

# Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

## Les effets de la politique nationale de la ruralité du Québec sur la santé des ruraux et des communautés

### Rédaction

Paule Simard, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)  
Mary Richardson, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)  
Collaboration à la rédaction : Ginette Boyer

### Chercheure principale

Paule Simard, Institut national de santé publique du Québec

### Cochercheurs

Mylène Riva, Université Laval  
Patrice Leblanc, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
Mathieu Philibert, Université du Québec à Montréal  
André-Anne Parent, Université de Montréal

### Chercheurs collaborateurs

Evelyn de Leeuw, La Trobe University, Australie  
Paul Morin, Université de Sherbrooke  
Sarah Skerratt, Scotland's Rural College, Écosse Mary  
Richardson, professionnelle de recherche, INSPQ Sénid  
Hadzic, stagiaire

### Partenaires collaborateurs

Réal Boisvert, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec  
Caroline Jacob, Solidarité rurale du Québec (SRQ) (jusqu'en septembre 2014)  
Julie Lévesque, Réseau québécois des Villes et villages en santé (RQVVS)  
Louise Saint-Pierre, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé  
Jean Tremblay, Institut national de santé publique du Québec  
Danièle Leduc et Éric Wagner, ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire (MAMOT)  
Carmen Baci, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

### Établissement gestionnaire de la subvention

Institut national de santé publique du Québec

### Numéro du projet de recherche

2014-SB-171861

### Titre de l'Action concertée

L'évaluation des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population (phase 2)

### Partenaire(s) de l'Action concertée

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) Fonds de recherche  
du Québec - Santé (FRQS)  
Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

**Table des matières**

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	3
1. Problématique .....	3
2. Principales questions de recherche.....	7
3. Objectifs.....	8
PARTIE B – PISTES DE SOLUTIONS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DES RÉSULTATS .....	9
1. Solutions et recommandations .....	10
1.1. Aux décideurs nationaux des politiques publiques .....	10
1.2. Aux décideurs des MRC.....	12
1.4. Aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS).....	13
1.5. Aux municipalités .....	14
2. Messages clés .....	15
3. Limites de l'étude .....	16
PARTIE C - MÉTHODOLOGIE.....	17
1. Approche méthodologique .....	17
2. Cueillette de données.....	18
3. Analyses.....	18
PARTIE D - RÉSULTATS .....	18
Les mécanismes de gouvernance.....	19
Les agents de développement rural.....	20
Les projets .....	22
L'impact des processus et des projets sur la santé.....	26
2. Avancement des connaissances .....	29
PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE.....	30
PARTIE F - RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE .....	32

**LA POLITIQUE NATIONALE DE LA RURALITÉ DU QUÉBEC:  
UNE STRATÉGIE GAGNANTE POUR LA SANTÉ DES RURAUX ET DE LEUR COMMUNAUTÉ**

**PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE**

---

**1. PROBLEMATIQUE.** Cette étude visait à étudier les effets de la *Politique nationale de la ruralité du Québec* (PNR)<sup>1,2</sup> sur la santé et le bien-être des communautés rurales. Elle a été développée dans le cadre de l'appel de proposition pour une Action concernée (MSSS, FRSQ et FQRSC) portant sur *L'évaluation des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population (2e phase)*. Elle répondait directement à l'objet principal de cet appel en proposant d'étudier les impacts sur la santé et le bien-être de la population d'une politique publique gouvernementale provenant d'un autre domaine que la santé, ici la PNR. La présente section résume la revue de littérature (**annexe 1**)

**La Politique nationale de la ruralité du Québec.** Portée par le Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire (MAMOT), la PNR est en place depuis 2002 et a connu deux éditions (2002-2007<sup>1</sup> et 2007-2014<sup>2</sup>). Elle repose sur l'idée que « pour se réaliser comme société moderne, le Québec a besoin d'une ruralité forte et vivante lui permettant d'occuper son territoire de façon dynamique et durable, de mettre à profit ses ressources collectives et d'assurer des conditions de vie équitables à tous ses citoyens » (2:i). Ses orientations stratégiques traduisent bien la vision globale qu'elle porte, où les dimensions sociales occupent une place importante: 1) promouvoir le renouvellement et l'intégration des populations; 2) favoriser la mise en valeur des ressources humaines, culturelles et physiques du territoire; 3) assurer la pérennité des communautés rurales et 4) maintenir un équilibre entre la qualité de vie, le cadre de vie, l'environnement naturel et les activités économiques. Pour ce faire, la PNR II propose plusieurs mesures dont

seulement les deux premières ont été étudiées parce qu'elles s'inscrivent directement dans le soutien des communautés locales: 1) les pactes ruraux, des ententes signées entre le gouvernement du Québec et les MRC rurales, associées à un financement géré par les MRC pour promouvoir le développement et soutenir le travail en partenariat; 2) l'action des agents de développement ruraux (ADR) soutenant des communautés dans la réalisation de projets.

**Les mesures de la PNR II (2007-20014)**

1. Se doter d'une deuxième génération de pactes ruraux;
2. Compléter le réseau d'agents de développement rural;
3. Accroître l'effort de modulation et d'adaptation des politiques et des programmes gouvernementaux;
4. Mettre sur pied des laboratoires ruraux en vue d'explorer et de diffuser les résultats;
5. Faciliter l'exploration d'initiatives porteuses de développement;
6. Accorder une aide financière pour stimuler le développement de produits de spécialité;
7. Favoriser la reconnaissance du dynamisme rural par le lancement des Grands Prix de la ruralité;
8. Se doter d'un indice de suivi de la vitalité des communautés rurales.

**La ruralité.** Il existe de multiples définitions de la **ruralité** variant selon

des critères tels que la densité populationnelle, l'accessibilité géographique aux services, la culture paysanne, les formes d'activités socioéconomiques (agricole, forestière, récréotouristique) ou la complémentarité rural-urbain. Pour la PNR:

Le concept de ruralité se définit [...] comme un espace habité de petites communautés humaines [...]. On y retrouve une dynamique et des pratiques sociales, culturelles et économiques fondées sur la proximité, la convivialité, l'entraide et la coopération. Cette communauté humaine est représentée comme un milieu de vie qui associe intimement le territoire, les relations de vie et la cohésion sociale (<sup>2</sup>: 4).

La PNR<sup>2</sup> indique que le Québec rural, où vit 26 % de la population, couvre 90 % du territoire habité et comprend 1 011 municipalités et 34 communautés autochtones: petites villes (2 000-7 000 hab.), villages (100-2 000 hab.) ou cantons. La ruralité est plurielle, qu'il s'agisse de vieillissement ou d'exode des jeunes, d'étalement urbain ou du manque de relève, de repositionnement de l'agriculture, mise en valeur d'attraits pour le tourisme, afflux de nouveaux arrivants et hausse des prix

de l'immobilier, disparition des services de proximité, etc.<sup>4</sup>. Néanmoins les ruraux font preuve d'innovation pour relever ces défis<sup>5</sup>: réseaux territoriaux de services, utilisation accrue des nouvelles technologies, etc.

**Les politiques publiques et la ruralité.** Peu de pays ont une politique rurale spécifique et les questions de ruralité sont incluses dans les politiques sectorielles (agricole, économique, etc.)<sup>6</sup>. Malgré tout, de nouvelles formes de gouvernance sont apparues et les programmes sont davantage décentralisés. On mise sur la participation des milieux locaux: investissements dans de nouvelles activités économiques au lieu des secteurs en déclin; partenariats entre les secteurs public, privé et associatif afin de mieux coordonner les politiques sectorielles sur tous les plans, du local au national<sup>7</sup>. La PNR s'inscrit dans ce nouveau paradigme: elle se veut citoyenne et elle mise sur l'autonomie d'action des MRC.

**L'évaluation des politiques rurales** joue un rôle de plus en plus important dans leur planification et leur mise en œuvre. L'analyse des effets de la première PNR a précédé la rédaction de la deuxième PNR et d'autres ont été faites par la suite<sup>8-15</sup>. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>4</sup>, qui a mené l'évaluation la plus complète, la PNR est parmi les plus avancées de ses pays membres. Renforcer la cohésion sociale avant d'engager des dépenses de développement économique local est une approche jugée prometteuse, mais limitée par la séparation de la PNR de la politique économique locale et régionale. Toujours selon l'OCDE, la coordination apparaît efficace et la décentralisation laisse un rôle important aux acteurs régionaux, même si le niveau local pourrait assumer davantage de responsabilités. Il existe toutefois très peu de recherches sur les effets des politiques rurales sur la santé, et aucune sur la PNR.

**Les politiques publiques et la santé.** Les politiques ont des impacts significatifs sur les déterminants sociaux de la santé (logement, soutien social, emploi, etc.<sup>16</sup>), même lorsqu'elles ne proviennent pas du secteur de la santé<sup>17</sup>. C'est pourquoi, en vertu de l'article 54 de la *Loi sur la santé du Québec*, le ministre de la santé a un rôle conseil sur les impacts potentiels des politiques des différents secteurs sur la santé de la population, d'où l'Action concertée déjà mentionnée. Il est reconnu que les résidents des régions rurales, en dépit d'un fort sentiment d'appartenance à la collectivité, sont désavantagés quant à certains déterminants de la santé: moins bonnes conditions socioéconomiques, niveau de scolarité moins élevé, moins d'accès à des activités de loisirs<sup>18</sup>. Il existe également des inégalités de santé à l'intérieur du monde rural<sup>19-22</sup>.

