ce territoire (4,5% au lieu de 5%.) On peut alors supposer qu'il y a plus d'emplois précaires, notamment des emplois à temps partiel et saisonniers dans le Rocher-Percé ce qui diminue le nombre de personnes sans revenus mais augmente la part d'individus ayant des revenus faibles. L'importante part de bas revenus dans le Rocher-Percé a des origines historiques. Elle est due à la fois à l'héritage industriel de la Gaspésie, axé sur de bas salaires (chaussures,

bonneterie, etc.) et au déclin plus récent des industries utilisant les ressources naturelles de la Gaspésie (papeterie, foresterie, etc.). Dans le cas du Rocher-Percé il faut surtout citer la fermeture de l'usine Gaspésia (fabrication de pâte à papier) en 1999, le principal employeur du territoire à cette époque.

Une grande caractéristique du Rocher-Percé est d'ailleurs la part importante d'emplois dans les secteurs primaire et secondaire. Le secteur primaire avec les professions dans l'agriculture, la chasse, la pêche et la foresterie concerne 12% de l'emploi du Rocher-Percé pour 2% en moyenne au Québec, comme le montrent les graphiques ci-dessous. 29% de l'emploi regroupe les professions des secteurs primaires et secondaires, donc des professions souvent à bas salaire et parfois précaires. Toutefois le secteur d'emploi manufacturier qui était encore en hausse jusqu'en 2005 dans le Québec (accroissement de plus de 20% pour la périphérie est du Québec) voit le nombre de ses emplois diminuer depuis 2006, -5,1% pour la périphérie-est notamment, dont fait partie la Gaspésie. Ce secteur subit les effets du ralentissement de l'activité économique. Parallèlement, le Rocher-Percé a également une part importante d'emplois relevant de l'hébergement et de la restauration, ce qui peut s'expliquer par l'attraction touristique de la Gaspésie pendant la période estivale : 10% de la population travaille dans ce secteur. Enfin, comme pour le reste du Québec, c'est ensuite les professions dans la santé et l'enseignement qui occupent une large part de l'emploi, 22%. D'ailleurs, l'emploi a connu une croissance de 4% entre 2007 et 2008, pour des emplois à temps plein et relevant tous de la santé et de l'assistance sociale. C'est donc le secteur tertiaire et les services qui se développe en Gaspésie actuellement.

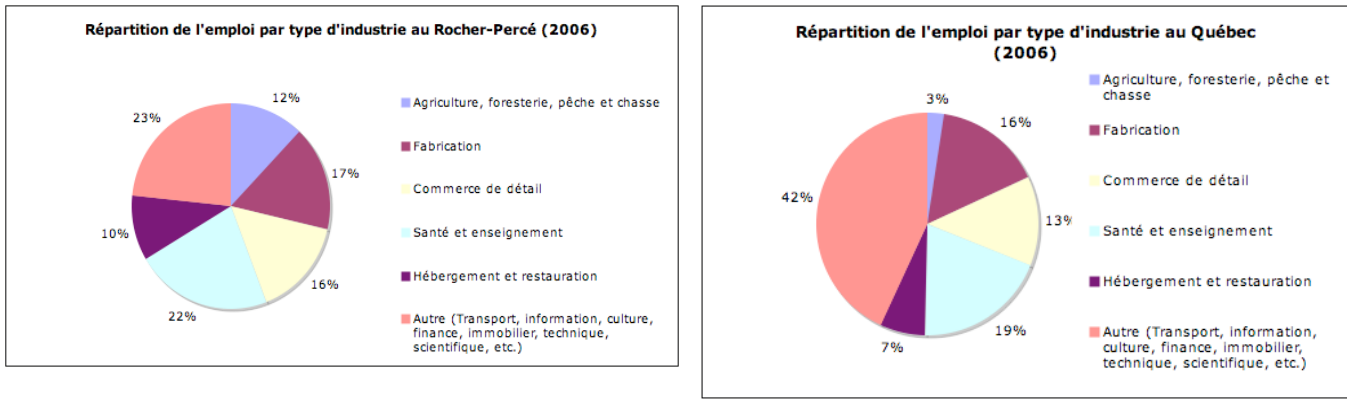


Figure 8 : Répartition de l'emploi par type d'industrie

La part importante du secteur primaire dans l'emploi semble être en adéquation avec le type de diplômes détenus par la population du Rocher-Percé. En effet, presque la moitié de la population n'a aucun diplôme, et un quart de la population a un diplôme de niveau secondaire ou un certificat d'apprenti (ou équivalent).

A l'inverse moins de 1% de la population détient un diplôme de niveau supérieur, et moins de 5% un diplôme universitaire. A l'échelle du Québec la part des non diplômés est de 26% et 11% de la population détient un baccalauréat<sup>5</sup>. Le taux de décrochage des élèves pendant le

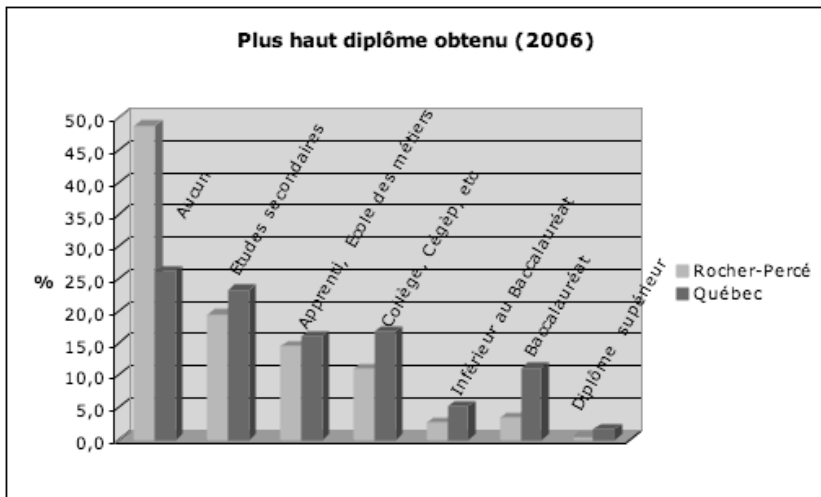


Figure 9 : Niveau de diplôme au Québec

secondaire est l'un des plus fort du Québec, à près de 28% pour l'année scolaire 2006-2007. Et ce taux de décrochage a connu une variation très forte entre 2005-2006 et 2006-2007 avec une augmentation de 4,7%. A l'intérieur du Rocher-Percé il y a assez peu de variation quant à la part de diplômes de chaque type obtenus par la population : On va de 39,5% de non diplômés à Chandler à 50,8% à Port-Daniel-Gascons (voir carte 12 p 44).

Si le Rocher-Percé est touché par un fort taux de chômage, il l'est également par une forte part de familles avec un faible revenu. L'ensemble de la Gaspésie est au-dessus de la moyenne nationale avec 10,4% de familles touchant un faible revenu pour 9,9% au niveau national, en 2007. Au sein de la Gaspésie, le Rocher-Percé fait partie des territoires avec le plus haut taux de familles à faible revenu avec Avignon et la Haute-Gaspésie : Cette dernière affiche un taux de 15,2%, tandis qu'Avignon et le Rocher-Percé ont respectivement un taux de 14,3% et 13,3% de familles avec un faible revenu. Ces taux descendent jusqu'à 4,2% pour les Iles-de-la-Madeleine. Ce taux concerne en priorité les familles monoparentales en Gaspésie, puisque 27,7% avaient un faible revenu en 2007 pour 6,8% des familles comportant un couple. Toutefois le nombre d'enfants touchés par une situation de faible revenu a diminué sur l'ensemble de la région, passant de 3400

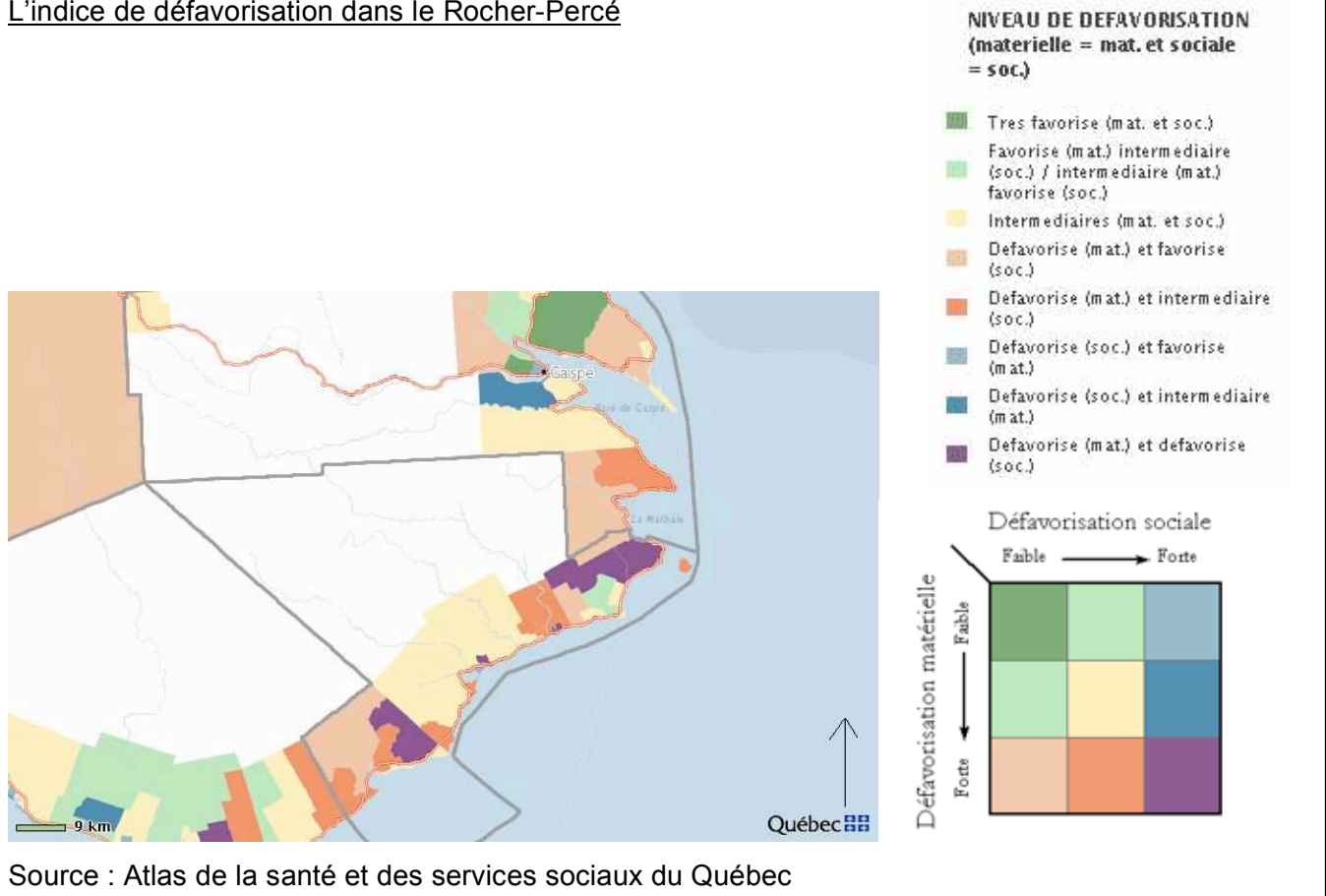
<sup>5</sup> Le baccalauréat est un diplôme universitaire obtenu à la fin de la troisième année universitaire

à 2870 c'est-à-dire une diminution de 11,6% alors que le nombre d'enfants pour la région a diminué de 15,6%. Le Rocher-Percé a également une part de familles monoparentale plus importante que dans le reste de la Gaspésie ou par rapport au Québec. En effet, la moyenne du Québec et le taux en Gaspésie sont proches, respectivement 17,1 et 16,6% tandis que celui du Rocher-Percé est plus élevé à 23,3%. En revanche, la situation matrimoniale des habitants du Rocher-Percé est relativement similaire à celle du reste du Québec. En effet, il y a très peu de différences pour les parts de personnes divorcées, veuves ou séparées (de 1 à 3 % de différence). La différence est plus grande pour les couples mariés et les célibataires (c'est-à-dire jamais mariés légalement), puisqu'on trouve moins de personnes mariées et plus de personnes célibataires. Mais cette différence est de 5% environ, et dans la mesure où le statut célibataire légal ne prend pas en compte les couples en union libre il est très difficile d'interpréter ces différences.

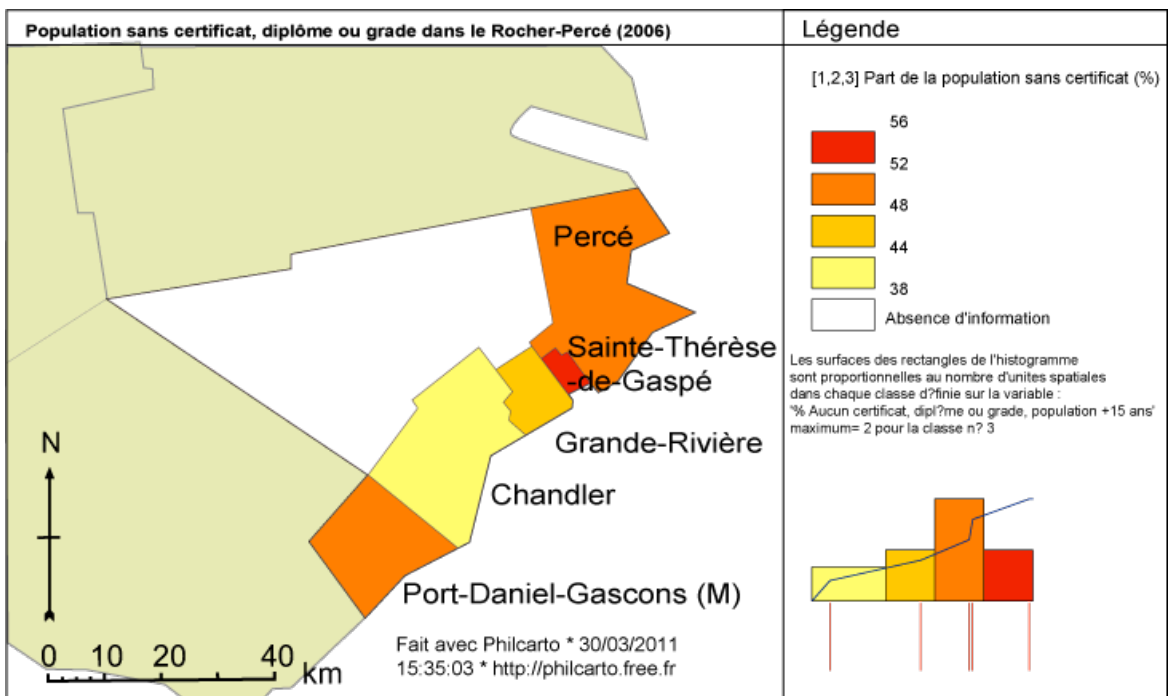
Le Rocher-Percé cumule beaucoup d'indicateurs négatifs qui montrent la fragilité et la relative pauvreté de ce territoire par rapport à la Gaspésie et à l'ensemble du Québec en général. Les revenus bas, le taux de chômage, le faible niveau de diplômes, et la fragilité du réseau social sont autant d'éléments qui marquent la défavorisation (Pampalon, 2003) et qui peuvent servir à définir le Rocher-Percé ici. Toutefois dans le cas du Rocher-Percé la situation matrimoniale ne diffère pas tant de l'ensemble du Québec, seul le nombre de familles monoparentales est plus important. Ce sont donc les conditions économiques qui caractérisent le Rocher-Percé, ainsi que sa situation démographique. On peut d'ailleurs faire référence aux cartes de l'indice de défavorisation de R. Pampalon éditées selon le recensement de 2006.

D'après la carte page suivante on peut voir que la plupart des municipalités du Rocher-Percé connaît une défavorisation plus matérielle que sociale, à l'exception d'une partie du territoire de Percé qui cumule défavorisation matérielle et sociale.

## L'indice de défavorisation dans le Rocher-Percé



Carte 11 : Indice de défavorisation au Rocher-Percé



Carte 12 : Population non-diplômée au Rocher-Percé

### 3.1.3 ... mais avec des nuances, notamment sur les questions sanitaires

L'étude de la situation socio-économique du Rocher-Percé a montré que ce territoire était défavorisé, au moins sur l'aspect matériel. La littérature montre que cette défavorisation joue un rôle prépondérant dans la prévalence de certains types de pathologie et pour les indicateurs de santé généraux tels que la mortalité, mortalité évitable et les différents indicateurs d'espérance de vie. Ces différents indicateurs peuvent être groupés en quatre catégories : les indicateurs se rapportant à l'espérance de vie, ceux concernant les incidences de pathologies chroniques, les indicateurs de mortalité et ceux de mortalité évitable. L'étude d'indicateurs de chacun de ces groupes semble le plus souvent corroborer la thèse du Rocher-Percé comme territoire défavorisé. Toutefois des exceptions et spécificités conduisent à prendre du recul par rapport à cette généralisation.

Les premiers indicateurs permettent d'analyser l'espérance de vie : le Rocher-Percé a une espérance de vie plus faible que la moyenne nationale (77,6 ans, pour une moyenne nationale de 79,5 ans en 2006). Cet écart de deux ans se retrouve pour plusieurs indicateurs d'espérance de vie, notamment pour l'espérance de vie sans incapacités pour les deux genres. Mais deux indicateurs semblent plus spécifiques au Rocher-Percé : la proportion de population ayant une incapacité et l'espérance de vie sans incapacités fréquentes masculines. Au contraire, l'espérance de vie sans incapacités fréquentes féminine est au-dessus de la moyenne nationale. On peut supposer que l'importance des secteurs primaires et secondaires a une influence sur les écarts entre la situation du Rocher-Percé et celle du reste du Québec pour ces deux derniers indicateurs puisque les travaux saisonniers et ouvriers au Rocher-Percé sont surtout réservés aux hommes.

Tableau 1 : L'espérance de vie au Québec

	Rocher-Percé	Québec	Gaspésie
Espérance de vie, deux sexes réunis	77,6	79,4	79
Espérance de vie sans incapacités (hommes)	63,8	65,8	64,6
Espérance de vie sans incapacités (femmes)	66,4	68,1	67,8
Espérance de vie sans incapacités fréquentes (hommes)	68,5	70,9	69,3
Espérance de vie sans incapacités fréquentes (femmes)	72,3	68,1	73,7
Proportion de la population ayant une incapacité	14,5	11,1	13,1

D'après la littérature certaines pathologies semblent avoir des taux d'incidence plus forts pour les territoires défavorisés. Ces pathologies sont souvent considérées comme faisant partie de la mortalité évitable : on parle notamment du cancer du poumon (Schack L. 2008, et Hart. C 2001), de la prévalence du diabète (Cox M., 2007) du cancer du sein (Schack L 2008), des maladies cardiovasculaires (Kaplan, 1993), ainsi que la mortalité prématurée (Melchior M. 2006). Le taux de mortalité évitable est plus fort dans le Rocher-Percé que dans le reste de la Gaspésie et du Bas-Saint-Laurent (115p100000 au Rocher-Percé pour 93p100000 en Gaspésie). Cependant, en fonction des pathologies dites évitables, le taux de mortalité (ou l'incidence de la pathologie) ne permet pas toujours de caractériser le Rocher-Percé par rapport aux autres RLS. Seuls certains indicateurs semblent plus caractéristiques de ce territoire. Beaucoup d'indicateurs semblent montrer l'impact de la défavorisation sur le territoire. Cinq ici ont été retenus : les cardiopathies ischémiques, le cancer du poumon et les pathologies liées au tabagisme, le cancer du colon-rectum et la prévalence du diabète. Pour ces pathologies les données concernant le taux de mortalité et l'incidence de la maladie étaient parfois disponibles. Dans ce cas là, une seule des données a été retenue pour l'analyse. Le taux de mortalité pour des conditions associées au tabagisme et le taux de mortalité ajusté par cardiopathie ischémique sont beaucoup plus importants au Rocher-Percé que pour le Québec. En effet, le taux de mortalité par cardiopathie ischémique du Rocher-Percé est de 140 pour 100 000 tandis que la moyenne du Québec est de 99p100000. De même, le taux de mortalité pour des conditions associées au tabagisme est 345p100000 pour le Rocher-Percé au lieu de 269 pour la moyenne québécoise (voir carte 3 page 47).

D'autres indicateurs, concernant l'incidence de cancers vont dans ce sens et montrent l'impact de la défavorisation sur la population : le taux d'incidence du cancer du poumon, celui du cancer du colon-rectum et le taux de prévalence du diabète.

