

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPLORATION DES LIENS ENTRE TERRITORIALITÉ ET SANTÉ DES
COMMUNAUTÉS EN MILIEU RURAL : UNE APPROCHE QUALITATIVE

THÈSE DE SPÉCIALISATION
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU BACCALaurÉAT EN PSYCHOLOGIE
PROFIL HONOURS

PAR
BENJAMIN REYNOLDS

SOUS LA SUPERVISION DE
BARDON CÉCILE, PH.D.

30 AVRIL 2023

REMERCIEMENTS

Merci à l'ADDS et sa directrice, Valérie Taillefer pour l'aide au recrutement et le prêt d'un local. Merci aux participantes qui se sont ouverte sur leur vécu. Merci à Cécile Bardon pour son accompagnement. Finalement, merci à Amélie Pratte-Bernard pour son support, ses conseils et ses révisions.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
RÉSUMÉ	5
PROBLÉMATIQUE.....	6
CADRE CONCEPTUEL	7
2.1 La territorialité.....	7
2.2 Les espaces physiques socialisés.....	7
2.2.1 Sécurité alimentaire	8
2.2.2 Mobilité et transport	8
2.2.3 Santé et services sociaux	9
2.3 Les institutions	9
2.3.1 Continuum urbain-rural	10
2.3.2 Modèle centre-périphérie.....	11
2.4 L'individu socialisé.....	11
OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	12
MÉTHODOLOGIE.....	13
4.1 Échantillon et collecte de données	13
4.2 Analyse des données	15
4.3 Positionnement paradigmatique, réflexivité et rigueur	15
RÉSULTATS.....	16
5.1 Facteurs de vulnérabilisation.....	18
5.1.1 Enjeux alimentaires	18
5.1.2 Soins de santé	18
5.1.3 Mobilité	20
5.2 Facteurs d'épanouissement.....	21
5.2.1 Accès à la nature.....	21
5.2.2 Sociabilité	22
5.2.3 Tranquillité	22
5.2.4 Entraide.....	23
DISCUSSION.....	23
6.1 La mobilité : un enjeu central.....	24
6.2 Le « nous » spatial.....	25
6.3 Portées et limites	26

CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	27
ANNEXE I : CARTES MENTALES.....	31
ANNEXE II : CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE.....	34
ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN	35

RÉSUMÉ

Cette étude s'intéresse aux déterminants de la santé dans un contexte de ruralité selon un cadre d'analyse territorial. On se penche donc, ici, sur ce qui a un impact sur le bien-être physique, mental et social des personnes et qui est caractéristique d'un environnement rural. Une collecte de données suivant un devis qualitatif a été effectuée au Haut-St-Laurent auprès de quatre participantes (n = 4) au moyen d'entrevue semi-dirigées. Une analyse thématique des verbatim a donné lieu à deux grandes catégories de déterminants : 1) les facteurs de vulnérabilisation, qui affectaient négativement la santé des participantes et 2) les facteurs d'épanouissement, qui, inversement, affectaient positivement la santé de ces dernières. Il a été observé que les enjeux de mobilité sont au cœur des préoccupations des participantes. L'appartenance au territoire rural et ses caractéristiques comme facteur d'épanouissement est également exploré.

Mots-clés : territorialité, ruralité, santé globale, personnes en situation de précarité, enjeux systémiques, accès aux services de santé, mobilité, appartenance au territoire.

PROBLÉMATIQUE

Seulement 29% de la population canadienne habite en milieu rural, bien que la ruralité représente 95% de l'espace national (Oecd, 2010). La logique particulière de l'organisation du territoire rural, qui remonte jusqu'aux politiques de colonisation canadiennes et québécoises, continue encore aujourd'hui de se transformer au gré de la néolibéralisation. En effet, le début du 20^{ème} siècle voit nombre de pays occidentaux, encore majoritairement agraires, transitionner rapidement vers une économie industrielle. Cette transition se traduit en un déclin pour la ruralité au profit des grandes villes qui deviennent alors les centres prospères des activités politiques, économiques, culturelles et scientifiques (Martinez *et al.*, 2004). Aujourd'hui, sauf quelques exceptions, la majorité des régions rurales canadiennes sont plus pauvres, moins éduquées, ont moins d'emplois et sont en moins bonne santé physique que leur contrepartie urbaine, bien que plusieurs nuances soient à faire dans ce dernier cas (OECD, 2010). En effet, une étude majeure produite par l'INSPQ et menée en 2004 démontre que c'est dans la nature spécifique des problèmes de santé physique que le monde rural se distingue des grandes villes et non dans leur quantité ou gravité (Martinez *et al.*, 2004).

On assiste donc à la naissance de deux territorialités différentes, l'une bouillonnante, prospère et en constant mouvement et l'autre en processus de dévitalisation perpétuelle. À mesure que les petites municipalités rurales se détériorent, deviennent de plus en plus dépendantes des métropoles et voient leur population en exode vers ces dernières, qu'en est-il de la santé mentale, physique et sociale de ceux et celles qui choisissent de rester derrière ?

L'espérance de vie à la naissance en milieu urbain est de 80,3 pour les hommes et 84,5 pour les femmes tandis qu'elle est de 79,1 pour les hommes et 83,5 pour les femmes en milieu rural. Le taux de suicide par 100 000 habitants en milieu urbain est de 12,8 tandis qu'en milieu rural il est de 19,5. Socioéconomiquement, le portrait est semblable : il y a plus de personnes qui sont sur le chômage (7% pour les régions urbaines vs 8% pour les régions rurales), ayant un faible revenu (14,6% vs 14,9%) et plus de gens sans diplômes (11,7% vs 20,4%). Ces inégalités s'accroissent au sein des régions rurales : les plus éloignées des grands centres ont, règle générale mais pas absolue, les pires résultats aux indicateurs nommés plus haut.

CADRE CONCEPTUEL

2.1 La territorialité

La territorialité n'est pas la simple désignation d'espaces juridiques ou naturels comme on pourrait le faire avec les frontières délimitant les provinces ou bien les toundras arctiques du nord canadien, par exemple. Elle implique une relation étroite et coconstruite entre les pratiques sociales des communautés, c'est-à-dire l'ensemble des actions et interactions humaines, et l'espace qu'elles habitent. En effet, ces pratiques, qu'elles soient de nature économique, culturelle ou politique ont toutes une dimension spatiale : c'est-à-dire qu'elles évoluent dans un espace qui est différent d'un autre et qui possède certaines caractéristiques qui leur sont propres (Blanchard *et al.*, 2021; Di Méo, 2008). On peut se demander, par exemple, ce que signifie « prendre le métro » pour quelqu'un vivant au Saguenay. Dans un même ordre d'idée, quelle place prennent les grandes forêts boréales de l'Abitibi dans la routine des Montréalais ? Les dimensions spatiales des pratiques sociales réfèrent à l'ensemble de ces caractéristiques propres à l'interaction entre territoire et habitant.es. Ces pratiques sociales, lorsqu'elles perdurent dans le temps, sont alors « cristallisées » en espaces physiques socialisés (infrastructures, distances, arrangements, etc.), en institutions (lois et règles, opposition centre-périphérie, etc.) et en individus socialisés (représentations, perceptions, significations, etc.) (Blanchard *et al.*, 2021).

2.2 Les espaces physiques socialisés

Les espaces physiques socialisés représentent l'ensemble des infrastructures présentes sur le territoire qui répondent aux divers besoins des communautés ainsi que les distances qui les séparent de ces dernières. Les espaces physiques socialisés sont pertinents à l'analyse territoriale dans la mesure où certaines pratiques sociales telles que la distribution de biens et services nécessaires ne peuvent être offertes sans infrastructures adéquates. Or, ces infrastructures sont situées dans l'espace et doivent être accessibles afin de remplir leur fonction première convenablement. Ici, trois fonctions liées aux espaces physiques socialisés seront explorées : la sécurité alimentaire, la mobilité et le transport, et finalement la santé et les services sociaux.

2.2.1 Sécurité alimentaire

Ces infrastructures, lorsqu'elles se présentent sous forme d'épiceries, de marchés, de dépanneurs ou d'organismes communautaires de dépannage alimentaire, peuvent avoir comme rôle de fournir une sécurité alimentaire, typiquement définie comme une disponibilité, un accès, une utilisation et une stabilité adéquate des aliments dans les communautés (CSA, 2012). Il est commun d'utiliser le terme « désert alimentaire » pour désigner des portions de territoire aux prises avec des problèmes d'accessibilité alimentaire (Doyon, M. I. et Klein, 2019). Un modèle développé par Lebel et ses collègues (2016) souligne l'importance de considérer la grande variabilité dans les distances à parcourir pour atteindre une infrastructure alimentaire lorsque l'on souhaite identifier les déserts alimentaires en milieux ruraux (Lebel *et al.*, 2016). Considérant que les personnes à mobilité réduite, surtout lorsqu'elles sont socioéconomiquement défavorisées, sont généralement plus susceptibles de souffrir d'insécurité alimentaire (Schwartz *et al.*, 2019), il serait raisonnable de supposer que l'allongement des distances à parcourir en milieu rural joue en défaveur de celles-ci.