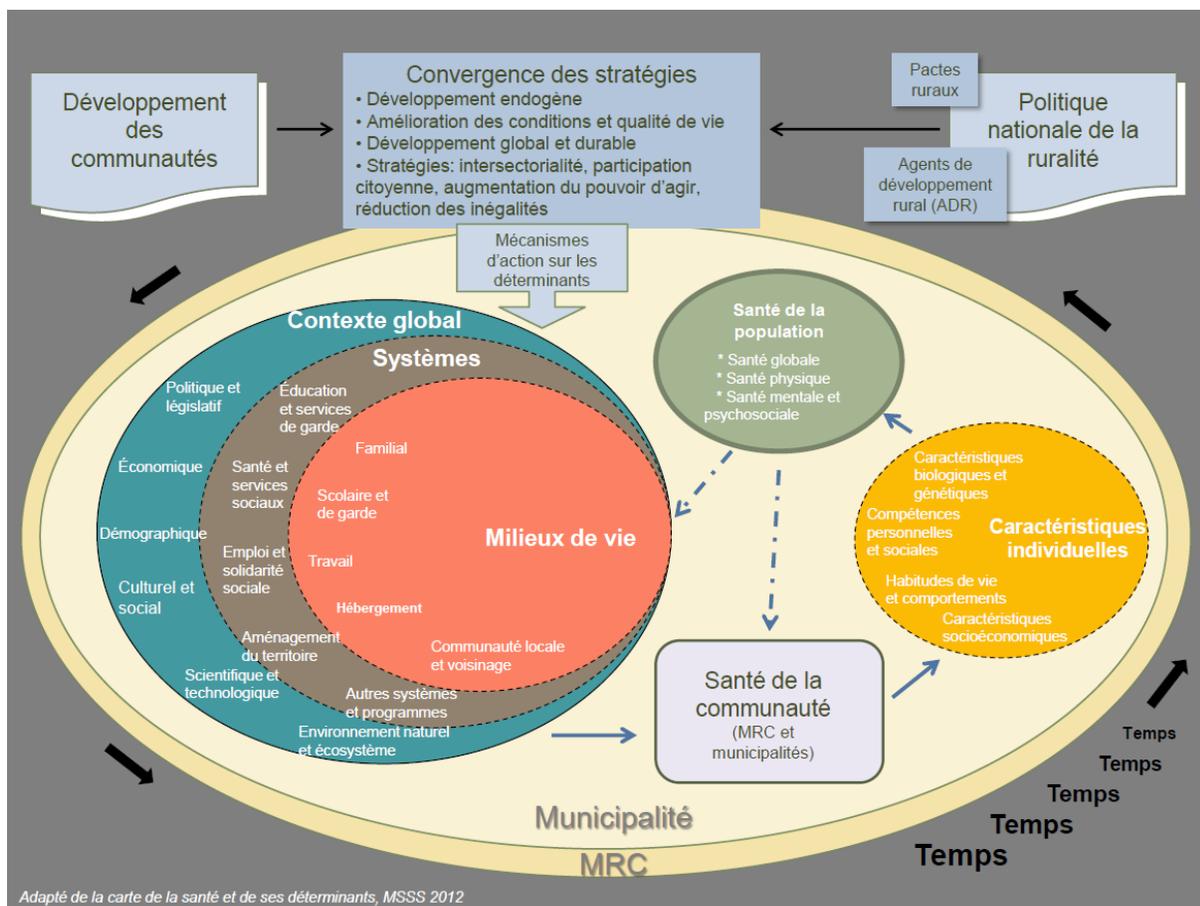
**La PNR et le développement des communautés (DC).** Pour montrer les effets de la PNR sur la santé des communautés rurales et de leurs citoyens, la recherche part de la prémisse que la PNR peut agir sur divers déterminants de la santé. Cette action se fait notamment par l'argent du Pacte rural qui est investi dans des projets imaginés et mis en place par les acteurs locaux qui sont, à leurs tours, soutenus par les ADR. La recherche repose sur l'hypothèse que l'action sur les déterminants se fait non seulement par les projets (qui peuvent avoir des effets sur le contexte, les milieux de vie, les habitudes et capacités des individus, etc.) mais aussi par les processus initiés au sein des communautés pour répondre à leurs aspirations et leurs besoins. Alors que les projets peuvent fournir des services, encourager de saines habitudes de vie ou favoriser la cohésion sociale contribuant positivement à des déterminants de la santé, les processus permettent aux membres de la communauté de se donner une vision de leur développement, de retenir la population, de susciter un sentiment d'appartenance, de créer des collaborations ou

de mobiliser la population. La PNR a ainsi une parenté certaine avec le DC. Conçu comme « un processus de coopération volontaire d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique »<sup>23</sup>, le DC repose sur des principes d'action tels que l'intersectorialité, la participation citoyenne, le renforcement du pouvoir d'agir, la réduction des inégalités sociales de santé et la promotion de politiques publiques favorables à la santé<sup>23-28</sup>. Le DC est une stratégie reconnue pour améliorer la santé et le bien-être des individus, comme le démontre son inclusion dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>29</sup>. Il existe toutefois de nombreuses inégalités tant au sein des communautés et qu'entre-elles<sup>30-32</sup>. Dans les milieux les plus dynamiques, on trouve un fort sentiment de fierté et une gouvernance efficiente, partenariale<sup>33</sup>. Certains groupes ont davantage de capacité à mobiliser les ressources, notamment parce qu'ils maîtrisent mieux l'environnement administratif.

**2. CADRE D'ANALYSE.** L'hypothèse centrale est que l'action de la PNR sur les déterminants se fait non seulement par les **projets**, mais aussi par les **processus** initiés au sein des communautés, souvent avec le soutien des ADR, pour répondre à des besoins locaux et territoriaux. On trouvera à l'**annexe 2** une présentation détaillée du cadre conceptuel de l'action sur les déterminants de la PNR résumée dans la figure 1. Ce cadre repose sur la Carte des déterminants du Ministère de la Santé et des services sociaux<sup>34</sup>. Les projets peuvent agir sur les conditions de vie ou encourager de saines habitudes de vie, contribuant positivement à ces déterminants de la santé. Les processus peuvent créer une dynamique sociale positive, valorisant la participation citoyenne ou l'inclusion sociale, une dynamique associée à une meilleure santé globale<sup>35</sup>, autant sur le plan physique que psychosocial<sup>36-38</sup>. En effet,

une communauté en santé «...cherche de façon continue à créer et à améliorer les environnements physiques et sociaux et à développer les ressources permettant aux personnes de se soutenir mutuellement dans l'exercice de toutes les activités de leur vie et de développer leur plein potentiel<sup>39</sup> ». Par ces façons de faire collectives, associées au DC, la PNR, pourrait donc avoir des retombées positives sur la santé, en premier sur celle de la communauté (cohésion sociale, démocratie participative, vitalité économique, environnement sain) puis sur celle des individus.

**Figure 1: Cadre conceptuel: Comment la PNR agit-elle sur les déterminants de la santé?**



**3. OBJECTIFS.** L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer les effets de la *Politique nationale de la ruralité du Québec* sur la santé des ruraux et de leur communauté par deux de ses stratégies: les Pactes ruraux et les agents de développement rural. Cette recherche vise à: 1) identifier les déterminants sur

lesquels ces stratégies de la PNR prétendent agir et repérer les indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant de les documenter; 2) décrire et analyser les mécanismes territoriaux (MRC) et locaux (municipalités) par lesquels les Plans d'action des Pactes ruraux et le mandat des ADR sont définis et déployés; 3) mettre en lumière les effets de la PNR, considérée ici comme une stratégie de DC, sur la santé et le bien-être des individus et des communautés.

## **PARTIE B – PISTES DE SOLUTIONS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DES RÉSULTATS**

---

L'analyse d'une politique publique donne à voir les mécanismes de son application et ses retombées et c'est ce que l'étude de la PNR a permis de faire. Une telle étude mène également à considérer les nombreux niveaux structurels qui influencent la politique notamment lorsqu'il s'agit de tirer des leçons et de proposer des pistes de réflexion et d'action pour l'avenir. Il faut effectivement tenir compte à la fois des porteurs de la politique (responsable et autres ministères concernés) et ceux qui ont à l'appliquer (MRC, CLD, municipalités et autres acteurs concernés). C'est ce qui a été fait dans la présente recherche. Par ailleurs, on ne peut faire fi du contexte général d'implantation d'une politique publique. Dans le cas précis de la PNR, le contexte s'est transformé significativement à partir de la toute fin de notre collecte de données (automne 2014). La PNR n'existe plus, du moins comme politique spécifique. Tous les acteurs associés à sa mise en œuvre ont été affectés par la restructuration en cours des institutions publiques et parapubliques au Québec débutée à l'automne 2014. Certaines ont disparu (Centres locaux de développement (CLD), Conférences régionales

La troisième édition de la PNR (MAMOT, 2013)<sup>3</sup> n'a pas été implantée. Les ententes de financement signées avec les MRC avant l'abolition de cette politique seront respectées; les montants prévus seront jumelés à d'autres montants déjà octroyés aux MRC sous le vocable Fonds de soutien aux territoires.

des élus (CRÉ), l'équipe de soutien de Solidarité rurale du Québec) et d'autres doivent se réorganiser en fonction des modifications significatives apportées à leurs mandats ou à leurs ressources (MRC, municipalités, santé publique, milieux communautaire et scolaire). Dans ces conditions, il s'avère délicat de formuler des recommandations qui ne tiennent pas compte de ce nouveau contexte.