*Tableau 2 : Taux de mortalité par cancer au Québec*

	Rocher-Percé	Québec	Gaspésie
Taux d'incidence du cancer du poumon (p100000)	145	83	110
Taux d'incidence du cancer du colon-rectum (p100000)	82	65	69
Taux de prévalence du diabète (%)	9,6	7,1	8,1
Taux de mortalité par cancer du sein (p100000)	113	125	127

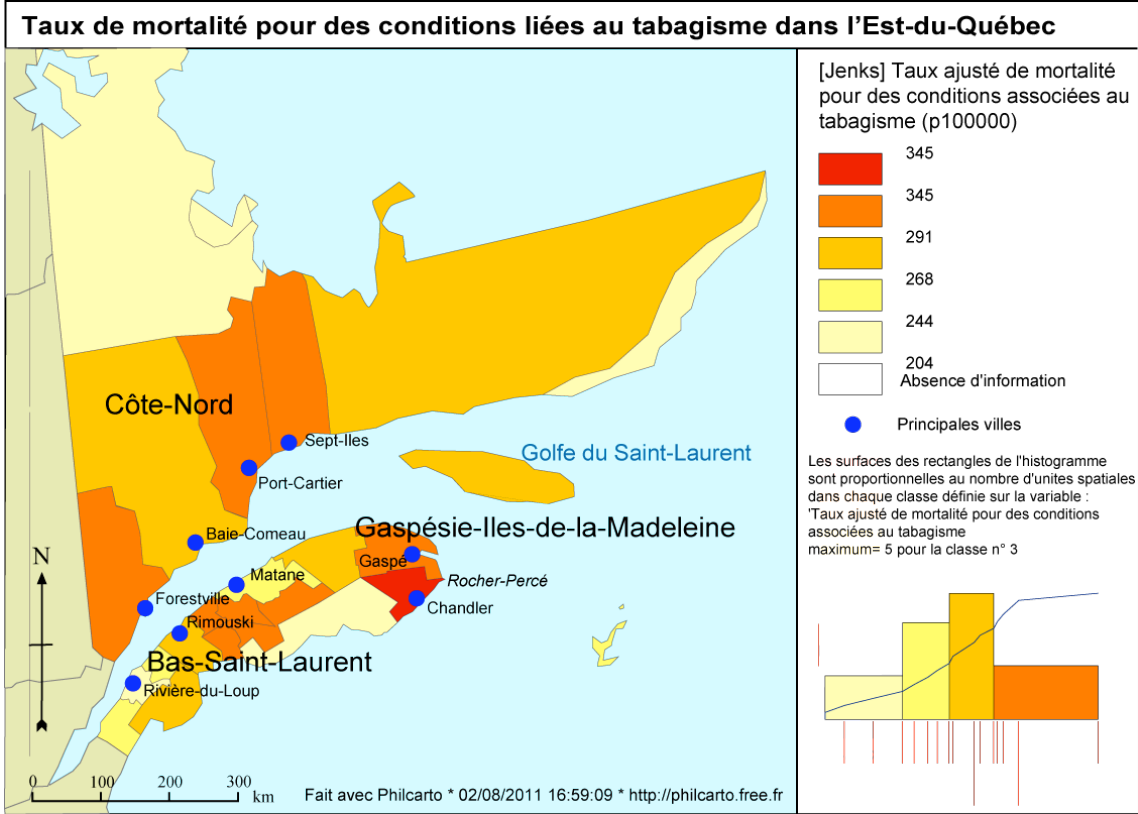
Au contraire, d'autres pathologies liées à la défavorisation ne semblent pas être particulièrement courantes dans le cas du Rocher-Percé et conduisent à apporter des limites à

l'analyse précédente. En effet le taux de mortalité du cancer du sein par exemple ne permet pas de caractériser le Rocher-Percé car l'analyse des données n'a montré aucune particularité spatiale à l'échelle de l'Est-du-Québec (voir carte 14 page suivante). Il faut donc apporter des nuances : s'il semble avoir un lien entre les caractéristiques socio-économiques du Rocher-Percé et la situation sanitaire globale de ce territoire, tous les indicateurs, positifs ou négatifs ne peuvent être expliqués seulement par la situation de défavorisation du territoire.

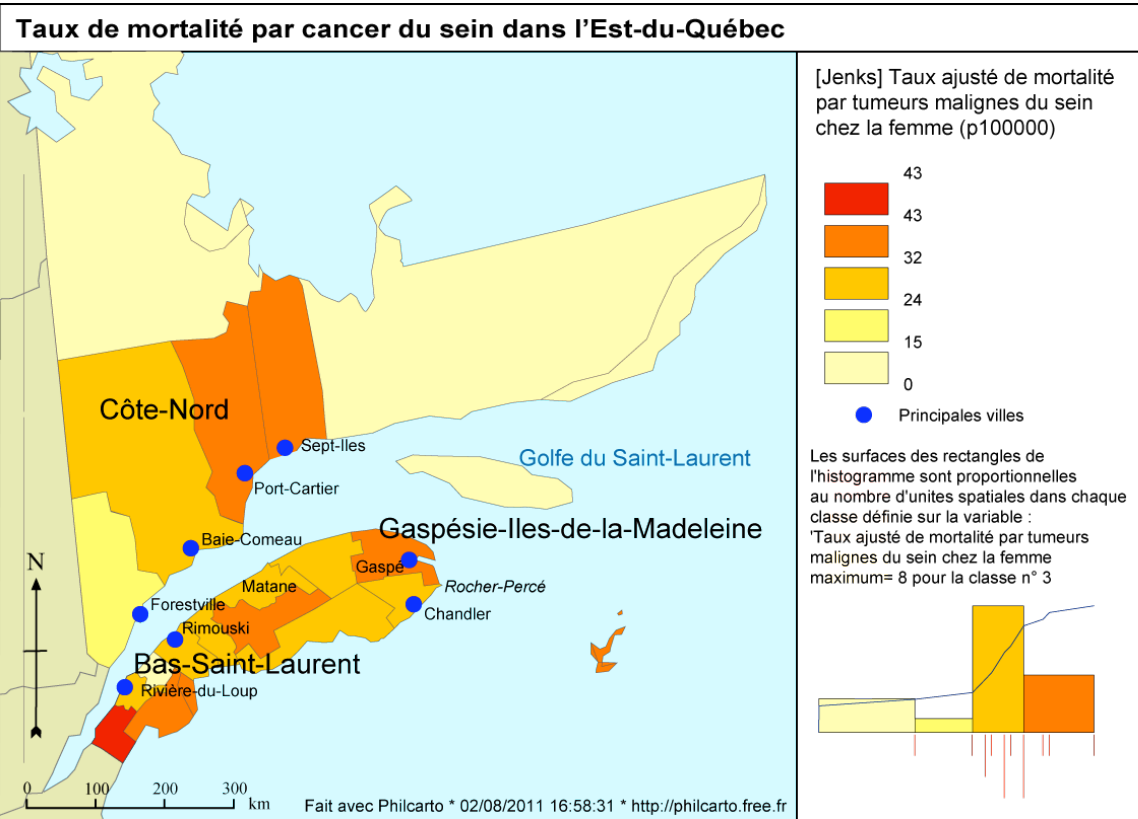
D'autres types de mortalité liés soit à la défavorisation, soit au caractère rural d'un territoire sont mis en avant par la littérature. C'est notamment le cas des pathologies liées à l'appareil respiratoire, aux traumatismes-non-intentionnels, et plus particulièrement aux accidents de la route (Pampalon 2005). Cependant, ces tendances ne se vérifient pas dans le cas du Rocher-Percé et donc ne permettent pas de retenir ces indicateurs. En ce qui concerne les accidents de la route notamment, le Rocher-Percé a un taux de mortalité lié aux accidents de la route supérieur à la moyenne du Québec (14,5p100000 pour une moyenne de 9,1p100000) mais inférieur à beaucoup d'autres territoires ruraux : plus de 40% des RLS du Québec ont un taux supérieur au Rocher-Percé.

Ainsi, certains indicateurs s'avèrent être très négatifs pour le Rocher-Percé. Toutefois, bien que ces indicateurs puissent sembler liés à la défavorisation, d'autres éléments peuvent intervenir comme des politiques locales de sensibilisation, de prévention... C'est pourquoi, on ne peut dire au vu de la situation sanitaire du Rocher-Percé que c'est un territoire défavorisé, mais plutôt qu'il cumule quelques indicateurs sanitaires négatifs probablement liés aux conditions de travail et au mode de vie local.





Carte 13 : Mortalité liée au tabagisme – Est-du-Québec



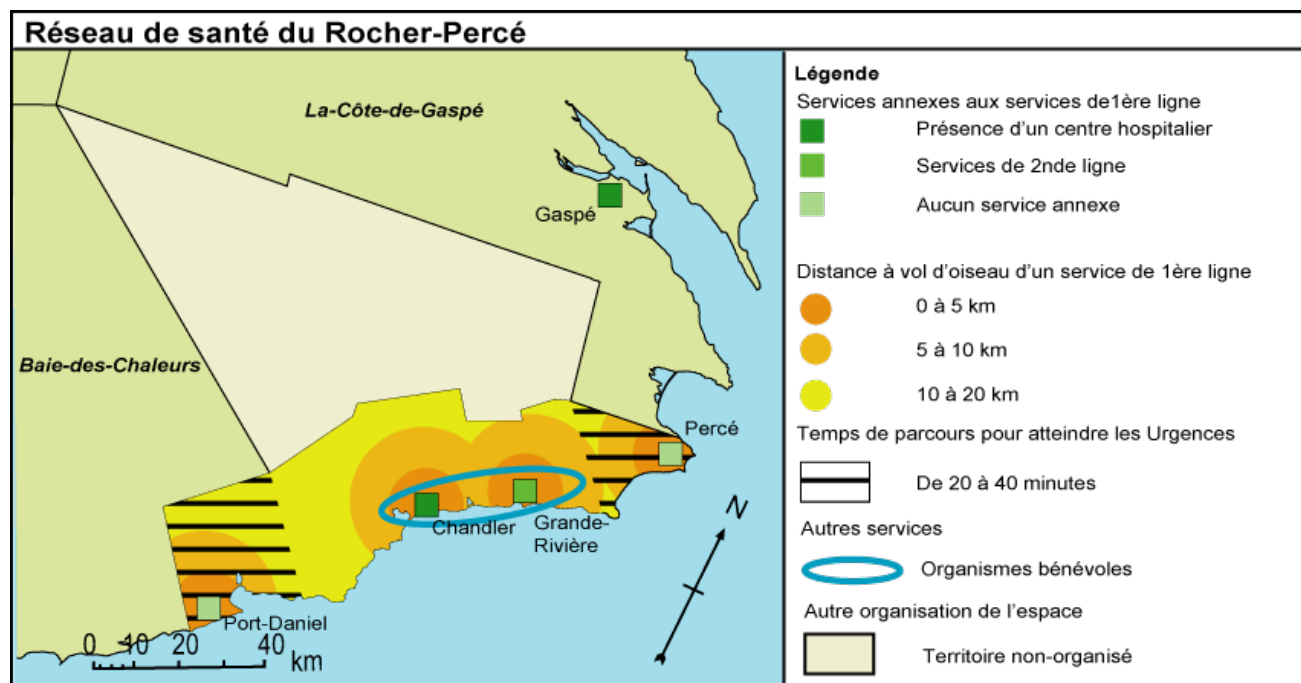
Carte 14 : Mortalité par cancer du sein – Est-du-Québec

### 3.1.4 Un réseau de santé organisé selon des notions d'équité

Au Rocher-Percé les services sont répartis dans les principales municipalités, Chandler, Grande-Rivière et Percé et dans la municipalité de Port-Daniel-Gascons. Toutefois ces municipalités ne concentrent pas les mêmes degrés de services. On distingue en effet trois niveaux de services dans ces trois villages.

Percé et Port-Daniel-Gascons sont ceux qui offrent le moins de ressources médicales. On ne trouve en effet qu'un CLSC à Port-Daniel-Gascons, et un CLSC ainsi qu'une pharmacie à Percé.

La ville de Grande-Rivière ensuite offre surtout des services de première ligne, c'est-à-dire médecine de famille et pharmacie. On y trouve en effet deux cliniques médicales et une pharmacie, mais aussi une clinique dentaire qui vient compléter cette offre. Quelques organismes bénévoles sont également situés à Grande-Rivière (un comptoir familial) ou à mi-chemin de Chandler, entre 5 et 10 km (une association sociale et un centre de travail adapté).



Carte 15 : Réseau de santé du Rocher-Percé

C'est donc à Chandler qu'on trouve la plus grande offre de services. L'offre de services de première ligne est importante puisqu'il y a quatre groupes de médecine famille ou points de services, deux cliniques médicales et deux pharmacies. Ces services sont complétés par un centre

hospitalier de première ligne avec un laboratoire d'analyses, une imagerie médicale et un centre d'urgences. On trouve également à Chandler un centre d'hébergement et de soins de longue durée et de nombreux centres de bénévoles : cinq organismes communautaires, deux groupes d'entraides et deux associations sociales ainsi qu'une infrastructure appelée centre de bénévolat sur laquelle aucune information supplémentaire n'est disponible. Depuis ce CLSC le centre médical d'urgence le plus proche se trouve dans la Baie-des-Chaleurs, à plus de 20km à vol d'oiseau, dans la ville de Paspébiac. On ne trouve aucun organisme communautaire en dehors de Chandler et Grande-Rivière qui concentrent tous les services de ce type.

Ainsi plusieurs traits caractérisent le Rocher-Percé. D'abord la relative équité des services de première ligne sur tout le territoire puisqu'on trouve dans quatre des cinq municipalités un CLSC ou une clinique médicale. D'ailleurs, presque l'ensemble du territoire se trouve à moins de dix kilomètre d'un service de première ligne (infirmier ou médecin), même si ces distances sont moins importantes autour de Chandler et Grande-Rivière. Mais cette équité n'existe pas pour les autres types de services. En ce qui concerne les urgences, une grande partie du territoire se trouve entre vingt et quarante minute de transport en voiture d'un centre d'urgence, que ce soit celui de Chandler ou d'une autre MRC, ce qui peut poser des difficultés importantes en cas d'urgence grave. On retrouve ce déséquilibre pour les services communautaires. Ceux-ci peuvent être des organismes de santé comme le planning familial, Diabète Pabok comme des centres d'entraides pour la vie courante (habillement, soutien scolaire, etc...). Au Rocher-Percé tous ces centres se trouvent entre Chandler et Grande-Rivière et montrent un déséquilibre dans le territoire entre un centre bien desservi par les services existants et de relatifs vides aux périphéries du RLS.

---

## Chapitre 4 : Identifier des territoires similaires, les outils disponibles et la méthode utilisée

---

### **4.1 Recensement et données sanitaires**

#### *4.1.1 Une méthode identique*

Afin de trouver des territoires similaires au Rocher-Percé, il a fallu identifier des indicateurs permettant de comparer les différents territoires. L'étude approfondie de la situation socio-économique et sanitaire, ainsi que du réseau de santé a permis de sélectionner quelques indicateurs. L'étude du réseau de santé relève d'une méthode particulière, tandis que les indicateurs sociaux, économiques et sanitaires sont analysés par une méthode identique.

##### a) Où trouver les données

En ce qui concerne les données socio-économiques d'abord, celles utilisées pour caractériser le Rocher-Percé et trouver des territoires similaires viennent du recensement de 2006. En effet, c'est le dernier recensement dont les données étaient disponibles au printemps 2011 puisque les données du recensement 2011 n'étaient pas encore collectées au moment de l'étude. Un premier biais important est donc présent dès le début de cette étude puisque toutes ces données ont été collectées à l'échelle des MRC. Or le projet final doit aboutir à trouver des RLS similaires. Le Rocher-Percé notamment a un découpage territorial différent en fonction des limites administratives ou sanitaires.

L'étude du Rocher-Percé a permis de sélectionner quelques indicateurs synthétiques caractérisant le territoire. Ces indicateurs permettent de traduire des situations sociales, comme le pourcentage de familles monoparentales, des situations économiques en ce qui concerne le marché du travail, ou encore démographique pour la part des plus de soixante-cinq ans... La plupart des indicateurs sélectionnés sont statiques : en effet, de nombreux changements dans le questionnaire du recensement ont eu lieu entre celui de 2001 et celui de 2006. Beaucoup de données ne sont pas comparables entre ces deux recensements. En ce qui concerne l'activité la

part des familles avec un faible revenu par exemple, les méthodes de calculs diffèrent entre 2001 et 2006 : en 2006 il est précisé si cette part de faible revenu est calculés avant ou après imposition, élément qui n'est pas précisé en 2001. Les données concernant la scolarité ne sont pas comparables non plus : en effet, entre les deux recensements la tranche d'âge questionnée change (de 19 à 15 ans pour l'âge le plus jeune) et les questions sont très largement modifiées. Si bien que les réponses ne sont absolument pas comparables. Les données concernant l'activité ou le chômage sont difficilement comparables pour des raisons différentes : la situation démographique du Rocher-Percé a beaucoup évolué entre 2001 et 2006 avec un nombre important de départs à la retraite amplifié par le départ des populations jeunes. C'est pourquoi comparer les données de 2001 et 2006 introduiraient d'important biais puisque cela ne prendrait pas en compte ces changements démographiques.

Finalement dix indicateurs issus du recensement ont été sélectionnés et permettent à la fois de caractériser le Rocher-Percé et de trouver d'éventuels territoires similaires. Trois indicateurs démographiques ont été retenus : ils permettent de traduire à la fois le vieillissement de la population et la diminution de celle-ci. Il s'agit de la part des plus de soixante-cinq ans en 2006, l'accroissement de cette part entre 2001 et 2006 et l'accroissement général de la population entre ces deux dates. Concernant l'activité et les revenus, trois indicateurs également ont été retenus : il s'agit de deux taux, le taux d'activité et le taux de chômage en 2006, ainsi que le part de familles avec un faible revenu (après imposition) en 2006. Ces trois indicateurs montrent la défavorisation matérielle très importante dans le Rocher-Percé. Ils sont complétés par des indicateurs montrant une certaine défavorisation sociale : la part de familles monoparentales, la part de non-diplômés et la part du secteur primaire dans le marché du travail, en 2006.

Afin de compléter ces données issues du recensement, d'autres éléments ont été ajoutés à cette analyse. Il s'agit d'abord d'informations de type géographique : la présence ou non d'une municipalité locale avec une ville de plus de 10000 habitants. D'autre part, pour représenter l'importance de la faible urbanisation et de la concentration de la population sur une part étroite du territoire, c'est la part de territoires non-organisés sur l'ensemble de la MRC qui a été retenue. En effet, plus de 50% du Rocher-Percé est un territoire non-organisé par exemple, ce qui a une grande influence sur l'organisation territoriale.

Enfin, des indicateurs évaluant l'enclavement du territoire et combinant des données du recensement de 2006 et du ministère du développement économique, de l'innovation et de l'exportation du Québec ont été retenues. En premier la mobilité du travail, c'est-à-dire si les travailleurs doivent se déplacer dans une autre municipalité locale pour aller sur leur lieu de travail : cet indicateur montre de manière indirecte la présence d'un centre d'activité important dans un territoire. Or dans un territoire comme le Rocher-Percé, où il n'y a ni zone d'activité ni

zone industrielle, la population se déplace peu. Toutefois cet indicateur comporte un biais : les taux peuvent sembler plus importants dans les MRC où les municipalités locales sont nombreuses et d'une superficie moins importante. Pour compléter cette donnée, la diversité industrielle a été retenue. Le Ministère du développement économique, de l'innovation et de l'exportation a donné un indice de diversification industrielle pour toutes les MRC du Québec en 2005 (*rapport annuel de gestion 2005-2006*). En fonction de cet indice, les MRC sont regroupées en cinq classes allant de très peu diversifiée à très diversifiée. C'est ce classement qui a été retenu pour l'étude.

En ce qui concerne les données de santé, une autre source de données a été utilisée : il s'agit du Santéscope, produit par l'Institut national de Santé Publique, qui met à disposition des indicateurs sanitaires à l'échelle des RLS pour tout le Québec. Toutefois, certaines de ces informations ne sont pas disponibles pour le Rocher-Percé en raison des faibles effectifs de population de ce territoire. C'est le cas notamment des chiffres concernant le taux de suicide de ce territoire. Les indicateurs retenus ensuite sont ceux qui ont permis de caractériser le mieux le Rocher-Percé comme vu précédemment.

Ainsi treize indicateurs sociaux-économiques et géographiques et neuf indicateurs sanitaires ont été retenus pour permettre de comparer le Rocher-Percé avec d'autres territoires. Un tableau récapitulatif de ces données est disponible en annexe 1

## b ) Comment comparer les données ?

Afin de déterminer quels territoires pouvaient être similaires au Rocher-Percé il s'agit de savoir quels MRC ou RLS avaient des profils se rapprochant du Rocher-Percé. Pour pouvoir d'abord déterminer quelles données pouvaient permettre de dire que deux territoires étaient similaires, chaque série de donnée a été étudiée : le profil de la courbe, les valeurs centrales et de dispersion de chaque variable ont été analysées afin de déterminer pour quelles valeurs des territoires peuvent être similaires. Pour chaque variable les valeurs possibles sont donc différentes. C'est-à-dire qu'une classe regroupant peu d'effectifs de territoires, comme un décile, était plus pertinent lorsque beaucoup de MRC ou RLS avaient des valeurs proches de celles du Rocher-Percé. Au contraire, lorsque les valeurs des territoires s'éloignaient vite de celles du Rocher-Percé, des classes retenant 20 à 25% d'effectifs ont été retenues. Par exemple le Rocher-Percé a une part importante de familles monoparentales. La courbe de cette variable montre que beaucoup de MRC ont une part de familles monoparentales de plus de 18% proche du Rocher-Percé. Ces MRC correspondent au dernier décile de la courbe. Au contraire, dans le cas du taux de mortalité par cardiopathie-ischémique le dernier quartile regroupe des valeurs comprises entre 140 et 180 décès pour 100 000. Les valeurs sont très étendues et trop peu de territoires sont réellement

proches du Rocher-Percé ce qui conduit à élargir les limites de classes. Cette méthode a été répétée pour chaque variable et a permis de voir quels territoires cumulaient plusieurs indicateurs similaires au Rocher-Percé. Pour les données socio-économiques les MRC ayant au moins trois indicateurs avec des valeurs proches du Rocher-Percé ont été gardées pour la suite de l'étude, pour les données de santé toutes les RLS avec au moins une caractéristique commune ont été conservées.