2.2.2 Mobilité et transport

Les infrastructures relatives au transport constituent, quant à elles, l'ensemble du réseau routier (routes, autoroutes, ponts, etc.) mais également les services de transport collectifs tel que les autobus, les trains, les services de transports adaptés, taxis, taxi-bus, etc. Un accès réduit au transport (que celui-ci soit collectif ou individuel) combiné à l'exclusion sociale a été associé à une réduction du bien-être (Delbosc et Currie, 2011) et de l'autonomie, entre autres chez les adolescents (Delbosc et Vella-Brodrick, 2015). De plus, une étude conduite en Alberta conclut que les adultes âgés de 65 ans et plus sont plus susceptibles de se priver d'un déplacement non-urgent, social ou essentiel lorsqu'ils habitent en milieu rural (Shirgaokar *et al.*, 2020). En effet, les milieux ruraux sont moins denses que leurs contreparties urbaines, les distances à parcourir sont plus grandes et par conséquent l'offre de transport collectif, moins profitable, est grandement réduite. Cela conduit à une augmentation de la dépendance à la voiture et ainsi à un désavantage pour les personnes à faible revenu qui sont moins susceptibles d'être propriétaires d'un véhicule (Mackett, 2014).

2.2.3 Santé et services sociaux

Les infrastructures en santé représentent l'ensemble des lieux où des soins de santé sont prodigués aux communautés. Il peut s'agir d'hôpitaux, de CLSC, de groupes de médecine familiale (GMF), de CHSLD, de cliniques privées, cabinets de dentistes, etc. Il a été observé que l'accès aux soins de santé des Québécois est systématiquement réduit pour les communautés habitant en zones rurales quand on les compare avec les milieux urbains (Emami *et al.*, 2014; Vanasse *et al.*, 2010). L'accès au diagnostic et au traitement des cancers, aux dentistes, aux suivis prénataux et périnataux et aux psychiatres pour les populations rurales est un problème, non seulement au Québec, mais dans l'ensemble des pays industrialisés. Les distances, parfois très grandes, à parcourir pour atteindre un établissement de santé impliquent des coûts de déplacement parfois volumineux et dans certains cas, les patients doivent passer plusieurs jours loin de leur famille (Martinez *et al.*, 2004). Une étude de l'INSPQ a cependant souligné qu'au Québec, paradoxalement, plus on s'éloigne des grands centres urbains, plus l'accès aux services de 1^{ère} ligne est perçu comme bon. Cela s'expliquerait, entre autres, par une adaptation accrue des établissements de 1^{ère} ligne aux besoins spécifiques des communautés lorsque l'accès aux autres types d'établissement de santé est réduite (INSPQ, 2009).

2.3 Les institutions

Les pratiques sociales s'institutionnalisent lorsqu'elles sont normalisées et/ou codifiées au sein d'un territoire. Elles se présentent sous forme de lois, de règles, statuts, normes de pratique et organisations, que celles-ci soient étatiques, politiques, administratives, entrepreneuriales, etc. (Blanchard *et al.*, 2021). Les institutions s'inscrivent, elles aussi, dans une logique spatiale parce que toute pratique sociale possède un espace d'exercice. Un gouvernement ne peut légiférer au-delà de ses frontières et une entreprise agricole ne peut pas cultiver ses champs dans le centre-ville d'une métropole. Le continuum urbain-rural et le modèle centre-périphérie permettent de mieux comprendre comment certaines pratiques institutionnelles s'articulent dépendamment du territoire sur lesquelles elles évoluent.

2.3.1 Continuum urbain-rural

Statistique Canada a mis au point une typologie permettant de classer les subdivisions de recensement (SDR) en régions urbaines et rurales. Les régions métropolitaines de recensement (RMR) correspondent aux villes ayant un noyau urbain d'au moins 50 000 personnes et avec une population totale d'au moins 100 000 personnes. Les agglomérations de recensement (AR), elles, représentent les municipalités possédant un noyau urbain d'au moins 10 000 habitants. Les RMR et les AR représentent donc le territoire urbain. Le territoire rural, lui, est constitué de l'ensemble des municipalités à l'extérieur des RMR et des AR et est composé de zones d'influence métropolitaines (ZIM). Il existe 4 catégories de ZIM décrivant le degré d'influence qu'exercent sur elles le noyau urbain de la RMR ou de l'AR le plus proche (Statistiques Canada, 2018). Les 4 types de ZIM sont décrits dans le tableau 1. Le modèle des ZIM est un bon exemple de la façon dont les institutions gouvernementales perçoivent leur propre ruralité. Dans ce cas-ci, le rural est toujours défini à travers sa relation avec l'urbain et cette relation est modulée par l'utilisation de la voiture.

Tableau 1

Catégories	Définition
ZIM forte	Au moins 30% de la population active de la SDR se déplace en voiture dans une AR ou une RMR pour aller travailler
ZIM modérée	5 à 10 % de la population active de la SDR se déplace en voiture dans une AR ou une RMR pour aller travailler
ZIM faible	Moins de 5% (mais plus de 0%) de la population active de la SDR se déplace en voiture dans une AR ou une RMR pour aller travailler

(Statistique Canada, 2018)

2.3.2 Modèle centre-périphérie

Le concept de centres et périphéries réfère à un rapport d'inégalité et de domination entre deux pôles situés dans l'espace. Les métropoles, qui correspondent aux centres, détiennent la majorité du capital économique, politique et socioculturel tandis que les régions en périphéries ont tendance à dépendre des centres tout en acheminant à ces derniers une partie de leur revenu par l'entremise de flux financiers. Cette dynamique existe à plusieurs échelles et ne concerne pas que les métropoles : certaines agglomérations en région rurale peuvent agir comme centres, bien que dans une moindre mesure (Dumont, 2017; Proulx, 2009). Selon Fontan et Klein, la mondialisation renforce encore davantage le rôle des métropoles en les posant comme acteurs principaux d'une économie globalisée et en les « dissociant » de leur territoire national laissant ainsi les périphéries dépourvues face aux échanges internationaux et leurs fluctuations (Fontan et Klein, 2004).

2.4 L'individu socialisé

Parce que chaque personne entre en contact avec le monde social par l'entremise de son expérience individuelle, les pratiques sociales sont faites de perceptions, de représentations et significations propres à chacun.e mais aussi partagées de façon collective. Cette relation n'est cependant pas que cognitive : elle concerne aussi le corps. En effet, les handicaps et les différents obstacles à la mobilité médient également la relation de l'individu envers le monde social (Blanchard *et al.*, 2021).

Dans une étude fondatrice, Kevin Lynch explore les perceptions qu'ont les citoyens de l'espace urbain qui donne lieu à son livre *The Image of The City*. Lynch propose alors le concept de « lisibilité spatiale des lieux » qui correspond à la mesure à laquelle les habitants de la ville reconnaissent, décodent et organisent mentalement en schémas leur environnement spatial (Lynch, 1970). Bien que l'individu perçoive l'environnement autour de lui avec ses sens, la manière dont il stocke, traite et intègre ces informations donnent lieu à des représentations de l'espace pouvant différer de la réalité. Ces représentations guident alors les façons dont la personne investit son territoire et ses ressources (Morange *et al.*, 2016).

Dans un autre ordre d'idées, Fortin (2002) décrit la place qu'occupe le paysage-construit (par opposition au paysage-objet) dans la constitution de sens individuel et collectif dans la municipalité de Petit-Saguenay :

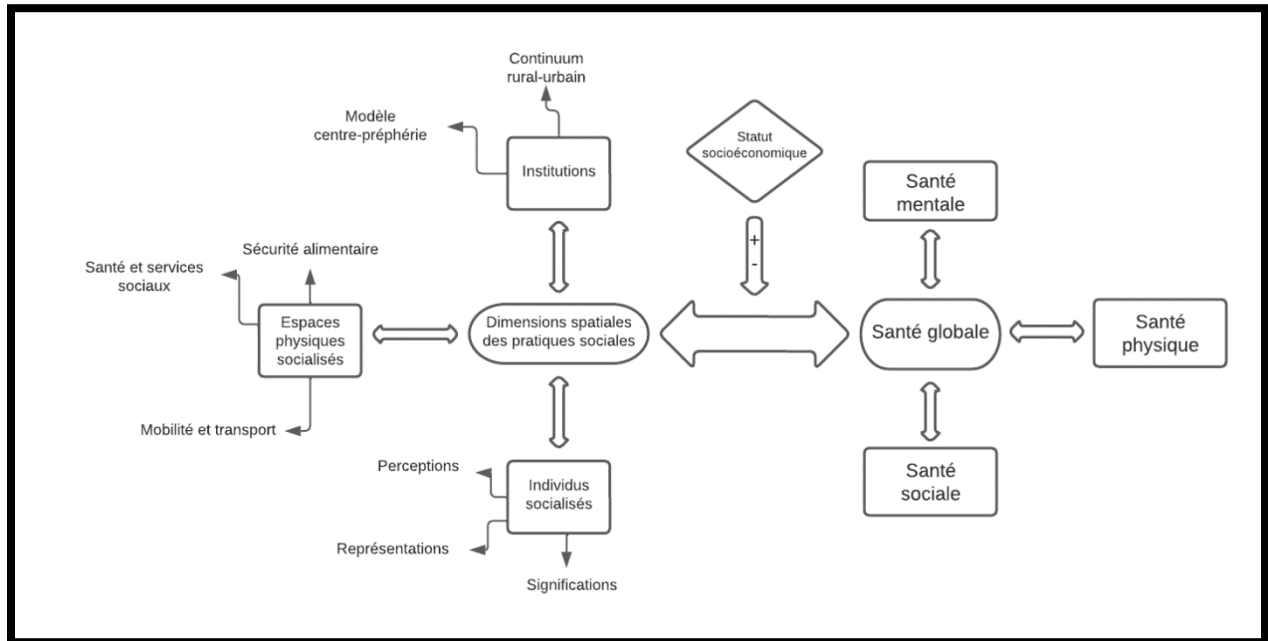
[...] le paysage renvoie à la vie de la communauté. C'est à ce niveau que le paysage prend vraiment son sens et qu'il contribue à renforcer les liens entre les membres de la communauté, par le biais d'expériences territoriales communes, telles que les rencontres sociales et les pratiques récréatives et contemplatives (Fortin et Caçon, 2002, p. 344)

Ainsi, le territoire n'est pas que matériel et institutionnel : il s'inscrit également dans la subjectivité de celui ou celle qui l'habite. C'est à partir de ce territoire vécu qu'émerge le « nous » spatial ou, en d'autres mots, l'appartenance à la communauté située dans l'espace.

