



# ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC - 2008

## Chapitre 18 Accès aux soins de santé et satisfaction des services



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

## Rédacteurs de la CSSSPNQL (Chapitres rédigés)

Hélène Bagirishya (Services à la petite enfance / Accès aux soins de santé et satisfaction des services)

Marie-Noëlle Caron (Alcool, drogues et jeux de hasard)

Mathieu-Olivier Côté (Logement / Migration)

Cheick Bamba Dieye Gueye (Blessures non-intentionnelles / Soins de santé préventifs)

Émilie Grantham (Caractéristiques sociodémographiques / Alimentation et activité physique)

Zineb Laghdir (Tabagisme / Santé sexuelle)

Patricia Montambault (Bien-être personnel / Bien-être communautaire)

Marie-Claude Raymond (Soins dentaires / Soins et services à domicile)

## Rédacteurs externes (Chapitres rédigés)

Yvonne Boyer, Kurtis Boyer, Erin Fletcher (Pensionnats indiens)

Bernard Roy (État de santé / Diabète)

## Comité de révision des chapitres de l'ERS

Mathieu-Olivier Côté, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, CSSSPNQL

André Simpson, INSPQ

## Comité consultatif

Alex Sonny Diabo, Communauté de Kahnawake

Mathieu Joffre Lainé, RCAAQ

Peggy Mayo, Communauté de Kahnawake

Arden McBride, Communauté de Timiskaming

Jowan Philippe, Communauté de Mashteuiatsh

Serge Rock, Réseau Jeunesse des Premières Nations - APNQL

Sonia Young, Communauté de Wolf Lake

## Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Patricia Mathias

## Remerciements

Nous remercions les personnes qui ont permis de dresser ce portrait de l'état de santé des Premières Nations du Québec, particulièrement tous les répondants des communautés Premières Nations participantes. Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé à chacune des étapes de l'enquête et à leur réalisation.

Document également disponible en anglais sous le titre : *Quebec First Nations Regional Health Survey – 2008 - Health care access and services satisfaction.*

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

ISBN : 978-1-926553-82-5

© CSSSPNQL (Février 2013)

## NOTE MÉTHODOLOGIQUE

### Historique

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est l'enquête pionnière en matière de recherche par et pour les Premières Nations. Réalisée intégralement par les Premières Nations, elle est un modèle d'innovation en ce qui a trait à l'implication des communautés dans le processus, l'éthique et l'adaptation culturelle de la recherche.

L'ERS est la première recherche entièrement réalisée dans le respect des principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP). Ces principes visent à assurer une implication intégrale des communautés des Premières Nations dans toutes les étapes de la recherche.

La gouvernance et la coordination de l'ERS sont assurées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) au plan national, et par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) au Québec.

Cette deuxième vague de l'ERS a été précédée par celle de 2002 (première vague), ainsi que par un projet pilote (1997). Depuis maintenant 15 ans, les données de l'ERS contribuent à supporter les décideurs et les intervenants tout en contribuant à étoffer les connaissances sur la situation socio sanitaire des Premières Nations. Nous prévoyons réaliser encore deux phases subséquentes à celle-ci, soit la phase 3 en 2013 et la phase 4 en 2016.

1997	2002	2008	2013	2016
Projet pilote de l'ERS	Phase 1 de l'ERS Complétée	Phase 2 de l'ERS Complétée	Phase 3 de l'ERS	Phase 4 de l'ERS

### Questionnaire

Trois questionnaires distincts ont été créés pour trois groupes d'âge différents (enfants, adolescents, adultes). Ces questionnaires étaient administrés en personne par 63 intervieweurs des Premières Nations formés à cette fin. Afin de prévenir les risques d'erreur, la saisie des informations était réalisée par les intervieweurs lors de l'entrevue à l'aide d'ordinateurs portables. Dans le cas des enfants de moins de 12 ans, le questionnaire était administré au parent ou au tuteur. Le tableau suivant résume les thématiques abordées selon le groupe d'âge.

## Thématiques abordées dans les questionnaires de l'ERS 2008

Thématiques	Enfants	Adolescents	Adultes
	0 – 11 ans	12 – 17 ans	18 ans et plus
Vaccination	✓		
Garderie	✓		✓
Caractéristiques démographiques	✓	✓	✓
Caractéristiques du ménage	✓	✓	✓
Éducation	✓	✓	✓
Langue et culture	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✓	✓	✓
Blessures	✓	✓	✓
Soins dentaires	✓	✓	✓
Diabète	✓	✓	✓
Activité physique	✓	✓	✓
Nutrition et aliments traditionnels	✓	✓	✓
Pensionnats	✓	✓	✓
Santé mentale		✓	✓
Bien-être communautaire		✓	✓
Tabagisme		✓	✓
Alcool et drogues		✓	✓
Santé sexuelle		✓	✓
Accès aux soins de santé		✓	✓
Médecine traditionnelle		✓	✓
Soins de santé préventifs			✓
Logement			✓
Aidants naturels			✓
Dépression			✓
Migration			✓
Emploi et revenu			✓
Jeux de hasard			✓
Sécurité alimentaire			✓
Soins à domicile et limitations			✓
Violence			✓
Indice de l'état de santé			✓

Un total de 2691 entrevues individuelles ont été réalisées (87,3 % de l'échantillon prévu initialement).

0-11 ans : 727 répondants (94,4 % de l'échantillon prévu initialement).

12-17 ans : 600 répondants (77,9 % de l'échantillon prévu initialement).

18 ans et plus : 1364 répondants (88,6 % de l'échantillon prévu initialement).

## *Période de collecte de données*

La collecte de données s'est déroulée de septembre 2008 à février 2010 dans les 21 communautés sélectionnées dans la région du Québec.

## *Échantillonnage*

L'ERS a été réalisée à l'aide d'un échantillon stratifié à deux degrés.

Premier degré : Classification des communautés de chaque nation selon leur taille dans l'une des trois strates suivantes : petite (entre 75 et 299 habitants); moyenne (entre 300 et 1499 habitants); grande (1500 habitants et plus). Les communautés devaient compter plus de 75 habitants pour être retenues. Une sélection aléatoire des communautés a ensuite été réalisée dans chacune des strates. Dans le but d'augmenter la puissance statistique, les communautés de grandes tailles ont toutes été invitées à participer à l'ERS. Dans l'éventualité où pour une nation, une strate ne comptait qu'une seule communauté, cette dernière était automatiquement invitée à participer à l'enquête.

Deuxième degré : Répartition de la population des communautés sélectionnées selon huit strates établies en fonction de l'âge et du sexe :

Strate 1 : 0-11 ans/masculin.

Strate 2 : 0-11 ans/féminin.

Strate 3 : 12-17 ans/masculin.

Strate 4 : 12-17 ans/féminin.

Strate 5 : 18-54 ans/masculin.

Strate 6 : 18-54 ans/féminin.

Strate 7 : 55 ans+/masculin.

Strate 8 : 55 ans+/féminin.

Sélection aléatoire des individus dans chacune des strates. Cette sélection est réalisée à l'aide de la liste de bande de chacune des communautés participantes.

Le nombre de répondants dans l'échantillon était suffisant pour permettre de vérifier la signification statistique des résultats observés. Comme on peut le lire dans les chapitres de l'enquête, pour la plus grande part des résultats observés, on peut généraliser le résultat observé dans l'échantillon à l'ensemble de la population avec un risque d'erreur inférieur à 5 %, ou selon le cas, inférieur à 1%.

### Communautés participantes à l'ERS 2008

Nation (8)	Taille	Communauté (21)	Échantillon	Population	% de la pop. interrogée
Abénakis	Moyenne	Odanak	50	309	16,2 %
Algonquins	Grande	Kitigan Zibi	122	1535	7,9 %
		Lac Simon	174	1403	12,4 %
	Moyenne	Pikogan	95	567	16,8 %
		Timiskaming	86	604	14,2 %
		Eagle Village	55	261	21,1 %
Atikamekw	Grande	Manawan	167	2122	7,9 %
		Opitciwan	183	2117	8,6 %
	Moyenne	Wemotaci	118	1307	9,0 %
Hurons-Wendat	Moyenne	Wendake	111	1332	8,3 %
Innus	Grande	Betsiamites	252	2848	8,8 %
		Mashteuiatsh	183	2022	9,1 %
		Uashat Mak Mani-Utenam	246	3080	8,0 %
		Matimekush-Lac John	87	729	11,9 %
	Moyenne	Natashquan	128	916	14,0 %
		Pakua Shipi	50	314	15,9 %
		Unamen Shipu	96	1016	9,4 %
		Essipit	38	177	21,5 %
Mi'gmaq	Grande	Listuguj	220	2000	11,0 %
	Moyenne	Gesgapegiag	72	608	11,8 %
Mohawks	Moyenne	Kanesatake	94	1328	7,1 %
Naskapis	Moyenne	Kawawachikamach	64	614	10,4 %
<b>Total</b>			<b>2691</b>	<b>27209</b>	<b>9,9 %</b>

## *Pondération*

Toutes les données exposées dans l'ERS ont été pondérées afin d'illustrer une estimation de la population totale des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés.

## *Limite de représentativité de la nation Mohawk*

Bien que la nation Mohawk au Québec soit composée de Kahnawake, Kanesatake et une portion d'Akwesasne, la seule communauté à avoir participé à l'ERS est Kanesatake. D'une part, la communauté d'Akwesasne a été exclue du plan d'échantillonnage de la région du Québec car la majorité de ses habitants vivent du côté ontarien de la frontière provinciale. D'autre part, la communauté de Kahnawake, où habite la majorité des Mohawks du Québec, a préféré ne pas participer à l'ERS. Pour ces raisons, il est impossible de produire des estimations qui puissent être appliqués à l'ensemble de la nation Mohawk au Québec.

## *Zone géographique*

Certaines des données de l'ERS sont présentées selon la zone géographique. Cette dernière fait référence au degré d'isolement des communautés des répondants. Cette mesure de l'isolement géographique est basée sur un système de zones élaboré par Affaire autochtones et développement du Nord Canada (AADNC).

Zone 1 : La communauté est située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 2 : La communauté est située entre 50 et 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 3 : La communauté est située à plus de 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 4 : La communauté n'a pas de route d'accès ouverte reliée à l'année longue à un centre de service

Centre de services : La localité la plus proche où les membres de la communauté doivent se rendre pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.





## FAITS SAILLANTS

### *Enfants (0-11 ans)*

- Deux principaux obstacles sont rencontrés : en 2008, 14,5 % des parents ayant des enfants estiment que la liste d'attente est trop longue (comparativement à 14,9 % en 2002), et 9,7 % affirment qu'il n'y a pas de médecin ou d'infirmier dans leur région.
- Les difficultés liées à l'accès à des soins traditionnels diminuent : en 2002, 8,1 % des répondants en ont mentionné, ils sont 4,2 % en 2008. Il en est de même pour la non-prise en charge des frais par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) (9,7 % en 2002, 3,7 % en 2008).

### *Adolescents (12-17 ans)*

- Soixante-quatre pourcent (63,5 %) des adolescents ont consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire au cours des douze derniers mois précédant l'enquête; 12,5 % ont tout de même affirmé n'en avoir jamais consulté.
- Soixante-dix-neuf pourcent (78,8 %) des adolescents affirment n'avoir jamais consulté un guérisseur traditionnel; et ce tant chez les garçons que chez les filles (79,0 %).
- Onze pourcent des adolescents ont indiqué avoir été hospitalisés au courant des douze mois précédant l'enquête. Parmi eux, 9,1 % sont des garçons et 12,9 % des filles.