## **1. SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS**

### **1.1. Aux décideurs nationaux de politiques publiques**

#### **1.1.1. Au Ministère de la **santé et des services sociaux** (MSSS)**

En raison des retombées de la PNR sur les déterminants de la santé, le MSSS devrait :

- Encourager et soutenir l'implantation et le développement d'une PNR 3 par le gouvernement, incluant le financement : a) de projets territoriaux (MRC) et locaux et b) d'agents de développement dans les milieux.

*« S'il n'avait pas de PNR ça nous mettrait dans un drôle de pétrin. Ce n'est pas le fait des gros montants, c'est qu'on a une influence sur l'utilisation des montants. Souvent dans d'autres programmes si tu n'as pas de relations politiques tu as de la difficulté à te positionner. [...] La PNR est une politique qui nous appartient plus localement et qu'on peut modeler à nos besoins. Avec la PNR si on l'utilise bien ça permet de se développer, et si on l'utilise mal, c'est nous qui va payer le prix. Ça ne dépendra pas d'autrui. »*

*Une personne de la MRC*

- En l'absence de cette politique, s'assurer que le développement des communautés, qui vise également l'action sur les déterminants locaux de la santé et du bien-être, continue à être promu et soutenu dans toutes les politiques ou programmes du MSSS de manière à rendre incontournable l'utilisation de cette approche dans les nouveaux CISSS/CIUSSS.
- Dans cette perspective et à la lumière des résultats observés dans la présente recherche, assurer le financement de projets de développement des communautés et une présence significative d'organismes communautaires sur le terrain dans tous les territoires.

- Valoriser, auprès des CISSS/CIUSSS, la contribution des organisateurs communautaires et leurs collaborations avec les ADR pour maintenir les effets positifs de la PNR sur la santé des communautés.
- Bonifier la *Carte des déterminants de la santé* afin qu'elle puisse mieux rendre compte de la santé de la communauté comme déterminant de la santé de ses membres.

**1.1.2.** Aux décideurs du **développement des territoires**, en développement durable, en développement économique ou de politiques ciblées (jeunes, personnes âgées)

Plusieurs lois, politiques ou stratégies gouvernementales visent l'amélioration des conditions de vie et le développement des régions, des MRC et municipalités (PNSP) : Programme national de santé publique (2015) et responsabilité populationnelle; Stratégie gouvernementale de développement durable (2015-2020 (projet); Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016; Plan d'action sur la solidarité et l'inclusion sociale, etc. Dans ce contexte, et dans la perspective de restrictions budgétaires importantes, il serait utile de :

- Développer une vision intégratrice du développement des régions (sous l'instigation du MSSS ou d'une autre instance). Même si les politiques citées vont toutes dans ce sens, les résultats de notre recherche illustrent que ces arrimages dépendent souvent des individus présents sur le terrain, les politiques gouvernementales ne fournissant ni un cadre intégrateur, ni les ressources pour faciliter cet arrimage. D'où l'importance que le MSSS et les autres ministères poursuivent leur travail intersectoriel afin de pouvoir agir dans une perspective intégrée du développement des régions.

## **1.2. Aux décideurs des MRC**

**Animation et vision du territoire.** Étant donné le rôle central des MRC dans l'implantation de la PNR et l'animation du territoire (souvent en collaboration étroite avec les CLD) et surtout la confirmation de ce rôle dans les changements récents, les décideurs des MRC sont en bonne position pour regrouper et développer l'expertise en développement local. Or pour que ce leadership soit pleinement reconnu, les MRC devront:

- Développer une expertise en développement local, appartenant auparavant surtout aux CLD, qui permette de dépasser les enjeux politiques à court terme des élus municipaux;
- Se donner une vision à plus long terme du développement économique, social et culturel, bref d'un développement intégré, durable, du territoire;
- Tenir compte des besoins spécifiques de chaque municipalité et zone spécifique sur leur territoire;
- Poursuivre le soutien accordé aux municipalités, notamment les plus petites et les plus dévitalisées, afin qu'elles puissent maintenir des actions de développement;
- S'associer aux autres acteurs institutionnels de leur territoire (CISSS et commission scolaire par exemple).

**Présences d'agents de développement (AD).** Les résultats de la recherche montrent les multiples rôles des ADR et la valeur du soutien qu'ils offrent. À cet égard, il est essentiel pour les MRC:

- De consolider une présence significative d'agents de développement (maintien des postes, harmonisation des conditions de travail, soutien au travail de collaboration, ressourcement professionnel) dédiés au soutien des initiatives du

milieu, polyvalents et présents dans les communautés, et ce, surtout dans les petites municipalités et les milieux les plus dévitalisés.

- De conserver un équilibre entre les différents domaines habituels

*Il y a eu l'embauche d'agents ruraux dans les années 1998. Le gouvernement avait annoncé que les MRC pouvaient se prémunir d'une aide financière s'ils embauchaient un agent. C'était une mesure volontaire. [...] C'était nouveau. Les commissaires industriels du temps, le volet économique étaient prépondérant dans leur vision, et le profil du DG c'était ça. Donc le développement rural plusieurs ne savaient pas c'était quoi. Moi j'étais chanceux parce que ma patronne [...] avait été agente rurale dans le [région].*

*Agent de développement rural*

d'intervention des AD (ruralité, économie, culture, etc.) pour assurer une couverture de tous les besoins. Ceci permettrait de résoudre les tensions très palpables entre une vision davantage axée sur le développement économique et une vision de développement social, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'ancrage organisationnel des ADR (MRC vs CLD ou l'équivalent).

- Encore potentiellement plus efficace, développer une vision du rôle des AD qui leur permette d'intégrer les divers domaines en vue d'un développement global.
- Formaliser, avec le réseau de la santé et des services sociaux, un arrimage réel entre le travail des AD et celui des organisateurs communautaires.

#### **1.4. Aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS)**

##### **Présence d'organismes communautaires**

**(OC).** Par sa stratégie d'appui au développement des communautés, le réseau de la santé et des services sociaux, notamment par le biais de ses OC, est amené à s'associer aux autres agents de

*Avant les OC se partageaient les secteurs. Après ils ont modifié ça en personnes âgées, les jeunes, et autres [par clientèle]. Peut-être que c'est bon pour eux autres, mais pour nous on ne sait plus à qui s'adresser pour un projet dans un milieu.*

*Un agent de développement rural*

développement. Et cet arrimage a été noté favorablement tant par les ADR dans leur accompagnement du Pacte rural (présente recherche) que par les OC dans le cadre de l'implantation de la démarche de caractérisation des communautés<sup>40,41</sup>. Il

apparaît donc utile, pour les CISSS, d'assurer la présence d'organismes communautaires ayant le mandat de soutenir des actions de développement local.

**Intégration du DC dans les CISSS/CIUSSS.** Par ailleurs, si ce qui précède milite en faveur de la reconnaissance de la contribution des OC, il faut réitérer à quel point le DC, en tant que stratégie de santé publique, ne peut reposer sur leurs seules épaules. Il peut donc être pertinent, comme l'ont d'ailleurs déjà fait plusieurs établissements, de se doter d'une politique locale de DC qui engage l'ensemble des cadres et du personnel clinique et administratif<sup>42</sup>. Ceci est d'autant plus vrai dans la mouvance actuelle au sein de toutes les organisations québécoises, où les directions de CISSS/CIUSSS auront fort à faire pour établir de nouveaux liens de partenariat.

### 1.5. Aux municipalités

Pour les municipalités, l'enjeu principal en regard de la PNR consiste à poursuivre les actions entreprises, à assurer la pérennisation de celles-ci et à soutenir la mobilisation pour en initier de nouvelles. À cet égard, les municipalités pourraient:

- Assurer une vigilance au Conseil des

maires pour voir à ce que les décisions prises par la MRC s'inscrivent dans la continuité de la PNR, c'est-à-dire qu'il puisse y avoir du financement et du soutien d'AD pour des actions visant différents domaines de la vitalité du milieu, c'est-à-dire pas uniquement économiques.