OBJECTIFS DE RECHERCHE

Il est supposé, dans cette étude, que la santé des populations habitant les milieux ruraux s'articule, en partie, autour d'une territorialité et que de nombreux facteurs spatiaux peuvent fragiliser ou renforcer ladite santé. Cependant, il n'est pas ici question de simple prévalence de maladies spécifiques observées dans x régions sociosanitaires. Le concept de santé globale tel que décrit par l'Organisation mondiale de la Santé, qui correspond à « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consist[ant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Constitution of the World Health Organization, 2002, p. 984) sera donc privilégié. Si plusieurs études se penchent sur la prévalence des problèmes de santé en régions rurales, peu d'entre elles abordent la santé des communautés sous un angle écosystémique. La présente étude tente de pallier ce manque dans la littérature scientifique en plaçant la santé physique, mentale et sociale au cœur d'un modèle territorial intégré et transversal (voir figure 1).

Figure 1 : Relations entre dimensions spatiales des pratiques sociales et santé globale



L’objectif est donc d’explorer et de mieux comprendre le sens que les habitant.es des milieux ruraux font de l’expérience de leur territoire, comment ils et elles mobilisent les ressources de ce dernier et, ultimement, comment leur santé physique, mentale et sociale s’en retrouve affectée.

MÉTHODOLOGIE

4.1 Échantillon et collecte de données

La MRC du Haut-St-Laurent (HSL) a été sélectionnée comme territoire de déroulement de l’étude. Le HSL est une région rurale peu dense, en partie dévitalisée et considérée majoritairement comme une ZIM modérée (INSPQ, 2022). Les critères de sélection étaient les suivants : les participant.es devaient être âgé.es de 18 ans et plus, parler français, résider au HSL depuis au moins 5 ans et plus. Le recrutement s’est fait par l’entremise de l’Association pour la défense des droits sociaux (ADDS) de Huntingdon. Les employés de l’ADDS ont distribué des pamphlets aux utilisateur.trices de leurs services et ont fait une tournée d’appel de leur membres. Une liste de

personnes intéressées a été transmise à l'étudiant-chercheur qui a ensuite contacté ces dernières afin de confirmer qu'ils et elles correspondaient aux critères.

Bien que cette étude avait comme population cible des personnes défavorisées au plan de la santé physique, mentale et sociale, un potentiel diagnostic ou le revenu de ces dernières ne faisait pas partie des critères de sélection. Plutôt, un bref échange informel au téléphone a permis de définir tacitement si ils ou elles correspondaient à l'échantillon recherché. Les participantes retenues, toutes des femmes, ont été invitées à participer à une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée de 45 à 60 minutes qui a eu lieu dans un local fermé de l'ADDS. Le formulaire de consentement a été lu et signé juste avant l'entrevue.

Les entrevues portaient sur les représentations sociales qu'entretiennent des participantes sur le territoire du Haut St-Laurent et les liens qu'elles établissent avec leur santé. Les participantes ont été questionnées sur les lieux qu'elles fréquentent, leurs moyens et stratégies de déplacement entre ces derniers, les affects qu'elles entretiennent envers leur territoire comme l'appartenance et l'attachement, et leur perception de leur santé physique, mentale et sociale. Les participantes ont également eu à leur disposition une feuille blanche de type A3 (297mm x 420mm), un crayon à mine ainsi que des crayons de couleurs. De façon simultanée à l'entrevue verbale, elles devaient tracer une carte mentale des espaces et déplacements qu'elles mentionnaient. La carte mentale n'est pas, à proprement parler, une carte telle que typiquement comprise : elle est une représentation libre de l'espace fonctionnel ou, en d'autres mots, le territoire investi par un individu (Morange *et al.*, 2016). Les participantes étaient donc appelées à dessiner ces espaces et ces déplacements sans contraintes techniques. Il pouvait s'agir de représentations des lieux fréquentés, des routes et chemins utilisés, des paysages, etc. L'étudiant-chercheur pouvait alors, sans pression, inviter les participantes à mettre sur papier ce qu'elles mentionnaient durant l'entrevue ainsi que questionner ces dernières sur certains traits/dessins qu'elles effectuaient afin d'enrichir l'analyse de données subséquente. Une caméra était disposée de façon à capter le traçage de la carte mentale tout en enregistrant audionumériquement l'entrevue.

4.2 Analyse des données

Les entrevues ont été transcrites en verbatim et une analyse thématique selon Braun and Clarke (2022) a été effectuée. De façon simultanée et informée par le verbatim, les cartes mentales des participantes devaient être analysées, tel que proposé par Morange, selon « le degré de complexité du tracé, la taille de l'espace couvert, le type d'objet dessinés, les choix de couleurs, de figurés, spécificité des toponymes » (Morange *et al.*, 2016, p. 169). Cependant, le choix de ne pas inclure les cartes mentales dans l'analyse des résultats a été fait. Les motifs derrière cette décision sont explicités dans la section « résultats ». Les thèmes émergents issus des entrevues ont alors servi à offrir un cadre d'analyse des liens entre santé et ruralité tels qu'exprimés par les participantes. Ce cadre d'analyse a, par la suite, été intégré dans un modèle compréhensif et vulgarisé qui pourra éventuellement être présenté à l'équipe de travail de l'ADDS ainsi qu'aux participantes qui le souhaiteront.

4.3 Positionnement paradigmatique, réflexivité et rigueur

Cette étude s'inscrit dans un courant critique/idéologique tel que décrit par Ponterotto (2005). L'étudiant-chercheur assume donc le rôle de ses valeurs anticapitalistes et anti-néolibérales dans son interprétation de l'objet d'étude ainsi que sa volonté de participer dans une certaine mesure à l'émancipation et l'*empowerment* des personnes en situation de pauvreté. En effet, l'étudiant-chercheur juge que le contexte politique sous-tendant la situation de la ruralité au Québec est indissociable de l'état de santé des communautés qui y habitent. Il est également présumé que les institutions économiques, gouvernementales, académiques et culturelles, parce qu'elles sont très majoritairement localisées en milieu urbain, favorisent l'étude des phénomènes qui leur sont proximaux, donc urbains. Ce sont donc ces conceptions personnelles qui orientent et motivent le choix de l'objet de recherche ainsi que la méthodologie employée.

La présente étude se veut conscientisante des inégalités existantes, autant pour les participantes pour qui les entrevues sont des espaces de réflexions sur leur propre situation, que pour l'étudiant-chercheur et la communauté académique. L'étude vise également à potentiellement créer le changement, entre autres en proposant des pistes de solutions aux enjeux qu'elle soulève.

RÉSULTATS

L'échantillon a été constitué de quatre femmes (n=4) entre 35 et 55 ans. Une recevait des prestations de derniers recours, 2 étaient salariées mais avec un revenu perçu comme faible et 1 recevait une subvention du CLSC pour de la pair-aidance. Une n'avait pas de DES, 2 ont reçu une attestation de secondaire 5 et 1 avait un DEC et a complété un (1) cours universitaire. Les 4 participantes résidaient dans le HSL depuis au moins 10 ans. Deux possédaient une voiture et 2 n'en possédaient pas.

L'analyse thématique des verbatim a donné lieu à deux grandes catégories de thèmes liés à la territorialité : 1) les facteurs de vulnérabilisation et 2) les facteurs d'épanouissement. La première catégorie correspond à ce qui était attendu, et est donc en continuité avec la littérature existante tandis que la seconde est émergente.

Les facteurs de vulnérabilisation concernent tout ce qui peut potentiellement fragiliser ou aggraver la santé des participantes. Parmi ceux-ci, on retrouve les 3 thèmes suivants : les enjeux alimentaires, les enjeux liés aux soins de santé - divisés en trois sous-thèmes (manque de services, manque de personnel et problèmes d'accès) - ainsi que les enjeux de mobilité. Les facteurs d'épanouissement concernent, inversement, tout ce qui renforce la santé des participantes. Pour les facteurs d'épanouissement, 4 thèmes ont été soulevés : l'accès à la nature, la sociabilité, la tranquillité et l'entraide. La figure 2 indique, au moyen d'un « x », si une participante a élaboré, au cours de l'entrevue, de façon marquante sur un thème ou un sous-thème :

Figure 2 : Présence ou non d'un thème/sous-thème dans le discours des participantes

	Facteurs de vulnérabilisation				Facteurs d'épanouissement				
	Enjeux alimentaires	Soins de santé			Mobilité	Accès à la nature	Sociabilité	Tranquillité	Entraide
		Manque de services	Manque de personnel	Problèmes d'accès					
Participante A	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Participante B		X	X	X	X	X		X	X
Participante C	X	X			X	X	X	X	X
Participante D	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Chacun des thèmes et sous-thèmes est issu d'une perspective territoriale; c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques à la ruralité du HSL ou, à tout le moins, perçus comme tels par les participantes.