### *Adultes (18-54 ans)*

- En 2008, 56,3 % des adultes ont estimé qu'ils bénéficient du même niveau d'accessibilité à des services de santé par rapport à la population canadienne comparativement à 45 % en 2002.
- On observe une baisse significative dans le recours à la médecine traditionnelle : en 2008, 31,8 % des adultes l'ont utilisée, comparé à 37,8 % des adultes en 2002.
- Depuis 2002, les deux principaux obstacles pour obtenir des soins de santé demeurent les mêmes et semblent s'amplifier : 1) des listes d'attentes sont trop longues (26,4 % en 2002 et 27,9 % en 2008) et 2) l'absence de médecin et d'infirmier dans leur région (avec 13,9 % en 2002 et 15,7 % en 2008).
- En 2002 et 2008, pour les soins de santé offerts par le Programme des services de santé non assurés (SSNA), la principale difficulté demeure l'accès à des médicaments : 17,6 % des adultes estimaient leur accès difficile; en 2008, ils étaient 13,2 %.
- Cinquante-neuf pourcent (58,3 %) des adultes ont affirmé ne pas avoir accès à un professionnel des soins de santé primaires. De plus, 12,4 % indiquent avoir changé deux fois ou plus de professionnel.

- Le changement fréquent de professionnel de soins de santé primaire semble être relié au manque de médecins ou d'infirmiers: 28 % des adultes ont indiqué avoir changé plus de deux fois de professionnel de soins de santé primaire.
- Les adultes qui ont répondu le plus souvent avoir été hospitalisés ont un revenu inférieur à 20 000 \$ par an (21 %).
- Soixante-dix-sept pourcent (76,7 %) se disent très satisfait ou satisfaits des soins de santé offerts dans leur communauté; 9,7 % ont indiqué être insatisfaits à très insatisfaits.

### *Aînés (55 ans et plus)*

- Quarante-deux pourcent (41,5 %) des adultes ayant eu recours à la médecine traditionnelle sont âgés de 55 à 65 ans.
- Les adultes de 55 à 64 ans expriment le plus souvent avoir rencontré des obstacles à l'accès de services de santé : 35,1 % d'entre eux estiment que les listes d'attentes sont trop longues, et 19,4 % affirment qu'il n'y a pas de médecin ni d'infirmier dans leur région.
- Les répondants les plus souvent hospitalisés au courant des douze mois précédant l'enquête sont âgés de 65 ans et plus (21,5 %); 19 % ont entre 55 et 64 ans.

## RÉSUMÉ

Ce chapitre aborde la question de l'accès aux services de soins de santé sous l'angle de la disponibilité et de l'utilisation des services de soins de santé offerts dans et par les communautés des Premières Nations du Québec. Il permet d'analyser l'accès aux services de santé, la satisfaction de la population des Premières Nations face à l'offre de services de santé et la fréquence des hospitalisations. De manière générale, on observe que l'accès à de nombreux soins de santé est difficile, notamment en raison d'obstacles de nature économique et systémique, mais aussi reliés à des besoins spécifiques aux Premières Nations. Les deux principaux obstacles relevés sont l'absence de médecins et d'infirmiers de manière permanente dans les communautés et le fait que les listes d'attente pour obtenir des soins dans le réseau de santé québécois demeurent trop longues. De plus, la majorité des répondants déclarent qu'ils ne bénéficient pas d'un professionnel de soins de santé primaire (tel un médecin de famille). Par ailleurs, l'utilisation de la médecine traditionnelle est fréquente et se procurer des remèdes traditionnels ne représente pas une difficulté. Enfin, les répondants à l'enquête se considèrent souvent satisfaits ou très satisfaits des services de santé offerts dans leurs communautés.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	15
PARTIE 1 : PORTRAIT DES SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS (Données communautaires) .....	18
1. Disponibilité des services de santé dans les communautés .....	18
PARTIE 2 : ANALYSE DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE (ERS 2008) .....	21
2. Accès aux soins de santé.....	21
2.1 Perception du niveau d'accessibilité par rapport à la population canadienne .....	21
2.2 Utilisation de services de soins de santé chez les adolescents .....	23
2.3 Recours à la médecine traditionnelle.....	25
2.4 Difficultés d'accès à des remèdes traditionnels.....	27
2.5 Obstacles rencontrés pour obtenir des soins de santé.....	28
2.6 Difficulté d'accès à des soins de santé offerts par le Programme des services de santé non assurés (SSNA).....	35
2.7 Changements de professionnels des soins de santé primaires .....	39
3. Hospitalisation .....	43
4. Satisfaction envers les soins de santé et les services sociaux.....	47
4.1 Satisfaction envers les soins de santé offerts dans la communauté.....	47
4.2 Satisfaction envers les services sociaux offerts dans la communauté.....	50
DISCUSSION .....	51
CONCLUSION .....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	58

*Liste des tableaux*

Tableau 1 : Perception du niveau d'accessibilité aux services de santé comparativement à la population canadienne, selon la nation.....	22
Tableau 2 : Perception du niveau d'accessibilité aux services de santé comparativement à la population canadienne, selon la zone géographique.....	22
Tableau 3 : Distribution des fréquences pour les adolescents qui ont utilisé des services de santé, selon le type de service consulté .....	23

Tableau 4 : Adolescents qui ont consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire, selon la zone d'isolement géographique .....	24
Tableau 5 : Adolescents qui ont eu recours à des services de soutien ou d'examen psychologique, ou tout autre service en santé mentale, selon la zone géographique.....	24
Tableau 6 : Recours à la médecine traditionnelle selon la zone géographique.....	26
Tableau 7 : Répartition des difficultés rencontrées pour se procurer des remèdes traditionnels.....	28
Tableau 8 : Obstacles rencontrés chez les adultes pour obtenir des soins de santé, selon la zone géographique .....	31
Tableau 9 : Obstacles rencontrés chez les adultes pour obtenir des soins de santé, selon le genre.....	32
Tableau 10 : Obstacles rencontrés chez les adultes pour obtenir des soins de santé, selon le groupe d'âge.....	33
Tableau 11 : Obstacles rencontrés chez les adultes pour obtenir des soins de santé, selon le revenu annuel du ménage.....	34
Tableau 12 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon la nation .....	36
Tableau 13 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon la zone géographique.....	37
Tableau 14 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon le genre.....	37
Tableau 15 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon le groupe d'âge.....	38
Tableau 16 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon le revenu annuel du ménage...	38
Tableau 17 : Fréquence des changements de professionnel des soins de santé primaires, selon leur nombre et la nation...	39
Tableau 18 : Fréquence des changements de professionnel des soins de santé primaires, selon leur nombre et la zone géographique.....	40
Tableau 19 : Fréquence des changements de professionnel des soins de santé primaires, selon leur nombre et le genre ....	40
Tableau 20 : Hospitalisation des adultes, des adolescents et des enfants, selon la nation .....	43
Tableau 21 : Hospitalisation des adultes, des adolescents et des enfants, selon la zone géographique.....	44
Tableau 22 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon la nation .....	47
Tableau 23 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon la zone géographique.....	48
Tableau 24 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon le genre des répondants .....	48
Tableau 25 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon le groupe d'âge des répondants .....	49
Tableau 26 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon le revenu annuel du ménage des répondants.....	49
Tableau 27 : Satisfaction des répondants adultes sur les services sociaux offerts dans leur communauté .....	50

*Liste des figures*

Figure 1 : Présence de professionnels de la santé dans les communautés.....	19
Figure 2 : Distribution des services de santé disponibles dans les communautés.....	20
Figure 3 : Perception du niveau d'accessibilité aux services de santé comparativement à la population canadienne .....	21
Figure 4 : Recours à la médecine traditionnelle, selon la nation.....	25
Figure 5 : Recours à la médecine traditionnelle selon le groupe d'âge.....	26
Figure 6 : Obstacles rencontrés chez les répondants adultes pour obtenir des soins de santé .....	29
Figure 7 : Obstacles rencontrés chez les enfants âgés de 0 à 11 ans pour obtenir des soins de santé.....	30
Figure 8 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA.....	35
Figure 9 : Fréquence des changements de professionnel des soins de santé primaires, selon leur nombre et le groupe d'âge .....	41
Figure 10 : Changements de professionnel des soins de santé primaires selon leur nombre et le revenu annuel du ménage .....	42
Figure 11 : Hospitalisation des adultes, des adolescents et des enfants, selon le groupe d'âge.....	45
Figure 12 : Hospitalisation des adultes, selon le revenu annuel du ménage.....	46




## INTRODUCTION

Selon Santé Canada, l'accès à des soins de santé est définie « soit comme la disponibilité des services, soit comme l'utilisation des services de santé par les personnes ayant besoin de soins (cité de Waters, 2000), ou l'égalité quant à la qualité des soins reçus » (Santé Canada, 2001 :18). Il convient de retenir que la notion d'accès à des services de santé par des populations est souvent basée sur celle de l'utilisation. Or, d'après le rapport sur l'équité et la sensibilisation du système des soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées de Santé Canada (2001), une mise en garde est nécessaire : « les différences d'utilisation ne se traduisent par toujours par des difficultés d'accès » (Santé Canada, 2001 :23). En fait, le terme d'accès peut décrire « la disponibilité, la facilité de contact, l'adaptation aux besoins linguistiques et culturels et la satisfaction de savoir que des soins de qualité équivalents ont été reçus » (Santé Canada, 2001 :24) et dépasse donc le seul fait d'utiliser des services ou non.

La *Loi canadienne sur la santé* « exige des provinces qu'elles "offrent les services de santé assurés selon des modalités uniformes et qu'elles ne fassent pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services ". C'est le principe d'accessibilité » (Bowen, 2001 : 18). Cependant, d'après le *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008), un des défis à relever au niveau de la santé des Premières Nations demeure d'améliorer l'accessibilité des soins de santé pour toutes les populations, et plus précisément relever « le défi de la parité en santé pour les Premières Nations » (CSSSPNQL, 2008 : 35), et ce, afin de leur permettre de profiter, au même titre que les Canadiens, des progrès en matière de santé et de qualité de vie (CSSSPNQL, 2008).

Au Canada, la question des inégalités en matière de santé et de l'accès aux services de santé a le plus souvent été analysée et traitée en fonction du revenu, et dans une plus petite mesure, de la région : « les recherches menées au Canada ont davantage mis l'accent sur les différentes habitudes d'utilisation selon le revenu plutôt que sur les différences relatives à la langue, à la culture ou à l'origine ethnique, et ce parce que le régime d'assurance-maladie au Canada a été conçu de façon à abolir les barrières financières à l'accès au régime de soins de santé » (Bowen, 2002 :18). Pourtant, l'enjeu majeur de l'accessibilité aux services reste notamment économique, et par exemple, aucune loi ne stipule à qui incombe la responsabilité de payer pour les services d'interprétation.

Au Canada et au Québec, la prestation et le financement des services de soins de santé dépendent des différents paliers de gouvernement. Pour les Autochtones, cela s'applique également mais cela se fait selon la nature des services offerts et leur lieu de résidence, soit dans les communautés non conventionnées, dans les communautés conventionnées ou hors communauté (Gouvernement du Québec, 2007 : 6). Ainsi, pour les Autochtones, les frais hospitaliers et médicaux sont couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux au même titre que les Canadiens. De plus, au niveau du financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones, des règles générales stipulent que « les Autochtones, peu importe leur lieu de résidence au Québec, sont couverts par la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29) et sur la Loi sur l'assurance-



hospitalisation (L.R.Q., c. A-28); [...] ont droit à un accès égal aux services de santé et aux services sociaux du réseau québécois, au même titre que pour l'ensemble des Québécois; le financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones est une responsabilité partagée entre le Québec et le Canada selon le lieu de résidence et la nature des services offerts » (Gouvernement du Québec, 2007 :12).