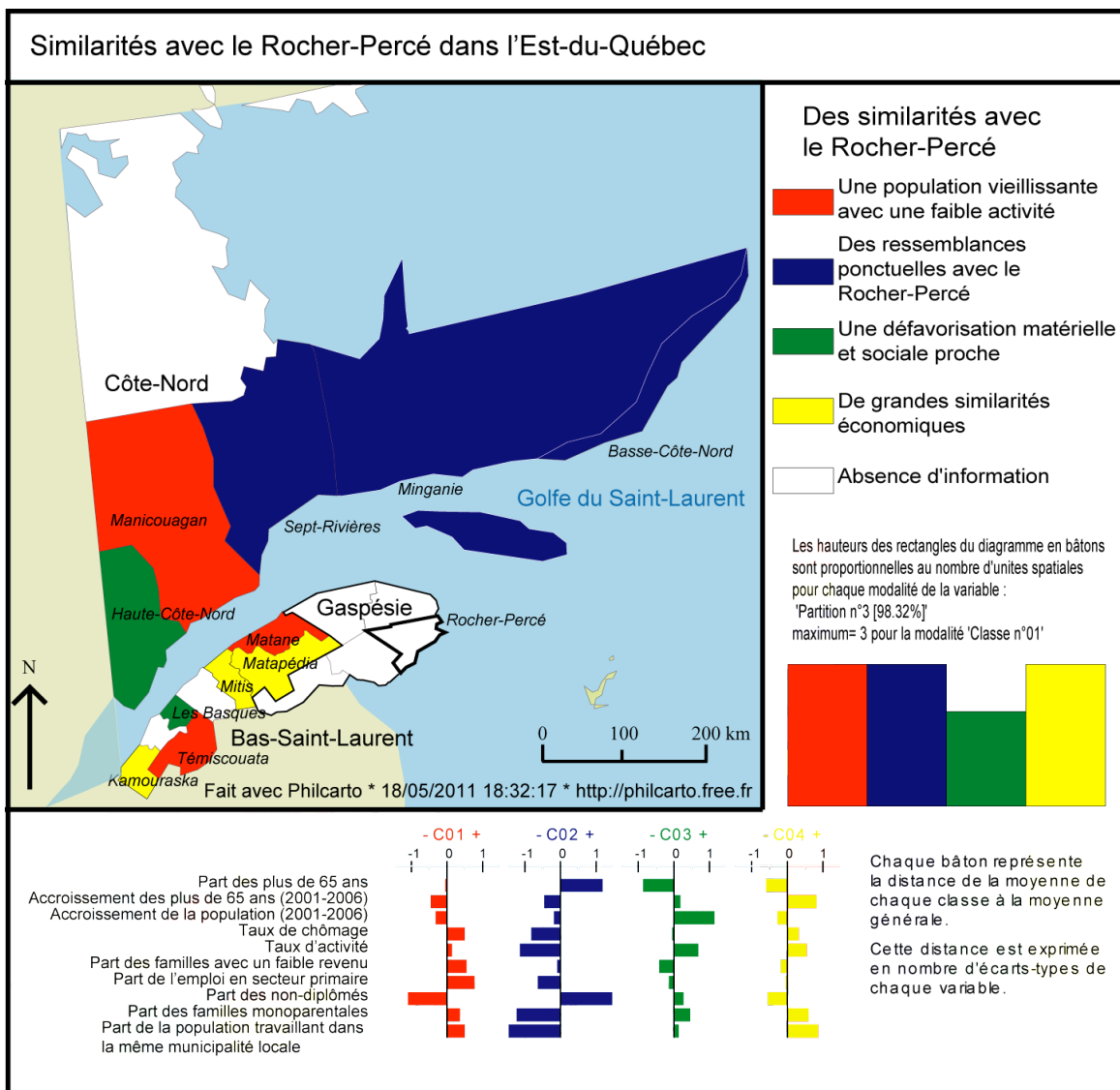
Deux méthodes ont ensuite été mises en place. La première n'a pu être utilisée que pour les données socio-économiques puisque trop peu de RLS présentaient des similarités avec le Rocher-Percé. Cette méthode permet de déterminer à la fois les territoires ayant plusieurs caractéristiques communes avec le Rocher-Percé et si ces caractéristiques mettaient en évidence des profils de ressemblance. Pour cette méthode la méthode de classification ascendante hiérarchique du logiciel Philcarto a été utilisée. La CAH permet de mettre en évidence des profils de ressemblance entre les MRC. Toutefois cette méthode présente l'inconvénient de regrouper les territoires en fonction de leur ressemblance sans montrer si cette ressemblance se fait avec le Rocher-Percé. Afin d'éviter ce biais, les données utilisées sont pour chaque variable l'écart entre les valeurs de chaque MRC et celle du Rocher-Percé. Ainsi, les valeurs comparées par la CAH ont été les écarts par rapport au Rocher-Percé. Donc plus les valeurs étaient proches de zéro, plus le territoire ressemblait au Rocher-Percé.

La seconde méthode utilisée consiste à donner des scores aux différents territoires en fonction du nombre de variables proches du Rocher-Percé. Grâce au logiciel de SIG MapInfo, les territoires dont les valeurs étaient proches du Rocher-Percé et comprises dans la classe déterminée précédemment ont été facilement identifiées. Pour chaque variable dont la valeur était comprise dans la même classe que celle du Rocher-Percé un score de 1 a été donné. Le calcul brut du total des variables similaires a permis de voir si un territoire présentait beaucoup plus de caractéristiques communes que les autres et se distinguait comme étant très similaire au Rocher-Percé. La seconde étape de cette méthode a consisté à donner des coefficients aux variables en fonction du type de ressemblance qu'elles indiquaient. Par exemple, pour voir si un territoire était similaire sur le plan démographique chaque variable démographique avait un coefficient de 4 ou 3, tandis que les variables concernant par exemple l'activité avaient des coefficients de 1. Ainsi, certains territoires sont plus similaires sur le plan démographique, d'autres sur les caractéristiques géographiques ou économiques, etc... Cinq modèles différents ont été préparés. Pour chacun le total de score maximal pouvant être atteint était de 20. En fonction de la similarité de chaque MRC avec le Rocher-Percé, les territoires ont été ensuite classés en rang pour chaque modèle. Ainsi, l'étude de chaque modèle pris séparément permet de voir les ressemblances par domaine ou types de caractéristiques. Et la somme de tous les rangs additionnés met en évidence les territoires

étant de manière globale plus proches du Rocher-Percé. Le tableau récapitulatif de ces résultats est disponible en annexe 2

### 4.1.2 Des résultats différents

Ces deux méthodes appliquées aux données socio-économiques et sanitaires n'ont pas abouti aux mêmes résultats et analyses. En ce qui concerne les données socio-économiques d'abord, onze MRC sur quatorze avaient au moins trois variables dont les valeurs étaient proches de celles du Rocher-Percé. Les trois MRC exclues sont Rimouski-Neigette, Rivière-du-Loup et le Caniapiscau. La classification ascendante hiérarchique a permis de déterminer quatre profils différents de ressemblance.



Carte 16 : Similarités avec le Rocher-Percé dans l'Est-du-Québec



Une classe se distingue des autres par les importantes ressemblances avec le Rocher-Percé. La première classe regroupe par exemple les territoires qui ont un profil démographique ressemblant au Rocher-Percé, c'est-à-dire un vieillissement de la population, un taux de chômage fort et un taux d'activité faible. Les autres indicateurs sont moins proches de ceux du Rocher-Percé. Trois MRC composent cette classe, Matane et le Témiscouata pour le Bas-Saint-Laurent, le Manicouagan en Côte-Nord. La troisième classe cumule plutôt les similarités en terme de défavorisation sociale et économique : des populations fragiles (faibles revenus, beaucoup de non-diplômés et une part importante de travail dans le secteur primaire par exemple). C'est le cas de la Haute-Côte-Nord et des Basques, un territoire pour chaque région. La seconde classe semble être celle des territoires les moins similaires au Rocher-Percé, sauf pour des indicateurs ponctuels, l'accroissement de la population et la part de l'emploi dans le secteur primaire, qui ne semblent pas avoir de lien directs. Enfin, la quatrième classe présente, comme la première classe, de nombreuses similarités. Ces ressemblances sont très fortes pour les indicateurs de scolarité et d'emploi, mais elles restent importantes pour tous les indicateurs économiques. Tandis que toutes les MRC de la troisième classe sont en Côte-Nord, (la Minganie, la Basse-Côte-Nord et Sept-Rivières), celles de la dernière sont toutes dans le Bas-Saint-Laurent : c'est Kamouraska, la Mitis et la Matapédia.

La méthode des scores semble corroborer une partie de ces premiers résultats. En effet, en prenant en compte toutes les variables sélectionnées le Témiscouata est le territoire le plus proche du Rocher-Percé pour les questions démographiques par exemple. Toutefois des territoires qui semblaient avoir moins de ressemblances ont beaucoup d'indicateurs proches du Rocher-Percé : la Minganie par exemple a sept variables sur treize, comme la Matapédia et la Haute-Côte-Nord. D'après le calcul des scores ces trois territoires sont les plus similaires au Rocher-Percé. Le premier calcul des scores bruts ne permet pas de distinguer un territoire particulièrement similaire au Rocher-Percé. Les coefficients au contraire permettent de voir des types de ressemblances. En effet, c'est par exemple le Témiscouata qui a les similarités les plus importantes en termes de population et la Matapédia lorsqu'il s'agit de l'activité, de l'emploi et des caractéristiques sociales. Aucune MRC de Côte-Nord ne se distingue lorsqu'il s'agit des coefficients, au contraire du Bas-Saint-Laurent : la Matapédia est classée en premier rang pour trois des cinq modèles.

Cette méthode pour les données sanitaires a conduit à des conclusions très différentes. En effet, les territoires présentent très peu de caractéristiques communes avec le Rocher-Percé. De plus ces caractéristiques semblent ponctuelles et sans liens réels : par exemple aucun territoire n'a

la même logique concernant l'espérance de vie sans incapacités. Il est impossible de parler de territoires similaires pour les données de santé. Cette conclusion semble concorder avec le fait qu'il faut être prudent lorsqu'on caractérise l'état de santé d'un territoire. En effet, si les liens entre la situation économique, sociale et sanitaire sont complexes ne peuvent être reliés en simples liens de cause à effet, il semble logique que les différents territoires de l'Est-du-Québec diffèrent. Utiliser les caractéristiques sanitaires pour identifier des territoires similaires est donc finalement artificiel. Les données sanitaires permettent plutôt de caractériser le territoire et de comprendre les enjeux pour la population et le CSSS local.

## **4.2 Le réseau de santé, une étude systématique pour tous les RLS**

### *4.2.1 Les données disponibles*

#### a) Une liste extensive des services disponibles ...

Le réseau de santé est composé de différents types d'établissements et de services. Des établissements publics comme les hôpitaux, privés comme les cliniques médicales, mais également les centres communautaires ou bénévoles. Afin d'avoir accès à une liste extensive de tous ces établissements avec leurs coordonnées géographiques, une demande d'extraction des données au Répertoire des ressources du Ministère de la Santé et des Services sociaux a été faite. La demande d'extraction a été acceptée sous condition de ne diffuser ni les coordonnées géographiques ni les noms des établissements donnés. Les coordonnées de tous les services des trois régions de l'Est-du-Québec ont été fournies. Quatre fichiers de données ont été transmis. Le premier concerne les centres hospitaliers et les types de services qu'on y trouve : les Urgences, les laboratoires de biochimie-médicale, les centres de prélèvements et les imageries médicales. Le deuxième fichier donne la liste complète des CLSC avec les services qu'ils proposent : services de santé courants, centres de prélèvement et imagerie médicale. Nous n'avons donc que les urgences hospitalières disponibles. Le troisième fichier donne la liste complète des services de psychiatrie disponibles dans les centres hospitaliers. Le dernier fichier enfin, le plus complexe donne de nombreuses informations. On y trouve les pharmacies, les centres d'hébergement pour personnes âgées, les centres hospitaliers sans les services liés, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les CLSC. De plus les cliniques médicales et groupes de médecins de familles y sont reportés : les types de cliniques, dentaires, médicales, spécialistes sont précisés.

De même pour les centres de réadaptation, une colonne précise si ce sont des centres de réadaptation généraux, pour personnes ayant des déficiences intellectuelles, pour les jeunes en difficulté ou pour les personnes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Enfin, ce document donne les coordonnées géographiques de tous les organismes communautaires en précisant si ce sont des associations bénévoles, de santé, des groupes de soutiens locaux...

#### b) ...mais incomplète et comportant des erreurs

Les données transmises par le ministère permettent de couvrir tous les services disponibles dans l'Est-du-Québec. Toutefois, plusieurs imprécisions ou erreurs ont été mises en évidence et ont pu poser quelques difficultés dans l'analyse du réseau de santé. Certaines données sont incomplètes : c'est le cas notamment des services proposés en CLSC puisque ceux-ci offrent parfois des services d'urgences. Or aucun service urgentiste de CLSC n'est répertorié dans les données transmises par le ministère. D'autre part, en ce qui concerne les organismes communautaires, les informations fournies sont limitées puisque l'on sait seulement quels types de services sont offerts (association de santé, soutien local...) sans savoir exactement l'objet de l'organisme. Il s'est avéré par la suite qu'il était impossible d'obtenir des informations complémentaires sur ces organismes à moins de se rendre sur place.

Enfin, en ce qui concerne les cliniques médicales générales et les groupes de médecins de familles, les données comportent de nombreuses erreurs. Il existe peu de GMF dans l'Est-du-Québec : au Rocher-Percé par exemple le premier va être ouvert en fin 2011. Or pour ce territoire, le fichier indiquait la présence de quatre GMF. Il existe donc des imprécisions dans la dénomination des types de cabinets pour lesquels travaillent les médecins. L'analyse ne portera donc pas sur ce point mais seulement sur la présence ou l'absence de médecins.

### *4.2.2 Une cartographie systématique pour tous les RLS*

La projection de tous les services sur une carte de l'Est-du-Québec avec le logiciel MapInfo a permis d'avoir une vue d'ensemble sur tous les territoires. Toutefois pour comparer chaque RLS avec celui du Rocher-Percé il a fallu étudier de manière plus synthétique chaque territoire. C'est pourquoi d'après les informations données par le logiciel (distances entre deux points de services, entre une municipalité locale et un établissement, etc... ainsi que les temps de parcours entre deux municipalités locales) chaque RLS a été cartographiée dans le but de synthétiser les informations données par le ministère. Afin de les rendre comparables, les cartes ont été

dessinées selon le même modèle, c'est-à-dire celui du Rocher-Percé. On trouve donc comme informations le niveau de service offert dans chaque municipalités, les distances en kilomètres autour des cliniques ou GMF, les distances-temps pour atteindre un service d'urgence par municipalité et la répartition globale des services annexes (centre d'hébergement, de réadaptation ou bien organismes communautaires) sur le territoire. Deux exceptions ont été faites pour la cartographie : les territoires du Caniapiscou et de la Basse-Côte-Nord. En effet, les distances et trajets sont très spécifiques pour ces territoires puisqu'il y a peu voire pas de routes, ou bien parce que les communautés sont séparées de plusieurs milliers de kilomètres. Les réseaux de santé de ces deux territoires se sont avérés incomparables avec celui du Rocher-Percé.

### *Conclusion partielle*

La défavorisation du Rocher-Percé semble, comme c'était supposé, être également très présente dans beaucoup de territoires de l'Est-du-Québec. Si la méthodologie proposée pour identifier des territoires similaires ne permet pas de comparer les situations sanitaires, les données socio-économiques, d'enclavement, etc... sont quand à elles très ressemblantes entre les différents territoires. Toutefois, si celles-ci ainsi que la comparaison des réseaux de santé permettent peut-être de déterminer des similarités, il s'agit d'identifier pour chaque région un territoire plus proche du Rocher-Percé que les autres. Ce sont les arguments qui permettent de choisir en dernier lieu un territoire préférentiellement aux qui vont être déterminants pour valider la notion de territoire similaire.

---

---

## Troisième partie

### Résultats et préconisations

---

---

---

## Chapitre 5 : Des analyses différentes en fonction des régions

---

Identifier des territoires similaires demande d'analyser ces territoires dans des domaines très différents, que ce soit les données de recensement, l'organisation du territoire ou du réseau de santé. Cela exige également de prendre du recul sur les résultats fournis afin d'utiliser les analyses faites comme point d'appui à la réflexion. En effet, la méthode mise en place comportant des biais, ceux-ci demandent à être discutés afin d'être sûr de faire le bon choix final dans la sélection des territoires qui vont intégrer le réseau de discussions.

### **5.1 Le Bas-Saint-Laurent, le choix de la Matapédia**

#### *5.1.1 Des ressemblances socio-économiques importantes*

L'analyse statistique des territoires du Bas-Saint-Laurent ne permet pas au premier abord de distinguer un territoire plus proche du Rocher-Percé que les autres. Deux territoires peuvent être écartés de l'analyse très vite, Rimouski et Rivière-du-Loup. En effet, la présence de villes de taille moyenne empêche toute comparaison avec le Rocher-Percé. Les effectifs de population sont bien supérieurs au Rocher-Percé avec 56 648 habitants dans la MRC de Rimouski-Neigettes, et 34 156 habitants dans celle de Rivière-du-Loup. En ce qui concerne les six MRC restantes, des ressemblances plus ou moins importantes avec le Rocher-Percé existent. Ces six MRC ont des effectifs de population comparables avec le Rocher-Percé, c'est-à-dire entre 17 000 et 23 000 habitants. Mais des différences apparaissent entre ces territoires après analyse plus fine. La Matapédia a sept indicateurs dont les données sont proches de celles du Rocher-Percé. Viennent ensuite Matane et le Témiscouata, puis les Basques, la Mitis et enfin Kamouraska avec seulement trois indicateurs communs. Toutefois, ces ressemblances ou différences n'ont pas le même impact lorsqu'il s'agit de parler de territoire similaire. En effet, l'étude statistique et la rencontre de professionnels de santé du Rocher-Percé ont mis en évidence que deux traits caractérisent le Rocher-Percé. Le premier est le vieillissement de la population, le second la pauvreté du territoire. La Matapédia qui semble au premier abord être le territoire le plus proche ressemble au Rocher-

Percé en ce qui concerne les taux d'activité et de chômage, et les indicateurs sociaux. La caractéristique commune de ces deux territoires est donc la défavorisation. De plus la Matapédia a aussi une grande part de son territoire définie comme territoire non-organisé, et la population est en fait regroupé le long de la vallée de la Matapédia sur un territoire relativement étroit. Toutefois, les indicateurs démographiques n'indiquent ici aucun vieillissement de la population. C'est le Témiscouata qui présente le plus de ressemblances démographiques, ainsi que beaucoup de ressemblances sociales ou économiques. Les trois indicateurs démographiques ainsi que le taux d'activité, la part des familles avec un faible revenu et les personnes sans diplômes sont comparables au Rocher-Percé. En revanche, l'organisation du territoire est très différente du Rocher-Percé car la population est répartie sur l'ensemble de l'espace et il n'y a presque pas de territoires non-organisés. Cette différence concernant l'organisation spatiale est importante pour la suite de l'analyse puisque le projet porte sur la décentralisation des services. Il faut noter également qu'aucune MRC du Bas-Saint-Laurent n'a le même degré d'enclavement que le Rocher-Percé : en dehors de Matane qui a une diversité industrielle moyennement diversifiée, les cinq autres MRC ont une diversité industrielle peu diversifiée (alors que celle du Rocher-Percé est très peu diversifiée). La situation est donc légèrement plus positive dans ces territoires qu'elle ne l'est au Rocher-Percé. En ce qui concerne la mobilité au travail, en dehors du Témiscouata où plus de 31% de la population travaille dans la même municipalité locale, les autres ont des taux entre 18 et 20% ce qui signifie que la population de ces municipalités locales a plus tendance à travailler à l'extérieur de son village d'habitation. Aucune MRC ne s'approche donc des presque 40% du Rocher-Percé.

Le Témiscouata et la Matapédia sont finalement les territoires les plus similaires au Rocher-Percé (voir l'annexe 2). La Matapédia cumule plus d'indicateurs proches, mais le Témiscouata a l'avantage d'avoir des données démographiques semblables à celles du Rocher-Percé. Or le vieillissement de la population, voire la part importante de personnes âgées simplement, semble nécessaire dans le cadre d'un projet portant sur les maladies chroniques qui touchent majoritairement une population âgée.

Toutefois, il convient de regarder de plus près la démographie de la Matapédia : en effet, les résultats issus de la méthode mise en place signifient que les données de ce territoire ne sont pas comprises dans la même classe (le même quintile par exemple) que celles du Rocher-Percé, par rapport à l'ensemble des territoires du Québec. Mais sans avoir des données aussi proche de ce territoire que le Témiscouata, la Matapédia peut en fait connaître également un vieillissement de sa population.