Les cartes mentales n'ont pas été retenues car il a été jugé que les éléments qui les constituaient étaient, en partie, influencés par l'étudiant-chercheur au cours de l'entrevue. En effet, puisque les participantes étaient davantage concentrées à parler de leur vécu, des rappels constants devaient être effectués afin qu'elles dessinent leur carte mentale. Or, ces rappels étaient souvent faits lorsque l'étudiant-chercheur, et non les participantes, jugeait qu'un élément du discours de ces dernières était pertinent. Les cartes mentales ont cependant été jointes en annexe I afin de compléter les résultats.

5.1 Facteurs de vulnérabilisation

5.1.1 Enjeux alimentaires

Trois participantes sur 4 ont rapporté une insatisfaction liée à la présence limitée de ressources alimentaires sur le territoire. À Huntingdon, par exemple, il n'y a qu'une seule bannière d'alimentation. L'épicerie en question est jugée trop chère pour la clientèle qu'elle dessert. La participante C nomme vivre de l'anxiété chaque fois qu'elle y entre :

[...] quand je m'en vais au IGA, je fais de l'anxiété. Dans le sens que je ne me demande pas si j'ai de l'argent dans mon compte, je fais attention et j'ai un petit coussin. Mais dans le sens que je ne vais pas acheter ce que je veux. Jamais, jamais. [...]. Il faut faire attention tout le temps. Puis tu sais, quand j'arrive pis que j'ai, mettons, 5-6 articles pis que ça m'a coûté 50 quelques piastres, je capote.

Il est possible pour les habitant.es d'Huntingdon et des environs de faire leur épicerie dans une bannière d'alimentation beaucoup moins chère; il est cependant impératif de posséder un moyen de s'y rendre puisqu'elle se situe à une vingtaine de minutes en voiture. Cela oblige alors ceux et celles qui n'ont pas les moyens de se déplacer à utiliser une énorme portion de leurs revenus pour s'alimenter dans une épicerie trop dispendieuse pour eux/elles.

5.1.2 Soins de santé

Manque de services

Toutes les participantes ont nommé vivre des difficultés en lien avec le manque de services de santé sur le territoire. Une participante explique qu'il n'y pas de pharmacie dans sa municipalité; une autre affirme avoir utilisé le nombre maximal de rencontres de tous les services psychosociaux disponibles pour sa mère. La participante B résume bien la situation : « Ça fait partie aussi des enjeux d'être dans des petites villes, dans le Haut-Saint-Laurent, les hôpitaux, puis les soins de santé, il y en a pas tant que ça ». La capacité à recevoir des soins de santé devient particulièrement complexe et laborieuse lorsque l'état de santé d'une personne requiert une forme ou une autre de spécialisation disponible seulement en milieu urbain (ex. : cancers, maladies cardiovasculaires,

problèmes de santé nécessitant une opération ou un scan, etc.). Une participante explique que son état de santé particulier la force à se déplacer à Montréal régulièrement pour des rendez-vous qui parfois, n'excède pas 10 minutes.

Manque de personnel

Trois participantes affirment vivre des difficultés en lien avec le manque de personnel dans les milieux de santé présents sur leur territoire. Les médecins généralistes, particulièrement, sont au cœur du discours des participantes. Deux raisons sont évoquées pour expliquer ce problème. Premièrement, les médecins ont tendance à provenir de l'extérieur, comme le souligne ici la participante B :

Quand les docteurs (anonyme), (anonyme), puis (anonyme) ont pris leur retraite quasiment tous en même temps, il fallait une nouvelle garde, puis il fallait avoir des nouveaux médecins. On s'est retrouvés avec des médecins de Châteauguay, un de Montréal, un autre de ci, un autre de là.

La participante D explique que les déplacements fréquents sur de longues distances que doivent parcourir ces médecins afin de desservir le HSL finissent par les fatiguer et les poussent à cesser leur pratique, souvent de courte durée, sur le territoire : « [...] mon deuxième médecin que j'ai eu, le deuxième qui est parti à Montréal, je ne l'ai jamais vu en personne, j'y ai parlé une fois au téléphone ».

Également, l'absence de postes spécialisés et mieux rémunérés dans le HSL poussent certains professionnels de la santé à quitter la région. Cette situation est ici exemplifiée par la participante B : « [...] le psychiatre que ma mère, elle avait ici, à Huntingdon, (anonyme), il est devenu chef de service ailleurs, mais il était juste psychiatre délégué ici ».

Problèmes d'accès

Trois participantes affirment vivre des problèmes d'accès aux services de santé dont elles ont besoin. Le principal obstacle nommé est celui de la mobilité : il est beaucoup plus simple d'accéder à un service de santé si l'on possède une voiture. Pour ceux et celles qui n'en possèdent pas, un

service de transport médical nommé SABEC est disponible dans le HSL. Ce service permet aux personnes qui reçoivent des prestations de dernier recours de se déplacer vers les endroits où sont offerts des services de santé. Or, comme exprimé par la participante A, l'utilisation de la SABEC représente un obstacle bureaucratique particulièrement pénible si l'utilisateur.trice vit des problèmes de littéracie. Cette dernière s'exprime ainsi :

Je sais pas lire. Je sais pas si le bien-être m'a envoyé une feuille pour remplir pour le médecin, tu comprends? J'ai envoyé à SABEC, pis ils ont même pas rempli. Là, elle m'a appelée quand j'étais ici. La femme a dit « t'as pas rempli le papier ». J'ai dit, quel papier?

Les difficultés d'accès géographique peuvent alors être exacerbées par des difficultés bureaucratiques, multipliant ainsi l'énergie consacrée au déplacement vers les établissements de santé.

5.1.3 Mobilité

La mobilité en milieu rural est le facteur de vulnérabilisation qui transcende tous les autres. Toutes les participantes en ont fait mention de façon récurrente et cela, tout au long des entrevues. Les participantes qui doivent se déplacer à l'extérieur de leur environnement immédiat pour recevoir des soins de santé et autres services essentiels, visiter de la famille et des ami.es et participer à diverses activités sont les plus touchées. La participante B s'exaspère en mentionnant la grande route de campagne qui traverse le HSL : « La 202 part d'Hinchinbrooke, puis elle se promène. C'est long. C'est long ».

Se déplacer d'un point A à un point B peut parfois prendre plusieurs heures à une personne utilisatrice de transport en commun comparativement à un.e automobiliste qui fera la même distance en quelques dizaines de minutes. Cependant, pour les participantes qui possèdent une voiture, l'avantage qu'elles acquièrent en mobilité est contrebalancé par un fardeau monétaire plus lourd dû, entre autres, aux grandes distances qu'elles ont à parcourir et au carburant que cela requiert. La participante B, alors qu'elle mentionne les coûts importants liés à son utilisation de la voiture, affirme « [qu'elle][n'a] pas le choix. Surtout qu'[elle] est en campagne, loin de tout ».

Ce « loin de tout », conjoncture d'un espace trop grand et du temps nécessaire à le parcourir, sépare les participantes du reste du monde et se traduit en isolement. Il n'est pas possible de surmonter cet isolement sans coût substantiel en énergie et en argent. L'utilisation du transport en commun dans le HSL, par exemple, nécessite plusieurs correspondances payantes entre plusieurs modalités de transport (ex. : autobus et taxi bus) qui sont éparses, pas toujours à l'heure et couvrant de large portions du territoire. La participante A, questionnée sur l'impact qu'aurait une meilleure offre de transport en commun dans le HSL, affirme qu'elle « pourrai[t] aller chez [ses] amis quand [elle] veu[t] », alors que cela lui demande beaucoup de préparation et d'énergie présentement. Toujours la participante A, qui doit se déplacer régulièrement à Montréal pour des rendez-vous médicaux, a dû manquer certains d'entre eux parce qu'elle ne pouvait s'y rendre : « [...] j'ai pas été à mes rendez-vous à Montréal. J'ai pas pu. J'avais pas de transport ».

5.2 Facteurs d'épanouissement

5.2.1 Accès à la nature

La valorisation de l'accès à la nature offert par le HSL est nommé par les 4 participantes. Cet accès peut concerner 1) les emménagements publics comme le parc de l'Île Russel à Huntingdon ou la plage de St-Anicet ou 2) une nature plus « sauvage » tel que des paysages et des animaux. La participante C décrit un des lieux qu'elles fréquente régulièrement :

Moi je me baigne là, à l'île Russell, où est-ce qu'il y a la dam là, tu sais, tu as de l'eau jusqu'aux chevilles pis là tu as comme la petite chute là, ça fait que tu peux aller te baigner là pis tu en as jusqu'au, même pas aux genoux.

Les participantes décrivent une relation avec la nature qui est à la fois passive et active : passive parce que la ruralité offre son lot de paysages naturels dans l'environnement quotidien et active parce qu'elles se déplacent régulièrement vers des espaces contemplatifs dans le but d'être en contact avec la nature. Plus qu'un apport positif sur le bien-être, cette interaction avec les caractéristiques naturelles du territoire est jugée comme essentielle par les participantes, exemplifié ici par la participante B : « [...] moi je suis une enfant d'été. T'sais, moi je suis née en été, j'ai besoin de la lumière, de la forêt, des oiseaux, j'ai besoin de tout ça ».