Les Autochtones inscrits et les Inuit sont également admissibles aux programmes de santé appliqués par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada (Santé Canada, 2001). Santé Canada finance notamment le Programme de services de santé non assurés (SSNA) qui « défraie le coût des médicaments prescrits, des soins de la vue, des soins dentaires, de certains équipements et fournitures médicales, du transport pour raison médicale et des interventions en situation de crise (suivi psychologique) » (Gouvernement du Québec, 2007 : 8). Par ailleurs, il existe des centres de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, dont cinq sont destinés à la clientèle autochtone adulte, et un qui répond aux besoins de jeunes de 12 à 17 ans (Gouvernement du Québec, 2007).

Par ailleurs, de nombreuses Premières Nations vivent dans des régions isolées où il y a peu d'accès à des services de santé financés par les provinces. En fait, près de la moitié des répondants aux enquêtes régionales des Premières Nations et des Inuit ne bénéficient pas du même niveau de services que le reste du Canada » (Assemblée des Premières Nations, 2000, cité par Santé Canada, 2001 :30). Plusieurs obstacles sont effectivement rencontrés par les populations insuffisamment servies (dont les Premières Nations) qui désirent accéder aux services de santé (Santé Canada, 2001).

Parmi les principaux obstacles, la disponibilité des services de santé est relevée. D'après Santé Canada (2001), une personne pourrait ne pas avoir accès à un service parce que : 1) il n'est pas garanti par l'assurance-maladie; 2) il est financé mais indisponible au moment nécessaire à cause de longues listes d'attentes; 3) il n'est pas disponible de manière équitable à cause de facteurs géographiques, tel que l'isolement. De plus, des obstacles financiers (explicités aux services de santé assurés, non assurés ou à d'autres frais associés à l'accès) existent et se caractérisent par le fait qu'un service est disponible mais qu'il en coûte quelque chose pour s'en servir. Les obstacles non-financiers à la prestation des services incluent, quant à eux, les difficultés qui empêchent de prendre un premier contact avec les services de santé tel qu'en raison de problèmes linguistiques, des installations inaccessibles, ou la pratique de certains soins qui découragent l'utilisation par certaines populations (Santé Canada, 2001). Enfin, des obstacles au traitement équitable dans l'accès à des services de santé, qui peuvent faire référence à des problèmes de communication engendrant un mauvais diagnostic, des traitements différents prescrits selon l'appartenance à un certain groupe ou encore le manque de connaissances sur les affections ou l'efficacité des traitements pour certains groupes.

De plus, il est important de souligner que la plupart des services de santé ne sont pas offerts aux peuples autochtones vivant dans leurs communautés. Par conséquent, ils sont souvent contraints de quitter leur communauté, de se rendre ou de vivre proches de centres urbains pour recevoir des traitements et des services (CCNSA, 2011). Aussi, les peuples autochtones font « fréquemment état du manque de respect et de compassion qu'on leur témoigne, de même que de racisme et de discrimination éhontés » (Aboriginal Health Center of Winnipeg, 1997, Association canadienne des infirmières et infirmiers, 1995, cités par Santé Canada, 2001 :31). Ces deux études sont d'ailleurs appuyées par le constat que la plupart des professionnels de la santé sont souvent peu exposés aux aspects culturels des Autochtones durant leur formation (Santé Canada, 2001).



Néanmoins, au Canada, les pratiques de guérison et la médecine traditionnelle en contexte autochtone sont de plus en plus valorisées et reconnues comme appropriées. Un exemple de cette évolution pourrait être la création du Guide alimentaire canadien pour les Premières Nations, les Inuit et les Métis (Santé Canada, 2007). La guérison traditionnelle est d'ailleurs définie dans le Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) comme :

*« des pratiques conçues pour favoriser le bien-être mental, physique et spirituel et qui sont basées sur des croyances antérieures à la propagation de la bio-médecine scientifique occidentale. Quand les peuples autochtones du Canada parlent de guérison traditionnelle, cela inclut un vaste éventail d'activités, depuis les cures physiques à base de plantes médicinales et autres remèdes, à la promotion du bien-être psychologique et spirituel à l'aide de cérémonie, de counselling et de la sagesse accumulée des Anciens »*

(CRPA, 1996, vol. 3, : 348, cité dans NAHO, 2010 :1)

Les services offerts par des guérisseurs traditionnels présents dans les communautés représentent un service ponctuel, qui n'est pas nécessairement intégré avec le reste des services de soins de santé dispensés par d'autres professionnels de la santé tels des médecins ou des infirmiers. Cependant, le recours à des guérisseurs traditionnels est aussi une prestation de santé admissible aux Premières Nations admissibles en vertu du Programme des services de santé non assurés – SSNA (Santé Canada, 2008).

À la lumière de ces éléments contextuels, le but de ce chapitre est de dresser un portrait de la disponibilité et de l'utilisation de services de soins de santé offerts dans et par les communautés des Premières Nations du Québec. Pour cela, on se concentre sur les questions portant sur l'utilisation de services de soins de santé et les obstacles rencontrés, la satisfaction des services et l'hospitalisation. Ainsi, en fonction de facteurs tel que la nation d'appartenance, le groupe d'âge et le genre des répondants à l'enquête, une analyse descriptive est présentée au sujet de : a) l'accès aux services de santé; b) la satisfaction des membres de la population et des patients face à l'offre de services de santé; et c) la fréquence des hospitalisations et de l'utilisation de services d'urgence.

# PARTIE 1 : PORTRAIT DES SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS (DONNÉES COMMUNAUTAIRES)

## 1. DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS

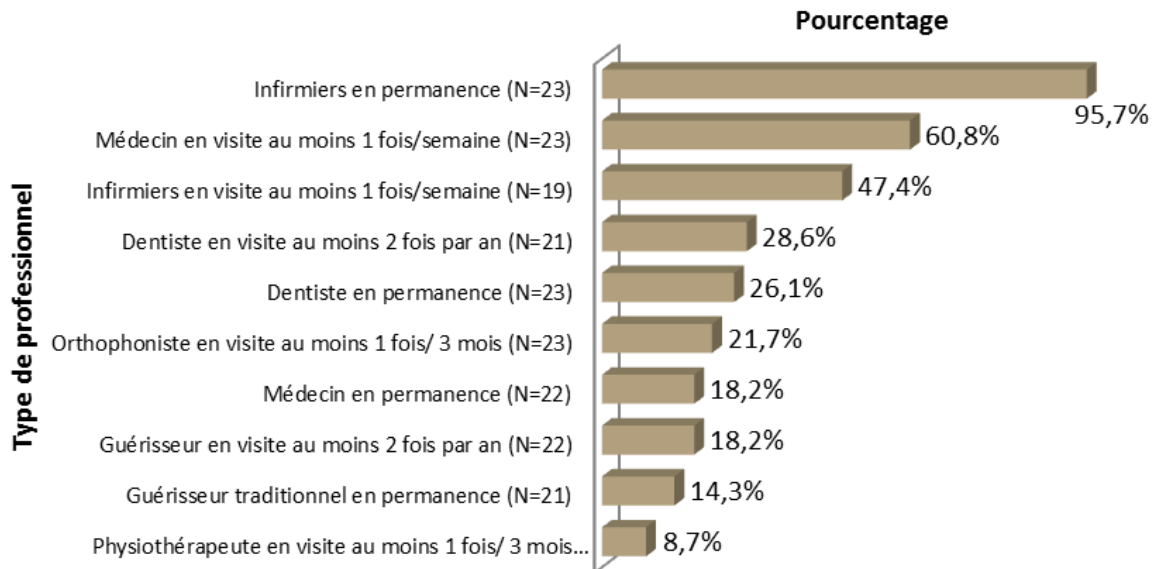
Les données présentées sont issues des réponses apportées aux questionnaires communautaires administrés dans le cadre de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008). Ces informations ont souvent été communiquées par un seul répondant de la communauté; elles ne sont pas établies à partir d'un recensement administratif officiel. Les résultats obtenus permettent toutefois de tirer un portrait général des services de santé existants dans les communautés des Premières Nations du Québec.

En ce qui concerne l'existence de services ambulanciers, de services d'urgence et d'intervention d'urgence, on observe que :

- Parmi 23 communautés, cinq d'entre elles disposeraient de leur propre service ambulancier (incluant un véhicule et un opérateur, qu'il s'agisse d'automobiles ou d'ambulances aériennes).
- Seize communautés sur 18 auraient accès à un service ambulancier externe situé à moins de 50 km.
- Pour 11 communautés sur 19, le délai d'intervention moyen du service ambulancier situé à l'extérieur de la communauté serait de 10 à 30 minutes, et pour quatre communautés (21,1 %) le délai serait de moins de 10 minutes.
- Neuf communautés sur 23 auraient leur propre équipe d'intervention d'urgence constituée de bénévoles qui ont reçu une formation de base leur permettant d'intervenir en cas de catastrophe naturelle ou d'incendie, de dispenser des soins médicaux d'urgence et d'effectuer des activités de recherche et de sauvetage; ces équipes visent à aider les professionnels qui interviennent en cas d'urgence.

En ce qui concerne les professionnels de la santé exerçant dans la communauté, la majorité des communautés (22 sur 23 d'entre elles) bénéficient de la présence permanente d'un infirmier et de la visite au moins une fois par semaine d'un médecin (14 communautés sur 23). De plus, cinq communautés sur 23 (21,7 %) bénéficient des services d'un orthophoniste au moins une fois tous les trois mois et six communautés sur 23 (26,1 %) d'un dentiste en visite au moins deux fois par an. Les professionnels qui exercent le moins souvent des visites sont les physiothérapeutes et les guérisseurs traditionnels : trois communautés sur 23 (18,2 %) ont un guérisseur traditionnel en permanence, et deux communautés sur 23 (8,7 %) reçoivent la visite d'un physiothérapeute au moins une fois tous les trois mois (Figure 1).

Figure 1 : Présence de professionnels de la santé dans les communautés



Pour alléger la figure, les catégories « non » et « ne sais pas » ne sont pas illustrées.