« C'est sûr qu'avec les agents ruraux ça force les municipalités à travailler, à réfléchir, à être sensibilisé à l'importance de la ruralité et de l'entretenir et de la déployer mieux. L'idée d'avoir de l'argent [de la PNR] ça force les gens à penser autrement leur développement que par les routes et leur camion d'incendie. Pis ça pour moi ça n'a pas de prix. Ça n'a pas de comparaison possible. Parce que ça amène les gens à voir le développement de leur milieu différemment et qu'ils ont un rôle à jouer là-dedans. C'est de l'empowerment. Ça amène les gens à dire: "Eh, il faut se prendre en main !" ».

Un élu municipal

On a appris sur le tas. On a été très bien conseillé par contre, très soutenu par le CLD. [...] C'était tout très bien, mais là où il y a une lacune, c'est qu'on ne s'imaginait pas comment ce serait du travail, sinon on n'aurait pas embarqué. Si on n'avait pas [un citoyen engagé], ce serait fermé: ses connaissances, ses capacités avec les chiffres...

Groupe de citoyens engagés

- Au sein de leur municipalité, soutenir le plus possible les bénévoles qui contribuent activement à la réalisation et au maintien des projets de développement (formation, ressources de soutien, reconnaissance, etc.).
- Se doter d'une vision à plus long terme du plan d'action conçu dans le cadre de la PNR et assurer sa mise à jour régulière.

## **2. MESSAGES CLES**

La PNR a créé une dynamique stimulante dans les territoires de MRC et les municipalités, notamment en amenant les milieux à se doter d'une vision du développement, tout en soutenant financièrement et en personnel des actions de développement ayant des retombées sur les déterminants de la santé. Afin de poursuivre dans cette lignée, on peut souhaiter:

- Que l'État ne perde pas de vue que le développement des régions ne peut reposer uniquement sur les élus locaux qui n'ont pas toujours la compétence pour le faire. La présence de pôles d'expertise en développement, exempt des contingences politiques qu'ont les élus, se révèle indispensable, tant à l'échelle des régions que des MRC.
- Que les mécanismes de concertation et de collaboration existants dans les territoires, et bonifiés au cours des dernières années par la PNR, soient conservés et même renforcés;
- Que l'on assure la présence d'agents de développement ayant une vision intégrée et en nombre significatif dans les territoires.
- Que les municipalités (régionales ou locales) qui ont de plus en plus de responsabilités, mais souvent sans le financement nécessaire, ne perdent pas de vue l'importance de se doter d'une vision globale du développement de leur milieu, qui inclut une action sur les déterminants de la santé.

Vu l'abolition de la PNR, tous les acteurs du développement (économique, social, culturel) des paliers national, régional, territorial et local sont interpellés pour préserver ces acquis, voire les déployer.

### **3. LIMITES DE L'ÉTUDE**

Comme dans toute étude de cas, le choix d'un nombre limité de milieux soulève des interrogations quant à leur représentativité. Les trois MRC retenues offrent néanmoins un bon éventail de configurations de territoires et de dynamiques en présence lorsqu'une MRC rurale du centre du Québec s'engage dans la PNR. On ne peut toutefois présumer de la validité de ces résultats dans les autres régions, notamment celles éloignées des grands centres, où l'éloignement pose souvent des défis différents. Par ailleurs, un des critères de sélection des MRC et municipalités à étudier était qu'elles devaient être actives dans le Pacte rural. Ce sont les partenaires du projet (Solidarité rurale et MAMROT) qui ont suggéré les MRC potentielles qui respectaient nos critères de sélection. Ensuite, des échanges avec les MRC (préfets ou directeur généraux et ADR) ont permis de recueillir de l'information sur les municipalités en fonction de nos critères. Le choix final des municipalités a été fait par les chercheurs. Le choix s'est donc effectué dans une approche participative plutôt que dans une volonté de représentativité stricte. Il est en outre difficile d'estimer l'importance du fait que les trois MRC se trouvent, par hasard, dans des régions impliquées dans une démarche de caractérisation des communautés<sup>42,40</sup> ayant des processus similaires à ceux de la PNR.

## PARTIE C - MÉTHODOLOGIE

Cette étude de cas, menée dans trois Municipalités régionales de comté (MRC) et six de leurs municipalités, visait à étudier les effets de la *Politique nationale de la ruralité du Québec* (PNR) 2002-2007<sup>1</sup> et 2007-2014<sup>2</sup>, sur la santé et le bien-être des communautés rurales. Documenter rétrospectivement les processus et les projets de la Phase I de la PNR

MILIEUX À L'ÉTUDE	INDICE DE DÉV.*
<b>MRC D'ARTHABASKA</b> (Centre-du-Québec)	
▪ St-Rosaire	2,56
▪ St-Rémi-de-Tingwick	-3,56
<b>MRC DU GRANIT</b> (Estrie)	
▪ Stratford	4,74
▪ Stornoway	-2,18
<b>MRC DE MONTMAGNY</b> (Chaudière-Appalaches)	
▪ St Pierre-de-la-Rivière-du-Sud	4,37
▪ St-Just-de-Bretenières	-2,40

s'est avéré plus ardu que prévu, de sorte que les résultats rapportés ici s'appliquent plutôt à la Phase II 2007-2014 de la PNR. En effet, les participants à l'étude ont plus spontanément parlé des projets qui étaient les plus récents et aussi les plus significatifs pour eux. Étant donné le nombre de projets dans chaque municipalité, de même que l'implication des personnes dans un ou dans l'autre, l'informateur n'était pas questionné sur chacun des projets listés par la MRC.

**1. APPROCHE METHODOLOGIQUE.** Pour traiter d'une question aussi complexe, une étude de cas a été menée dans une perspective de recherche participative en partenariat<sup>43-46,27</sup>. Selon leur disponibilité, les partenaires (MAMOT, SRQ, RQVVS et MSSS) ont contribué aux diverses étapes avec une équipe de recherche multidisciplinaire (santé publique, géographie, sociologie, anthropologie)<sup>47</sup>. L'étude a été menée dans trois MRC et dans deux municipalités par MRC, dont une présentant un indice positif et l'autre négatif<sup>2</sup>. Les territoires sélectionnés représentent trois types de ruralité dans un rayon de 300 km de Québec: totalement rurale, partiellement rurale et à proximité d'une grande ville. Les

municipalités retenues avaient des profils diversifiés de développement socioéconomique<sup>48</sup> et étaient actives dans le Pacte rural, à travers divers projets soutenus par un ADR.

**2. CUEILLETTE DE DONNEES.** Une méthodologie mixte a été utilisée<sup>49-51</sup>. Pour ce qui est des **données qualitatives** sur les processus et les projets, le corpus consiste en: 20 entrevues individuelles auprès d'acteurs clés de chaque MRC et des municipalités; 7 entrevues de groupe auprès de 4 à 8 citoyens engagés dans des projets locaux; 30 entrevues téléphoniques auprès de citoyens non engagés dans un projet de la PNR (**annexe 3**). En ce qui concerne les **données quantitatives**, il s'agissait de montrer l'évolution d'indicateurs liés aux déterminants sur lesquels la PNR voulait agir. Malgré la disponibilité limitée de données fiables à l'échelle locale, un portrait statistique a tenté de documenter le contexte et des indicateurs liés aux déterminants de la santé touchés par la PNR.

**3. ANALYSES.** Une analyse rigoureuse de contenu a été réalisée par thème (gouvernance du PR, rôle des ADR, projets, retombées, etc.), par MRC et par municipalité. La synthèse des données quantitatives et qualitatives a d'abord fait l'objet de trois portraits des milieux (**annexes 4, 5 et 6**), avant de procéder à des analyses transversales sur l'ensemble des milieux. Une description plus détaillée de la méthodologie est disponible à l'**annexe 7**.

## **PARTIE D - RÉSULTATS**

---

Les résultats sont organisés autour des trois objectifs de la recherche. Toutefois, afin de respecter la logique d'analyse, le deuxième objectif est traité en premier. Les mécanismes d'implantation de la PNR ainsi présentés, la démonstration pourra

porter sur les déterminants touchés par ces processus. Une version plus détaillée des résultats est présentée à l'**annexe 8**.

**1. Décrire et analyser les mécanismes territoriaux (MRC) et locaux (municipalités) par lesquels les Plans d'action des Pactes ruraux et le mandat des ADR sont définis et déployés.**

**Les mécanismes de gouvernance** du Pacte rural ont été davantage structurés à la suite de l'évaluation de la première phase de la PNR. Au sein des trois MRC, ils sont similaires: un comité territorial définit les orientations de gestion des projets, sous l'autorité du Conseil des maires qui entérine ses décisions. Le comité réunit le préfet et le directeur général de la MRC avec quelques représentants des maires et de divers secteurs (communautaire, économique, etc.). Les ADR sont les chevilles ouvrières du comité. Le Pacte rural est perçu comme un fonds de dernier recours pour les projets qui ne cadrent pas dans d'autres programmes: ce levier ne pouvant servir à assumer les responsabilités de base des municipalités (routes, gestions des déchets). L'**annexe 9** présente le sommaire des investissements liés au Pacte rural; on y voit que chaque dollar instit par le Pacte rural a généré, dans les trois régions à l'étude, en moyenne 6,02 \$ (3,45 \$, 8,33 \$ et 6,30 \$). Les investissements sont répartis entre des projets territoriaux ou inter municipaux (40-45 %) et municipaux (55-60 %). Entre les municipalités, le partage se fait soit à parts égales, soit en tenant compte de la taille de la population ou de l'indice de développement, ou d'un calcul combinant ces données. Dans certains cas, des financements dédiés à chaque municipalité permettent à celles qui sont moins préparées de ne pas être pénalisées.