5.2.2 Sociabilité

Trois participantes nomment l'apport positif du caractère sociable des habitant.es du HSL sur leur bien-être. Ce caractère sociable s'exprime de différentes façons telle que la connaissance des personnes travaillant dans les commerces et points de services fréquentés, comme l'exprime la participante C :

[...] ce qui est cool aussi à Huntingdon, c'est que tu connais le nom de ta secrétaire médicale, tu connais le nom de ton épicier, de ton boulanger, de ton postier, tu comprends, tu les connais. Pis ça, c'est tellement le fun pour moi.

Il s'exprime également par de petits actes de communication qui se produisent lorsque deux personnes se croisent dans la rue. Ces actes, que je nomme « salutations piétonnes » et leurs bénéfices sur le bien-être sont résumés ici par la participante D :

T'sais, même si tu connais pas la personne, tu rencontres quelqu'un, la personne n'a pas eu une bonne journée, le fait d'avoir fait un signe de tête, puis avoir dit bonjour, ça peut lui amener un petit quelque chose de plus dans sa journée. T'sais, pour qu'il aille avoir un petit peu de bonne humeur.

Cette sociabilité est perçue comme étant caractéristique de la ruralité. Certaines participantes rapportent même avoir vécu une certaine forme de détresse lorsqu'elles étaient en milieu urbain à cause d'un choc culturel perçu entre la sociabilité rurale et l'individualisme urbain.

5.2.3 Tranquillité

Toutes les participantes valorisent la tranquillité associée à leur milieu de vie. La douceur, le calme et l'absence perçue de crimes violents font partie des termes utilisés pour décrire cette tranquillité qui serait typique du HSL. La participante B décrit ici cette tranquillité :

Tu as du calme, il n'y a pas une ambulance ou un camion de pompier qui sort au 5 minutes. Tu as un calme. Ce que tu entends, c'est des oiseaux qui chialent plus que

d'autres choses, que les humains en général. Parce que quand il y a beaucoup d'humains, on dirait qu'il faut toujours qu'il y en a un qui se pogne avec un autre.

Cette tranquillité est vécue, comme exprimé ci-dessus, au niveau sonore mais également par l'absence d'anxiété liée à l'anticipation de conflits humains qui seraient davantage l'affaire des milieux urbains.

5.2.4 Entraide

L'ensemble des participantes mentionnent l'entraide comme quelque chose d'essentiel au maintien de leur santé. Pour elles, l'entraide est caractéristique de leur territoire et est le résultat du style de vie plus traditionnel et communautaire associé à la ruralité. Les participantes se voient elles-mêmes comme des aidantes et valorisent fortement ce rôle. La participante C s'implique dans sa communauté de plusieurs façons et s'exprime ainsi : « Je travaille au (anonyme), puis au (anonyme), je suis bénévole. C'est comme quelque chose d'heureux pour moi, je me sens bien. C'est bien pour ma santé mentale ». Parmi les exemples d'actes d'entraide nommés par les participantes, on retrouve : le covoiturage, l'aide à remplir des formulaires gouvernementaux, la pair-aidance et l'implication dans un organisme communautaire.

DISCUSSION

Le portrait général dressé par les participantes du HSL est celui d'un territoire doux, paisible et pittoresque, avec son style de vie bienveillant et amical, mais décousu et à certains égards, abandonné par le reste du monde. Si le HSL et ses attraits en tant que tels perçus comme ayant un impact positif sur la santé des participantes, c'est la capacité de se déplacer 1) au sein du territoire (intraterritorial) et 2) vers d'autres territoires (interterritorial) qui est déstructurante. Les ami.es, la famille, les services de santé, les épiceries, les lieux d'activités et plus largement, l'ensemble des espaces investis par les habitant.es du HSL sont répartis sur un grand territoire et séparés par de longues routes de campagne. Le temps et l'énergie requis pour parcourir ces distances s'opposent à la spontanéité dans les déplacements et contribuent à l'isolement des personnes. L'accès subséquent aux services de santé, à une alimentation saine à des prix raisonnables et aux contacts sociaux s'en retrouve entravée et vient affecter la capacité des participantes de mener une vie

pleinement épanouissante et en santé. Ces constatations sont en continuité avec ce qui a été observé dans d'autres régions rurales, entre autres lorsqu'il est question de mobilité (Delbosc et Currie, 2011; Delbosc et Vella-Brodrick, 2015; Mackett, 2014; Shirgaokar *et al.*, 2020), d'accès aux services de santé (Emami *et al.*, 2014; INSPQ, 2009; Martinez *et al.*, 2004; Vanasse *et al.*, 2010) et d'accès à l'alimentation (Lebel *et al.*, 2016; Schwartz *et al.*, 2019). Il serait cependant nécessaire d'explorer davantage l'impact des dynamiques de mobilité en milieu rural sur la sphère sociale.

6.1 La mobilité : un enjeu central

La mobilité interterritoriale représente la capacité à se déplacer d'un territoire¹ à un autre. La plupart du temps, ces déplacements s'effectuent sur un axe centre-périphérie, afin d'accéder à des ressources qui ne sont pas disponibles sur le territoire de résidence. Au HSL, ce type d'isolement est particulièrement dommageable lorsque l'état de santé physique d'une personne se détériore. En effet, le système public privilégiant une disposition spatiale hiérarchique de ses services de santé avec les plus complexes généralement situés en milieux urbains, une personne aux prises avec des problèmes de santé nécessitant des soins spécialisés doit nécessairement se déplacer vers les centres urbains (INSPQ, 2009). On peut penser, entre autres, au traitement des cancers et maladies cardiovasculaires, aux chirurgies, aux diagnostics nécessitant des équipements médicaux complexes, etc. Ces déplacements réguliers et coûteux en temps, en énergie et en argent, additionnés au stress que cause l'incertitude de pouvoir se rendre à son rendez-vous à temps, sont un fardeau supplémentaire à porter pour la personne malade qui aurait davantage besoin de repos. Pour ceux et celles qui sont relativement en bonne santé physique, l'enjeu de la mobilité se fait ressentir plus indirectement. Pour ces dernières, les services de première ligne sont généralement suffisants mais les participantes parlent d'un manque de médecins généralistes et de psychiatres. En effet, ces derniers semblent avoir peu d'incitatifs à pratiquer dans le HSL. Ne résidant pas eux-mêmes sur le territoire, les longues distances à parcourir régulièrement sont fatigantes et le manque d'opportunités et de promotions à des postes mieux rémunérés n'a rien de motivant. La rotation subséquente de personnel conduit les patient.es à se répéter et à « raconter leur histoire » perpétuellement. Elle nuit également à la continuité des services ainsi qu'au processus de récupération des patient.es qui se retrouvent, selon les mots de la participante B,

¹ On entend ici par « territoire » une MRC ou une région administrative

« *entre deux chaises* », c'est-à-dire qu'ils et elles se retrouvent parfois en situation d'incertitude vis-à-vis leurs suivis médicaux.

La mobilité intraterritoriale, quant à elle, concerne les déplacements à l'intérieur du territoire. Aller faire l'épicerie, aller à la pharmacie, se rendre à son lieu de travail, visiter de la famille qui réside à proximité, l'utilisation de services de santé de première ligne sont des exemples de déplacements intraterritoriaux. Cette mobilité est celle de la quotidienneté qui, si elle n'est pas garantie, peut fortement participer à l'isolement des résident.es du HSL, particulièrement pour ceux et celles qui ne possèdent pas de voiture. Lorsque c'est le cas, il faut soit compter sur le transport collectif à peine existant ou bien connaître quelqu'un qui possède une voiture et qui accepte de nous aider à se déplacer.

Au final, ce sont les coûts substantiels qu'implique la mobilité qui représentent le nœud du problème. Ce coût est financier, certes, mais aussi social puisque les participantes n'ayant pas de voitures dépendent des autres pour leurs déplacements. Finalement, il s'exprime également en temps et en énergie nécessaires à planifier et parcourir de grandes distances. Cette dynamique territoriale désavantage forcément les moins nantis pour qui la mobilité, même si elle est toujours nécessaire, n'est jamais garantie.

6.2 Le « nous » spatial

Lorsque les participantes décrivent leur communauté comme sociable, tranquille et poussée à l'entraide, elles le font souvent par opposition au style de vie urbain, qu'elles jugent matérialiste, a-sociable et propice aux conflits. L'expérience de l'urbanité et de son décalage avec la ruralité est alors vécue avec anxiété, renforçant du même coup l'appartenance des participantes au HSL. Ces valeurs rurales perçues additionnées à un accès à la nature pourraient contribuer à l'émergence de ce que Fortin (2002) décrit comme le « nous » spatial. C'est-à-dire que le style de vie décrit et valorisé par les participantes est situé dans l'espace et, dans ce cas-ci, délimité par une frontière rurale-urbaine. Pour certaines d'entre elles, cependant, ce style de vie n'est pas nécessairement l'affaire de la ruralité en générale mais du HSL spécifiquement. Bien qu'elles ne décrivent pas de relation explicite entre leur appartenance au territoire et leur santé, on peut toutefois supposer que cette appartenance contribue tout au moins à renforcer les liens entre les membres de la

communauté qui ont une expérience similaire du HSL. Ce renforcement des liens pourrait, à son tour, contribuer à stimuler les comportements d'entraide et de sociabilité qui ont un impact bénéfique sur le bien-être des personnes. Davantage de recherche serait cependant nécessaire afin de mieux comprendre cette dimension comportementale de la territorialité.