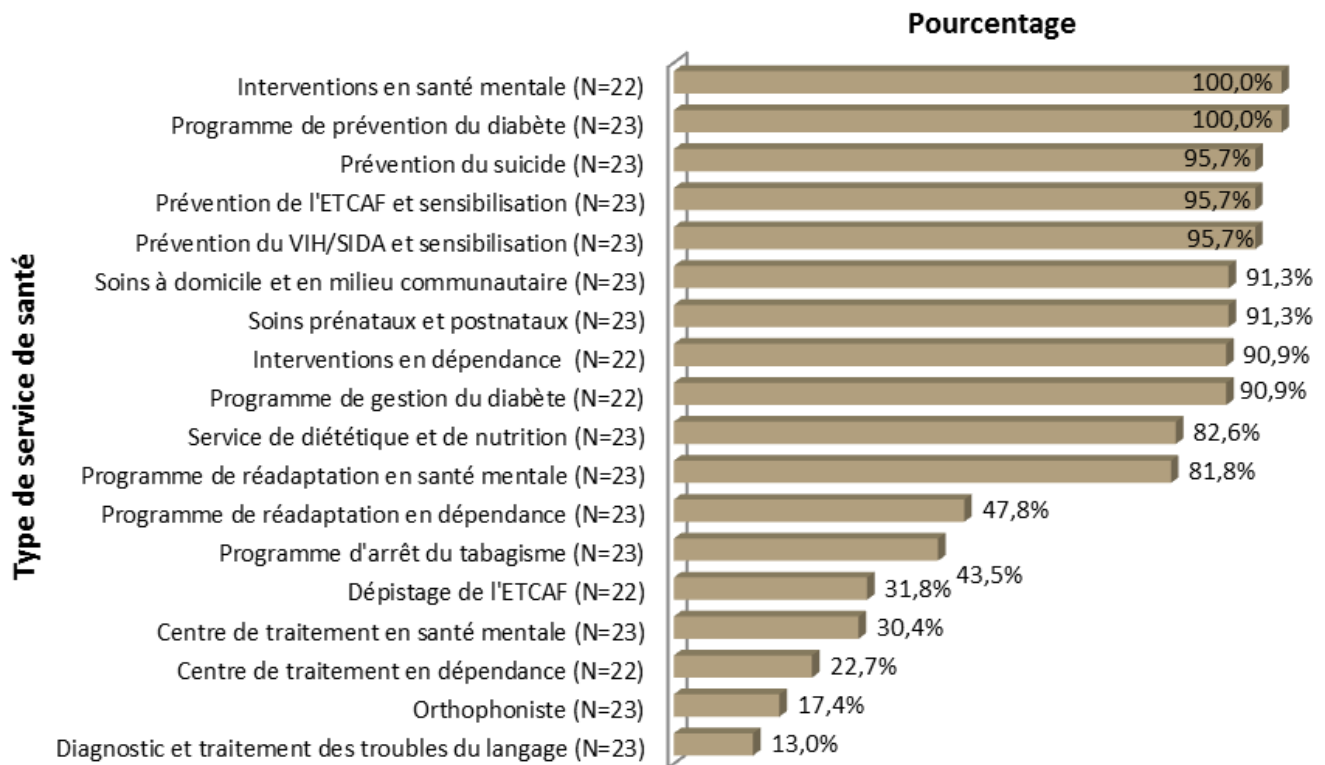
La quasi-totalité des communautés, soit 22 communautés sur 23 disposent d'un centre de santé communautaire. Aussi, huit communautés sur 23 ont une résidence ou un centre pour personnes âgées. Toutefois, seules deux communautés sur 23 disposent d'une maison de transition de l'hôpital au domicile. Par ailleurs, la proportion des professionnels de la santé présents dans la communauté et qui sont Premières Nations est relativement faible. Dans l'ensemble, les répondants estiment que 82,6 % des médecins, 95,7 % des dentistes et 31,8 % des infirmiers ne sont pas Premières Nations. Plus particulièrement, pour huit communautés sur 22, on observe que 1,0 % à 24,0 % des infirmiers présents dans la communauté sont Premières Nations; dans quatre communautés sur 22, entre 50,0 % à 74,0 % des infirmiers le sont.

Par ailleurs, aucune communauté des Premières Nations participant à l'enquête ne possède un hôpital. Pour la majorité d'entre elles, soit neuf communautés sur 22, l'hôpital le plus proche se situe à moins de 25 km. Pour six communautés, il se situe à 100 km et plus; pour cinq communautés, il se situe entre 25 et 49 km. Pour la majorité des communautés, cet hôpital est accessible par la route à l'année (19 communautés sur 23). Néanmoins, pour quatre d'entre elles, l'hôpital n'est accessible que par avion.

Dans toutes les communautés des Premières Nations participant à l'enquête, des interventions en santé mentale et des programmes de prévention du diabète sont disponibles (Figure 2). La majorité, des communautés (18 communautés et plus sur 22), effectuent de la prévention/sensibilisation au sujet du suicide et des troubles causés par l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) et du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise

(VIH/SIDA), offrent des soins à domicile et en milieu communautaire, des soins prénataux et postnataux ainsi que des interventions en dépendance, et disposent d'un programme de gestion du diabète et de traitement en santé mentale et de services de diététique et de nutrition. À l'inverse, les services de santé les moins disponibles dans les communautés sont le diagnostic et le traitement des troubles du langage et les services d'un orthophoniste. En ce qui concerne les services de guérison traditionnels, 21,7 % des communautés estiment qu'ils sont disponibles par le biais du système ou du programme de santé communautaire.

**Figure 2 : Distribution des services de santé disponibles dans les communautés**



Pour alléger la figure, les catégories « non » et « ne sais pas » ne sont pas illustrées.

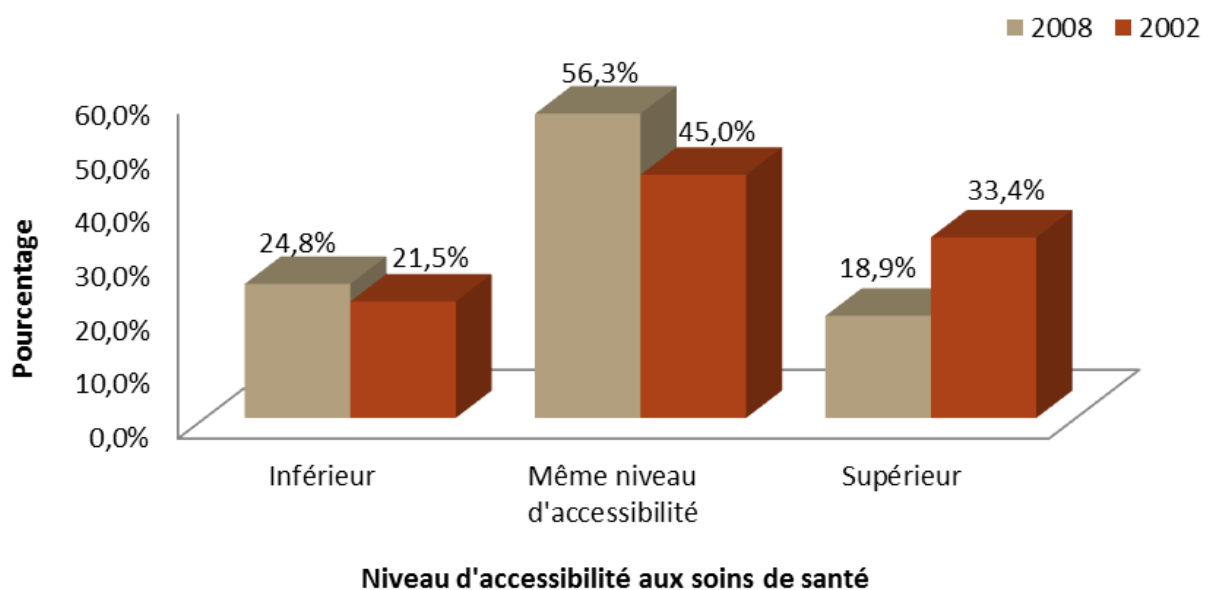
## PARTIE 2 : ANALYSE DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE (ERS 2008)

## 2. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

2.1 Perception du niveau d'accessibilité par rapport à la population  
canadienne

En 2002, d'après l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002 (ERS 2002), 45,0 % des répondants adultes estimaient que le niveau d'accessibilité aux services de santé était le même que celui de la population canadienne. En 2008, cette proportion est de 56,3 % (Figure 3). De plus, en 2002, 21,5 % des adultes estimaient qu'ils avaient un niveau d'accessibilité inférieur, tandis qu'en 2008, 24,8 % des adultes le pensent ( $p < 0,0001$ ). Enfin, entre 2002 et 2008 on observe significativement moins de répondants estimant que le niveau d'accessibilité est supérieur à celui de la population canadienne (33,4 % et 18,9 % respectivement).

Figure 3 : Perception du niveau d'accessibilité aux services de santé comparativement à la population canadienne (en 2008, N = 17 009; en 2002, N=14 753)



D'après le tableau 1, les Hurons-Wendat expriment le plus souvent que le niveau d'accessibilité aux services de santé est du même niveau ou supérieur par rapport à la population canadienne. Il est intéressant de noter que 67,1 % des Mi'gmaq estiment avoir un niveau d'accessibilité supérieur, tandis qu'à l'inverse, 63,8 % des Mohawks estiment un niveau inférieur.

**Tableau 1 : Perception du niveau d'accessibilité aux services de santé comparativement à la population canadienne, selon la nation (N = 19 068)**

Niveau d'accessibilité	Nation							
	Atikamekw	Mi'gmaq	Mohawks	Innus	Naskapis	Abénakis	Algonquins	Hurons-Wendat
Inférieur	19,0%	2,3%	63,8%	23,1%	39,7%	21,4%	24,0%	3,2%
Même niveau	51,4%	27,3%	32,6%	56,9%	35,7%	58,9%	52,2%	51,3%
Supérieur	11,1%	67,1%	1,6%	10,9%	9,7%	19,7%	6,7%	44,5%
Ne sais pas	17,8%	2,5%	2,1%	8,6%	14,9%	0,0%	16,5%	1,0%

En analysant le rapport entre les perceptions liées au niveau d'accessibilité aux services de santé et la zone géographique dans laquelle résident les répondants à l'enquête (Tableau 2), on note que la majorité des adultes estimant avoir le même niveau d'accessibilité que la population canadienne vivent en zone 3 (70,3 %). De plus, ceux qui considèrent ce niveau inférieur sont le plus souvent en zone 4 (22,5 %).

**Tableau 2 : Perception du niveau d'accessibilité aux services de santé comparativement à la population canadienne, selon la zone géographique (N=19 068)**

Niveau d'accessibilité	Zone géographique			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Inférieur	21,7%	17,7%	11,3%	22,5%
Même niveau d'accessibilité	49,9%	53,7%	70,3%	48,6%
Supérieur	20,4%	12,2%	4,0%	16,3%
Ne sais pas	7,7%	14,5%	13,4%	12,4%
Refus	0,4%	1,8%	1,0%	0,2%

On observe aussi que les femmes considèrent plus souvent que les services de santé sont accessibles au même niveau que la population canadienne (51,8 %). Les hommes ont quant à eux indiqué plus souvent que le niveau est inférieur (25,0 %).

Il est également intéressant de noter que 52,1 % des adultes de 18 à 34 ans et 49,9 % des 35 à 54 ans estiment avoir un même niveau d'accessibilité que la population canadienne. Pour les 55 à 64 ans et les 65 ans et plus, ces proportions sont respectivement de 49,0 % et 45,8 %.

Toutefois, il est à noter que la majorité des adultes qui ont indiqué que le niveau d'accessibilité aux services de santé est semblable à celui de la population canadienne ont un revenu annuel de plus de 70 000 \$ (56,2 %), tandis que la proportion la plus élevée de ceux qui estiment que ce niveau est inférieur ont un revenu de moins de 20 000 \$ (26,4 %).

## 2.2 Utilisation de services de soins de santé chez les adolescents

D'après le tableau 3, 63,5 % des adolescents ont consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. De plus, 12,5 % des adolescents ont affirmé n'avoir jamais consulté de médecin ou d'infirmier. En 2008, 76,6 % des adolescents mentionnent n'avoir jamais utilisé des services de soutien ou d'examen psychologique, ou tout autre service de santé mentale; en 2002, 80,9 % des adolescents indiquaient ne les avoir jamais utilisés. De plus, en 2008, 8,4 % des adolescents affirment avoir utilisé ces services au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 7,7 % en 2002.

**Tableau 3 : Distribution des fréquences pour les adolescents qui ont utilisé des services de santé, selon le type de service consulté (N = 3 661)**

Type de service consulté	Moment de la dernière consultation					Refus
	Jamais	Au cours des 12 derniers mois	1 à 2 ans	Plus de 2 ans	Ne se souvient pas	
Consultation chez un médecin/un infirmier en santé communautaire	12,5%	63,5%	7,6%	5,6%	8,3%	2,5%
Service de soutien psychologique, examen psychologique ou autre service en santé mentale	76,6%	8,4%	2,8%	3,8%	4,2%	4,3%

Parmi les adolescents qui ont indiqué avoir consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire, 58,3 % sont âgés de 12 à 14 ans et 66,7 % de 15 à 17 ans; on note aussi que 58,3 % de l'ensemble des répondants sont des garçons et 69,0 % sont des filles.