*« Donc si le milieu n'est pas prêt ou a besoin de temps, il n'est pas pénalisé, parce que je connaissais des municipalités qui auraient été capables de monter des projets pour ramasser le pot au complet. »  
Un agent de développement*

L'étude des projets se fait en plusieurs étapes, à partir d'une grille d'analyse. Les projets locaux émergent parfois de processus collectifs, parfois d'un individu, d'un

organisme ou d'un élu. Ces projets doivent nécessairement bénéficier de l'appui du conseil municipal et d'une contribution financière du milieu (caisse populaire, bénévolat, etc.). Diverses mesures sont prises pour ne pas nuire aux milieux qui prennent le temps d'élaborer un projet dans une démarche participative, ce qui peut mener à la création d'un comité local pour la confection du plan d'action de développement local, ce dernier étant une exigence dans les trois MRC. Des comités de projets peuvent s'ajouter.

**Les agents de développement rural.** Un constat du MAMOT<sup>2</sup> sur les difficultés liées au travail en territoire dévitalisé a conduit à une augmentation du nombre d'ADR de la 1<sup>re</sup> à la 2<sup>e</sup> PNR (de 104 à 136), notamment dans les MRC ayant le plus grand nombre de municipalités défavorisées. Chaque MRC à l'étude compte deux ADR dont les rôles peuvent varier (municipalités ou MRC, concertation ou présence terrain, etc.), mais les fondements de leur action demeurent les mêmes. Les propos de nos informateurs font consensus quant à l'importance du rôle des ADR pour pallier le manque d'expertise dans les milieux plus défavorisés et apporter un soutien professionnel essentiel à leur développement. Le principal rôle des ADR est d'accompagner les municipalités rurales

dans leur développement: consultations publiques pour faire émerger les enjeux, les forces et la vision des citoyens; soutien au comité local de développement, à des groupes de

*En 2 mots : agitateur et vendeur. (...) On va voir des gens, on est des vendeurs dans le sens qu'on vend de l'avenir, on vend du potentiel, on vend des possibilités, on vend des idées et on vend du support. Les gens quand ils n'ont pas d'idées, on arrive avec un certain nombre d'idées, ils choisissent dans le tas... ça c'est la description la plus simple, et dans les faits je pense que c'est ça.*

*Un agent de développement rural*

bénévoles et au conseil municipal pour la production d'un plan d'action; animation de rencontres; gestion d'interfaces; etc. Au quotidien et en fonction des besoins du milieu, les ADR assurent la planification, la mise en œuvre, la gestion et le suivi des projets, tout en soutenant la recherche de financement, une fonction que les bénévoles ont souvent du mal à assumer. Plusieurs ADR s'impliquent dans d'autres politiques ou programmes (politique familiale, Municipalité amie des aînés) qui reposent également sur des consultations auprès des citoyens. Dans cet esprit, les ADR des trois MRC avaient des collaborations étroites avec les organisateurs communautaires des CSSS dans la démarche de caractérisation des communautés<sup>40,41</sup>. Dans les milieux très petits ou dévitalisés, la création, la

consolidation ou le maillage d'entreprises privées, d'économie sociale ou de coopératives peut faire partie des actions des ADR. Par leur connaissance approfondie des milieux, les ADR favorisent la collaboration autour de projets communs et relaient les préoccupations locales auprès de la MRC et autres organismes de la région. Ainsi, l'impact de leur travail sur le renforcement du tissu social et, plus largement, du pouvoir d'agir des communautés va-t-il bien au-delà de l'impact des divers projets qu'ils ont aidés à réaliser.

**Les projets.** Chaque MRC définit ses propres critères pour qu'un projet soit considéré comme territorial (plusieurs municipalités ou la moitié des municipalités plus une, etc.). Sur les 462 projets répertoriés entre 2007 et 2014 dans les trois MRC de la recherche (**annexe 9**),

105 sont des **projets territoriaux ou inter municipaux**. Ils sont souvent reliés à la planification stratégique de la MRC et ils ne font pas l'objet d'une autre consultation. On y

*Quand je dis structurant, je pars du fait que les municipalités qui sont très rurales, [elles] ont un défi démographique, de garde des services, de rester attrayantes, [elles] ont intérêt à développer des choses dans les municipalités pour être attrayantes. Ça peut passer par des infrastructures ou par des projets sur la qualité de vie des gens. Je trouve que des projets qui se développent ont un effet structurant. Ça rend capable de présenter quelque chose: on a fait telle chose, il y a telle chose dans notre communauté. Un milieu de vie ça ne vit pas juste parce que tu as un nom sur une pancarte. Ça vit à travers ce qui est nécessaire pour répondre aux besoins des gens et je pense que les municipalités sentent le besoin d'agir.*

*Un organisateur communautaire*

trouve deux constantes: l'accès à Internet haute-vitesse et l'amélioration du transport collectif. Deux MRC ont d'autres projets d'envergure: la création d'un site d'observation astronomique et le Parc régional des Appalaches (Montmagny) et le projet de maisons de jeunes « Partenaires 12-18 » (Arthasbaska). Vu l'approche émergente retenue, la nature des quelque 210 **projets locaux** varie grandement d'une municipalité à l'autre et même au sein de chacune. Ils peuvent être regroupés comme suit: création ou réfection d'infrastructures telles que lieux de rencontre;

Simard, Paule Effets de la Politique nationale de la rur

activité physique; culture; services de proximité;

attraction et rétention de résidents ou de

travailleurs; aménagement d'espaces verts;

animation festive; revitalisation de l'école; création

d'emplois; projets spécifiques pour des groupes d'âge. La plupart des municipalités ont également retenu un projet plus structurant (emploi, service de proximité essentiel, cohésion sociale, etc.) qu'il s'agisse d'un dépanneur, d'une résidence pour personnes âgées, d'une vocation particulière pour l'école primaire ou d'un marché public. On l'a vu, le rôle des ADR a été déterminant pour la conception, le financement et le démarrage des projets. Une fois ces étapes franchies, la poursuite de nombreux projets repose sur des bénévoles. Certains projets ont pu embaucher des professionnels (résidence pour personnes âgées), mais la gestion de plusieurs autres (marché public, dépanneurs) constitue une charge récurrente qui dépasse parfois la capacité d'engagement des bénévoles et qui menace leur santé et la pérennité des projets.

#### Types de projets

- Création ou réfection d'infrastructures : lieux de rencontre, activités physique, culture, services de proximité (alimentation, essence, logement)
- Attraction et rétention de résidents ou de travailleurs
- Aménagement d'espaces verts
- Animations festive
- Création d'emplois
- Projets spécifiques pour des jeunes ou des personnes âgées

## **2) Identifier les déterminants sur lesquels les stratégies de la PNR prétendent agir et repérer les indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant de les documenter.**

Cet objectif est de nature méthodologique, il fait référence aux moyens utilisés pour démontrer les retombées de la PNR sur les déterminants de la santé et, au final, sur la santé, ce qui sera fait avec l'objectif 3. La présente section présente donc la démarche méthodologique, en distinguant notamment les aspects quantitatifs et qualitatifs.

**Démarche utilisée pour l'analyse quantitative.** La première étape a consisté à faire une étude minutieuse de la PNR de manière à repérer les objectifs et les visées qui constituaient autant de retombées attendues qui ont été reliés aux déterminants

de la santé énoncés dans la *Carte*. Par la suite, un arrimage a été fait entre les déterminants identifiés et des indicateurs potentiels à partir de liste d'indicateurs développés dans différents contextes (Indices de défavorisation<sup>19</sup>, Carte des déterminants<sup>35</sup>, Caractérisation du potentiel des communautés locales<sup>36</sup>, etc.), mais issus du recensement canadien. Ceci a permis d'identifier une liste de 31 d'indicateurs potentiels (**annexe 10**) pour caractériser, au niveau des municipalités et MRC, des déterminants sociaux sur lesquels la PNR prétendait agir. Ces indicateurs disponibles pour les années de recensement de 1991, 1996, 2001 et 2006, 2011, devaient permettre de suivre l'évolution de certains déterminants sur une période de 20 ans. Or, il a été difficile de suivre cette évolution pour les raisons suivantes :

- Les indicateurs identifiés à l'aide des données du recensement ne correspondaient pas nécessairement aux déterminants touchés par les projets mis en place dans le cadre de la PNR (exemple: habitation = nombre de logements requérant des rénovations majeures alors qu'un projet pouvait porter sur une maison d'hébergement pour personnes âgées autonomes...);
- Les changements apportés à l'échantillonnage du recensement de 2011 rendaient impossibles des comparaisons temporelles;
- Les indicateurs identifiés n'étaient pas toujours disponibles pour toutes les années.