6.3 Portées et limites

En considérant les résident.es du HSL comme expert.es de leur propre territoire, il est possible de relever des dynamiques à priori inconnues ou inattendues. Si les enjeux de mobilité ayant fait surface au cours de cette étude ne constituaient pas une grande surprise, l'emphase des participantes sur certaines caractéristiques épanouissantes du HSL et l'impact positif de celles-ci sur leur santé était inattendue et suggère que de nouvelles avenues d'intervention sont possibles. L'entraide, par exemple, lorsqu'elle est soutenue par des initiatives communautaires et gouvernementales, peut contribuer au développement socioéconomique et à la réduction des inégalités comme il a été observé dans d'autres milieux ruraux (Bonneau et Dupéré, 2020; Doyon, S., 2020). Or - bien que davantage de recherche serait nécessaire pour donner de la substance à une telle affirmation -, les pratiques d'entraide semblent bien établies au HSL. La mise sur pied d'organismes d'économie sociale servant de centres de coordination d'échanges de services et de mise en commun des ressources des citoyen.nes pourrait représenter une avenue d'intervention intéressante. De telles initiatives, comme le réseau Accorderie (<https://www.accorderie.ca>), existent ailleurs au Québec et pourraient servir d'exemples pour le HSL.

La faible taille et l'homogénéité de l'échantillon (quatre femmes ayant un faible revenu) pose certainement une grande limite à la généralisation des constats relevés dans cette étude. En effet, il est important de rappeler que les quatre participantes interviewées gravitaient, d'une façon ou d'une autre, autour de l'ADDS, organisme de défense des droits sociaux. Il est donc difficile de déterminer si la conscientisation des participantes aux pratiques d'entraide, par exemple, émane de pratiques sociales caractéristiques du HSL ou si c'est leur proximité avec le milieu communautaire qui en est responsable.

Bien que le dessin de cartes mentales n'ait pas porté fruit, il serait intéressant de retenter l'expérience dans des conditions optimales. En effet, comme mentionné précédemment, la

conception de cartes mentales en parallèle à l'entrevue verbale n'est pas méthodologiquement viable puisque le ou la participant.e néglige la carte au profit de l'entrevue. La collecte de cartes mentales chez des participant.es sans entrevues verbales représenterait une opportunité d'en apprendre davantage sur le rapport que ces dernier.ères entretiennent avec leur territoire.

En somme, il serait possible, dans le cas où l'on souhaiterait poursuivre l'étude des enjeux soulevés dans le cadre de cette recherche, de bâtir un échantillon plus large et plus hétérogène et d'utiliser un processus de collecte de données itératif (à la manière d'une théorisation ancrée) afin de pousser la compréhension des thèmes soulevés par les participant.es. Une évaluation plus complète du territoire permettrait d'avoir une meilleure idée du type d'intervention pertinent et de la faisabilité de certaines initiatives (ex : un organisme d'économie social).

CONCLUSION

Les participantes ont démontré, dans le cadre de cette étude, qu'elles possèdent une expertise vis-à-vis l'expérience de leur territoire et qu'elles en connaissent pleinement les attraits et les limites. Une partie de cette expérience est fortement valorisée : l'accès à la nature, la sociabilité, la tranquillité et l'entraide constituent les bases d'un style de vie rural qui les aide à s'épanouir. À l'opposé, leur capacité de mobiliser les ressources dont elles ont besoin est toujours entravée par la même variable : celle de la mobilité. C'est donc un rapport à l'espace complexe et parfois contradictoire qu'elles entretiennent vis-à-vis un territoire qui va tantôt isoler, tantôt rassembler. L'impact sur la santé peut alors varier d'une personne à l'autre, dépendamment de ses besoins et de ses ressources personnelles. Chose certaine, les interventions mises sur pied dans le but d'améliorer la santé des communautés rurales doivent être en concordance avec la logique territoriale particulière de ces dernières. Or, les résident.es d'un territoire donné possèdent une expertise de celui-ci qui ne devrait jamais être ignorée. La promotion de la participation aux instances de pouvoir et des pratiques de consultations sont une façon de reconnaître cette expertise.

BIBLIOGRAPHIE

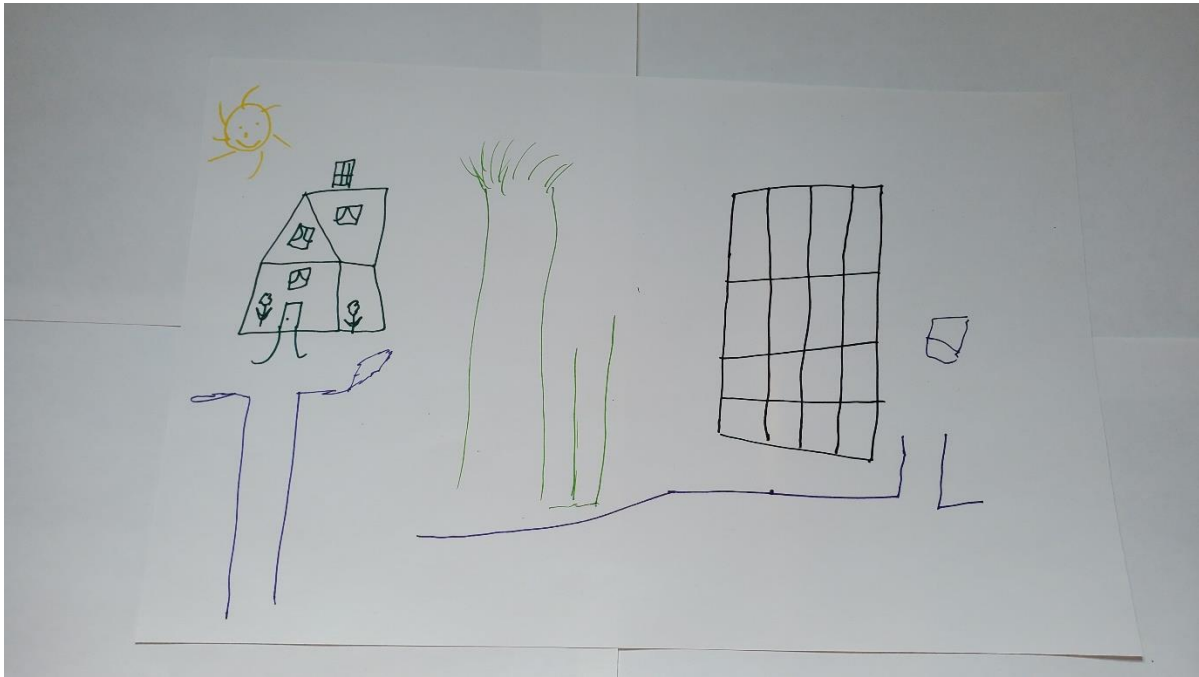
- Blanchard, S., Estebanez, J. et Ripoll, F. (2021). *Géographie sociale. Approches, concepts, exemples (CHAPITRE 2)*. Armand Colin. <https://www.cairn.info/geographie-sociale--9782200627355.htm>
- Bonneau, M.-A. et Dupéré, S. (2020). *La participation sociale dans une communauté rurale au Québec : ce qui la facilite, selon les points de vue de personnes engagées* *Revue Organisations & territoires* (vol. 29, pp. 185-196).
- Canada, S. (2018). *Zones d'influence métropolitaine de recensement : définition détaillée*.
- Delbosc, A. et Currie, G. (2011). Exploring the relative influences of transport disadvantage and social exclusion on well-being. *Transport Policy*, 18(4), 555-562. <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2011.01.011>
- Delbosc, A. et Vella-Brodrick, D. (2015, 2015/08/01/). The role of transport in supporting the autonomy of young adults. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 33, 97-105. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.trf.2015.03.011>
- Di Méo, G. (2008). Une géographie sociale entre représentations et action. *Montagnes méditerranéennes et développement territorial*(23 (Numéro Spécial Représentation, Action, Territoire)), 13-21.
- Doyon, M. I. et Klein, J.-L. (2019). *Pour la sécurisation alimentaire au Québec : perspective territoriale*. Presses de l'Université du Québec.
- Doyon, S. (2020). *D'espoir et d'environnement? : nouvelles ruralités et mise en valeur de la nature au Bas-Saint-Laurent*. Presses de l'Université Laval.
- Dumont, G.-F. (2017). Territoires : le modèle « centre-périphérie » désuet. *Outre-Terre*, 51(2), 64-79. <https://doi.org/10.3917/oute1.051.0064>
- Emami, E., Wootton, J., Galarneau, C. et Bedos, C. (2014). Oral health and access to dental care: a qualitative exploration in rural Quebec. *Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la médecine rurale : le journal officiel de la Société de médecine rurale du Canada*, 19(2), 63-70.
- Fontan, J.-M. et Klein, J.-L. (2004). Le territoire québécois dans le contexte de la mondialisation.
- Fortin, M.-J. et Cacnon, C. (2002). Paysages identitaires et ruralité de proximité: regards croisés à Petit-Saguenay (Québec). *Canadian Geographer / Le Géographe canadien*, 46(4), 337-346. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2002.tb00755.x>
- Institut national de la santé publique du Québec. (2009). *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*.
- Institut national de la santé publique du Québec. (2022, 10 mars) *Géoportail de santé publique du Québec*. Gouvernement du Québec. <https://cartes.inspq.qc.ca/geoportail/>