Selon la répartition par nation, on observe que 93,7 % des Mohawks et 74,2 % des Abénakis ont consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire au cours des 12 mois précédant l'enquête. Toutefois, les adolescents naskapis mentionnent le plus souvent que leur dernière consultation remonte à entre un et deux ans (19,1 %); par ailleurs, 8,2 % des Algonquins affirment que leur dernière visite remonte à plus de deux ans.

D'après le tableau 4, les adolescents ont le plus souvent consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire au cours des 12 mois précédant l'enquête, notamment pour les adolescents vivant en zone 4 (67,4 %). Il est intéressant de noter que ceux habitant en zone 3 sont les plus nombreux à n'avoir jamais consulté.

**Tableau 4 : Adolescents qui ont consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire, selon la zone d'isolement géographique (N = 3 661)**

Consultation d'un médecin ou d'un infirmier en santé communautaire	Zone géographique			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Jamais	13,5%	4,1%	21,7%	9,3%
Au cours des 12 derniers mois	64,6%	63,4%	55,8%	67,4%
1 à 2 ans	8,3%	11,9%	1,4%	6,7%
Plus de 2 ans	6,4%	5,8%	1,4%	3,1%
Je ne me souviens pas	6,5%	9,4%	15,7%	7,6%
Refus	0,8%	5,4%	4,0%	6,0%

Par ailleurs, 10,2 % des 12 à 14 ans et 7,3 % des 15 à 17 ans ont utilisé des services de soutien ou d'examen psychologique, ou tout autre service en santé mentale. Parmi eux, 7,7 % sont des garçons et 9,2 % sont des filles. Selon la répartition par nation, 93,3 % des adolescents mi'gmaq et 81,1 % des Innus affirment n'avoir jamais eu recours à des services de soutien ou d'examen psychologique, ou tout autre service en santé mentale. De plus, 20,4 % des Naskapis et 16,4 % des Hurons-Wendat affirment les avoir utilisés au cours des 12 mois précédant l'enquête; les Abénakis (18,6 %) ont le plus souvent mentionné quant à eux que leur dernière utilisation de ces services remontait à plus de deux ans.

De plus, dans le tableau 5, on note que la majorité des adolescents n'ont jamais eu recours à des services de soutien ou d'examen psychologique, ou tout autre service en santé mentale. On observe notamment que 81,4 % des adolescents vivant en zone 3 ne les ont pas utilisés.

**Tableau 5 : Adolescents qui ont eu recours à des services de soutien ou d'examen psychologique, ou tout autre service en santé mentale, selon la zone géographique (N= 3 661)**

Recours à des services de soutien ou d'examen psychologique ou autre service en santé mentale	Zone géographique			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Jamais	79,8%	68,9%	81,4%	73,8%
Au cours des 12 derniers mois	8,3%	8,4%	7,5%	4,5%
1 à 2 ans	3,1%	3,9%	0,0%	0,0%
Plus de 2 ans	3,1%	3,9%	1,2%	9,8%
Je ne me souviens pas	4,0%	4,1%	4,9%	4,3%
Refus	1,8%	11,0%	5,1%	7,6%

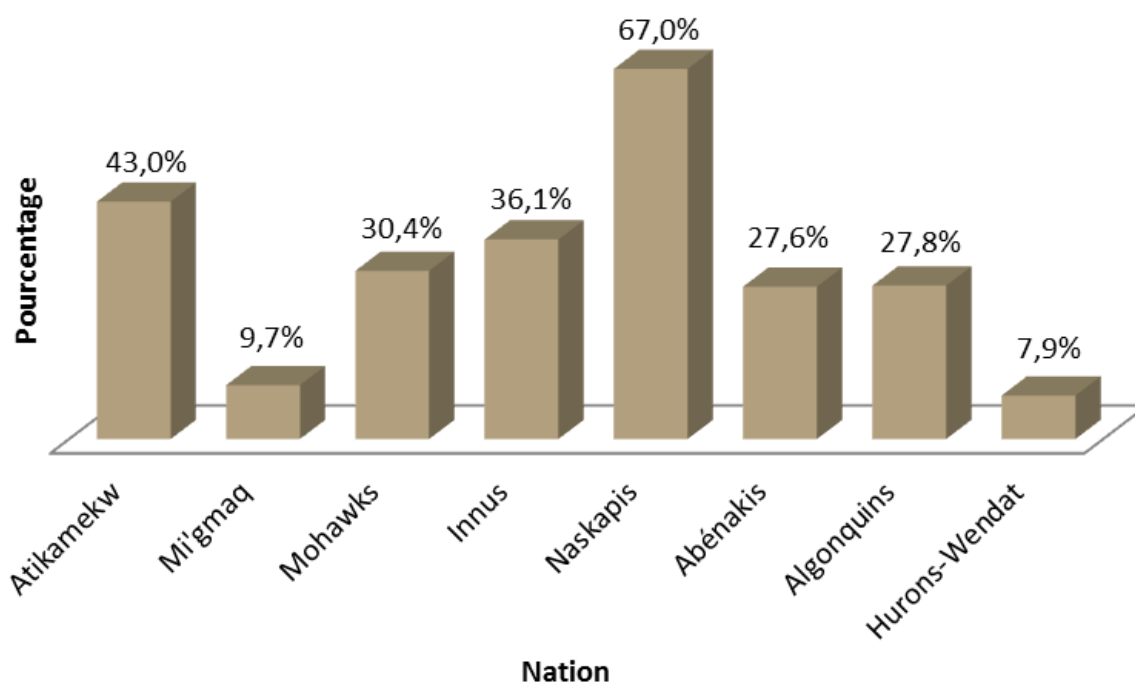


### 2.3 Recours à la médecine traditionnelle

En 2008, parmi les répondants à l'enquête, 31,8 % des adultes de 18 ans et plus affirment avoir eu recours à la médecine traditionnelle, comparativement à 37,8 % des adultes en 2002. On note donc une baisse significative entre 2002 et 2008 ( $p = 0,0009$ ). Par ailleurs, en 2002, 11,3 % des adolescents ont indiqué avoir consulté un guérisseur traditionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête; en 2008, cette proportion diminue à 7,8 % ( $p < 0,0001$ ).

Tel qu'illustré dans la figure 4, les Atikamekw (43,0 %), les Innus (36,1 %) et les Algonquins (27,8 %) sont ceux qui ont le plus souvent recours à la médecine traditionnelle (Figure 4). À l'inverse, 92,1 % des Hurons-Wendat et 89,9 % des Mi'gmaq n'y ont pas eu recours.

Figure 4 : Recours à la médecine traditionnelle, selon la nation (N = 19 068)



Pour alléger la figure, les catégories « non », « ne sais pas » et « refus » ne sont pas illustrées.

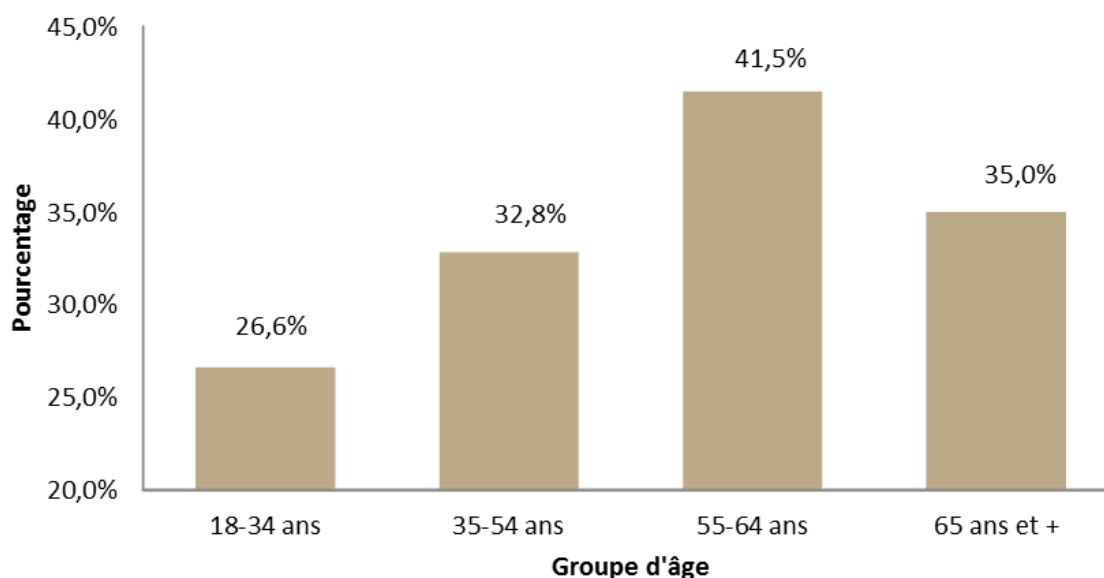
D'après le tableau 6, il peut également être retenu que la majorité des répondants adultes ayant affirmé avoir eu recours à la médecine traditionnelle résident en zone 1 (71,9 %). À l'inverse, les répondants en zone 4 indiquent le plus souvent ne pas y avoir eu recours (60,8 %).

**Tableau 6 : Recours à la médecine traditionnelle selon la zone géographique (N=19 068)**

Recours à la médecine traditionnelle	Zone géographique			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Oui	71,9 %	61,0 %	64,6 %	37,6 %
Non	26,7 %	36,1 %	35,2 %	60,8 %
Ne sais pas	1,1 %	2,9 %	0,2 %	1,7 %
Refus	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Parmi les répondants adultes, 32,2 % des hommes et 31,4 % des femmes ont affirmé avoir eu recours à la médecine traditionnelle. On peut également noter que les adultes âgés de 55 à 65 ans sont ceux qui y ont eu le plus recours, soit 41,5 % (Figure 5).

**Figure 5 : Recours à la médecine traditionnelle selon le groupe d'âge (N = 19 068)**



Pour alléger la figure, les catégories « non » et « ne sais pas » ne sont pas illustrées.

On observe aussi que parmi les adultes qui ont répondu avoir eu recours à la médecine traditionnelle, 35,7 % n'ont pas terminé des études secondaires et 35,1 % ont atteint le niveau universitaire; 19,7 % ont obtenu un diplôme d'études secondaires et 32,0 % un diplôme d'études collégiales ( $p < 0,0001$ ).

En ce qui a trait aux tendances reliées au revenu, il n'y a pas de différence notable dans les proportions des adultes ayant eu recours à la médecine traditionnelle ( $p = 0,5769$ ). On note que 36,2 % des adultes ayant un revenu annuel de 70 000 \$ et plus ont affirmé avoir eu recours à la médecine traditionnelle; de plus, 33,0 % de ceux ayant un revenu annuel de moins de 20 000 \$ par an y ont eu recours.

Par ailleurs, 78,8 % des adolescents ayant participé à l'enquête ( $N = 2\,886$ ) affirment n'avoir jamais consulté un guérisseur traditionnel (comparativement à 69,1 % en 2002); parmi eux 1 494 sont des garçons et 1 391 des filles. Enfin, 7,8 % ont mentionné avoir consulté un guérisseur traditionnel au cours des 12 mois précédents l'enquête, soit 8,1 % des 12 à 14 ans et 7,6 % des 15 à 17 ans.

Enfin, on note que le fait de parler une langue des Premières Nations ou non ne semble pas avoir d'influence sur le recours ou non à des remèdes traditionnels. En fait, 69,8 % des répondants adultes parlant une langue des Premières Nations ont indiqué ne pas être intéressés par l'utilisation de remèdes traditionnels.

## 2.4 Difficultés d'accès à des remèdes traditionnels

La majorité des adultes (85,3 %) des adultes ont affirmé n'avoir rencontré aucun problème lorsqu'ils ont essayé de se procurer des remèdes traditionnels (Tableau 17). En 2002, 47,4 % des adultes estimaient n'avoir eu aucune difficulté à se procurer des remèdes traditionnels. Ceci signifie ainsi qu'en comparaison à 2008, les remèdes traditionnels sont considérés plus faciles à trouver ( $p < 0,0001$ ).