*Tableau 3 : Données démographiques dans le Bas-Saint-Laurent*

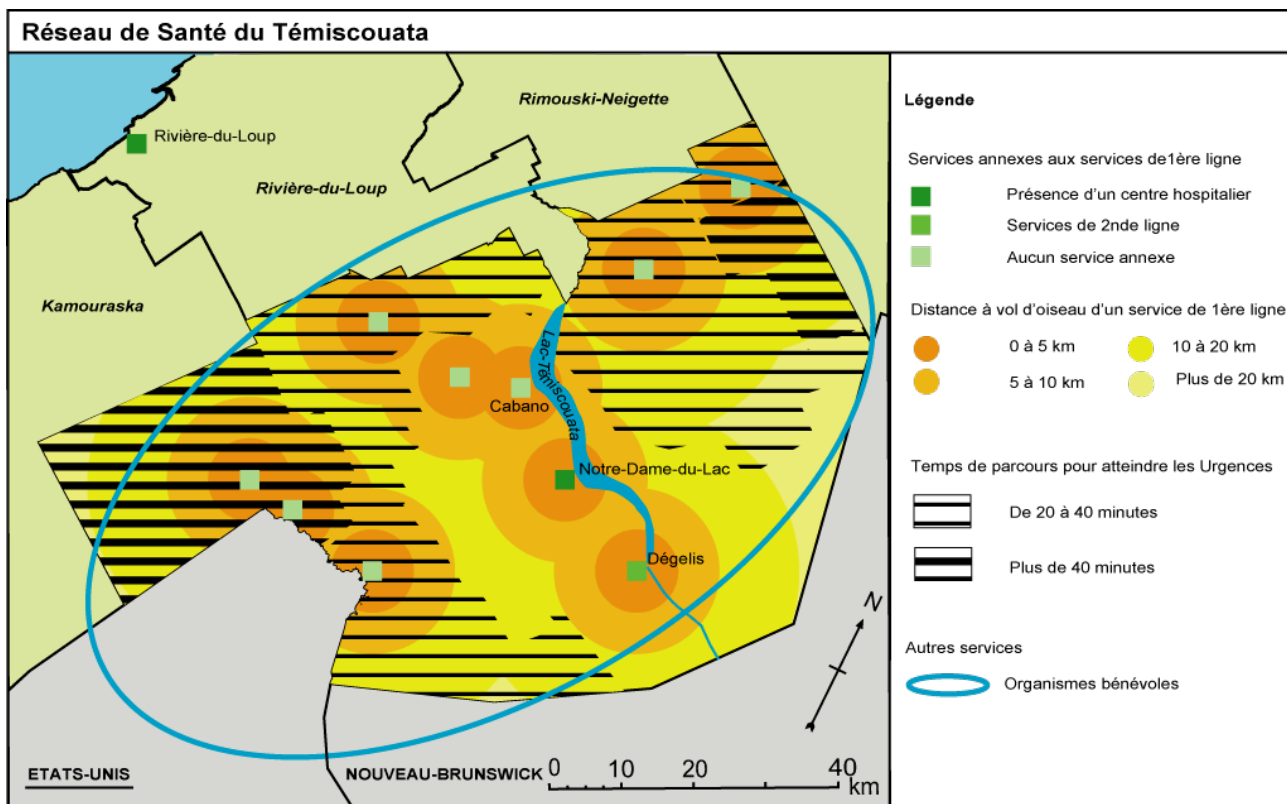
	Part des plus de 65 ans (2006)	Accroissement de la part des plus de 65 ans (2001-2006)	Accroissement de la population (2001-2006)
Le Rocher-Percé	18%	7,5%	-6%
La Matapédia	16,6%	1,41%	-5,2%
Le Témiscouata	17,2%	7%	-4,3%
La Gaspésie	17,4%	8%	-3,6%
Le Bas-Saint-Laurent	16,7%	6,6%	-1,4%

En effet, d'après le tableau ci-dessus, la part des plus de 65 ans en Matapédia est très importante également avec près de 17%. En revanche, le vieillissement de la population est plus faible et n'est pas comparable avec celui du Rocher-Percé. Il est d'ailleurs beaucoup plus faible que celui du Bas-Saint-Laurent en général. Il semble en définitive que la part de population âgée soit assez importante dans ce territoire pour avoir des effectifs importants de population souffrant de maladies chroniques.

### *5.1.2 Une organisation spatiale similaire ?*

Les indicateurs utilisés dans l'analyse précédente montrent que la Matapédia et le Rocher-Percé avaient des similarités dans l'organisation du territoire (présence de territoires non-organisés...). C'est le cas également pour le RLS de la Mitis. Les autres MRC ont une population plus dispersée sur l'ensemble du territoire. C'est un élément important dans le projet de décentralisation des services : en effet l'essai clinique prévoit une clinique mobile desservant quatre sites de services et couvrant l'ensemble du territoire. Mais ce projet serait plus difficilement réalisable dans un territoire où la population n'est pas regroupée dans un nombre limité de territoires comme c'est par exemple le cas dans le Témiscouata car la mise en place d'une telle clinique demanderait trop de personnel, d'équipements et de moyens.





Carte 17 : Réseau de santé du Témiscouata

Le territoire du Témiscouata ne comporte aucun territoire non-organisé et sa population occupe tout l'espace. En effet, c'est un territoire proche de Québec, la population s'étend donc plus à l'intérieur des terres et longe moins le Saint-Laurent. On peut d'ailleurs voir qu'il y a des points de services de CLSC, des pharmacies ou des cliniques médicales sur presque tout le territoire. La population semble donc desservie équitablement par des services de première ligne. En revanche, la plus grande partie des habitants du Témiscouata vit à plus de vingt minutes en voiture d'un centre d'urgence hospitalier, voire à plus de quarante minutes de celui-ci. En ce qui concerne les urgences le territoire est donc assez mal desservi ce qui diffère beaucoup de la situation du Rocher-Percé. Une autre différence tient au fait qu'on trouve des organismes bénévoles sur l'ensemble du territoire et non uniquement dans les principales municipalités locales (Notre-Dame-du-Lac et Dégelis).

Au contraire du Témiscouata, certains RLS présentent des ressemblances frappantes avec le Rocher-Percé. C'est le cas de Kamouraska, de Matane et de la Matapédia. Kamouraska et Matane d'abord ont le même phénomène de concentration de la population sur la rive du Saint-Laurent. Peu de municipalités offrent des services de première ligne, mais le territoire occupé a lui-même une superficie proche de celle du Rocher-Percé. Ainsi tout le territoire habité est bien desservi par des services de première ligne.

En revanche, comme on le voit bien pour le Kamouraska, ces deux RLS semblent également avoir des populations très éloignées des services d'urgence (voir carte 18 page suivante). Une grande part de chaque territoire est à plus de vingt minutes d'un centre d'urgence hospitalier, et certaines municipalités sont à plus de quarante minutes. Mille cent quatre-vingt-quinze habitants vivent à plus de quarante minutes par voie routière d'un centre d'urgence hospitalier dans le Kamouraska.

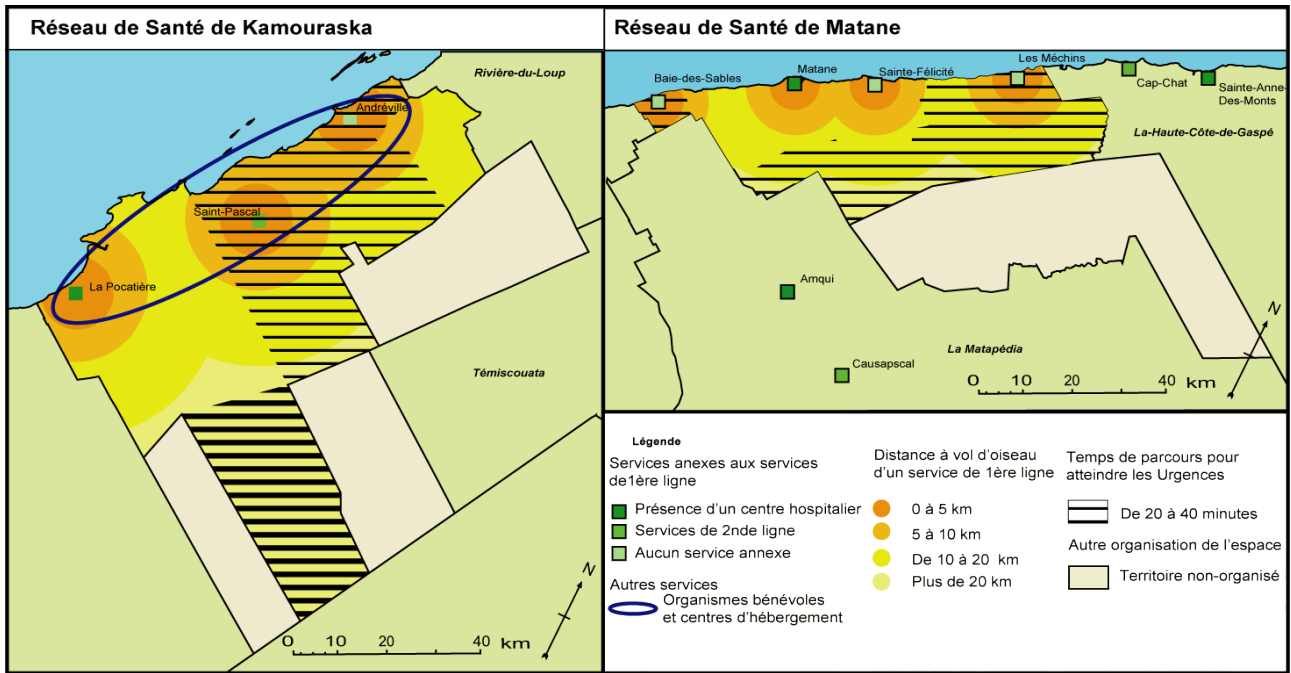
C'est donc la Matapédia qui a le réseau de santé le plus proche de celui du Rocher-Percé. En effet, dans ce RLS la population est concentrée le long de la vallée de la Matapédia et les services de première ligne desservent assez équitablement cette population (voir carte 19 page suivante). De plus une minorité du territoire est à plus de vingt minutes des urgences d'un centre hospitalier. Deux municipalités locales de Matapédia sont à plus de quarante minutes de voiture d'un centre hospitalier, ce qui représente neuf cent quarante habitants. Comme dans le Rocher-Percé, deux villes proches semblent concentrer les services les plus pointus, il s'agit d'Amqui et Causapsal. Cette centralisation est encore plus importante lorsqu'il s'agit des organismes bénévoles qu'on ne trouve que dans les alentours proches d'Amqui.

### *5.1.3 Le Rocher-Percé et la Matapédia : ressemblances et différences*

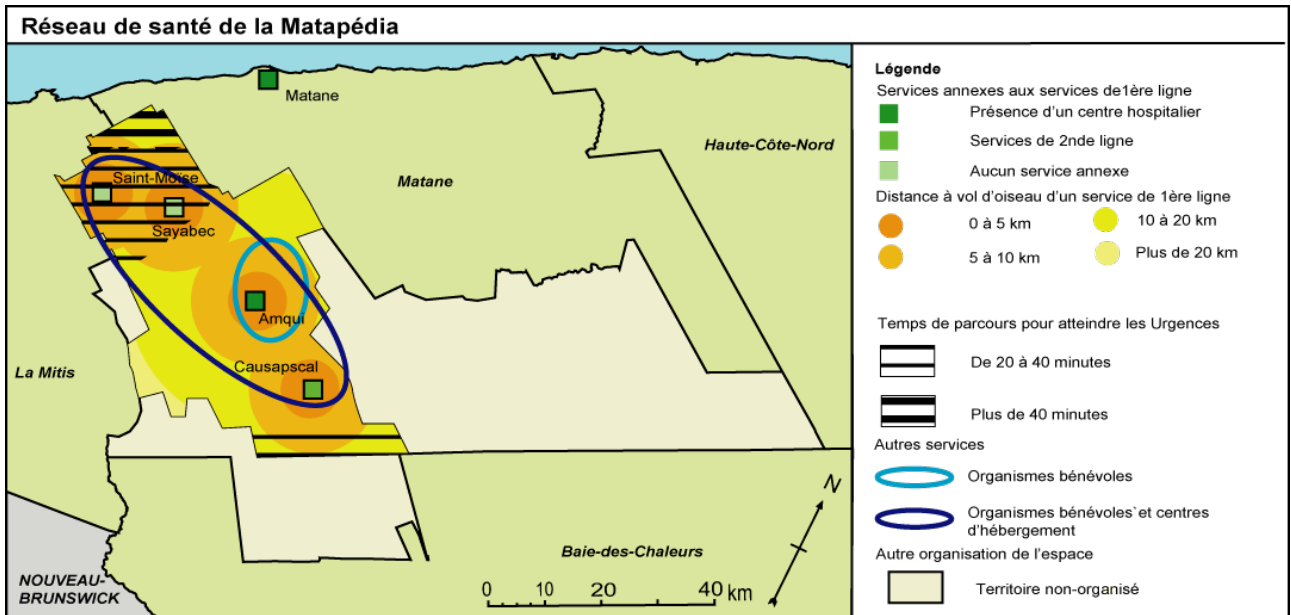
Dans la région du Bas-Saint-Laurent, la Matapédia présente beaucoup de similarités avec le Rocher-Percé sur les questions démographiques, socio-économiques et également sur l'organisation du réseau de santé. Comme pour le Rocher-Percé il est important de connaître dans le détail ce territoire, pour mieux cerner les ressemblances et différences.

La Matapédia regroupe 9% de la population du Bas-Saint-Laurent, 19 249 habitants au recensement de 2006 sur 5 376km<sup>2</sup>. Avec la MRC de Kamouraska, c'est une des seules municipalités n'ayant pas de trait de côte ni d'accès direct au Saint-Laurent. La population, les centres municipaux et les services sont concentrés dans la vallée de la Matapédia, où se situent notamment les villages d'Amqui, de Causapsal et Sayabec.

La Matapédia a une structure hiérarchique équilibrée : Amqui avec 6800 habitants est le pôle principal du territoire, puis on trouve deux centres intermédiaires, Causapsal et Sayabec. L'influence de Rimouski semble assez faible sur le territoire de la Matapédia mais certaines municipalités sont considérées comme étant sous influence modérée selon la classification des zones d'influence métropolitaine disponible sur le site du ministère des services sociaux et de santé.



Carte 18 : Réseaux de santé de Kamouraska et de Matane



Carte 19 : Réseau de santé de Matapédia

Comme la plus grande partie des MRC de l'Est-du-Québec, en dehors de Rimouski-Neigettes et Rivière-du-Loup, la population de la Matapédia connaît une décroissance importante : les taux d'accroissement annuel moyen de 1996 à 2001 et de 2001 à 2006 étaient respectivement de -8,5 p1000 et - 10,4 p1000. L'accroissement naturel est négatif en Matapédia comme dans la plupart des municipalités de la région puisque le nombre de naissances diminue. Ajouté à cela, le déficit migratoire accentue la diminution de population puisque le taux de migration était de -0,76% en 2006. Ces migrations se font notamment au profit de Rimouski et de Québec.

La structure par âge de la population en 2006 correspond à celle de l'ensemble du Bas-Saint-Laurent, c'est-à-dire une grande part de plus de 65 ans (16,6%) et une part de moins de vingt ans légèrement en dessous du reste du Québec (21%). Cependant, contrairement à ce qui a pu être observé pour le Rocher-Percé on n'observe pas de net vieillissement de la population entre 2001 et 2006. En effet, la population jeune diminue fortement au cours de cette période, et c'est la part des 50-65 ans qui augmente le plus. A plus de 65 ans, toutes les classes d'âge n'ont pas une croissance positive puisque celle-ci va de -2 à 0,5%. En moyenne l'augmentation des +65 ans est faible.

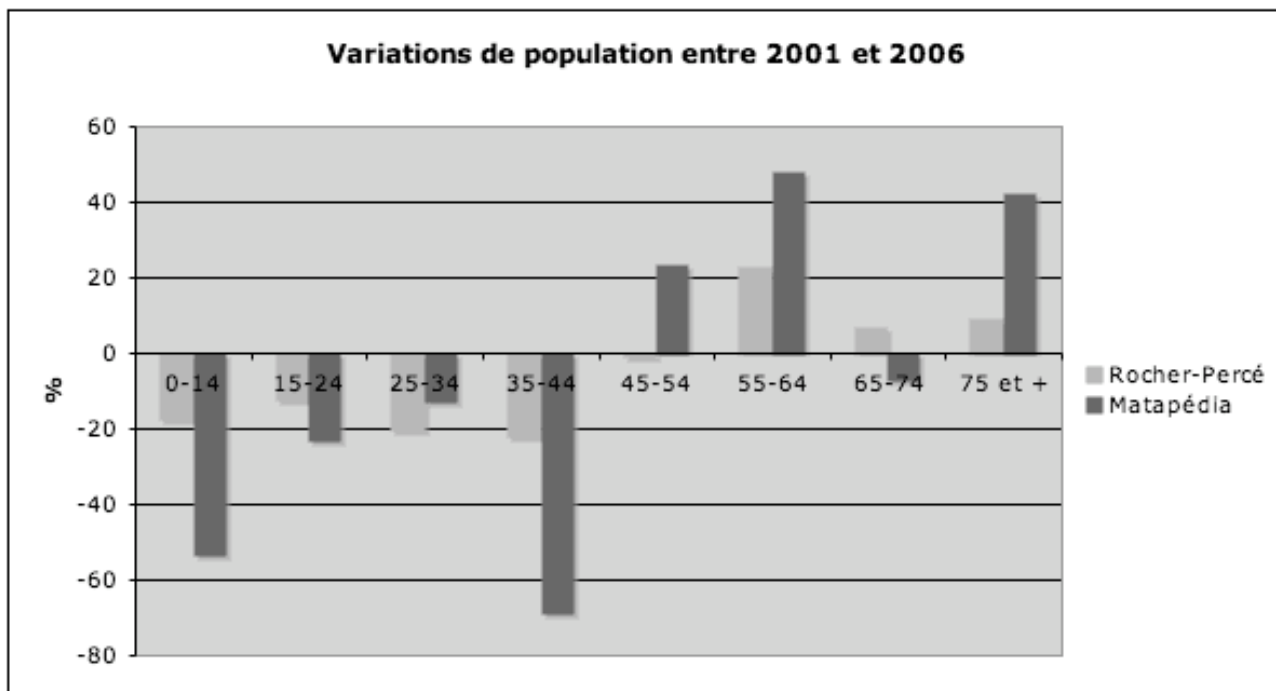


Figure 10 : Variations de population au Rocher-Percé et en Matapédia

En ce qui concerne le marché du travail, la situation est un peu moins bonne que la moyenne du Bas-Saint-Laurent. Les trois taux, taux d'emploi, d'activité et de chômage de la Matapédia sont inférieurs aux taux du Bas-Saint-Laurent. En effet, grâce à la présence de villes

relativement dynamiques comme Rimouski le taux de chômage du Bas-Saint-Laurent en 2006 est de 9% pour 17,6% en Matapédia. Cette région ne semble donc pas bénéficier de la croissance de Rimouski. Comme le Bas-Saint-Laurent dans son ensemble, la Matapédia a connu une baisse de son taux de chômage entre 2001 et 2006. Toutefois les indicateurs récents indiquent que ce taux est de nouveau en augmentation sur la période 2006-2009 et on peut supposer que c'est également le cas pour la Matapédia (Gagné, Cambon, 2010). Ces taux sont très inférieurs à ceux de la moyenne québécoise, le taux d'emploi à l'échelle du Québec se situe autour de 65% alors que la Matapédia a des taux fluctuant autour de 55%. On est donc dans un espace connaissant des difficultés sur le marché du travail.

Entre 2006 et 2009, la Matapédia connaît une diminution importante du nombre de travailleurs, très supérieure au reste du Québec, (-3,2%). Cette tendance est vraie pour toutes les municipalités locales du Bas-Saint-Laurent sur la période 2006-2009 (Gagné, Cambon, 2010). Notons que cette diminution de l'emploi en Matapédia touche notamment le secteur primaire puisqu'il y a cinquante-cinq emplois de moins dans l'agriculture et une diminution de vingt-cinq emplois dans le secteur minier. A l'instar du reste du Bas-Saint-Laurent, il y a également une diminution de l'emploi dans le secteur manufacturier, environ 60 emplois disparaissent. Les revenus diminuent également fortement dans ce secteur. Cette perte de vitesse des secteurs primaire et secondaire annonce des difficultés pour la Matapédia pour qui ces emplois représentaient encore plus de 30% en 2006. L'éloignement de la Matapédia par rapport à Rimouski ne permet pas réellement à cet espace de se reconvertir dans des secteurs plus porteurs. Comme pour le Rocher-Percé, le niveau de diplôme des habitants de Matapédia correspond à la part importante d'emplois en secteur primaire et secondaire : il y a plus de 35% de non-diplômés, pour 25% à l'échelle du Québec. La part de diplômés supérieur est très inférieure à celle du Québec, ou à celle de Rimouski où se trouve un pôle universitaire régional important. En revanche la part de personnes ayant un certificat ou diplôme d'apprenti est très supérieure au Québec puisqu'elle est de 21,9% pour 15% l'échelle du Québec.