- Constitution of the world health organization. (2002). *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983–984. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862002001200015>
- Lebel, A. P., Noreau, D. M., Tremblay, L. R. D. N. M., Oberlé, C. I. M., Girard-Gadreau, M. M., Duguay, M. M. et Block, J. P. M. D. P. (2016). Identifying rural food deserts: Methodological considerations for food environment interventions. *Canadian Journal of Public Health : A Publication of The Canadian Public Health Association*, 107(1), eS21-eS26. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5353>
- Lynch, K. (1970). *The image of the city*. MIT Press.
- Mackett, R. L. (2014). The health implications of inequalities in travel. *Journal of Transport & Health*, 1(3), 202-209. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2014.07.002>
- Martinez, J. r. m., Association pour la santé publique du, Q. b. et Institut national de santé publique du Québec. Direction planification, r. e. i. U. c.-s. (2004). *Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être?* Institut national de santé publique Québec, Direction planification, recherche et innovation, Unité connaissance-surveillance. <http://www4.bnquebec.ca/pgq/2005/3039581.pdf>
- Morange, M., Schmoll, C., Toureille, É. et Cairn.info. (2016). *Les outils qualitatifs en géographie Méthodes et applications*. Armand Colin. <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fles-outils-qualitatifs-en-geographie--9782200601164.htm>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Oecd. (2010). *Examens de l'OCDE des politiques rurales*. OECD Publishing. <http://public.ebib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=6408707>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Proulx, M.-U. (2009). Centre et périphérie : la double logique de l'occupation des territoires au Québec. *Revue Organisations & territoires*, 18(2), 69-78. <https://doi.org/10.1522/revueot.v18n2.423>
- Schwartz, N., Tarasuk, V., Buliung, R. et Wilson, K. (2019). Mobility impairments and geographic variation in vulnerability to household food insecurity. *Social Science & Medicine*, 243. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112636>
- Shirgaokar, M., Dobbs, B., Anderson, L. et Hussey, E. (2020). Do rural older adults take fewer trips than their urban counterparts for lack of a ride? *Journal of Transport Geography*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2020.102819>

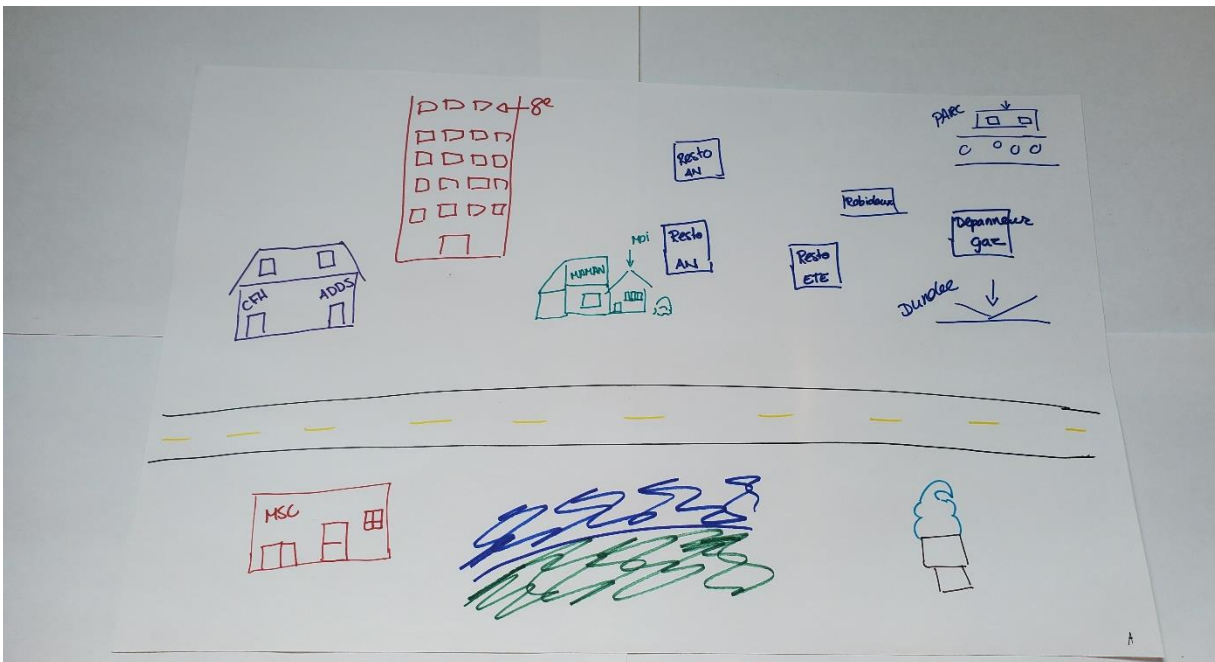
Vanasse, A., Courteau, J., Cohen, A. A., Orzanco, M. G. et Drouin, C. (2010). Rural-urban disparities in the management and health issues of chronic diseases in Quebec (Canada) in the early 2000s. *Rural and remote health*, 10(4), 1548.