En somme, dans le cadre de ce projet, il a été impossible de documenter par des indicateurs quantitatifs les déterminants sur lesquels la PNR agit. La très grande diversité des projets a rendu difficile l'établissement d'une base de comparaison, mais surtout les données requises à l'échelle locale n'étaient pas disponibles, suite

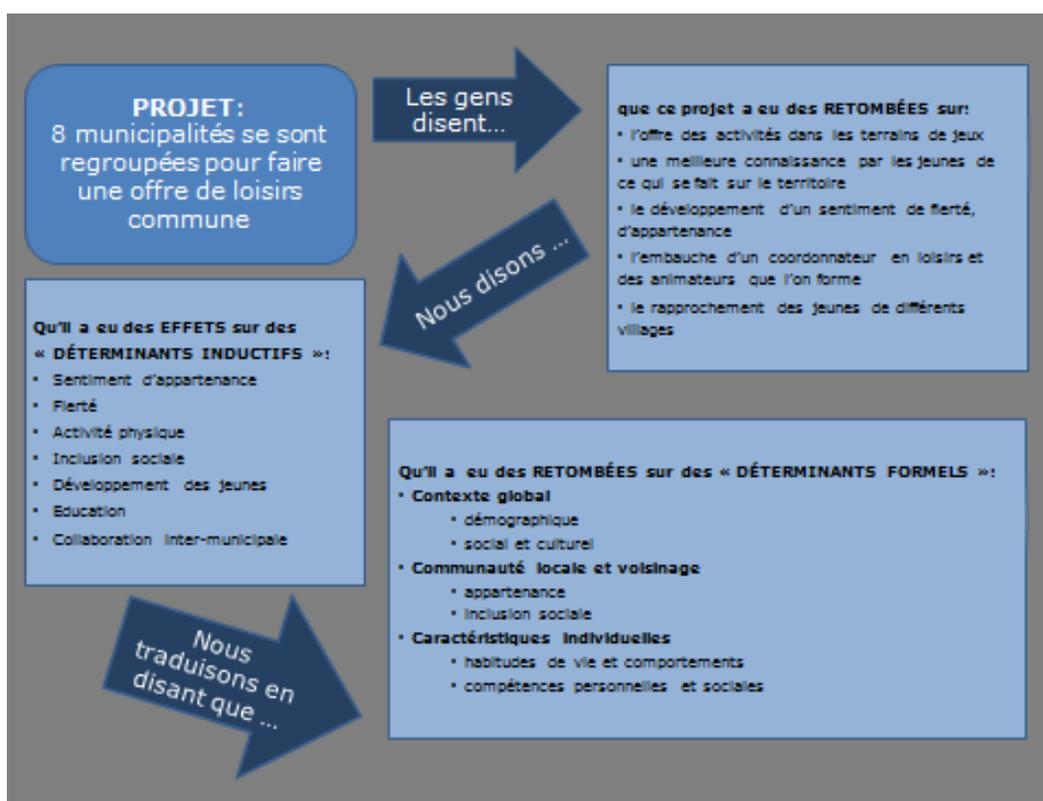
aux changements dans l'administration du recensement 2011 de Statistique Canada.

### **Démarche d'analyse qualitative des déterminants touchés par les processus et les projets.**

Pour identifier les déterminants touchés par les processus et les projets mis en place dans le cadre de la PNR, la démarche s'est avérée différente :

1) Repérer les retombées de la PNR identifiées par les répondants (MRC et municipalités) en précisant si elles sont liées aux processus ou aux projets; 2) Mener un premier exercice consistant à renommer les retombées identifiées par les répondants dans une terminologie de déterminants (ce qu'on a appelé les déterminants intuitifs); 3) Par la suite, tenter de voir comment ces retombées (et leur réécriture en terme de déterminants) correspondent à la liste des déterminants identifiés dans la Carte; 4) À partir de cet exercice fait pour chacun des projets retenus par nos informateurs et les processus de mobilisation dans chaque milieu (participation, collaboration, dynamique communautaire, etc.), nous avons identifié les déterminants les plus touchés (figure 4).

### **Figure 4: Exemple : Le loisir intermunicipal (projet de MRC)**

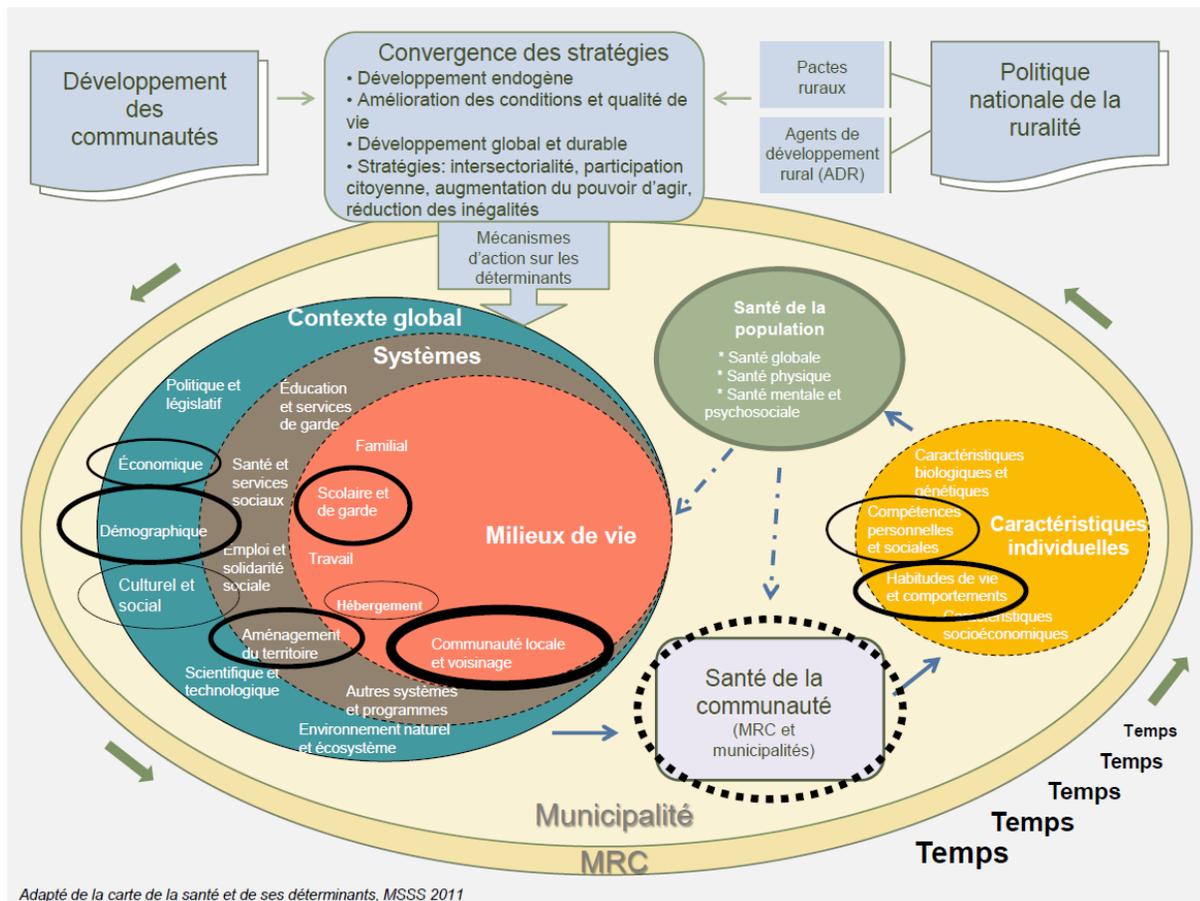


### **3. Mettre en lumière les effets de la PNR, considérée ici comme une stratégie de DC, sur la santé et le bien-être des individus et des communautés.**

Cette étude confirme et illustre très concrètement que les acteurs du réseau de la santé ne sont pas les seuls à avoir un impact sur la santé<sup>52</sup>. L'analyse des processus de mise en œuvre de la PNR (mécanismes de gouvernance des pactes ruraux, rôles des ADR et projets en cours) dans les trois MRC a permis d'identifier les principaux déterminants de la santé sur lesquels cette politique agit.

**L'impact des processus et des projets sur la santé.** Tel qu'explicité à l'**annexe 2**, le cadre d'analyse des effets de la PNR sur la santé est une adaptation de la *Carte de la santé et de ses déterminants* du MSSS<sup>35</sup>. Les perceptions des personnes interviewées sur les retombées de la PNR ont été analysées sous deux angles: 1) en fonction des processus générés par les mécanismes de gouvernance; 2) en fonction de la nature des projets. Par exemple, la mobilisation des résidents pour mettre sur pied une salle d'entraînement physique peut renforcer les liens sociaux (processus) tout en créant un environnement favorable et en encourageant de meilleures habitudes de vie (projet). La figure 3 résume les déterminants de la santé les plus influencés par la PNR. Dans chacune des MRC, la grande majorité des répondants ont identifié des retombées de la PNR dans l'un ou l'autre champ. Même si au total, des indications de l'impact de la PNR ont été retracées dans chacun de ces champs, des caractéristiques individuelles au contexte global, seulement ceux mentionnés le plus souvent ont été retenus pour cet exercice.