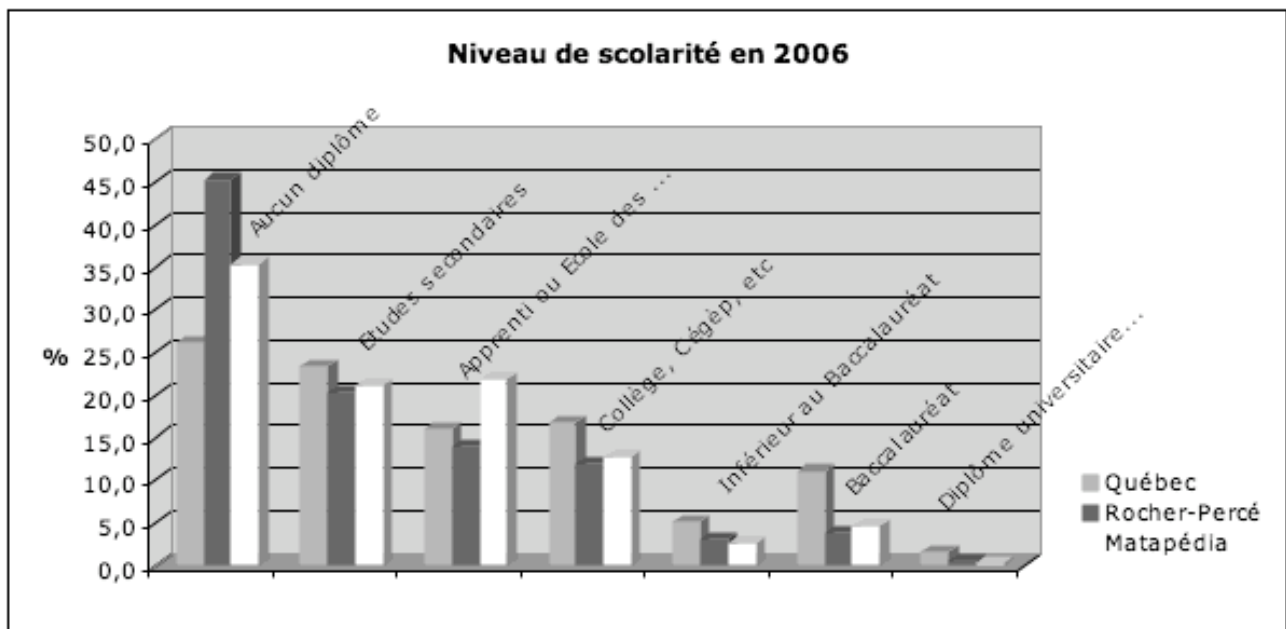
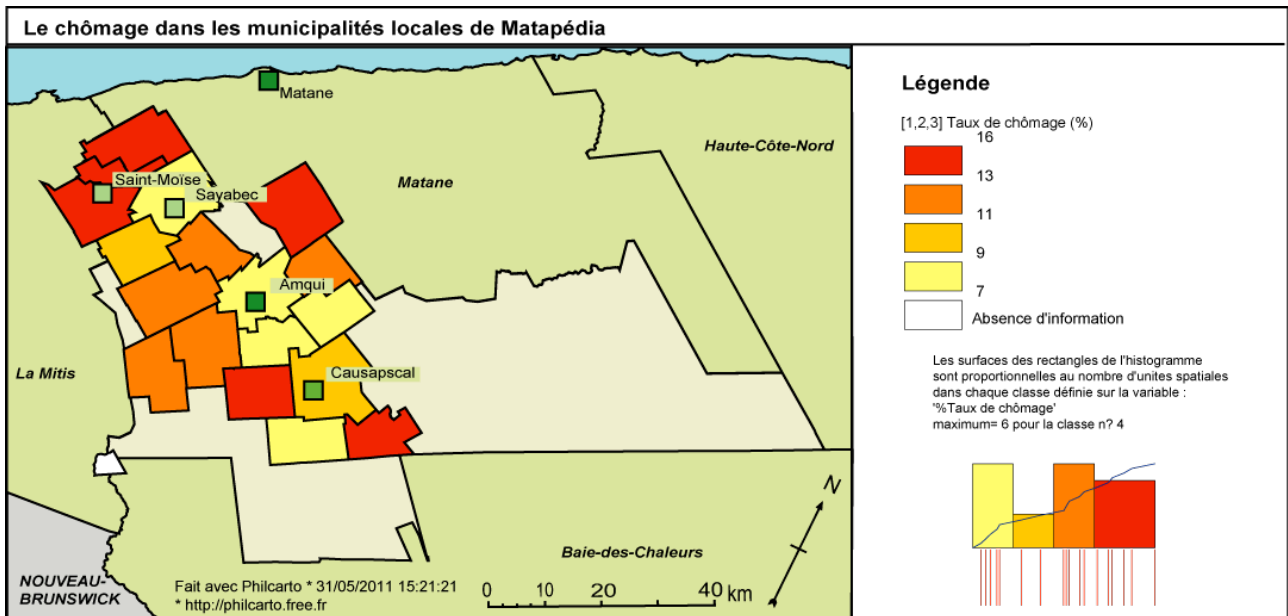


Figure 11 : Niveau de scolarité en Matapédia

Cette défavorisation matérielle a des répercussion dans le domaine social puisque la part de familles à faible revenu est supérieure en Matapédia (9,9%) à l'ensemble du Québec (9,3%) et très supérieure à la moyenne du Bas-Saint-Laurent (7,3%) en 2006. En revanche la part de familles monoparentales est plus faible en Matapédia que pour le Québec, 14,4% en Matapédia pour 16,6% pour le reste du Québec, et beaucoup plus faible qu'au Rocher-Percé (23,4%). De la même manière, le revenu médian de ce territoire a augmenté au même rythme pour la Matapédia que pour le Québec (+3,1%), contrairement au reste des territoires du Bas-Saint-Laurent pour lesquels la croissance est plus lente.

La Matapédia semble donc souffrir de son éloignement par rapport à Rimouski. Ce territoire a sa propre hiérarchie spatiale avec Amqui comme pôle principal et centre organisateur. Cette importance d'Amqui se voit dans les disparités locales en termes d'indicateurs économiques et sociaux. En effet, il y a des différences assez importantes selon les espaces à l'intérieur même de la Matapédia. Amqui et les municipalités alentour cumulent des indicateurs beaucoup plus positifs que les autres municipalités. Certaines des municipalités du reste du territoire semblent cependant avoir des situations contrastées. Amqui et les municipalités alentour, comme le montre la carte suivante, cumulent des indicateurs supérieurs à la moyenne de la Matapédia pour le taux de chômage, le taux d'emploi et les personnes ayant un diplôme universitaire supérieur. Les indicateurs plus négatifs, comme le taux de chômage, la fréquence des familles ayant un faible revenu sont eux inférieurs à la moyenne de la Matapédia. Ainsi, à l'exception du pourcentage de

familles monoparentales, la municipalité d'Amqui et celles alentour cumulent des indicateurs beaucoup plus positifs que le reste du territoire.



Carte 20 : Chômage en Matapédia

En ce qui concerne les autres municipalités, les indicateurs restent dans l'ensemble plus négatifs, mais avec des situations plus contrastées. En effet, certaines municipalités semblent cumuler tous les indicateurs négatifs, en dehors de la part de familles monoparentales. Presque toutes les municipalités qui ne sont pas en contact direct avec Amqui sont dans cette situation. Cependant certaines municipalités sont dans une situation un peu différente avec des taux d'activité et d'emploi supérieurs à la moyenne, mais également un taux de chômage supérieur. Les indicateurs sociaux sont quant à eux plus positifs que pour les autres municipalités relativement défavorisées, avec une part de familles avec un faible revenu très inférieure à la moyenne, mais tout en restant relatif.

En ce qui concerne le réseau de santé, les similarités entre l'organisation des deux territoires sont très importante. Mais il existe une grande différence : en effet, il y a en Matapédia de nombreux établissements de type centres de réadaptation ou centres d'hébergement. On ne trouve aucun établissement de ce type dans le Rocher-Percé qui manque de tous les établissements d'hébergement. Vingt-et-un centres d'hébergements pour personnes âgées sont ouverts en Matapédia. Ce nombre très important ne permet pas de savoir combien de personnes sont hébergées dans ces centres le nombre de lits n'est pas une information qui a été transmise par le MSSS. Le nombre important de centres pour personnes âgées est très intéressant du point

de vue de l'essai-clinique Rocher-Percé. En effet, l'essai repose sur le principe d'une clinique mobile desservant une population dispersée sur le territoire. Mais en Matapédia une partie de la population visée est concentrée dans des lieux définis et leur santé est déjà suivie par des professionnels. La mise en place d'un système de suivi de soins similaire à celui de l'essai clinique du Rocher-Percé nécessiterait donc des adaptations. Dans la perspective d'un réseau d'échange entre l'équipe de professionnels du Rocher-Percé et celle de Matapédia, cette différence entre les deux territoires pourra probablement alimenter la discussion et permettre d'envisager la clinique mobile sous un autre angle. L'organisation de cette clinique pourrait gagner de cette différence entre les deux territoires.

Afin de mieux connaître les ressemblances et différences entre les deux RLS il est important de connaître la situation sanitaire en Matapédia. Pour ce faire, comme pour le Rocher-Percé ce sont les données du Santéscope qui permettent de mettre en évidence les spécificités de ce RLS. Les premières variables disponibles sont celles de l'espérance de vie. Les taux d'espérance de vie pour les deux sexes sont très proches de la moyenne québécoise, à un ou deux mois près la majorité du temps. C'est en ce qui concerne les différents taux d'EVCI que des différences apparaissent. L'EVCI et l'EVCI masculine sont légèrement au-dessous de la moyenne, mais de quelques mois seulement. L'espérance de vie avec des incapacités fréquentes pour les deux sexes est supérieure de plus de quatre ans à la référence québécoise, au-dessus de 71 ans. Toutefois la population vivant avec une incapacité est plus importante, 12,5% pour 11% pour le Québec.



Tableau 4 : *Espérance de vie au Rocher-Percé et en Matapédia*

	Rocher-Percé	Matapédia	Québec
<b>Espérance de vie 2000-2004</b>			
Hommes	74	76	76,7
Femmes	81,6	82,5	82,1
Sexes réunis	77,6	79,1	79,5
<b>Espérance de vie avec des incapacités 2000-2004</b>			
Hommes	63,8	65	65,8
Femmes	66,4	67,2	68,1
Sexes réunis	65,1	66	67
<b>Espérance de vie avec des incapacités fréquentes 2000-2004</b>			
Hommes	68,5	69,7	70,9
Femmes	72,3	73,4	68,1
Sexes réunis	70,3	71,4	67
<b>Proportion de la population ayant une incapacité, 2001 (%)</b>			
	14,5	12,5	11,1

Comme pour le Rocher-Percé, c'est pour l'espérance de vie masculine et pour l'espérance de vie sans incapacités fréquentes que les taux sont assez négatifs. Du point de vue de l'espérance de vie on voit donc des ressemblances entre les deux territoires mais la situation en Matapédia semble moins négative puisque les indicateurs au-dessous de la moyenne québécoise ont des écarts moins importants avec celle-ci, et les indicateurs positifs le sont bien plus qu'au Rocher-Percé

Le taux de mortalité toutes causes confondues est supérieur en Matapédia à l'ensemble du Québec. Tous les taux liés aux différentes pathologies (respiratoires, tabac, appareil circulatoire et tumeurs malignes...) sont au-dessus de la moyenne québécoise. Mais c'est le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels qui est le plus frappant puisqu'il est de 46 p100000 alors que la référence pour le Québec est de 26 pour 100000, le même taux qu'au Rocher-Percé. La Matapédia fait partie du quintile avec les plus hauts taux de mortalité par traumatisme non intentionnels du Québec, plus de 41 p100000. Le taux de mortalité par traumatismes non-intentionnels liés aux accidents de véhicules à moteur va dans ce sens également puisque la

Matapédia a un taux de plus de 24,1p100000 : plus du double de la moyenne québécoise qui se situe à 9,1p100000, et supérieur au Rocher-Percé (14,7p100000).

Les données sont également négatives pour les maladies de l'appareil respiratoire. Les taux sont dans l'avant-dernier quintile pour les maladies de l'appareil circulatoire et les taux de mortalité par tumeurs malignes. En revanche, en termes d'années potentielles de vie perdue, la Matapédia se situe autour de la valeur de référence québécoise et a un meilleur taux que le Rocher-Percé.

En ce qui concerne les incidences de maladies chroniques, les taux sont plutôt meilleurs que dans le reste du Québec, notamment pour le diabète qui a un taux de prévalence plus faible, autour de 6,1% (9,6 pour le Rocher-Percé). Comme pour ce dernier, les taux d'incidence du cancer de la prostate et du sein sont meilleurs que dans le Québec. En revanche, au contraire du Rocher-Percé, le taux d'incidence du cancer du colon-rectum est moins haut que la moyenne québécoise. Des différences d'incidence de pathologies apparaissent donc entre ces deux territoires et rappellent qu'il est difficile de faire des comparaisons entre les territoires sur les questions de santé.

*Tableau 5 : Taux de mortalité en Matapédia*

	Rocher-Percé	Matapédia	Québec
Taux ajusté de prévalence du diabète, population de 20 ans et plus, 2006-2007 (%)	9,6	6,1	7,1
Taux ajusté d'incidence du cancer du côlon et du rectum, 2000-2004 (pour 100 000)	82	60	65
Taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, 2000-2004 (pour 100 000)	98	69	113
Taux ajusté d'incidence du cancer du sein chez la femme, 2000-2004 (pour 100 000)	113	116	125

Toutefois ces résultats sont plus mitigés en ce qui concerne les taux de mortalité puisque les taux de mortalité par tumeur maligne du sein et du colon-rectum sont quant à eux très élevés par rapport au reste du Québec avec 35p100000 de mortalité pour le colon-rectum pour 27p100000 à l'échelle du Québec par exemple.

Les taux de mortalité de l'appareil circulatoire présentent des différences : si le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques est plus faible que la moyenne, le taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales est au contraire plus fort que dans le reste du Québec avec plus de 43 décès pour 100000 habitants. C'est le cas également pour la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire inférieur avec un taux de plus de 47p100000 habitants. Enfin le taux de mortalité pour maladies associées au tabagisme est également assez fort, quoique dans l'avant-

dernier quintile avec un taux de 304p100000 alors que le Québec se situe à 269 p100000. Enfin les taux de mortalité liés à la consommation d'alcool sont assez forts avec plus de 75 décès pour 100000habitants. Au contraire du taux de mortalité par suicide qui lui se situe autour de la moyenne, 21p100000 alors que le Rocher-Percé est à plus de 31p100000. Les ressemblances avec le Rocher-Percé semblent donc ponctuelles. Toutefois, comme ce dernier la Matapédia cumule plusieurs indicateurs négatifs souvent liés dans la littérature à la défavorisation, qui est un des traits communs entre les deux territoires.

## **5.2 La Côte-Nord, un contexte spécifique**

### *5.2.1 Des territoires à sortir de l'étude*

L'analyse statistique et les informations disponibles sur la Côte-Nord rappellent les immenses différences qui existent à l'intérieur même du territoire du Québec. En effet tandis que le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie sont des régions qui ont été colonisées très tôt dans l'histoire de la province, une partie des territoires de la Côte-Nord est complètement vide d'hommes. Certaines communautés sont isolées et éloignées entre elles par de vastes étendues, parfois sans routes goudronnées pour les relier. Trois territoires locaux sont dans ce cas.

Le premier territoire à exclure de l'analyse est la Basse-Côte-Nord. En effet ce territoire regroupe une population de 5552 habitants (2006), répartis sur 375 km de ce côté. La Basse-Côte-Nord est une MRC située à 1600 km de Montréal, dont l'accès est extrêmement difficile puisqu'il n'y a pas de routes goudronnées sur cette partie du territoire québécois, les transports se font en traversier le long de la côte en été et les échanges avec les autres territoires sont donc extrêmement difficiles. En hiver, le seul moyen de déplacement est la moto-neige. Bien que des ressemblances ponctuelles avec le Rocher-Percé existent, il n'est pas possible d'un point de vue pratique de créer un réseau de discussion car le fonctionnement du territoire est très différent de celui des MRC de Gaspésie ou du Bas-Saint-Laurent. L'exclusion de la Basse-Côte-Nord conduit à observer de plus près la Minganie qui est située également à l'extrême-est du Québec. C'est l'organisation spatiale elle-même de ce territoire qui conduit à l'écarter de l'analyse. En effet, dans la plupart des aires de diffusion<sup>6</sup> de ces espaces il y a moins de 1hab/km<sup>2</sup>. Il existe peu de regroupements de population avec plus de 300 habitants, et ce sont en général des

---

<sup>6</sup> L'aire de diffusion est une unité de recensement plus fine que la municipalité locale qui n'existe pas pour les régions urbaines, comme c'est le cas pour les subdivisions et divisions de recensement (municipalités locales et régionales).

regroupements de populations jeunes qui souffrent en général peu de maladies chroniques. Le nombre de personnes susceptibles de participer à un programme tel que mis en place par le CSSS du Rocher-Percé est inférieur au nombre requis de personnes pour chaque groupe de travail. Il n'est donc pas possible de retenir la Minganie ou la Basse-Côte-Nord pour cette étude.

L'autre territoire qui a été écarté de l'analyse à cause de sa situation particulière est le Caniapiscau. Le Caniapiscau regroupait en effet 3991 habitants en 2006, c'est un territoire situé au nord du Québec, la population est regroupée autour des villes de Fermont (2645) et Schefferville (200 habitants). Le reste des habitants vit dans des réserves amérindiennes pour lesquelles il est très difficile d'obtenir des informations. Schefferville a perdu près de 5000 habitants en vingt ans à cause du retrait des activités minières. En effet, c'est la principale activité de cette MRC et la raison de la fondation de villes dans un territoire aussi isolé du reste du Québec. La plupart des habitants viennent d'autres régions (Gaspésie, Saguenay...) mais restent peu dans la région. On atteint la première génération de personnes actives natives de Fermont actuellement. La population est dans l'ensemble jeune et active malgré un départ massif de personnes à la retraite, anciens employés de la compagnie minière ArcelorMittal. L'accès à ce territoire est extrêmement difficile puisque Fermont se situe à plus de 900 km de Québec. C'est donc un territoire trop éloigné et avec des spécificités économiques et sociales très marquées qui interdisent tout projet de travail commun avec le reste de l'Est-du-Québec.

### *5.2.2 Des ressemblances ponctuelles avec le Rocher-Percé pour les autres territoires*

La Haute-Côte-Nord, le Manicouagan, Port-Cartier et Sept-Îles sont les quatre autres RLS de Côte-Nord. Il faut rappeler que les deux RLS de Sept-Îles et Port-Cartier correspondent à la seule MRC de Sept-Rivières. De ces territoires c'est la Haute-Côte-Nord qui est le plus proche du Rocher-Percé sur les plans sociaux et économiques. En effet, plusieurs indicateurs indiquent cette proximité. Le Manicouagan et Sept-Rivières semblent avoir moins de ressemblances avec ce dernier mais cumulent toutefois plusieurs indicateurs dont les données sont proches et qui montrent une certaine similarité.

En Haute-Côte-Nord, la principale ressemblance avec le Rocher-Percé est sur la question de l'enclavement : la diversité industrielle et la mobilité au travail de ce territoire sont extrêmement faibles. Les secteurs d'activité sont proches également, avec notamment l'importance du secteur

primaire (10% de l'emploi) et une importante part de population sans diplôme (37,5%). Toutefois la population semble moins fragile du point de vu social car il y a moins de familles monoparentales et moins de familles à faible revenu qu'au Rocher-Percé. En considérant l'important taux de chômage (17,9%) la défavorisation semble plus matérielle que sociale, quoiqu'elle reste moins marquée qu'au Rocher-Percé. En ce qui concerne la démographie, la part de personnes âgées est moins importante avec 14,5% de plus de 65 ans. Toutefois l'évolution depuis 1996 montre qu'il y a un vieillissement de la population et c'est la tranche des 45-60 ans qui devient très importante entre 2001 et 2006. On peut donc supposer que ce territoire va connaître dans les prochaines années un fort vieillissement de la population et un départ massif de personnes à la retraite. Si cette population reste en Côte-Nord et ne change pas de région, la situation démographique de la Haute-Côte-Nord d'ici une quinzaine d'années ressemblera à celle du Rocher-Percé. De plus, les maladies ciblées par le projet Rocher-Percé ne concernent pas uniquement les plus de 65 ans et une partie des personnes actives s'approchant de l'âge de la retraite est une cible pour ce projet.

Le Manicouagan au contraire est extrêmement différent du Rocher-Percé sur la situation démographique et socio-économique puisque les seuls indicateurs proches du Rocher-Percé sont la présence de territoires non-organisés, la part de familles monoparentales et les indicateurs d'enclavement (la mobilité des travailleurs et la faible diversité industrielle). Pour la faible mobilité des travailleurs, le taux de 35,5% est très proche de celui du Rocher-Percé, 38,3%. Si la situation démographique semble être différente au premier abord, il faut noter que le vieillissement de la population est beaucoup plus fort qu'au Rocher-Percé (17% au lieu de 7% pour ce dernier), bien que la part des plus de 65 ans soit moins importante. En revanche pour les autres indicateurs, la situation du Manicouagan est beaucoup moins négative et présente peu de ressemblance avec celle du Rocher-Percé.