De manière générale, en 2008, on observe que les répondants indiquent qu'ils savent où s'en procurer, qu'ils en connaissent les effets, peuvent en assumer les coûts et qu'ils ne se trouvent pas trop loin pour s'en procurer. On note toutefois que le fait que les remèdes traditionnels ne soient pas disponibles par le biais du système de santé est la difficulté la plus fréquemment indiquée (4,7 %).

**Tableau 7 : Répartition des difficultés rencontrées pour se procurer des remèdes traditionnels**

Difficulté rencontrée	Avez-vous rencontré des difficultés pour vous procurer des remèdes traditionnels?			
	Non		Oui	
	N	%	N	%
Aucun problème	894	14,7	5168	85,3
J'ignore où me les procurer	5814	95,9	248	4,1
Je ne peux en assumer le coût	6014	99,2	48	0,8
C'est trop loin pour me les procurer	5841	96,4	221	3,6
J'en ignore les effets	6050	99,8	12	0,2
Je ne les connais pas assez bien	5869	96,8	193	3,2
Ils ne sont pas disponibles par le biais du système de santé	5776	95,3	286	4,7
Ils ne sont pas couverts par les services de santé non assurés	5876	96,9	186	3,1

En ce qui concerne la répartition des réponses en fonction de la nation des répondants adultes, on peut retenir que les Naskapis (53,5 %) et les Atikamekw (38,0 %) ont exprimé le plus souvent n'avoir aucun problème à se procurer des remèdes traditionnels. À l'inverse, les plus faibles proportions sont enregistrées pour les Hurons-Wendat (5,4 %), les Mohawks (8,8 %) et les Mi'gmaq (9,0%), ce qui, comparativement aux autres nations, signifie que les répondants ont exprimé plus de difficulté à se procurer des remèdes traditionnels. D'ailleurs, les répondants vivant en zone 4 ont d'ailleurs indiqué le plus souvent ne rencontrer aucun problème (54,1 %), tandis que ceux en zone 1 semblent rencontrer plus de difficultés (22,9 %).

Il apparaît que les adultes âgés de 55 à 64 ans sont ceux qui ont le plus souvent exprimé ne pas avoir rencontré des difficultés en essayant de se procurer des remèdes traditionnels (34,5 %). Ils sont également ceux qui savent le plus souvent où s'en procurer (39,3 %). De plus, 70,2 % des adultes de 18 à 34 ans ont affirmé ne pas être intéressés par les remèdes traditionnels. Enfin, il apparaît que le niveau de scolarité et le revenu annuel ne semblent pas avoir d'influence relative à la difficulté à avoir recours à des remèdes traditionnels. En fait, par exemple, 28,5 % des adultes ayant un revenu annuel de moins de 20 000 \$ ont exprimé avoir eu des difficultés; la proportion est de 32,4 % pour ceux ayant plus de 70 000 \$.

## 2.5 Obstacles rencontrés pour obtenir des soins de santé

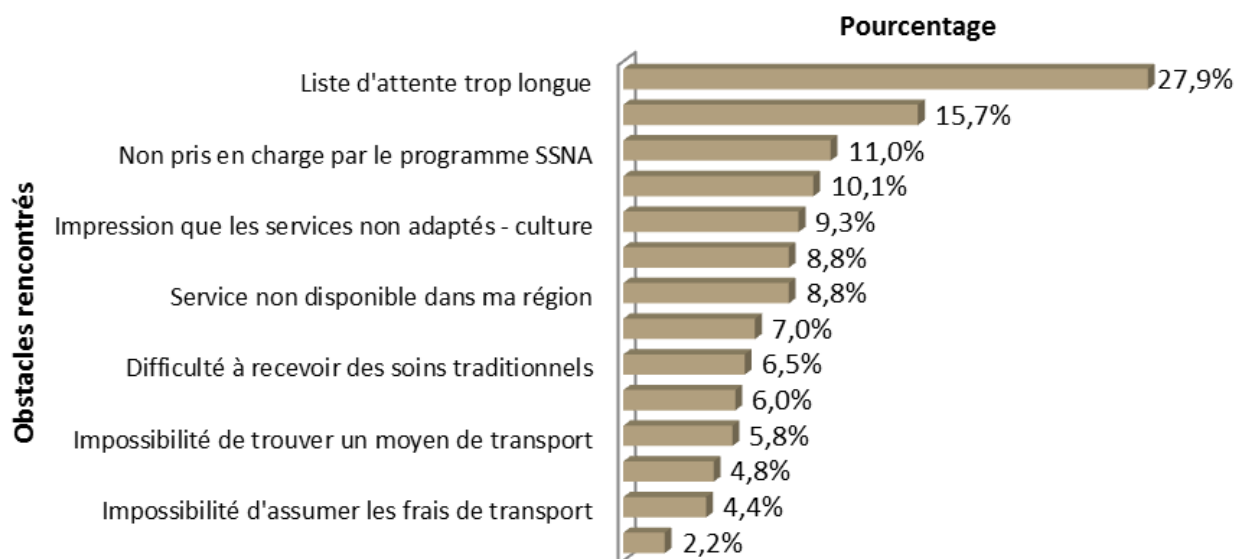
Pour les adultes des Premières Nations, au courant des 12 mois précédant l'enquête, les deux obstacles les plus souvent rencontrés pour obtenir des soins de santé sont : 1) des listes d'attente sont trop longues (27,9 %), et 2) l'absence de médecin et d'infirmier dans leur région (15,7 %). Les autres obstacles ayant été cités par plus de 9,0 % des répondants sont : la non-autorisation et la non-prise en charge des soins par le programme des services de santé non assurés (SSNA),

l'impression que les soins ne sont pas alignés aux besoins et à la culture du patient et le manque de services dans leur région (Figure 6). À l'inverse, l'impossibilité d'assumer des frais de garde et de transport est l'obstacle le moins souvent mentionné (2,2 %).

Comparativement, en 2002, les principaux obstacles recensés par les adultes étaient : 1) le fait que les listes d'attentes sont trop longues (26,4 %), et 2) l'absence de médecin et d'infirmier dans leur région (13,9 %). Les principaux obstacles rapportés en 2008 sont les mêmes, cependant les proportions observées en 2008 ont augmenté.

Par ailleurs, comparé aux types d'obstacles indiqués, il apparaît que les adultes ont moins de difficulté à obtenir des soins traditionnels offerts par un guérisseur ou un aîné (6,5 % en 2008, 10,6 % en 2002), et ils indiquent moins souvent que l'absence de charge des frais par le Programme des services de santé non assurés (11,0 % en 2008, 15,5 % en 2002,) est un obstacle rencontré.

**Figure 6 : Obstacles rencontrés chez les répondants adultes pour obtenir des soins de santé  
(N = 19 068)**

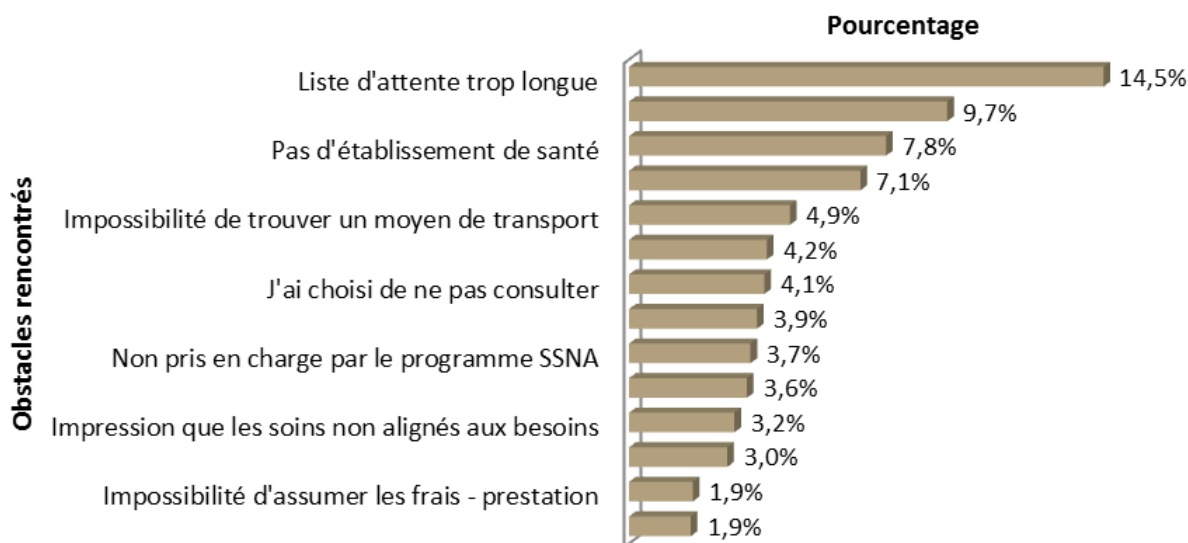


Pour alléger la figure, les catégories « non », « ne sais pas » et « refus » ne sont pas illustrées.

En comparaison, pour les enfants de 0 à 11 ans pour lesquels leurs parents ou tuteurs adultes ont répondu à la question : « Avez-vous dû surmonter l'un des obstacles suivants pour que l'enfant reçoive des soins de santé », on note que les deux principaux obstacles sont les mêmes que ceux identifiés par l'ensemble des répondants adultes, avec 14,5 % qui estiment que la liste d'attente est trop longue (14,9 % en 2002), et 9,7 % qui mentionnent l'absence de médecin ou d'infirmier dans leur région (Figure 7). De plus, il est intéressant de noter que 7,8 % mentionnent qu'il n'y a pas d'établissement de santé et 7,1 % notent que les services nécessaires aux enfants ne sont pas disponibles dans leur région.

En 2008, on relève aussi que les changements les plus significatifs concernent la diminution des proportions de la non-prise en charge des frais par le Programme des services de santé non assurés (9,7 % en 2002, 3,7 % en 2008) et le refus de l'autorisation préalable de prise en charge par le programme (4,7 % en 2002, 1,9 % en 2008).

**Figure 7 : Obstacles rencontrés chez les enfants âgés de 0 à 11 ans pour obtenir des soins de santé (N = 6 288)**



Pour alléger la figure, les catégories « non », « ne sais pas » et « refus » ne sont pas illustrées.

Parmi l'ensemble des répondants adultes, les Mohawks expriment le plus souvent avoir rencontré des obstacles pour obtenir des soins de santé. En fait, les répondants de cette nation semblent rencontrer plus d'obstacles systémiques que les autres nations; notamment, 84,5 % des adultes mohawks trouvent les listes d'attente trop longues, et pour 46,6 %, les soins n'étaient pas pris en charge par le programme SSNA. Enfin, les Hurons-Wendat ont les proportions les moins élevées d'obstacles rencontrés (entre 0,0 % et 13,7 % selon l'obstacle rencontré).

D'après le tableau 8, on peut noter que les répondants vivant dans les zones 1, 2 et 3, ont indiqué le plus fréquemment avoir rencontré des obstacles systémiques. Les répondants en zone 1 et en zone 4 ont aussi mentionné le plus souvent avoir rencontré des obstacles liés à des besoins spécifiques aux Premières Nations; d'ailleurs, 11,0 % d'entre eux ont l'impression que les services ne sont pas adaptés à leur culture.