**Figure 3: Les principaux déterminants de la santé touchés par la PNR**



Un même projet peut avoir des retombées dans plusieurs champs et dimensions, comme la création d'une coopérative d'alimentation qui favorise de meilleures habitudes de vie par son offre de produits locaux et de mets préparés, qui renforce le tissu social et enrichit la vie communautaire par son emplacement et son fonctionnement coopératif et qui consolide le contexte démographique par ses services de proximité retenant les résidents ou en attirant de nouveaux (voir un exemple à la figure 4). De même, l'actualisation des orientations et les processus à l'œuvre renforcent les milieux de vie de multiples façons. Il est beaucoup fait mention de la fierté vécue à travers la participation

*Moi je trouve qu'une des principales retombées c'est que je constate une augmentation du niveau de confiance des gens dans leur milieu à pouvoir prendre leur développement en main.*  
Un agent de développement

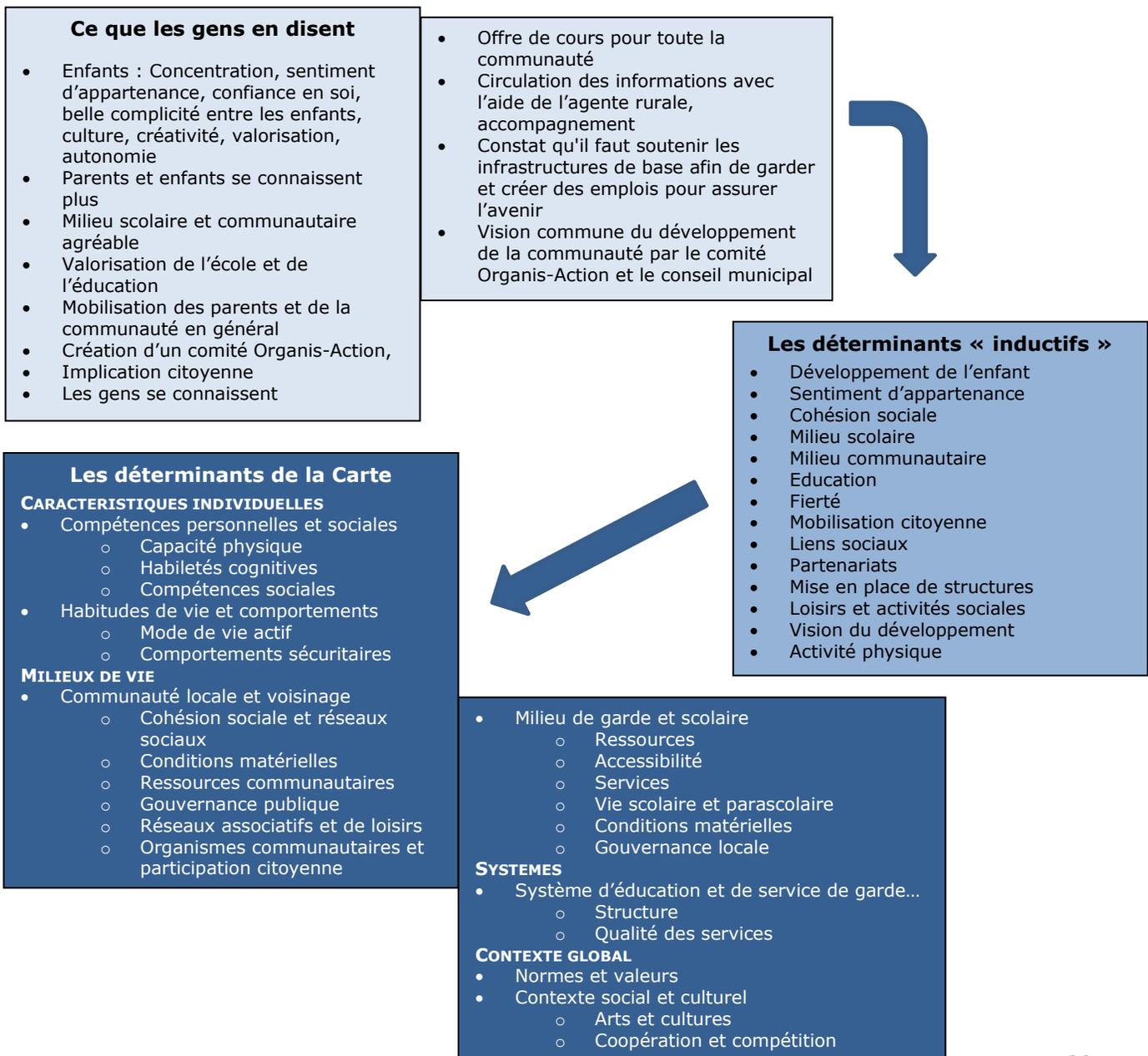
citoyenne, l'acquisition de compétences et les collaborations entre organismes. Outre l'impact de chaque projet, c'est la démarche de développement des communautés animée par les ADR qui constitue, selon plusieurs, la plus grande réussite de la PNR. Par ailleurs, des déterminants plus directement liés à la santé ont été touchés dans les divers domaines des projets (Parc des Appalaches: mode de vie actif, qualité de l'environnement; dépanneur : sécurité alimentaire). Les portraits des MRC décrivant les projets territoriaux et locaux précisent les déterminants touchés.

**2. AVANCEMENT DES CONNAISSANCES.** Notre cadre conceptuel reposant sur les déterminants de la santé et la similitude des approches prônées par la PNR et le DC illustre comment la PNR a contribué à la santé des ruraux et de leur communauté. Ce cadre a aussi l'avantage de distinguer la santé d'une communauté et la santé des personnes, ce que la *Carte* ne permet pas de faire facilement (**annexe 11**). La recherche permet également de démontrer que la PNR contribue grandement au DC. Cette politique est directement complémentaire à ce que fait le DC, participant ainsi à la santé des communautés et des personnes. Comme la PNR Phase III ne verra pas le jour, il apparaît que le réseau de la santé et des services sociaux perd là un allié important dans son mandat de responsabilité populationnelle.

### Figure 4: Exemple de déterminants touchés par un projet, celui de l'école de Cirque, des arts de la scène et de musique de Stratford

Face à la fermeture imminente de l'école primaire en 2005, des parents se mobilisent et développent l'idée d'un programme scolaire spécialisé dans les arts du cirque et de la scène. Au départ, le financement pour les arts du cirque venaient de levées de fonds faites par les parents. Ceux-ci avaient fait une demande au Pacte rural, mais ils n'étaient « vraiment pas préparés » et la demande est refusée. Par la suite, l'ADR les aide à reformuler leur demande et ils auront finalement 2 financements : un pour les arts de la scène, incluant une initiation à la musique et un autre pour une école de musique avec prêts d'instruments et cours accessibles à toute la communauté. Entretemps, le comité de parents devient un comité de développement « Organis-Action » qui se donne un plan d'action autour de 4 priorités : politique d'encouragement à s'établir à Stratford, création d'un cercle de gens d'affaire; politique familiale et MADA; outil d'accueil de nouveaux arrivants.

#### Déterminants sur lesquels le projet agit et ses retombées



## **PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE**

---

Compte tenu des changements en cours dans les orientations et dans la configuration des acteurs du développement en milieu rural, de très nombreuses questions de recherche surgissent, à la fois pour faire avancer la connaissance et pour soutenir les acteurs engagés dans le développement de leurs communautés.

- Les nouveaux mécanismes de gestion du développement rural créeront-ils les conditions nécessaires à la poursuite d'une intervention efficace sur les déterminants sociaux de la santé des communautés?
- Quelle sera la contribution des différents acteurs à cet égard? Comment les MRC se positionneront-elles? Comment évolueront les fonctions assumées par les ADR? Les CISSS/CIUSS s'investiront-ils dans la stratégie de DC? Quels seront les effets de ces changements sur les municipalités? Et quel sera le point de vue des citoyens?
- Quels sont les enjeux spécifiques du développement rural en région éloignée?
- Compte tenu des limites des données issues du dernier recensement de Statistique Canada, les déterminants sociaux de la santé sur lesquels agit la PNR sont-ils mesurables à l'aide des données quantitatives existantes? Comment faire des comparaisons dans le temps pour caractériser les collectivités rurales du Québec et leur transformation socioéconomique?

**Principale piste de solutions.** Le développement rural est une question éminemment intersectorielle: près d'une dizaine de ministères (MAMOT et MSSS, mais aussi développement économique régional, développement durable, culture, emploi et solidarité sociale, etc.) sont directement interpellés par ses multiples enjeux. Le financement d'un programme de recherche sur les enjeux actuels du

développement intégré des milieux ruraux (connaissance des profils et des dynamiques, questions en émergence, innovations, pistes d'action) est éminemment souhaitable pour mieux connaître cet univers complexe, notamment dans le contexte actuel de reconfiguration profonde des institutions et la permutation des acteurs individuels.