La situation de Sept-Rivières enfin est très particulière puisque cette MRC correspond à deux RLS. Mais le territoire présente peu de ressemblances avec le Rocher-Percé et celles-ci sont ponctuelles et ne permettent pas de voir un profil de ressemblances. En effet, les indicateurs proches sont la présence de territoires non-organisés, la part de familles avec un faible revenu, la part de familles monoparentales et de personnes n'ayant aucun diplôme ainsi que la faible diversification de l'industrie. La plupart des autres indicateurs montrent une ressemblance avec le Manicouagan : ces deux territoires ont des données semblables assez éloignées de la situation du Rocher-Percé. Par exemple le taux de chômage est assez faible comparativement aux autres MRC (8,3%). Une différence existe cependant par rapport au Manicouagan puisque la part de

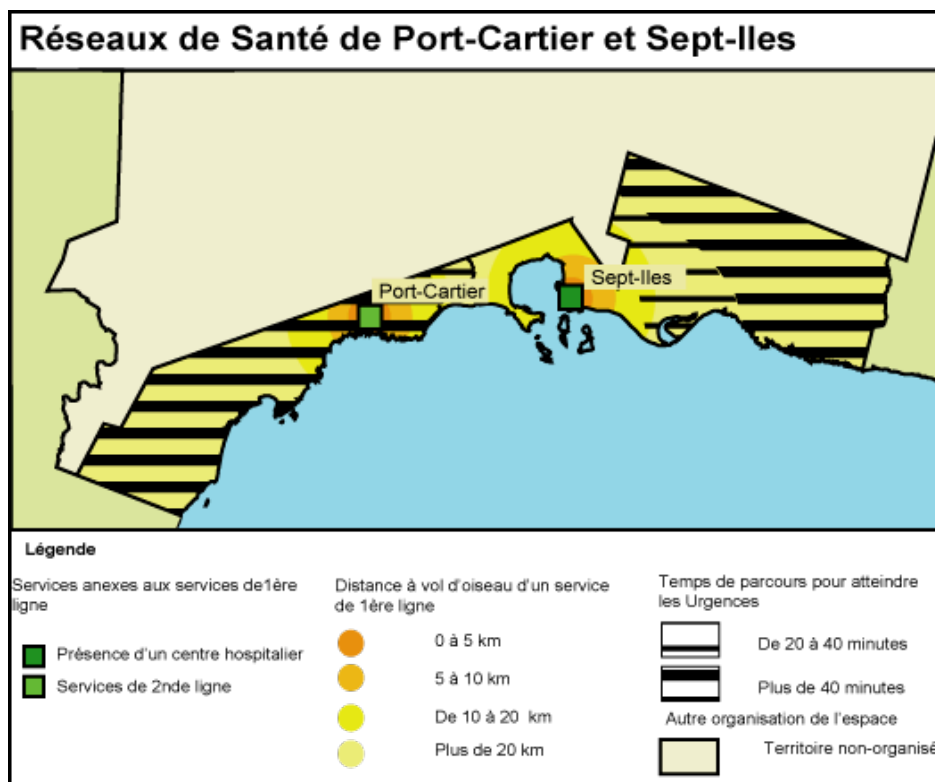
l'emploi dans le secteur primaire est très importante, plus de 14% et même supérieure au Rocher-Percé.

Comme c'était le cas dans le Bas-Saint-Laurent, les trois territoires de Côte-Nord ont des ressemblances ponctuelles avec le Rocher-Percé mais il est difficile de parler d'un territoire similaire. En effet, si la Haute-Côte-Nord présente plus de variables proches du Rocher-Percé que les deux autres MRC, les seules informations démographiques et socio-économiques ne suffisent pas à mettre en évidence des ressemblances importantes et suffisantes pour l'identifier comme territoire similaire. Cependant, chacun des RLS de Côte-Nord a une organisation spatiale très différente des autres et qui peut permettre de renforcer la similarité ou la dissemblance avec le Rocher-Percé.

### 5.2.3 Des réseaux de santé qui resserrent l'étude

Contrairement aux résultats de l'analyse socio-démographique, celle des réseaux de santé permet de resserrer l'étude. En effet, l'organisation spatiale de ces quatre territoires est très différenciée. Les RLS de Sept-Îles et Port-Cartier d'abord, qui correspondent à une seule MRC ont

une organisation spatiale très particulière puisqu'il semble en fait qu'elles fassent partie d'un seul réseau au regard de la hiérarchie des services.



Le seul centre hospitalier est situé à Sept-Îles, tandis qu'on trouve un CLSC à Port-Cartier. Aucun autre service n'est offert dans les autres municipalités de ces RLS. En effet, la

Carte 21 : Réseau de santé de Port-Cartier et Sept-Îles

plus grande partie de la population est située à Port-Cartier et Sept-Îles et il n'y a pas d'autre village important, aucun n'a plus de deux mille habitants par exemple. Il semble réellement y avoir un manque de services puisque la très grande majorité de ces deux territoires est à plus de quarante minutes du centre hospitalier de Sept-Îles et à plus de vingt kilomètres d'un médecin omnipraticien (voir carte 22 page 80). Ces deux territoires sont donc extrêmement déséquilibrés et n'ont aucun point commun avec le Rocher-Percé. Il ne semble pas possible d'organiser dans cet espace une clinique mobile puisqu'il n'y a pas assez de population sur le territoire en dehors des deux villages principaux.

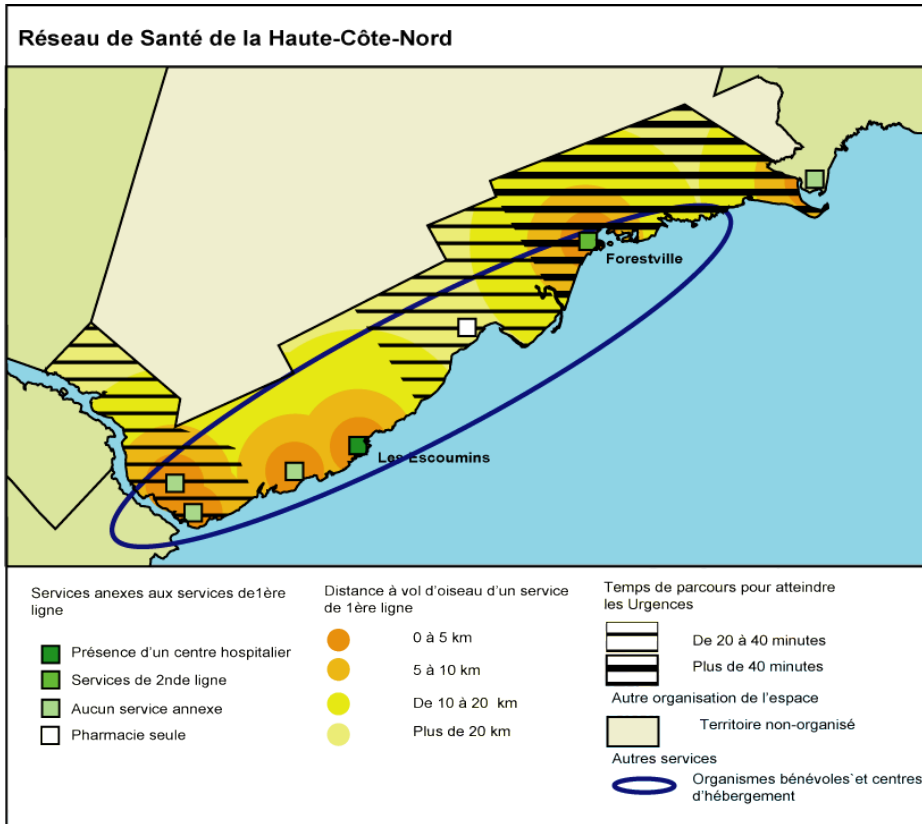
Les réseaux de santé de la Haute-Côte-Nord et du Manicouagan présentent plus de ressemblances avec celui du Rocher-Percé. Dans ces deux territoires on trouve des services de première ligne, bien que ce soit parfois seulement la présence d'une pharmacie, répartis sur l'ensemble du territoire. Toutefois, les grandes distances qui sont particulières à la Côte-Nord ne permettent pas d'avoir un accès aussi rapide aux urgences hospitalières qu'au Rocher-Percé. Mais une minorité de municipalités locales sont à plus de quarante minutes de ceux-ci. En Haute-Côte-Nord d'abord, les principales différences avec le Rocher-Percé sont que les deux centres principaux ne sont pas aussi proches et que les organismes bénévoles sont répartis sur l'ensemble du territoire. On trouve également des centres d'hébergement sur ce territoire, bien que la densité de centres pour personnes âgées ne soit pas aussi dense qu'en Matapédia. En Haute-Côte-Nord Forestville, le principal village (3535 habitants) n'a pas de centre hospitalier, celui-ci est situé aux Escoumins, (2095 habitants). Toutefois il existe un centre d'urgence ouvert en permanence à Forestville, même si on n'y pratique pas d'actes chirurgicaux. La population semble avoir un accès relativement équitable sur tout le territoire.

On retrouve cette équité dans le Manicouagan (voir carte 23 page 80). Toutefois il existe une grande différence avec le Rocher-Percé puisque Baie-Comeau regroupe 22 655 habitants et presque tous les services de seconde ligne, à l'exception de ceux de Chute-aux-Outardes. Toutefois il faut noter qu'il existe une continuité urbaine depuis Baie-Comeau jusqu'à Chute-aux-Outardes, tous les services de Baie-Comeau sont répartis le long de la rive jusqu'à Chute-aux-Outardes. Il existe donc un centre important étalé sur ces municipalités locales, puis d'autres services dans les autres municipalités, même si elles sont plus éloignées. Malgré l'importance de Baie-Comeau tout le territoire a accès à des services de première ligne, et peu de municipalités sont à plus de quarante minutes des urgences. En ce qui concerne les services annexes comme les organismes bénévoles, on retrouve le rayonnement de Baie-Comeau puisque les centres de réadaptation et d'hébergement et de soins de longue durée sont dans la ville même, tandis que les

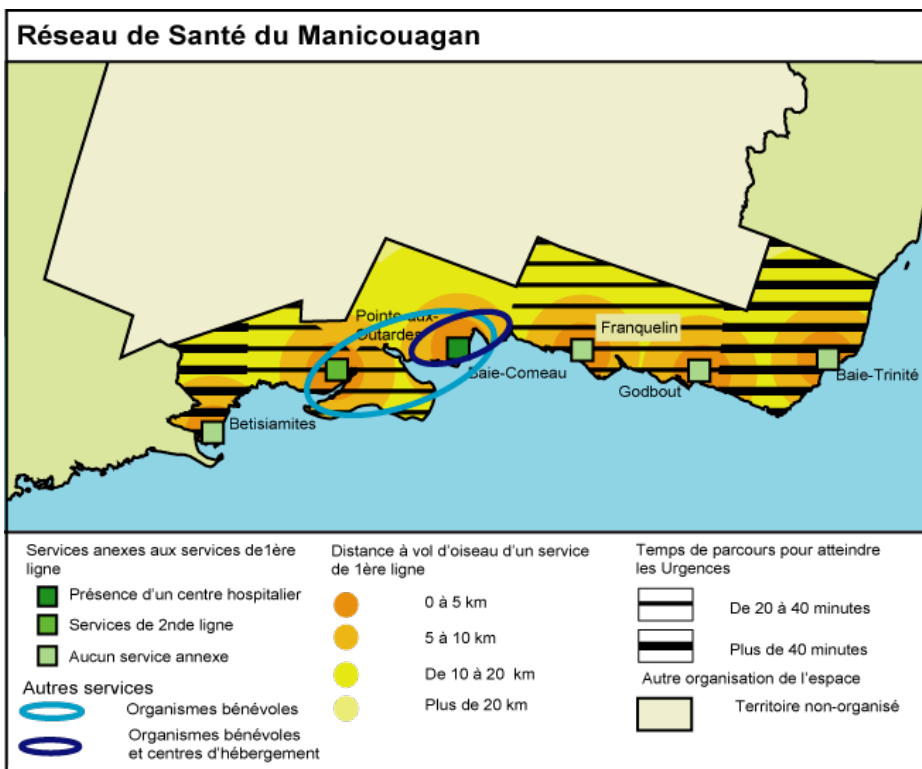
organismes bénévoles sont situés de Baie-Comeau jusqu'à Chute-aux-Outardes. Il est à noter qu'il n'y a aucun centre d'hébergement pour personnes âgées dans le Manicouagan.

Les deux territoires de la Haute-Côte-Nord et du Manicouagan présentent des ressemblances avec le Rocher-Percé. En effet ils ont tous deux des similarités sur les données démographiques et socio-économiques, mais également pour les réseaux de santé. Il ne semble pas aisé de déterminer après cette analyse quel est le territoire le plus similaire au Rocher-Percé. La Haute-Côte-Nord présente l'avantage d'avoir une population plus proche en effectifs de celle du Rocher-Percé, mais son territoire souffre moins de la domination d'un centre par rapport au reste du territoire plus vide de services puisque deux villages principaux structurent le territoire. Tandis que la Manicouagan a une organisation spatiale beaucoup plus proche de celle du Rocher-Percé mais structurée par la présence d'une ville de taille importante pour la région qui concentre les activités économiques. Chaque RLS a donc des avantages et des inconvénients, c'est pourquoi d'autres éléments sont nécessaires pour permettre de choisir entre les deux territoires. En effet, dans le Bas-Saint-Laurent il a été possible de déterminer un territoire plus similaire que les autres dans lequel le consortium InterEstSanté demandera à une équipe homologue de professionnels de santé de participer au volet évaluatif de l'essai clinique. Une autre méthode doit être mise en place pour déterminer quel territoire de Côte-Nord fera partie de ce réseau également.





Carte 22 : Réseau de santé de Haute-Côte-Nord



Carte 23 : Réseau de santé du Manicouagan

---

## Chapitre 6 : Amorcer la création d'un réseau

---

### **6.1 Connaître l'équipe du Rocher-Percé**

#### *6.1.1 Créer un contact avec l'équipe*

Puisqu'il n'est pas possible d'identifier un territoire similaire en Côte-Nord, il faut adapter la méthode à cette région : c'est grâce à l'identification d'une équipe homologue qu'on pourra choisir entre les deux RLS. En effet, l'équipe du Rocher-Percé a une certaine vision de son territoire et de sa population. La mise en place d'un essai clinique innovent tourné vers la sensibilisation des patients est un indicateur de l'implication des professionnels sur ce territoire. Cette implication joue un rôle fondamental sur la santé dans un territoire. Dans la mesure où aucune similarité frappante n'a été identifiée en Côte-Nord, c'est en trouvant des professionnels qui partagent cette vision que le territoire similaire de cette région pourra être identifié. Il n'a pas été possible au cours de ce stage de se rendre en Côte-Nord pour identifier ces équipes homologues. Toutefois, la rencontre avec les professionnels du Rocher-Percé a permis de préparer un guide d'entretien à utiliser avec des professionnels de Côte-Nord afin d'identifier quelle équipe partage le plus la vision du Rocher-Percé et pourrait donc apporter à l'essai clinique.

La première rencontre entre l'équipe du volet clinique et celle du volet évaluatif de l'essai-clinique a eu lieu de 19 mai 2011 à l'UQAR, à Rimouski. Cette rencontre a permis de créer un premier contact entre les deux équipes et de partager les attentes de chacune. De plus, cela a permis de faire le point sur les besoins de chacun pour le démarrage de l'essai, prévu courant septembre 2011. C'est au cours de cette rencontre qu'une visite de l'équipe du volet évaluatif dans le Rocher-Percé a été organisée afin de réaliser des entretiens avec les professionnels et les partenaires de l'essai-clinique, ainsi que d'autres professionnels de santé du Rocher-Percé. Pour des raisons pratiques, notamment de temps, il n'a pas été possible de rester plus de trois jours sur place et donc de réaliser des entretiens avec des patients du CSSS qui ne seraient pas impliqués dans le projet.

### *6.1.2 Première rencontre avec l'équipe du Rocher-Percé*

La première rencontre avec l'équipe du Rocher-Percé a permis de replacer la mise en place de l'essai-clinique dans le contexte du Rocher-Percé et notamment de la vision du CSSS local et de son implication pour la santé de sa population (voir en annexe 3 pour la vision partagée 2011 ). Le CSSS du Rocher-Percé a deux lignes de conduites principales. La première est d'offrir un continuum de services c'est-à-dire d'organiser les services les uns par rapport aux autres, qu'ils soient directement sous la direction du CSSS ou que ce soient des partenaires locaux. Cette volonté d'utiliser au mieux les services proposés sur le territoire est liée au manque d'effectifs et de services mais aussi à la volonté de réussir à prendre en charge toute la population sans inégalités. L'autre ligne directrice du CSSS est axée sur la prévention et la sensibilisation des personnes afin de leur permettre d'éviter certaines pathologies ou d'être capables de se prendre en charge pour qu'elles puissent rester dans leur milieu de vie quotidien aussi longtemps que possible. Cette deuxième ligne directrice est en lien direct avec le fort réseau social local. Peu de personnes au Rocher-Percé se sentent isolées grâce à la proximité qui existe entre les habitants dans chaque lieu. Ces deux volontés du CSSS ont été mises en évidence dans les interventions des professionnels lors de la rencontre de mai. Ceux-ci ont comme objectif premier avec cet essai-clinique de démarrer un mouvement de sensibilisation pour un mode de vie sain auprès de la population. Si c'est la clientèle directe du projet qui est visée d'abord par ce programme, les cours et interventions qui auront lieu sur les sujets prévus dans la clinique mobile (diététique, sédentarité...) seront ouverts à toute personne présente à ce moment là, même si elle ne fait pas partie du projet global.

Cette volonté d'être au plus près de leur clientèle semble en grande partie née de la fragilité perçue de la population. En effet, l'origine et la raison d'exister de l'essai clinique sont, dans les discours de l'équipe, directement liées à l'extrême pauvreté du Rocher-Percé et au mal-être de cette population. Sans avoir de données sur la situation actuelle, les professionnels parlent beaucoup du nombre élevé de suicide dans ce territoire. Ce mal-être est perçu de manière très forte par les professionnels car les effectifs de population sont faibles et un acte tel qu'un suicide est répercuté sur le bien-être de l'ensemble de la population. Améliorer la prise en charge de sa santé par la population est pour cette équipe un moyen d'améliorer le bien-être général et donc de diminuer la défavorisation de la population. Si le projet clinique a des résultats positifs il est prévu d'étendre le système mis en place à toute la population du Rocher-Percé. La mise en place d'une équipe interdisciplinaire au sein du CSSS ainsi qu'avec des partenaires extérieurs, l'implication du personnel qui croit au projet et l'échange entre volet clinique et volet recherche sont pour cette équipe les clés du succès et « les conditions gagnantes maintenant réunies pour améliorer de

façon significative la qualité des services offerts, la santé et la qualité de vie de la clientèle atteinte de maladies chroniques. Une histoire d'équipe et de cœur avec beaucoup de passion. » (citation extraite de la présentation du 19 mai 2011).

## **6.2 Le travail sur le terrain, entretiens et rencontres**

### *6.2.1 Rencontres avec des professionnels*

Au cours du déplacement au Rocher-Percé, prévu pour la mise en place des outils utilisés au volet évaluatif du projet, trois demi-journées étaient réservées pour des entretiens avec les professionnels. Afin de recueillir les avis du plus large nombre de catégories de professionnels, différents entretiens ont été mis en place. Deux ont été réalisés de manière individuelle avec des médecins omnipraticiens de quarante-cinq et quarante-neuf ans. Ces deux médecins exercent à la fois en clinique privée, équivalent d'un cabinet médical, et au centre hospitalier au service des urgences. Aucun des deux n'est originaire du Rocher-Percé, l'un est originaire d'Haïti, l'autre de Montérégie (sud-est de Montréal). Toutefois, ils ont résidé respectivement quinze et huit ans au Rocher-Percé.

Un entretien de groupe a été réalisé auprès de l'équipe du Rocher-Percé : les personnes présentes étaient les praticiens en contact direct avec les patients et la coordinatrice du volet clinique. Un kinésiologue, une nutritionniste, une infirmière clinicienne, une technicienne en diététique étaient présents : ils forment le noyau de l'équipe de terrain. Trois de ces professionnels sont originaires du Rocher-Percé même, tandis que la quatrième personne vient du RLS voisin, la Baie-des-Chaleurs. La coordinatrice du projet est originaire de Montréal mais est arrivée au CSSS du Rocher-Percé il y a vingt-huit ans. La moyenne d'âge de ce groupe de personnes était de 42,4 ans.

L'entretien de groupe suivant a eu lieu avec les trois partenaires extérieurs de l'essai-clinique, c'est-à-dire les trois personnes à l'origine du projet. Le patient et le directeur de salle de sport qui ont mis au point les programmes d'entraînement ainsi que le directeur de l'association Diabète-Pabok. Les âges des participants de ce groupe étaient plus représentatifs du Rocher-Percé puisque deux étaient âgées de 65 et 61 ans, et le dernier de 32 ans. Ces trois personnes sont originaires du Rocher-Percé et ont toujours vécu dans ce RLS.

Le dernier entretien a été réalisé avec la directrice clinique et de tous les programmes (sauf santé physique) du CSSS, originaire du Rocher-Percé également et qui y travaille depuis trente et

un ans. Infirmière clinicienne de formation, elle est cadre supérieur dans le CSSS du Rocher-Percé depuis 2002.

Ces différents entretiens regroupent trop peu de personnes pour être représentatifs du CSS du Rocher-Percé. Toutefois, les différents professionnels viennent d'horizons différents et ont des postes plus ou moins proches du terrain. C'est pourquoi, les différents entretiens permettent d'avoir un panorama relativement large des opinions des professionnels du Rocher-Percé.

### *6.2.2 Thèmes de l'entretien*

Les thèmes abordés pendant les entretiens avaient comme objectif de caractériser l'équipe du Rocher-Percé et leur manière de voir leur propre territoire. Plusieurs thèmes ont donc été abordés. Ceux-ci étaient déclinés en quatre axes principaux. Le premier concerne le territoire du Rocher-Percé et plus particulièrement la population prise en charge par le CSSS. En effet, il peut exister un écart entre les données et le ressenti des professionnels de terrain, notamment en terme de bien-être ou mal-être qui sont très difficiles à quantifier. Il était important également de savoir si la défavorisation qui caractérise le Rocher-Percé est générale pour la population ou si beaucoup d'inégalités existent sur ce territoire. Les inégalités sociales ayant de lourdes répercussions sur la manière dont la population utilise le système de santé et prend en charge sa propre santé, il est nécessaire de connaître la situation locale. Des questions plus précises portent sur la santé de la population et notamment les maladies chroniques, directement liées à l'essai-clinique.