**Tableau 8 : Obstacles rencontrés chez les adultes pour obtenir des soins de santé, selon la zone géographique (N = 19 068)**

Obstacles	Zone géographique			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
<b>Obstacles reliés à des besoins spécifiques aux Premières Nations</b>				
J'ai choisi de ne pas consulter	5,0%	10,5%	7,4%	3,4%
Impression que les services non adaptés - culture	9,6%	6,6%	5,8%	11,1%
Impression que les soins non adaptés aux besoins	10,4%	7,5%	6,6%	9,0%
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	6,6%	6,6%	2,9%	5,0%
<b>Obstacles liés à la géographie et à la disponibilité des services</b>				
Pas d'établissement de santé	3,4%	7,2%	7,0%	4,5%
Service non disponible dans ma région	9,2%	12,0%	5,9%	5,1%
Pas de médecin ni d'infirmier dans ma région	15,1%	15,1%	6,6%	8,3%
<b>Obstacles économiques</b>				
Impossibilité d'assumer les frais - prestation	6,6%	8,1%	4,5%	2,9%
Impossibilité d'assumer les frais de transport	3,9%	8,0%	2,3%	4,3%
Impossibilité d'assumer les frais de garde	1,7%	4,5%	2,1%	3,4%
<b>Obstacles systémiques</b>				
Impossibilité de trouver un moyen de transport	4,7%	10,8%	5,9%	2,8%
Non pris en charge par le programme SSNA	12,0%	11,4%	2,9%	2,8%
Autorisation préalable de prise en charge SSNA	9,6%	10,5%	2,4%	1,9%
Liste d'attente trop longue	28,7%	26,4%	15,9%	16,3%

Tel que présenté au tableau 9, la catégorie regroupant les obstacles systémiques est celle qui a eu les pourcentages les plus élevés de répondants ayant fait part de l'existence d'obstacles; il s'agit également de la catégorie qui présente le plus de différences significatives entre les hommes et les femmes, notamment concernant la non-prise en charge des soins par le ou l'autorisation préalable nécessaire pour la prise en charge par le Programme de services de santé assurés (SSNA).

**Tableau 9 : Obstacles rencontrés chez les adultes pour obtenir des soins de santé, selon le genre (N = 19 068)**

Obstacles	Genre		
	Global	Homme	Femme
<b>Obstacles reliés à des besoins spécifiques aux Premières Nations</b>			
J'ai choisi de ne pas consulter	6,0%	6,5%	5,4%
Impression que les services non adaptés – culture*	9,3%	14,0%	4,8%
Impression que les soins non adaptés aux besoins*	10,1%	13,2%	7,0%
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	6,5%	6,2%	6,8%
<b>Obstacles liés à la géographie et à la disponibilité des services</b>			
Pas d'établissement de santé	4,8%	3,9%	5,8%
Service non disponible dans ma région	8,8%	7,9%	9,7%
Pas de médecin ni d'infirmier dans ma région	15,7%	14,2%	17,1%
<b>Obstacles économiques</b>			
Impossibilité d'assumer les frais – prestation	7,0%	6,9%	7,1%
Impossibilité d'assumer les frais de transport	4,4%	5,4%	3,4%
Impossibilité d'assumer les frais de garde	2,2%	2,2%	2,2%
<b>Obstacles systémiques</b>			
Impossibilité de trouver un moyen de transport	5,8%	6,5%	5,1%
Non pris en charge par le programme SSNA*	11,0%	8,8%	13,2%
Autorisation préalable de prise en charge SSNA*	8,8%	6,9%	10,7%
Liste d'attente trop longue	27,9%	27,2%	28,7%

\* (p < 0,05)



D'après le tableau 10, on observe que les 55 à 64 ans expriment le plus d'obstacles. Notamment, 35,1 % d'entre eux estiment que les listes d'attentes sont trop longues, et 19,4 % affirment qu'il n'y a pas de médecin ni d'infirmier dans leur région. Il est à noter que 10,0 % des 35 à 54 ans ont également l'impression que les services de santé ne sont pas adaptés à leur culture, et 7,0 % d'entre eux ont éprouvé de la difficulté à recevoir des soins traditionnels.

**Tableau 10 : Obstacles rencontrés chez les adultes pour obtenir des soins de santé, selon le groupe d'âge (N = 19 068)**

Obstacles	Âge			
	18-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65+ ans
<b>Obstacles reliés à des besoins spécifiques aux Premières Nations</b>				
J'ai choisi de ne pas consulter	6,6%	6,2%	4,9%	3,4%
Impression que les services non adaptés – culture	9,2%	10,0%	9,3%	6,7%
Impression que les soins non adaptés aux besoins	10,9%	10,0%	10,3%	6,5%
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	6,5%	7,0%	5,0%	5,4%
<b>Obstacles liés à la géographie et à la disponibilité des services</b>				
Pas d'établissement de santé	4,4%	5,5%	3,6%	4,9%
Service non disponible dans ma région	7,8%	8,6%	12,4%	9,3%
Pas de médecin ni d'infirmier dans ma région	13,1%	16,7%	19,4%	15,8%
<b>Obstacles économiques</b>				
Impossibilité d'assumer les frais – prestation*	4,8%	8,3%	5,8%	11,4%
Impossibilité d'assumer les frais de transport	4,4%	5,0%	2,2%	4,4%
Impossibilité d'assumer les frais de garde*	5,2%	0,6%	0,2%	0,4%
<b>Obstacles systémiques</b>				
Impossibilité de trouver un moyen de transport	5,9%	5,5%	5,0%	7,8%
Non pris en charge par le programme SSNA*	6,9%	13,7%	12,9%	12,5%
Autorisation préalable de prise en charge SSNA	7,0%	9,8%	8,7%	11,4%
Liste d'attente trop longue*	29,1%	25,7%	35,1%	23,6%

\* ( $p < 0,05$ )

Tel que le tableau 11 le montre, les adultes ayant un revenu annuel du ménage de moins de 20 000 \$ sont également ceux qui ont le plus souvent rapporté des obstacles afin d'obtenir des soins de santé, et ce, notamment pour les obstacles liés à la géographie et à la disponibilité des services et les besoins spécifiques aux Premières Nations. À l'inverse, les adultes avec des revenus de plus de 70 000 \$ ont le moins souvent indiqué avoir fait face à des obstacles.

**Tableau 11 : Obstacles rencontrés chez les adultes pour obtenir des soins de santé, selon le revenu annuel du ménage (N = 16 543)**

Obstacles	Revenu annuel			
	Moins de 20 000 \$	20 000 \$ - 39 999 \$	40 000 \$ - 69 999 \$	70 000 \$ et plus
<b>Obstacles reliés à des besoins spécifiques aux Premières Nations</b>				
J'ai choisi de ne pas consulter	6,1%	3,8%	7,8%	5,1%
Impression que les services non adaptés – culture*	13,1%	11,0%	3,6%	3,3%
Impression que les soins non adaptés aux besoins	14,5%	9,9%	5,3%	4,1%
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	5,8%	3,8%	6,5%	3,0%
<b>Obstacles liés à la géographie et à la disponibilité des services</b>				
Pas d'établissement de santé	4,1%	4,4%	5,6%	1,2%
Service non disponible dans ma région	10,1%	7,6%	7,4%	9,1%
Pas de médecin ni d'infirmier dans ma région*	19,8%	9,8%	12,8%	13,9%
<b>Obstacles économiques</b>				
Impossibilité d'assumer les frais - prestation	5,0%	7,8%	4,9%	4,4%
Impossibilité d'assumer les frais de transport	4,7%	3,7%	1,9%	2,8%
Impossibilité d'assumer les frais de garde*	2,7%	3,0%	0,0%	0,0%
<b>Obstacles systémiques</b>				
Impossibilité de trouver un moyen de transport*	7,4%	4,3%	1,3%	2,6%
Non pris en charge par le programme SSNA	9,7%	10,1%	12,9%	8,6%
Autorisation préalable de prise en charge SSNA	8,3%	8,8%	8,2%	3,8%
Liste d'attente trop longue	26,9%	28,0%	21,0%	19,2%

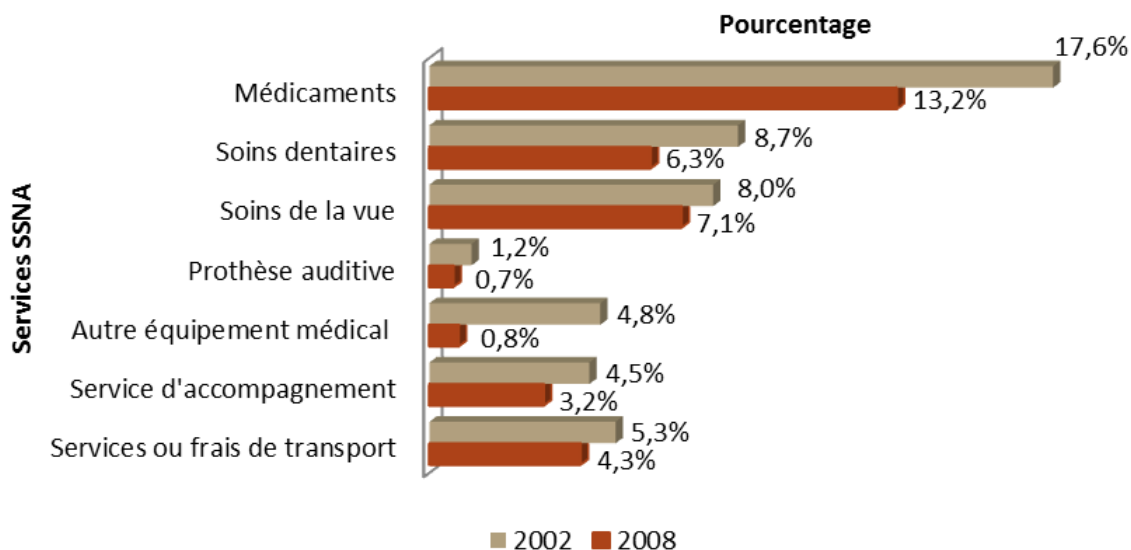
\* (p < 0,05)

## 2.6 Difficulté d'accès à des soins de santé offerts par le Programme des services de santé non assurés (SSNA)

Le Programme des services de santé non-assurés (SSNA) de Santé Canada prend en charge les coûts associés aux soins de santé des Premières Nations inscrites tels que les médicaments, les soins dentaires et les soins de la vue ou les fournitures et équipement médical.

La majorité des adultes (73,4 %) ont affirmé n'avoir rencontré aucune difficulté à avoir accès aux services SSNA. Comparativement, en 2002, ils étaient 71,1 %. En 2002 et 2008, la principale difficulté rencontrée demeure l'accès à des médicaments. Plus précisément, en 2002, 17,6 % des adultes estimaient leur accès difficile; en 2008, 13,2 % se sont exprimés en ce sens (Figure 8). En 2008, on observe aussi que le deuxième service considéré le moins accessible sont les soins de la vue (7,1 %). L'accès à des prothèses auditives et tout autre matériel médical sont les difficultés les moins fréquentes.

Figure 8 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA  
(N = 19 068)



Pour alléger la figure, les catégories « non », « ne sais pas » et « refus » ne sont pas illustrées.

Les plus grandes proportions de difficultés rencontrées pour avoir accès aux services SSNA se trouvent chez les répondants mohawks et abénakis (Tableau 12). En fait, 42,5 % des Mohawks expriment avoir de la difficulté à avoir accès à des médicaments, et 18,1 % aux soins dentaires. Pour les Abénakis, 44,4 % expriment notamment des difficultés pour des soins de la vue.