## **PARTIE F - RÉFÉRENCES**

---

1. MAMR (2002). *La Politique nationale de la ruralité 2002-2007*. Québec, Ministère des Affaires municipales et des Régions.
2. MAMR (2006). *La Politique nationale de la ruralité 2007-2014*. Québec, Ministère des Affaires municipales et des Régions.
3. MAMROT (2013). *La Politique nationale de la ruralité 2014-2024*. Québec, Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire.
4. OCDE (2010). *Examens de l'OCDE des politiques rurales*. Québec, Canada
5. Jean, B., Dionne, S. et L. Desrosiers (2014). *Comprendre le Québec rural*, Chaire de recherche du Canada en développement rural, Université du Québec à Rimouski.
6. Woods, M. (2006). « Redefining the "Rural Question": The New "Politics of the Rural" and Social Policy », *Social Policy and Administration*, 40(6):579-595.
7. Ramos, E et M. del Mar Delgado (2003). « European Rural Development Programmes as a mean of Strengthening Democracy in Rural Areas », *Research in Rural Sociology and Development*, 9:135-157.
8. Joyal, A., Pouquay, F. et K. El-Batal (2005). « La politique québécoise de la ruralité: le développement local à l'épreuve », *Géographie, Économie, Société*, 7(2):193-211.
9. Solidarité rurale du Québec (2006). *Avis Pour une nouvelle Politique nationale de la ruralité*. SRQ.
10. MAMROT (2009). *Le Pacte rural en 133 projets. Réalisations de communautés rurales québécoises dans le cadre de la Politique nationale de la ruralité 2002-2007*, Gouvernement du Québec, ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire.
11. Leblanc, P., dir. (2007). *Recherche évaluative sur le dispositif des pactes ruraux et ses retombées*, [en ligne]. <http://www.fqrsq.gouv.qc.ca/upload/editeur/actionConcertee/pleblanc-II.pdf>.
12. Allie, L. (2009). « L'émergence des pactes ruraux au Québec: Une politique innovatrice de développement territorialisé et d'aménagement des campagnes », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 2009/1 janvier, p. 31-52.
13. Caillouette, J., Leblanc, J. et P. Morin (2011). *Innovations sociales territoriales (IST) dans les six MRC rurales de l'Estrie. Phase 1: Temporalité des politiques et modes locaux d'appropriation*. CSSS-IUGS de Sherbrooke.
14. Mirindi, P. (2011). *Les politiques nationales de la ruralité du Québec: étude de cas de trois municipalités de la MRC des Chenaux en Mauricie*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais.
15. Lafontaine, D. et J. Boisjoly avec la collaboration de B. Jean, R. Marceau, P. LeBlanc (dir) et coll. (2007). *Recherche évaluative sur le dispositif des pactes ruraux et ses retombées*.

*Rapport de recherche 2: La mise en application et l'évaluation du dispositif du Pacte rural.* CRDT-UQAR.

16. Wilkinson, R. et M. Marmot (2004). Les déterminants sociaux de la santé. Les faits, Organisation mondiale de la santé, deuxième édition, 40 p.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98439/E82519.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf?ua=1) site consulté le 11 mai 2015.
17. De Leeuw, E. (2007). « Policies for Health. The effectiveness of their development, adoption and implementation », dans McQueen D.V. et C.M. Jones (eds.), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* site consulté le 11 novembre 2015.
18. Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé.*
19. Pampalon, R., Hamel, D. et P. Gamache (2010). « Health inequalities in urban and rural Canada: Comparing inequalities in survival according to an individual and area-based deprivation index », *Health & Place*, 16:416-420.
20. Pampalon, R., Lebel, A. et P. Gamache (2007). « Exploring Rural Health Inequalities at a Local Scale. The Case of Portneuf, Québec, » *Canadian Journal of Public Health*, 98(2):143-147.
21. Riva, M., Curtis, S., Gauvin, L. et J. Fagg (2009) « Unravelling the extent of inequalities in health across urban and rural areas: Evidence from a national sample in England. » *Science & Medicine*, 68:654-663.
22. Riva, M., Bambra, C., Curtis, S. et L. Gauvin (2010) « Collective resources or local social inequalities? Examining the social determinants of mental health in rural areas », *European Journal of Public Health*, 21(2):197-203.
23. Leroux, R. et B. Ninacs (2002). *La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
24. Parent, A.A., O'Neill, M., Roy, B. et P. Simard (2012). « Entre santé publique et organisation communautaire: points de convergence et de divergence autour du développement des communautés », *Revue de l'Université de Moncton*, 43(1-2):67-90.
25. Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*, Collection Initiatives, PUQ.
26. Hancock, T. (2009). *Act Locally: Community-based population health promotion*, Canada, Report for the Senate Sub-Committee on Population Health.
27. Simard, P. (2005). *Perspectives pour une évaluation participative des Villes et Villages en santé*. Québec, Institut national de Santé publique du Québec.
28. Sasseville, N., Simard, P. et J. Mucha (2011). *État des connaissances sur les recherches ayant porté sur les initiatives « Communautés en santé »: une approche intégrée pour la prévention des maladies chroniques*. Document interne, Institut national de santé publique du Québec.

29. MSSS (2008). *Révision du Programme national de santé publique*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
30. Herbert-Cheshire, L. (2000). « Contemporary strategies for rural community development in Australia: a governmentality perspective », *Journal of Rural Studies* 16: 203-215.
31. Skerratt, S. (2012). « The need to shift rural community development from projects towards resilience: international implications of findings in Scotland », dans Stefan Sjoblom, Kjell Andersson, Terry Marsden and Sarah Skerratt (eds.) *Sustainability and Short-term policies: Improving »Governance in Spatial Policy Interventions*. Ashgate Publishing, 127-152.
32. Skerratt, S. et A. Steiner (2013). « Working with communities-of-place: Complexities of Empowerment » *Local Economy*, published online 13 February 2013.  
<http://lec.sagepub.com/content/early/2013/02/13/0269094212474241> site consulté le 11 novembre 2015.
33. Jean, B. et L. Bisson, 2008. « La gouvernance partenariale: un facteur déterminant du développement des communautés rurales », *Revue canadienne des sciences régionales* XXXI: 3: 539-560.
34. MSSS (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
35. OMS (1986). *Chartre d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, Conférence internationale pour la promotion de la santé.
36. Boisvert, R. (2010). « Indicateurs et dispositif de connaissance du développement des communautés: éléments de synthèse relatifs à une instrumentation soutenant l'intelligence collective des milieux de vie », *Revue vie économique*, 1(4).
37. Mikkonen, J. et D. Raphael (2010). *Social determinants of health: The Canadian Facts*.
38. Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991). « What can we do about inequalities in health? », *The Lancet*, 338:1059-1063.
39. OMS (1995). *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization. WHO/HPR/HEP/98.1 (traduction libre, p. 13).
40. Boisvert, R. (2007). *Les indicateurs de développement des communautés: Vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance, Rapport général*, Trois-Rivières, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
41. Simard, P., Benazera, C. et M. Charland (2014). *Le Dispositif participatif de caractérisation des communautés locales: évaluation d'implantation dans trois régions du Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

42. Voir par exemple : CSSS de Memphrémagog. (2011) *Politique en développement des communautés*, Magog et CSSS de la Vieille-Capitale (2012). *Politique de développement des communautés*, Québec.
43. Clément, M. et coll. (1995). « Le partenariat de recherche. Éléments de définition et ancrage dans quelques études de cas 08). Dans *Service social*, 44(2):147-164.
44. Bernoux, J.F. (2004). *L'évaluation participative au service du développement social*. Paris, Dunod.
45. Minkler, M. et N. Wallerstein (éd.) (2008). *Community-Based Participatory Research for Health. From Process to Outcomes*, San-Francisco, Jossey-Bass.
46. Guba, G.E. et , S.Y., Lincoln (2005). « Paradigmatic, controverses, contradictions, and emerging confluences », Dans Denzin, K.N., Lincoln, S.Y., *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, London, Sage Publications, 191-215.
47. Darbellay, F. et T. Paulsen (2008). *Le défi de l'inter et transdisciplinarité. Concepts, méthodes et pratiques innovantes dans l'enseignement et la recherche*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes.
48. MAMOT. *Indice de développement*. <http://www.mamrot.gouv.qc.ca/developpement-regional-et-rural/indice-de-developpement/>, consulté le 13 mai 2015.
49. Pluye, P. (2012). « Les méthodes mixtes », Dans Ridde, V. et Dagenais, C., *Approches et pratiques en évaluation de programmes*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 125-143.
50. Tashakkori, A. et C. Teddlie (eds.) (2010). *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research*, Thousand Oaks, CA, SAGE.
51. Bryman, A. (2006). « Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? », Dans *Qualitative research*, 6(1):97-113.
52. Wilkinson, R. et M. Marmot (2004). Les déterminants sociaux de la santé. Les faits, Organisation mondiale de la santé, deuxième édition, 40 p. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/98439/E82519.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf?ua=1) site consulté le 11 mai 2015.