Pour compléter ce premier thème et approfondir les questions du système de santé, un deuxième axe aborde les difficultés et spécificités même du CSSS. Une première partie de la discussion porte sur les problèmes d'effectifs courants en région et leur répercussion sur l'organisation interne du CSSS. L'organisation de l'essai-clinique est un résultat direct de ces manques d'effectifs puisqu'il prévoit une prise en charge plus efficace des patients grâce aux échanges et au travail en commun des différents corps de la profession médicale. La seconde partie de la discussion porte d'ailleurs sur les actions menées au Rocher-Percé pour faire face aux problèmes éventuels d'effectifs et pour adapter les programmes aux besoins spécifiques de la population.

Cette deuxième partie de l'entretien conduit à élargir la discussion sur le travail en région et le sentiment d'isolement ou d'éloignement que peuvent ressentir les professionnels de ces régions. En effet, l'essai-clinique comme le consortium sont nés d'un certain sentiment d'abandon par rapport aux grands centres, et il est important de voir si ce sentiment est partagé par tous les

métiers du CSSS ou bien par une catégorie seulement. D'autre part, le travail en région implique également une autre relation aux patients notamment grâce aux faibles effectifs de population ce qui a une grande répercussion sur la manière de travailler et pourra donc orienter le choix du territoire similaire en Côte-Nord. Ces deux derniers thèmes n'ont pas été abordés directement avec les partenaires qui ne travaillent pas au CSSS. Toutefois, ces derniers n'ont pu s'exprimer sur leur propre ressenti par rapport aux services de santé qu'ils reçoivent.

Le dernier thème enfin porte sur le volet évaluatif lui-même et n'a été développé qu'avec l'équipe clinique du projet. On a demandé aux professionnels de dire ce que pour eux signifie une équipe homologue et ce qu'ils en attendent. Ce dernier thème permettra à l'équipe du projet évaluatif d'orienter la constitution des équipes homologues dans les deux autres régions.

Le modèle de l'entretien est en annexe 4 et reprend ces différents thèmes. Chaque entretien a duré entre cinquante minutes et une heure-trente, à l'exception de l'entretien des partenaires qui a été beaucoup plus court puisque le nombre de thèmes abordés était moins important. Les thèmes prédéfinis n'ont pas toujours été abordés dans l'ordre prévu mais au contraire en fonction du tour que prenait la discussion et des réflexions spontanées des participants.

## **6.3 Mal-être de la population et réseau social actif au Rocher-Percé**

### *6.3.1 Résultats des entretiens*

Les entretiens réalisés au Rocher-Percé ont montré le poids de la défavorisation dans ce territoire, à la fois sur le mal-être des habitants et sur les initiatives prises localement pour leur venir en aide. La directrice clinique du CSSS parle d'une population « en souffrance » qui subit les différentes crises locales : la fermeture de la compagnie Gaspésia et la crise de la pêche. Plusieurs effets ont suivi cet événement : le départ de nombreuses familles jeunes et d'une main d'œuvre qualifiée, ce qui a accentué le vieillissement de la population, l'abandon de la région par les grands centres et la diminution de la population. La souffrance de la population se ressent dans le grand nombre de suicides puisque treize ont eu lieu depuis septembre 2009 selon la directrice clinique. Plusieurs partenaires ont été formés pour être sentinelles auprès de la population et prévenir d'autres actes suicidaires. Mais les difficultés que connaît cette région sont trop importantes pour que cela soit suffisant. Ce sentiment de mal-être semble toucher la plus

grande partie de la population : « Il y a trop de gens qui n'ont pas de bien-être » dit l'un des médecins. Les professionnels se sentent un peu dépassés par cette détresse psychologique. Cette détresse se traduit aussi par le peu de volonté de la population, selon la directrice clinique et les partenaires, pour qui il n'y a pas d'entrepreneurs locaux ou de volonté de reprendre une activité. Certains commerces locaux de Chandler manquent de personnel et n'arrivent pas à remplir leurs effectifs malgré le haut taux de chômage : « les gens sont dans une morosité, ils ne voient plus de leur d'espoir ou en tout cas ça ne les intéresse plus » selon la directrice clinique. Le Rocher-Percé est dans un cercle vicieux puisque le manque d'entreprenariat local n'attire pas les investissements, qui quittent la région. Malgré la création d'un technocentre récent qui a permis à de la main d'œuvre qualifiée de revenir s'installer au Rocher-Percé, il y a très peu de création d'emploi.

Toutefois, à côté de ce mal-être général existe une importante solidarité locale entre les habitants du Rocher-Percé, une grande entraide et une bonne qualité de vie pour ceux qui souffrent moins de la misère sociale, comme le dit l'un des médecins : « ici tu prends plus le temps de vivre mais c'est ça qui est triste car ceux qui ont des problèmes d'emplois ne le peuvent pas ». Pour la directrice clinique c'est cette entraide qui explique le peu d'hébergements pour personnes âgées, car pour la population du Rocher-Percé, les personnes doivent rester chez elles ou en famille le plus longtemps possible. Pour l'un des partenaires : « par ici la pauvreté se supporte mieux que en ville, parce que le monde se connaissent tous (...) La misère il y en a mais elle se supporte mieux ». Pour la directrice clinique, les habitants « payent cher » leur qualité de vie car si les faibles effectifs de population et le cadre de vie permettent une grande solidarité, il y a un manque de services et d'activité sur le territoire.

La pauvreté se ressent sur la santé des habitants, notamment à cause des modes de vie. L'un des médecins dit que les patients sont « passifs » et participent peu aux soins de santé. De plus, les modes de vie sont très sédentaires et l'alimentation souvent déséquilibrée, notamment pour des raisons de moyens financiers. C'est pourquoi l'ensemble des professionnels et des partenaires insiste sur la nécessité de faire de la prévention et de la sensibilisation. L'objectif du CSSS est la diminution du suivi clinique grâce à une prévention efficace. Les programmes mis en place, comme celui de l'essai-clinique, vont dans ce sens. « Ce qu'on veut vraiment c'est que notre monde, notre population, soit capable de se garder en santé, morale et physique » dit la directrice clinique.

L'implication des professionnels est fondamentale dans la manière de travailler. Après avoir sensibilisé la population, c'est l'entourer au cours de son traitement qui est le second objectif d'après les personnes interrogées. Comme le dit le kinésiologue : « avec la clinique qu'on veut mettre en place justement, les gens qui ont des problèmes cardiaques vont se sentir en sécurité. Il va y avoir trois ou quatre intervenants à chaque fois et puis ils vont dire "tu vois ils font de quoi pour moi, j'ai pas besoin d'aller consulter à Rimouski tout le temps". Et puis s'il y a de quoi (*s'il y a un problème*) on a les internistes qui sont là pour nous aider aussi, ce qui fait que c'est un plus pour eux autres aussi ». Le retour des patients satisfaits de leur service est très important et apprécié par les professionnels du Rocher-Percé qui souhaitent continuer à avoir cette atmosphère de confiance. Celle-ci est possible d'après eux grâce à la grande solidarité interprofessionnels entre tous les métiers. En effet, les médecins parlent de cette solidarité entre eux et avec les spécialistes, comme l'équipe de l'essai clinique en parle à propos d'eux-mêmes et de l'implication de la direction. A tous les niveaux du CSSS le travail se fait sur le terrain comme le précise la coordinatrice du volet clinique et la directrice clinique : « C'est facile d'asseoir les intervenants, et c'est facile d'asseoir la direction aussi. Dans les grands centres tu ne verras pas un directeur assis autour d'une table comme aujourd'hui là. Mais ici on est sur le terrain, c'est comme ça que ça se passe. »

Cette solidarité est la richesse du travail en région d'après les personnes interrogées, comme ce médecin pour qui « cette solidarité on est tous venus la trouver ici, c'est ça qui est extraordinaire (...) C'est une condition comme *sine qua non* que, quand tu viens, tu es obligé de la maintenir parce que sinon tu ne vas pas te sentir chez toi ». Pour l'autre médecin, le personnel qui reste en région se « serre les coudes ». Il y a plusieurs pénuries d'effectifs, mais qui ont des impacts différents sur le territoire. Il existe un manque chronique de médecins de famille qui rend difficile la prise de rendez-vous en cabinet, une pénurie de spécialistes dans certains domaines mais qui n'est pas généralisée. Il y a par exemple trois gynécologues sur le territoire, mais le départ du seul ergothérapeute est difficile à supporter car il n'y a aucun remplacement. Les professionnels subissent donc une forte pression de la part des patients, accompagnée d'une reconnaissance pour le suivi qu'ils font. Les manques d'effectifs ainsi que les importants manques budgétaires conduisent l'équipe du CSSS à trouver des moyens innovants de prendre en charge la santé de sa population. Ce besoin d'accompagner le client grâce à des équipes pluridisciplinaires donne naissance à de nombreux programmes comme le dit la coordinatrice du volet clinique : « c'est très dynamique, avec les intervenants il y a beaucoup de dynamisme et puis c'est ce qui caractérise les petits endroits comme nous. On n'a pas le choix, il faut virer de bord car on n'a pas les facilités des grandes villes. Donc ici il y a des moyens qui sont créatifs... Il y a beaucoup de choses je suis sûre qu'on se démarque. » Les échanges se font à tous les niveaux,



entre la direction et les médecins, ou entre médecins omnipraticiens et spécialistes, ou bien encore entre les infirmiers, diététiciens, etc... C'est la pratique du terrain qui crée ce besoin de travailler en semble.

Pour les patients comme pour les professionnels ce mode de travail est bénéfique pour le bien-être. Les patients comme les partenaires apprécient le fait de ne pas avoir l'impression d'être un numéro. L'un d'eux précise qu'aller à l'hôpital c'est comme aller en « famille » car tout le monde se connaît. Pour les professionnels, la capacité d'appeler un collègue facilement ou d'organiser une réunion pour un patient en particulier améliore la qualité de vie au travail, comme le dit l'un des médecins : « on n'a pas l'impression d'être dans une chaîne de montage ». La nutritionniste a exprimé cette spécificité des régions et des faibles effectifs de population : « J'ai l'impression que c'est plus individualisé quand on travaille dans les grands centres (*qu'ici*). Je ne sais pas si c'est dû au fait qu'ici on se connaît plus en dehors du travail ».

Ces initiatives locales et cette façon de travailler sont également dues à l'isolement de ces territoires. En effet, certains professionnels parlent d'un sentiment d'abandon par rapport aux centres qui a conduit à la spécificité du travail en région. Ceux qui travaillent dans le CSSS du Rocher-Percé ont l'impression d'être livrés à eux-mêmes face aux difficultés qu'ils vivent avec leur population, tout en devant rendre des comptes.

C'est donc ce travail d'équipe qui est à rechercher dans des équipes homologues pour eux, ou comme le dit la technicienne en diététique du projet clinique, une équipe « multi-problématique ».

### ***6.3.2 Des spécificités à retrouver en Côte-Nord***

Les entretiens réalisés au Rocher-Percé ont montré les spécificités de ce territoire, autant au niveau de sa population que de l'équipe de professionnels. Ils ont permis de réaliser un guide d'entretien avec des questions et des thèmes à aborder avec des professionnels du Manicouagan et de Haute-Côte-Nord. Pour identifier l'équipe homologue, c'est la façon de travailler et de prendre en charge la population qui est primordiale. Plusieurs thèmes sont donc à aborder. En effet, l'équipe du CSSS du Rocher-Percé se sent impliquée dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. L'objectif n'est pas d'assurer le meilleur service (clinique ou en cabinet) en terme d'efficacité, mais d'abord de prendre en charge l'ensemble de la population et de l'accompagner quels que soient ses besoins. C'est pourquoi la vision partagée 2011 de l'annexe 3 insiste sur le continuum de service, et pas uniquement sur les services médicaux et hospitaliers. Sans atteindre l'implication de l'équipe du Rocher-Percé, il est nécessaire de trouver une équipe homologue qui ait les mêmes préoccupations.

De plus, c'est le travail de terrain qui est le socle de l'essai-clinique. Les professionnels connaissent leur clientèle et se déplacent pour réussir à assurer un service à tous. La place du terrain étant la pierre angulaire de tout le fonctionnement du CSSS il est nécessaire de trouver une équipe homologue aussi impliquée sur son territoire. En effet, ce sont les populations les plus défavorisées et les moins à même d'aller chercher les services par eux-mêmes qui sont visées par l'essai-clinique. Seul le travail sur le terrain permet de prendre en charge ces populations.

### *6.3.3 Des entretiens à réaliser en Côte-Nord*

Se déplacer en Côte-Nord pour réaliser des entretiens avec les équipes homologues potentielles du Manicouagan ou de Haute-Côte-Nord présente de nombreuses difficultés financières et pratiques. C'est pourquoi, le guide d'entretien qui suit est plus court que celui des entretiens réalisés au Rocher-Percé : il est conçu pour pouvoir être réalisé par téléphone dans un délai de vingt minutes à une demi-heure. Trois axes sont donc privilégiés, définis grâce aux informations recueillies au Rocher-Percé. Ils concernent la vision du CSSS, l'engagement des professionnels sur le terrain et les relations entre les acteurs de santé. Différentes observations ont permis de préparer les questions.

D'abord, le CSSS du Rocher-Percé oriente sa politique de soins sur les questions de prévention et de sensibilisation. Leur objectif est de diminuer les besoins de la population de recourir à des soins cliniques grâce à un mode de vie plus sain. La vision des CSSS du Manicouagan et de Haute-Côte-Nord doit également être orienté dans ce sens. Des questions portant sur les politiques et des programmes de santé mises en place au cours des dernières années permettront d'obtenir des informations à ce sujet.

Dans un deuxième temps, les entretiens réalisés au Rocher-Percé ont permis de montrer que l'implication des professionnels sur le terrain ont créé une grande confiance des clients envers le CSSS. La population se sent entourée et écoutée par les professionnels et font un retour positif sur l'équipe du CSSS, il serait intéressant de voir si c'est également le cas dans les territoires de Côte-Nord.

Enfin, le dernier axe porte sur les relations entre professionnels et l'interdisciplinarité qui existe au Rocher-Percé : celle-ci est nécessaire dans le cadre de la mise en place d'une clinique mobile telle que prévu par l'essai-clinique et il est très important qu'elle existe également au sein de l'équipe homologue de Côte-Nord. Le guide d'entretien est disponible en Annexe 5.

## *Conclusion partielle*

Les résultats obtenus au cours de ce stage vont permettre de constituer un réseau de discussion équilibré. En effet, pour soutenir celle du Rocher-Percé, la première équipe, celle de Matapédia, a l'avantage de travailler sur un territoire et avec une population similaires. Même si les manières de travailler de ces deux équipes diffèrent, elles auront très probablement les mêmes préoccupations et questionnements envers leur population. En Côte-Nord aucun territoire n'a pu être qualifié de similaire au Rocher-Percé. Cependant, l'équipe sélectionnée devrait avoir un mode de fonctionnement et des objectifs pour l'amélioration de la santé de sa population très proches de ceux du Rocher-Percé. Cette similarité sur des territoires et populations différentes devrait être très constructive également dans le réseau de santé. Ce sont finalement peut-être ces différences qui permettront le mieux d'alimenter la discussion entre les trois équipes.

---

## Conclusion

---

Cette étude a montré que beaucoup de territoires locaux du Bas-Saint-Laurent, de Gaspésie et de Côte-Nord ont des caractéristiques communes en ce qui concerne la composition de leur population, la défavorisation matérielle et sociale ainsi que l'enclavement. On comprend ainsi pourquoi les trois régions de l'est sont souvent réunies dans une grande région englobante, l'Est-du-Québec.

La plupart des municipalités de ces régions voient leur population vieillir et diminuer fortement, à l'exception de Rimouski et Rivière-du-Loup. L'isolement des trois régions de l'est crée un enclavement qui a tendance à aggraver la situation économique des municipalités. Le haut taux de chômage et les nombreuses familles ayant un faible revenu sont des indicateurs de cette défavorisation sociale et matérielle qui touche une part très importante de la population. Pourtant, il existe aussi une grande hétérogénéité entre ces territoires, due aux particularités locales de l'organisation de l'espace et parfois à l'histoire de la colonisation du Québec.

Le travail effectué pour ce projet a en effet mis en évidence les limites des comparaisons statistiques et spatiales pour montrer les ressemblances et différences qui existent entre les territoires. Ces analyses ont permis d'identifier des territoires qui ont des similarités dans certaines domaines, notamment démographiques ou sociaux. Cependant, ces comparaisons ne concernent qu'un nombre limité d'indicateurs et créent donc de nombreux biais. Mais, dans la mesure où les grandes lignes de l'organisation spatiale et les principaux phénomènes démographiques, économiques et sociaux sont très ressemblants entre certaines municipalités, il semble possible de parler de territoires similaires. Cette expression ne signifie pas que les territoires sont identiques, mais au contraire que malgré d'importantes différences, il existe de grandes ressemblances qui permettent de les comparer. Toutefois, il est important de ne pas gommer les spécificités locales lorsqu'on compare les territoires : ce sont ces différences qui permettent de prendre du recul sur la situation du Rocher-Percé

En effet, chaque municipalité s'est construite sur ses propres atouts, que ce soit la pêche, les mines ou encore les activités tertiaires. Aujourd'hui ces spécificités peuvent entraîner des différences importantes, accentuées par la distance qui relie ces territoires à Québec et Montréal. C'est cet isolement qui entraîne les CSSS de région à développer des services innovants pour prendre en charge leur population. Vivre et travailler en région conduit les professionnels à

développer de nouvelles manières de travailler pour adapter le fonctionnement prévu à l'échelle de la province aux spécificités locales. Celles-ci vont permettre aux trois équipes homologues du réseau de discussion d'avoir des échanges constructifs et utiles dans la réalisation de la clinique mobile : l'implication des professionnels sur leur propre territoire est, comme l'ont montré les entretiens réalisés au Rocher-Percé, le socle du fonctionnement du CSSS et de la relation qui existe entre celui-ci et la population.

Si la similarité entre les territoires est nécessaire pour que les équipes aient le même cadre de référence et puissent partager leurs propres expériences, ce sont finalement les différences et les particularités qui vont alimenter la discussion et être bénéfiques au projet.