ANNEXE I : CARTES MENTALES

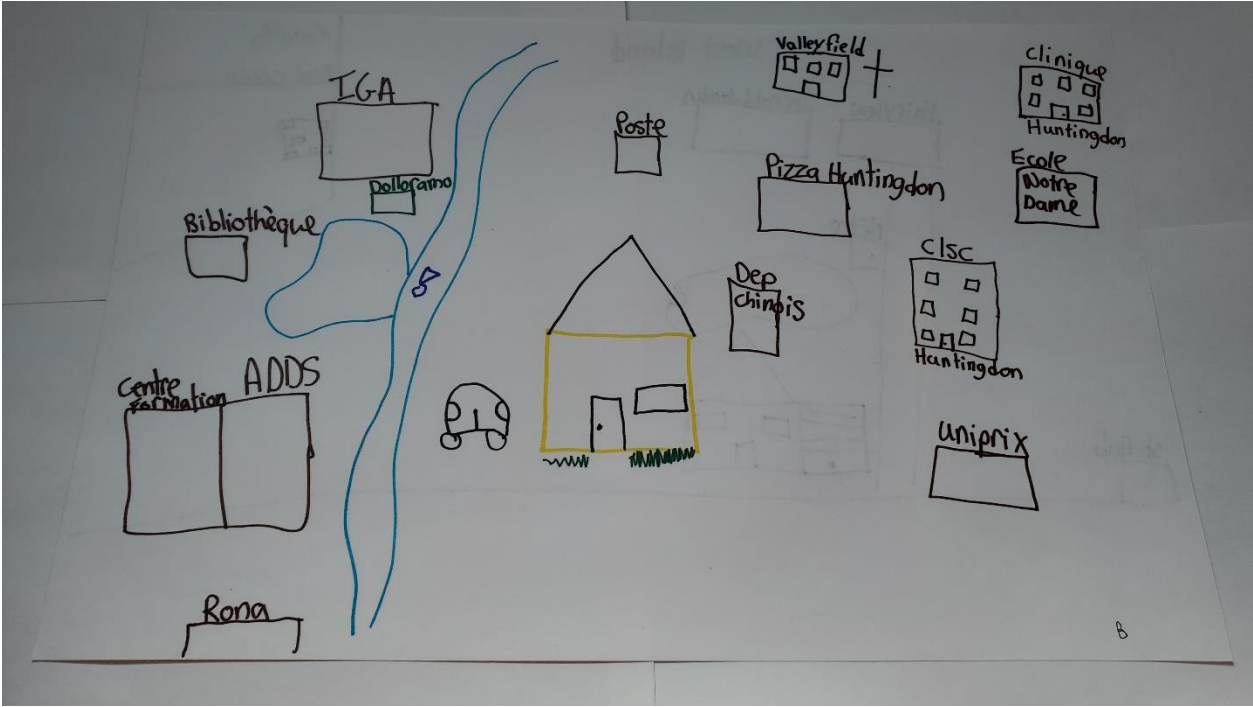
Participant A



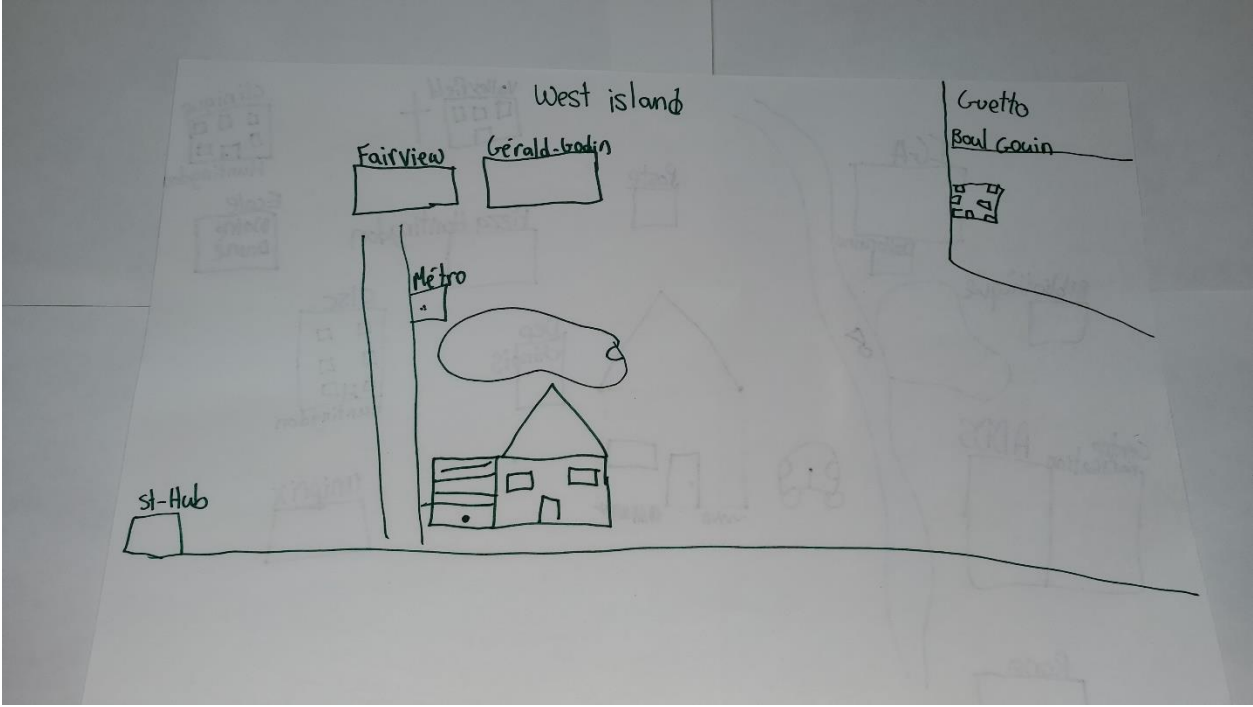
Participant B



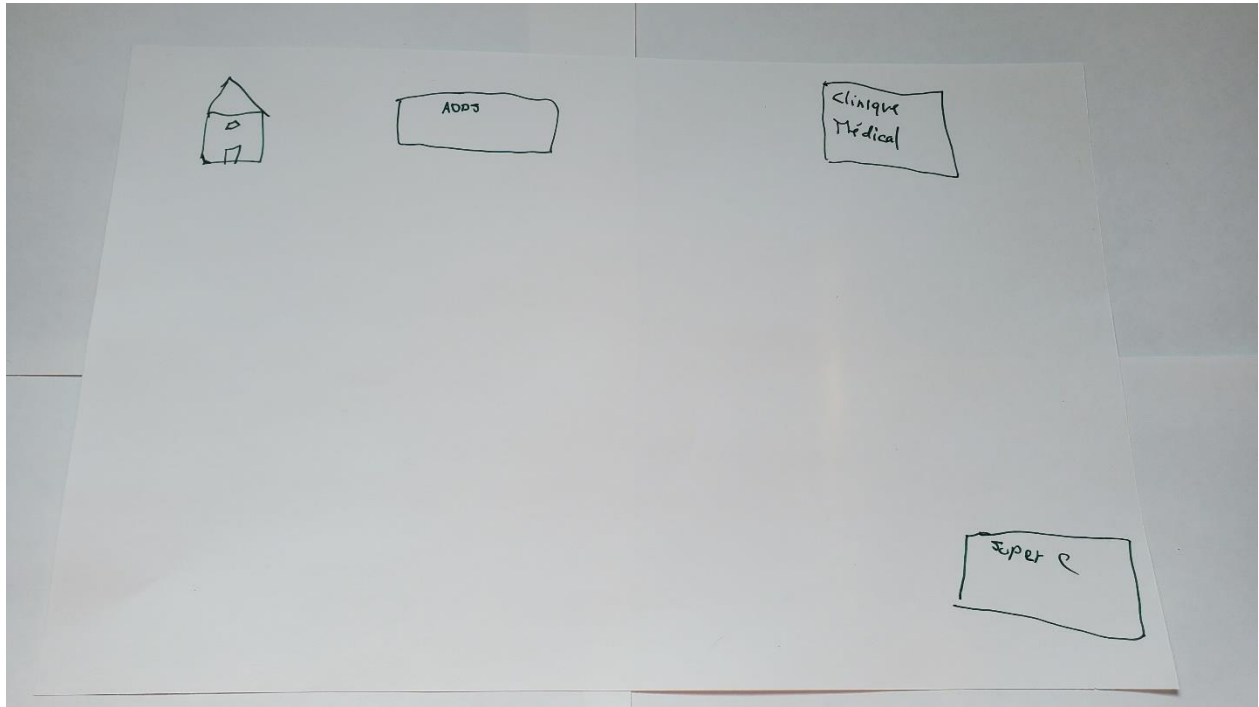
Participant C (Recto)



Participant C (Verso)



Participant D



ANNEXE II : CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Exploration des liens entre territorialité et santé des communautés en milieu rural : une approche qualitative

Nom de l'étudiant : Benjamin Reynolds

Programme d'études : Baccalauréat en psychologie

Direction(s) de recherche : Cécile Bardon

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-12-06**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN

Avant le début de l'enregistrement

Le but de cette recherche est d'explorer avec vous les façons dont le territoire du Haut-St-Laurent et ses caractéristiques particulières peuvent aider ou nuire à votre santé. Vous êtes invité à répondre à plusieurs questions sur le sujet pour une durée allant de 45 à 60 minutes. J'ai déposé une carte du Haut-St-Laurent et un marqueur sur la table. Lors de l'entrevue, je vous poserai des questions concernant les lieux que vous visitez et les déplacements que vous faites sur une base régulière. Je vous inviterai, au fur et à mesure que vous répondrez aux questions, à dessiner sur la carte ces lieux et ces déplacements. Votre participation est libre et volontaire : c'est-à-dire que vous avez la possibilité de demander, à tous moments, d'arrêter l'entrevue. Toutes informations que vous me donnerez resteront confidentielles et ne seront vu que par moi et par ma superviseure de recherche. Une attention particulière sera portée lors de la diffusion des résultats afin qu'aucune information ne puisse vous identifier.

Présentation du formulaire de consentement et signature

Début de l'enregistrement

1. J'ai d'abord besoin de quelques renseignements sur votre profil socioéconomique

- Quel âge avez-vous?
- Genre? (homme, femme, non-binaire, etc.)
- Depuis combien de temps résidez-vous à X (municipalité)?
- Quel est votre niveau d'éducation?
- Avez-vous des enfants?
- Avez-vous un/une conjoint/e?
- Avez-vous un emploi? Recevez-vous des prestations gouvernementales?
- Si vous êtes ici, c'est parce que vous vous considérez-vous à faible revenu. Pouvez-vous me parler davantage de ce que veut dire « être à faible revenu » pour vous?
- Quelle est votre situation d'habitation (vivez-vous seul, avec votre partenaire, des colocs, de la famille, en HLM, en résidence, etc.)?

2. Comment décrieriez-vous votre état de santé, physique et mental, dans vos propres mots?

- Comment est-ce que votre situation de santé vous impacte-t-elle dans la vie de tous les jours?
- Avez-vous à vous déplacer souvent pour des rendez-vous médicaux?
- Qu'est-ce qui vous rend la tâche plus difficile vis-à-vis votre utilisation des services de santé et inversement, qu'est-ce qui vous aide?

- Avez-vous des proches (amis, famille, etc.) qui vous aident à maintenir une bonne santé (motivation, accompagnement, etc.) ?
- Croyez-vous que le fait de vivre dans X (municipalité) a un impact sur votre situation de santé? Pensez-vous que cela serait différent si vous habitiez quelque part d'autre? Si oui, pouvez-vous élaborer?

3. Qu'est-ce que vous aimez de X (municipalité)? Qu'est-ce que vous aimez moins?

- Qu'est-ce qui vous a poussé à vous installer ici? Ou à l'inverse, qu'est-ce qui vous pousse à rester ici plutôt qu'ailleurs?
- Avez-vous des proches (amis, famille) qui vivent dans X (municipalité) ou dans les alentours ? À quelle fréquence les visitez-vous?
- Visitez-vous certains lieux (parcs, plages, organismes communautaires, club sociaux, centre d'activités, etc.) sur une base régulière? Si non, pourquoi? Si oui, qu'est-ce que le fait de fréquenter ces endroits vous apporte sur le plan de votre santé ?
- Est-ce que les établissements où vous trouver vos besoins de bases sont accessibles et en nombre suffisants (épiceries, pharmacies, cliniques médicales, magasins, etc.)?

4. Quelles sont vos habitudes de déplacements?

- Quelle est votre méthode de déplacement privilégiée (Auto, transport en commun, marche, vélo, etc.)?
- Quel genre de distances avez-vous à parcourir sur une base régulière? Est-ce que c'est à prendre en compte lorsque vous souhaitez vous rendre quelque part?
- Avez-vous un handicap/désavantage physique qui limite vos déplacements? Si oui, pouvez-vous m'en parler davantage?
- À quelle fréquence devez-vous vous déplacer pour des raisons de santé (rendez-vous médicaux, fréquentation d'organismes communautaires, etc.)?

5. Finalement, si vous pouviez changer quelque chose dans votre municipalité, qu'est-ce que ce serait?

6. Avant de terminer l'entrevue et d'arrêter l'enregistrement, y a-t-il autre chose que vous aimeriez me partager en rapport avec ce dont on vient de parler?

Fin de l'entrevue