---

## Bibliographie

---

### Articles

- CAMBON P., LADOUCEUR S., *et al.*, *Panorama des régions du Québec, Edition 2009*, (2009), Institut de la statistique du Québec
- COX M. , BOYEL P.J. , DAVEY P.J. *Local deprivation and Type 2 diabetes incidence: a local test of relative inequalities* (2007), *Social Science and Medicine*, 65(9) : pp 1953-1964
- DUCHESNE L., *La situation démographique au Québec, Bilan 2006, la migration interne de 55 à 65 ans au cours de la décennie 1995-2005*, (2006), Institut de la statistique du Québec
- FONTAINE D., GUYE O., JOSEPH V., ET AL (2007) *Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes, Analyse des composantes principales et typologie des territoires*, ORS Rhône-Alpes et DRASS Rhône-Alpes
- GAGNE Y. , FREVE E., DESCROISSELLES N., *Bulletin statistique régional Edition 2010 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine*, (2010), Institut de la statistique du Québec
- GAGNE Y., CAMBON P. , LADOUCEUR S., *Bulletin statistique régional Edition 2010 Bas-Saint-Laurent*, (2010), Institut de la statistique du Québec
- GARANT S. , BOURASSA A., (2009), *Caractérisation des communautés locales de Chaudière-Appalaches : Connaître et mobiliser pour mieux intervenir*, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
- HART C.L., HOLE D.J., GILLIS C.R., *et al.* (2001), *Social class differences in lung cancer mortality: risk factor explanations using two Scottish cohort studies*, *International Journal of Epidemiology*, 30
- KAPLAN GA. , KEIL J.E. , (1993), *Socioeconomic factors and cardiovascular disease : a review of the literature*, *Circulation*, 88 : pp 1973-1998
- LADOUCEUR S., *Etude de faisabilité sur l'utilisation de statistiques fiscales des particuliers pour suivre l'évolution du Marché du travail par MRC*, (2005), Institut de la statistique du Québec
- LADOUCEUR S., *Evolution du marché du travail dans les MRC, Bulletin Flash*, (2010), Institut de la statistique du Québec
- MELCHIOR M, BERKMAN L.F., KAWACHI N., *et al.* (2006) *Lifelong socioeconomic trajectory and premature mortality (35-65 years) in France: findings from the Gazel Cohort Study*, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60 : pp937-944
- PAMPALON R., RAYMOND G. (2003), *Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être*, *Santé, Société et Solidarité*, 1 : pp 191-207
- PAMPALON R., MARTINEZ J., HAMEL D., RAYMOND G. (2005), *Milieux ruraux et urbains au Québec : quelles différences en matière de santé et de bien-être ?*, *L'annuaire du Québec*
- PITBLADO, R, J. (2005). *So, what do we mean by "rural", "remote", and "northern"?*. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37, 163- 168.
- REIMER B, (2002), *A Sample Frame for Rural Canada: Design and Evaluation*, *Regional Studies*, 36 (8) : pp845-859
- ROBERGE D., PINEAULT R., HAMEL M., *et al.* (2007) *Rapport méthodologique de l'analyse des contextes, l'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*, INSPQ

- SHACK L., JORDAN C., TOMSON C.S., et al. (2008) *Variation in incidence of breast, lung and cervical cancer and malignant melanoma of skin by socioeconomic group in England*, BMC Cancer, 8:271
- SMITH M.P., OLATUNDE O., WHITE C., (2010) *Inequalities in disability-free life expectancy by area deprivation England 2001-04 and 2005-08*, Health Statistics Quarterly 48 : pp 36-57
- WHITE C., EDGAR G., (2010) *Inequalities in disability-free life expectancy by social class and area type: England, 2001-03*, Health Statistics Quarterly 45 : pp 57-80

## Articles de quotidien

JEAN-FRANÇOIS BOUCHARD, Le consortium InterEstSanté est lancé (9 mars 2011), L'Avantage

## Documents

- Organisation municipale et territoriale au Québec en 2010*, (2010), publication du ministère des Affaires Municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire
- Rapport annuel de gestion 2005-2006*, (2006), publication du ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Exportation
- Guide de l'Enquête sur la population active*, (2011), Statistique Canada
- La prise en charge de sa santé sur le territoire du Rocher-Percé*, Fonds Pfizer-FRSQ-MSSS sur les maladies chroniques – Formulaire de demande 2010-2011, (2010)
- Lexique du système du code géographique du Québec*, (2006), Institut de la statistique du Québec
- Recensement de 2006, Manuel des Codes*, (2006), Statistique Canada
- Le Kinésologue*, Fédération des kinésologues du Québec

## Sitographie

- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/>
- Atlas de la santé et des services sociaux du Québec  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php>
- Institut de la statistique du Québec  
<http://www.stat.gouv.qc.ca/>
- Institut national de la santé publique du Québec  
<http://www.inspq.qc.ca/>
- Statistique Canada  
<http://www.statcan.gc.ca/>
- Banque de données des statistiques officielles sur le Québec  
[http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/iwae.proc\\_acce?p\\_temp\\_bran=ISQ](http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/iwae.proc_acce?p_temp_bran=ISQ)
- Transports Québec  
<http://www.quebec511.gouv.qc.ca/fr/>
- Santéscope, Atlas par RLS  
<http://www.inspq.qc.ca/santescope/default.asp?NumVol=6&nav=N>

---

## Table des cartes

---

<i>Carte 1 : Population et villes de l'Est-du-Québec</i>	13
<i>Carte 2 : Les salles d'entraînement</i>	18
<i>Carte 3 : MRC et RLS dans l'Est-du-Québec</i>	21
<i>Carte 4 : Taux d'activité en Gaspésie</i>	26
<i>Carte 5 : La population du Bas-Saint-Laurent</i>	29
<i>Carte 6 : Taux d'activité dans le Bas-Saint-Laurent</i>	29
<i>Carte 7 : Population et chômage en Côte-Nord</i>	31
<i>Carte 8 : Occupation de l'espace en Gaspésie</i>	34
<i>Carte 9 : Densité de population au Rocher-Percé</i>	34
<i>Carte 10 : Migrations au Rocher-Percé</i>	37
<i>Carte 11 : Indice de défavorisation au Rocher-Percé</i>	44
<i>Carte 12 : Population non-diplômée au Rocher-Percé</i>	44
<i>Carte 13 : Mortalité liée au tabagisme – Est-du-Québec</i>	48
<i>Carte 14 : Mortalité par cancer du sein – Est-du-Québec</i>	48
<i>Carte 15 : Réseau de santé du Rocher-Percé</i>	49
<i>Carte 16 : Similarités avec le Rocher-Percé dans l'Est-du-Québec</i>	55
<i>Carte 17 : Réseau de santé du Témiscouata</i>	64
<i>Carte 18 : Réseaux de santé de Kamouraska et de Matane</i>	66
<i>Carte 19 : Réseau de santé de Matapédia</i>	66
<i>Carte 20 : Chômage en Matapédia</i>	70
<i>Carte 21 : Réseau de santé de Port-Cartier et Sept-Îles</i>	77
<i>Carte 22 : Réseau de santé de Haute-Côte-Nord</i>	80
<i>Carte 23 : Réseau de santé du Manicouagan</i>	80



---

## Table des figures

---

<i>Figure 1 : Organigramme de l'organisation des services au Québec</i>	23
<i>Figure 2 : Variation de la population en Gaspésie</i>	26
<i>Figure 3 : Pyramide des âges au Québec et en Gaspésie</i>	27
<i>Figure 4 : Population du Rocher-Percé</i>	36
<i>Figure 5 : Activité et chômage au Rocher-Percé</i>	39
<i>Figure 6 : Travailleurs au Rocher-Percé</i>	40
<i>Figure 7 : Revenu médian au Québec</i>	40
<i>Figure 8 : Répartition de l'emploi par type d'industrie</i>	41
<i>Figure 9 : Niveau de diplôme au Québec</i>	42
<i>Figure 10 : Variations de population au Rocher-Percé et en Matapédia</i>	67
<i>Figure 11 : Niveau de scolarité en Matapédia</i>	69

---

## Table des tableaux

---

<i>Tableau 1 : L'espérance de vie au Québec</i>	<u>45</u>
<i>Tableau 2 : Taux de mortalité par cancer au Québec</i>	<u>46</u>
<i>Tableau 3 : Données démographiques dans le Bas-Saint-Laurent</i>	<u>63</u>
<i>Tableau 4 : Espérance de vie au Rocher-Percé et en Matapédia</i>	<u>72</u>
<i>Tableau 5 : Taux de mortalité en Matapédia</i>	<u>73</u>

---

## Annexes

---

### **Annexe 1 : les variables comparatives**

<b>Variable</b>	<b>Source</b>	<b>Données du Rocher-Percé</b>
L'absence de municipalité urbaine dans la MRC	Institut Statistique du Québec , liste des municipalités officielles du Québec	Aucune (0)
Une population regroupée sur une partie du territoire seulement (étude de l'oekoumène)	Site du Ministère des Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire du Québec, Répertoire des municipalités	Présence de Territoires non-organisés sur plus de 50% du territoire
La part des plus de 65 ans	Recensement de 2006	18%
L'accroissement des plus de 65 ans (2001-2006)	Recensements de 2001 et 2006	7,5%
L'accroissement de population de la MRC entre 2001 et 2006	Recensements de 2001 et 2006	-6%
Le taux de chômage	Recensement de 2006	18,1%
Le taux d'activité	Recensement de 2006	48,1%
La part des familles avec un faible revenu	Recensement de 2006	9,4%
La part du travail dans le secteur primaire	Recensement de 2006	10,7%
La part des non diplômés	Recensement de 2006	45,3%
La part de familles monoparentales	Recensement de 2006	23,4%
La diversité industrielle	Ministère du Développement économique, de l'innovation et de l'exportation, rapport annuel 2005-2006	Très peu diversifiée (1)
La mobilité du travail, personnes restant dans la même municipalité que leur domicile	Recensement de 2006	38,8%
Espérance de vie corrigée des incapacités (sexes réunis)	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	65,1
Part de la population ayant une incapacité	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	14,5%
Espérance de vie corrigée des incapacités fréquentes masculine	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	68,5
Le taux de mortalité pour des conditions associées au tabagisme	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	345

Le taux de mortalité ajusté par cardiopathie ischémique	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	144
Le taux d'incidence du cancer du cancer du poumon	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	145p100000
Le taux d'incidence du cancer du colon-rectum	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	82p100000
Le taux de prévalence du diabète.	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	9,6%
Les années potentielles de vie perdues	Santéscope, Institut de Santé Publique du Québec	6749

# Annexe 2 : Synthèse des résultats par scores

Modèle	Code MRC	Norm MRC	Territoires monogariés >50%	Présence d'une ville	Variation de la part des plus de 65 ans	Variation de la part des plus de 50%	Variation de population	Taux de chômage	Taux d'activité	Part des familles ayant un faible revenu	Part du secteur primaire	Population non-diplômés	Part des familles monoparentales	Diversité industrielle	Mobilité	SOMME	RANG	SOMME RANG
Bas-Saint-Laurent																		
Modèle économique	2407	La Matapédia	1	1					3	3	2	1	1			12	1	8
Modèle géographique	2407	La Matapédia	4	4					1	1	1	1	1			10	2	8
Modèle mixte	2407	La Matapédia	2	2				2	2	2	1	1	2			12	1	8
Modèle population	2407	La Matapédia	1	1				3	1	1	1	1	1			9	3	8
Modèle social	2407	La Matapédia	1	1				1	1	2	3	3				12	1	8
Modèle économique	24981	Matane			1				3	2						9	3	11
Modèle géographique	2408	Matane		4	1				1	1				1	1	11	1	11
Modèle mixte	2411	Matane		2	1				2	1			2			10	2	11
Modèle population	2408	Matane		1	3				3	1	1	1				10	2	11
Modèle social	2408	Matane		1	1				1	2		3				9	3	11
Modèle économique	2411	TUmiscouata	1		1	1			3	2		1				9	3	13
Modèle géographique	2413	TUmiscouata	4		2	1			1	1		1				7	4	13
Modèle mixte	24981	TUmiscouata	2		2	1			2	1		2				10	2	13
Modèle population	2413	TUmiscouata			3	3			3	1	1	1				12	1	13
Modèle social	2413	TUmiscouata	1		1	1			1	2		3				9	3	13
Modèle économique	24982	Les Basques	1		1				3	2		1				8	4	19
Modèle géographique	2411	Les Basques	4		2				1	1		1				6	5	19
Modèle mixte	2495	Les Basques	2		2				2	1		2				9	3	19
Modèle population	2411	Les Basques	1		3				3	1	1	1				9	3	19
Modèle social	2411	Les Basques	1		1				1	2		3				8	4	19
Modèle économique	2409	La Mitis	1	1	1					2		1				5	5	22
Modèle géographique	2409	La Mitis	4	4	2					1	1					8	3	22
Modèle mixte	2409	La Mitis	2	2	2					1	1					6	4	22
Modèle population	2409	La Mitis	1	1	3					1	1					6	5	22
Modèle social	2409	La Mitis	1	1	1					2		3				7	5	22
Modèle économique	2414	Kamouraska	1		1				1			3				3	6	27
Modèle géographique	2414	Kamouraska	4		2							1				4	6	27
Modèle mixte	2414	Kamouraska	2		2							1				5	5	27
Modèle population	2414	Kamouraska	1		3							1				7	4	27
Modèle social	2414	Kamouraska	1		1							3				5	6	27
Côte-Nord																		
Modèle économique	2408	Minganie	1	1				1	3	2		1	1	2		11	2	9
Modèle géographique	24981	Minganie	4	4					1	1		1	1			10	2	9
Modèle mixte	2413	Minganie	2	2					2	1		2	1	2		12	1	9
Modèle population	24981	Minganie	1	1					3	1	1	2	1			10	2	9
Modèle social	24981	Minganie	1	1					1	1		3	1	1		11	2	9
Modèle économique	2413	La Haute-Côte-Nord	1	1					1	3		1	1	2	2	11	2	12
Modèle géographique	2495	La Haute-Côte-Nord	4	4					1	1		1	1			8	3	12
Modèle mixte	2408	La Haute-Côte-Nord	2	2					2	2		1	2		1	12	1	12
Modèle population	2495	La Haute-Côte-Nord	1	1					3	1		1	1	1	1	9	3	12
Modèle social	2495	La Haute-Côte-Nord	1	1					1	1		3	3	1	1	9	3	12
Modèle économique	2495	Basse-Côte-Nord	1		1				3			1	1	1	2	9	3	16
Modèle géographique	24982	Basse-Côte-Nord	4		1				1	1		1	1	1		6	5	16
Modèle mixte	24982	Basse-Côte-Nord	2		1				2			1	2	1	2	9	3	16
Modèle population	24982	Basse-Côte-Nord	1		3				1	1		2	1	1		9	3	16
Modèle social	24982	Basse-Côte-Nord	1		1				1			3	3	3	1	11	2	16
Modèle économique	24971	Sept-Rivières		1						2		1	1	2		7	5	23
Modèle géographique	24971	Sept-Rivières		1						1		1	1	1		5	6	23
Modèle mixte	24971	Sept-Rivières		2						1		2	1	2		8	4	23
Modèle population	24971	Sept-Rivières		1						1		1	2	1		6	5	23
Modèle social	24971	Sept-Rivières		1						2		3	3	1		10	3	23
Modèle économique	2496	Manicouagan		1								1	2			6	6	31
Modèle géographique	2496	Manicouagan		1								1	1	1		4	7	31
Modèle mixte	2496	Manicouagan		2								1	2	1		6	5	31
Modèle population	2496	Manicouagan		1								2	1	1		5	6	31
Modèle social	2496	Manicouagan		1								1	1	1		6	7	31

## Annexe 3 : le CSSS du Rocher-Percé – la vision partagée

2011

### Vision partagée 2011

- Un réseau de services intégrés qui place la personne au centre de toutes les interventions. Il offre la gamme complète, variée et diversifiée de services de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation et d'hébergement sur la base d'un continuum de services et ce, pour chaque clientèle cible desservie, accessibles le plus près du milieu de vie des gens. Ces services, offerts selon un continuum, sont dispensés en étroite collaboration avec la famille, les proches, les partenaires du milieu et les autres établissements régionaux ou nationaux.
- La philosophie d'intervention privilégie une approche humaine, globale et systémique de la personne, le respect de son intégrité à travers toutes ses démarches et décisions. La prévention est un concept intégré dès le plus jeune âge et est portée par tous les intervenants de la MRC. Les personnes sont maintenues dans leur milieu de vie le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles où elles sont informées, guidées, accompagnées. L'approche personnalisée d'intervention favorise la prise en charge par l'individu de sa santé, son autonomie, que ce soit en milieu de vie naturel ou substitut.
- La clientèle peut compter sur du personnel accueillant, chaleureux, motivé, compétent, en développement continu et qui s'épanouit dans un milieu de travail enrichissant, valorisant et stimulant, permettant un équilibre vie familiale et travail. On privilégie le travail en équipe, par clientèle, dans un réseau de services intégrés avec le souci constant d'amélioration continue de la qualité. La communication, la collaboration et la concertation y sont fortement valorisées.
- La population est très satisfaite des services qu'elle reçoit : le système est simple et facile d'accès. L'accueil, l'écoute et la réponse adaptée aux besoins constituent des points forts du service.
- Le réseau en place est créatif et proactif et est vu comme un acteur très présent et très engagé dans la MRC du Rocher-Percé. Il sait se faire entendre sur le plan régional et national au niveau des développements de ressources pour répondre aux besoins de la clientèle.

# Annexe 4 : Guide d'entretien – Rocher-Percé

Entretien avec les professionnels de santé du Rocher-Percé

---

Introduction – Présentation

- **Présentation personnelle**

- Marie Baron, étudiante en maîtrise Université Paris-Ouest-Nanterre
- Française, au Québec depuis peu : certaines des questions peuvent paraître naïves, le vocabulaire inadapté. « Dites-moi si certains points paraissent peu clairs. »
- Stage de maîtrise de 4 mois, soutenance en septembre
- Travail de recherche qui s'inscrit dans le projet Rocher-Percé

- **Présentation projet**

- Projet Rocher-Percé, prise en charge de sa santé dans le Rocher-Percé
- Volet évaluatif : travail en commun avec des équipes homologues dans des territoires similaires
- Projet de mémoire : trouver ces territoires similaires
  - partie statistiques, études des données sociodémographiques, sanitaires, réseau de santé.

Résultats quantitatifs et chiffrés

- partie entretiens : Nuancer les résultats statistiques par le ressenti des professionnels qui travaillent au Rocher-Percé, aller au plus près de la réalité terrain

- **Présentation de l'entretien**

- environ 1h30
- un petit questionnaire individuel de présentation
- 4 thèmes de discussion
- Quelques questions pour lancer la discussion mais les participants sont libres de s'exprimer comme ils le souhaitent sur les différents thèmes
  - je me réserve toutefois la liberté d'abréger parfois la discussion afin de respecter le temps de discussion de chacun des participants, et de tenir dans l'heure et demie
  - La discussion est enregistrée pour faciliter sa retranscription
  - Le contenu de l'entretien reste anonyme. Les extraits seront citées avec le prénom de l'intervenant, qui peut être modifié pour plus d'anonymat
  - Les conclusions et résultats issus de cet entretien ne seront utilisés que pour des fins de recherche dans le cadre de l'essai clinique Rocher-Percé et du mémoire final.

Guide d'entretien oral : Equipe essai clinique

**Présentation de l'équipe** (15 minutes)

- Depuis combien de temps travaillez-vous au CSSS du Rocher-Percé ? (*question d'ouverture pour engager la conversation*)
- Est-ce que vous vous travaillez ensemble avant le projet Rocher-Percé ?
  - personnes dans l'équipe
  - lieux / base de travail
  - lieux d'échange, réunion

**Le Rocher-Percé** (25 minutes)

- Comment décririez-vous la population du Rocher-Percé ? Par exemple sa composition en âge ? sa santé ?
  - bien être
  - tendances migratoires
  - santé physique générale
  - maladies chroniques
- Et en ce qui concerne le territoire lui-même, par exemple son accessibilité depuis Québec, qu'en pensez-vous ?
  - situation
  - accessibilité en transports
  - taille des villes
  - répartition de la population
  - dynamisme du territoire
  - ressemblances par rapport aux autres RLS

TRANSITION : RP à l'extrême est du Québec, comment cela peut-il jouer pour l'organisation du CSSS lui-même ?

**Le CSSS** (25 minutes)

- On parle de manques d'effectifs de personnels médicaux en région, est-ce que vous ressentez cette pénurie ?
  - manque de spécialistes
  - manque par rapport aux besoins de la population
  - accessibilité
- Est-ce que la population ressent ces difficultés ?
- Quelles sont les décisions prises dans le CSSS du Rocher-Percé pour satisfaire les besoins de cette population ?

**Le travail en région / Questions qui peuvent être distillées au cours du reste de la discussion en fonction du tour que prend celle-ci** (10 minutes)



- Quelles sont les spécificités d'organisation dues à l'éloignement des grands centres ?
- Est-ce que les professionnels s'attachent au territoire ou est-ce qu'il y a beaucoup de renouvellement ? Est-ce que les professionnels s'établissent en région ou est-ce qu'ils déménagent après quelques temps ? Qui sont ceux qui partent/restent
  - Professions en particulier
  - Age
  - Origine géographique
- Est-ce que certaines actions propres aux spécificités de la région sont prises ? Outre les décisions ministérielles, est-ce que le CSSS du Rocher-Percé prend des initiatives locales adaptées aux besoins de sa population ?
- Par rapport à Montréal et Québec, est-ce que vous avez l'impression de travailler en collaboration, une impression d'abandon ? D'isolement ? Avez-vous l'impression d'être à la remorque/dépendants des décisions prises en centre urbain ?

**Les équipes homologues** (15 minutes)

- Dans le cadre du volet évaluatif du projet Rocher-Percé, il est prévu de contacter des équipes homologues dans des territoires similaires. En ce qui vous concerne est-ce qu'il vous paraît plus important d'avoir une population et un territoire similaire ou bien une équipe qui ressemble à la votre ?
  - critères pour le territoire similaire
  - critères pour l'équipe homologue (nombre ? professions ? Proportion ?)
  - organisation du travail en réseau

# Annexe 5 : Guide d'entretien – Côte-Nord

Entretien avec les professionnels de santé du Rocher-Percé

---

## **Introduction – Présentation**

- Les questions sont préparées pour des entretiens téléphoniques durant de 20 à 30 minutes
- Les personnes interviewées peuvent être des responsables du CSSS, des médecins ou des professionnels occupant les professions de l'équipe de la clinique mobile (kinésiologues, infirmiers, diététiciens et nutritionnistes)

## **Axe 1 : La vision des professionnels**

*Le CSSS du Rocher-Percé oriente sa politique de soins sur les questions de prévention et de sensibilisation, afin de diminuer le besoin de recourir à des soins cliniques*

Q1 : Quels programmes de santé ont été mis en place au cours des dix dernières années ?

Q2 : Pour les prochaines actions à mettre en place, quels sont les besoins les plus urgents à combler ?

- *Place de la prévention et de la sensibilisation dans les programmes*

## **Axe 2 : Un travail sur le terrain**

*Au Rocher-Percé, les professionnels connaissent leur population et leur milieu de vie. C'est cette proximité qui permet à la population de leur faire confiance. Il faut retrouver cet état de confiance dans le CSSS de l'équipe homologue.*

Q3 : En région, les effectifs sont difficiles à remplir, comment décririez-vous la satisfaction de la population par rapport au CSSS ?

- *Est-ce que la population se plaint de la difficulté d'accès aux services ?*
- *Est-ce qu'elle fait des retours positifs sur les soins qu'elle reçoit ?*

## **Axe 3 : Une équipe interdisciplinaire**

*Les relations interprofessionnelles au Rocher-Percé montrent qu'il existe peu de barrières entre les différentes professions. Ce travail d'équipe est nécessaire pour mettre en place une clinique mobile telle qu'elle est prévue dans le projet Rocher-Percé*

Q4 Les échanges entre les différentes professions de santé sont parfois difficiles, est-ce que c'est le cas dans ce CSSS ?

Q5 Comment est-ce que l'équipe du CSSS s'organise pour palier aux manques d'effectifs ?

- *Est-ce que les différentes professions tentent d'améliorer ensemble les services ?*