**Tableau 12 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon la nation (N = 19 068)**

Type de difficulté rencontrée	Nation							
	Atikamekw	Mi'gmaq	Mohawks	Innus	Naskapis	Abénakis	Algonquins	Hurons-Wendat
Médicaments	7,1%	8,4%	42,5%	9,6%	16,1%	24,1%	19,2%	12,0%
Soins dentaires	6,2%	4,1%	18,1%	3,9%	14,9%	21,1%	8,6%	1,0%
Soins de la vue	0,4%	2,6%	16,0%	8,7%	16,0%	44,4%	7,2%	2,2%
Prothèse auditive	0,8%	0,0%	0,0%	0,7%	3,8%	0,0%	0,9%	0,0%
Autre équipement médical	0,0%	0,0%	6,1%	0,4%	3,8%	3,4%	1,1%	0,0%
Service d'accompagnement	3,8%	1,8%	6,2%	4,5%	11,1%	0,0%	0,3%	0,0%
Services ou frais de transport	4,6%	1,5%	18,5%	4,4%	7,6%	11,6%	1,2%	0,0%
Aucune difficulté	80,0%	85,7%	45,2%	76,1%	55,7%	31,6%	66,0%	83,5%

D'après le tableau 13, on note que la majorité des répondants adultes vivant en zones 1, 2 et 3 n'ont pas rencontré de difficulté à accéder à des services de soins de santé SSNA; toutefois, seuls 37,0 % des adultes vivant en zone 4 ont exprimé n'avoir rencontré aucune difficulté.

Les répondants qui ont le moins souvent indiqué avoir des difficultés à obtenir des médicaments résident en zone 3 (3,0 %) comparativement à ceux vivant en zones 1, 2 et 4, pour lesquels on observe près ou plus de 13,0 % des réponses. Enfin, on observe que les adultes vivant en zone 4 ont également le plus souvent de difficulté à obtenir des soins de la vue (16,8 %).

Tableau 13 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon la zone géographique (N = 19 068)

Type de difficulté	Zone géographique			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Médicaments	13,9%	12,7%	3,0%	13,1%
Soins dentaires	6,2%	8,6%	2,1%	4,6%
Soins de la vue	7,3%	2,5%	1,1%	16,8%
Prothèse auditive	0,7%	0,4%	0,9%	1,1%
Autre équipement médical	1,0%	0,9%	0,0%	0,8%
Service d'accompagnement	3,3%	5,0%	2,3%	1,8%
Services ou frais de transport	4,5%	6,6%	1,9%	4,5%
Aucune difficulté	74,1%	70,8%	91,2%	37,0%

D'après le tableau 14, bien que les différences ne soient pas significatives ( $p > 0,05$ ) pour la majorité des types d'obstacles, on remarque que davantage de femmes affirment avoir eu du mal à avoir accès à des médicaments (14,8 %), des soins dentaires (6,6 %) et des soins de la vue (9,5 %) et des prothèses auditives (1,1 %). Les hommes ont quant à eux affirmé en plus grande proportion n'avoir eu aucune difficulté (75,2 %). Néanmoins, ils ont exprimé le plus souvent avoir eu du mal à accéder à des services d'accompagnement et de transport.

Tableau 14 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon le genre (N = 19 068)

Type de difficulté rencontrée	Genre		
	Global	Homme	Femme
Médicaments	13,2%	11,6%	14,8%
Soins dentaires	6,3%	5,9%	6,6%
Soins de la vue*	7,1%	4,7%	9,5%
Prothèse auditive	0,7%	0,4%	1,0%
Autre équipement médical	0,8%	0,7%	0,9%
Service d'accompagnement*	3,2%	4,6%	1,9%
Services ou frais de transport	4,3%	5,4%	3,2%
Aucune difficulté	73,4%	75,2%	71,6%

\* ( $p < 0,05$ )

D'après le tableau 15, l'accès à des médicaments est une difficulté significative pour tous les groupes d'âge, notamment pour tous ceux âgés entre 35 à 54 ans et 55 à 64 ans ( $p = 0,0004$ ). Pour ces deux groupes d'âge, les autres difficultés les plus rencontrées sont les soins dentaires et ophtalmologiques et les services ou frais de transport. Pour les 65 ans et plus, l'accès à un service d'accompagnement est une difficulté supplémentaire. Enfin, les adultes de 18 à 34 ans ont exprimé avoir rencontré le moins de difficultés pour accéder aux services du programme SSNA.

**Tableau 15 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon le groupe d'âge (N = 19 068)**

Type de difficulté rencontrée	Âge			
	18-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65+ ans
Médicaments*	8,0%	16,3%	16,3%	15,4%
Soins dentaires	4,6%	8,2%	4,7%	5,7%
Soins de la vue*	4,7%	8,1%	7,4%	11,9%
Prothèse auditive	0,0%	1,1%	1,0%	1,0%
Autre équipement médical*	0,0%	1,7%	0,0%	1,3%
Service d'accompagnement	3,9%	3,1%	1,8%	3,1%
Services ou frais de transport	3,5%	5,9%	2,4%	2,4%
Aucune difficulté*	78,8%	69,1%	74,4%	70,6%

\* ( $p < 0,05$ )

Enfin, bien que la différence ne soit pas ici significative, les adultes ayant un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ sont ceux qui ont le plus souvent exprimé avoir vécu des difficultés à avoir accès à des services de santé non assurés (Tableau 16).

**Tableau 16 : Difficultés rencontrées pour accéder aux services du programme SSNA, selon le revenu annuel du ménage (N = 16 543)**

Type de difficulté rencontrée	Âge			
	18-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65+ ans
Médicaments*	8,0%	16,3%	16,3%	15,4%
Soins dentaires	4,6%	8,2%	4,7%	5,7%
Soins de la vue*	4,7%	8,1%	7,4%	11,9%
Prothèse auditive	0,0%	1,1%	1,0%	1,0%
Autre équipement médical*	0,0%	1,7%	0,0%	1,3%
Service d'accompagnement	3,9%	3,1%	1,8%	3,1%
Services ou frais de transport	3,5%	5,9%	2,4%	2,4%
Aucune difficulté*	78,8%	69,1%	74,4%	70,6%

\* ( $p < 0,05$ )

## 2.7 Changements de professionnel des soins de santé primaires

Par définition, les professionnels des soins de santé primaires incluent les médecins de famille, l'infirmier autorisé et l'infirmier praticien. D'après les réponses apportées par l'ensemble des adultes des Premières Nations, on observe que 58,3 % ont affirmé ne pas avoir accès à un professionnel des soins de santé primaires. De plus, 12,4 % des adultes affirment avoir changé deux fois ou plus de professionnel, ce qui représente des changements fréquents de médecin ou d'infirmier.

Bien que la majorité des répondants adultes n'aient pas de médecin de famille (notamment chez les Hurons-Wendat), les Mohawks et les Naskapis sont les nations où les proportions de changements de professionnel administrant des soins de santé primaires sont les plus élevées; avec respectivement 74,7 % et 62,1 % (Tableau 17).

**Tableau 17 : Fréquence des changements de professionnel des soins de santé primaires, selon leur nombre et la nation (N = 19 048)**

Nombre de changements	Nation							
	Atikamekw	Mi'gmaq	Mohawks	Innus	Naskapis	Abénakis	Algonquins	Hurons-Wendat
Deux fois ou plus	3,7%	8,1%	74,7%	11,4%	62,1%	0,0%	5,1%	0,0%
Une fois	4,8%	22,9%	9,7%	4,5%	13,5%	8,2%	8,7%	4,4%
Je n'en ai pas	53,9%	60,5%	11,6%	58,9%	24,4%	79,4%	66,8%	88,9%
Ne sais pas	33,6%	6,5%	4,0%	24,5%	0,0%	12,4%	18,5%	6,7%
Refus	4,0%	2,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%

Les adultes vivant en zone isolée (zone 4) ont le plus souvent indiqué avoir changé de professionnel des soins de santé primaires, dont 36,6 % en ont changé deux fois ou plus. Tel que noté dans le tableau 18, 9,6 % des adultes vivant en zone 1 ont indiqué avoir changé de professionnel au moins une fois au courant des douze derniers mois. Les adultes en zone 3, ont quant à eux mentionné le plus souvent ne pas avoir de professionnel. Cependant, dans l'ensemble, les répondants vivant en zones 2 et 3 semblent être ceux qui changent le moins souvent de professionnel, avec respectivement 8,3 % et 5,2 % des répondants ayant indiqué un changement ou plus; 41,8 % des adultes en zone 4 et 20,5 % de ceux en zone 1 ont changé de professionnel une fois ou plus.

**Tableau 18 : Fréquence des changements de professionnel des soins de santé primaires, selon leur nombre et la zone géographique (N = 19 048)**

Nombre de changements	Zone géographique			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Deux fois ou plus	10,9%	3,2%	3,1%	36,6%
Une fois	9,6%	5,1%	2,1%	5,2%
Je n'en ai pas	62,2%	53,5%	75,4%	43,6%
Ne sais pas	16,2%	32,8%	17,3%	13,8%
Refus	0,6%	5,5%	2,2%	0,8%

Par ailleurs, d'après le tableau 19, les femmes adultes ont exprimé plus souvent avoir changé de professionnel une fois (8,7 %), mais aussi ne pas en avoir du tout (59,4 %).

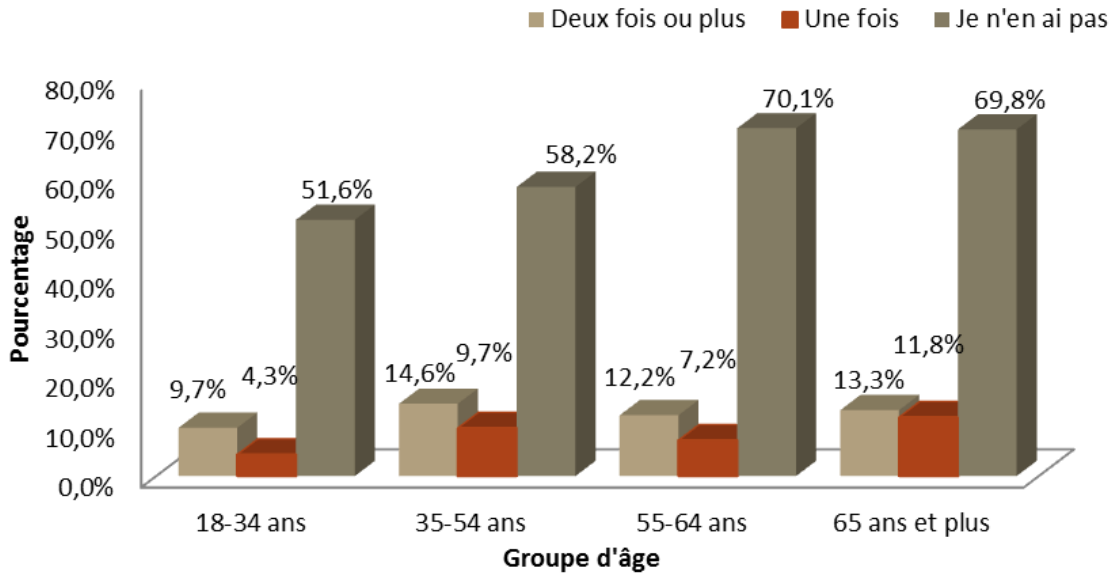
**Tableau 19 : Fréquence des changements de professionnel des soins de santé primaires, selon leur nombre et le genre (N = 19 068)**

Nombre de changements	Genre		
	Global	Hommes	Femmes
Deux fois ou plus	12,4%	12,2%	12,6%
Une fois	7,6%	6,5%	8,7%
Je n'en ai pas	58,3%	57,2%	59,4%
Ne sais pas	20,4%	22,5%	18,3%
Refus	1,3%	1,6%	1,0%

D'après les réponses à l'enquête (Figure 9), bien que les différences ne soient pas significatives ( $p = 0,1165$ ), on note que 14,6 % des 35 à 54 ans ont exprimé le plus souvent avoir eu à changer de professionnel plus de deux fois; la proportion la plus élevée de répondants signifiant un seul changement de professionnel est observée chez les adultes âgés de 65 ans et plus (11,8 %). Il est intéressant de noter que 70,1 % et 69,8 % des adultes âgés de 55 ans et plus ont indiqué ne pas avoir de professionnel de soins de santé primaires.

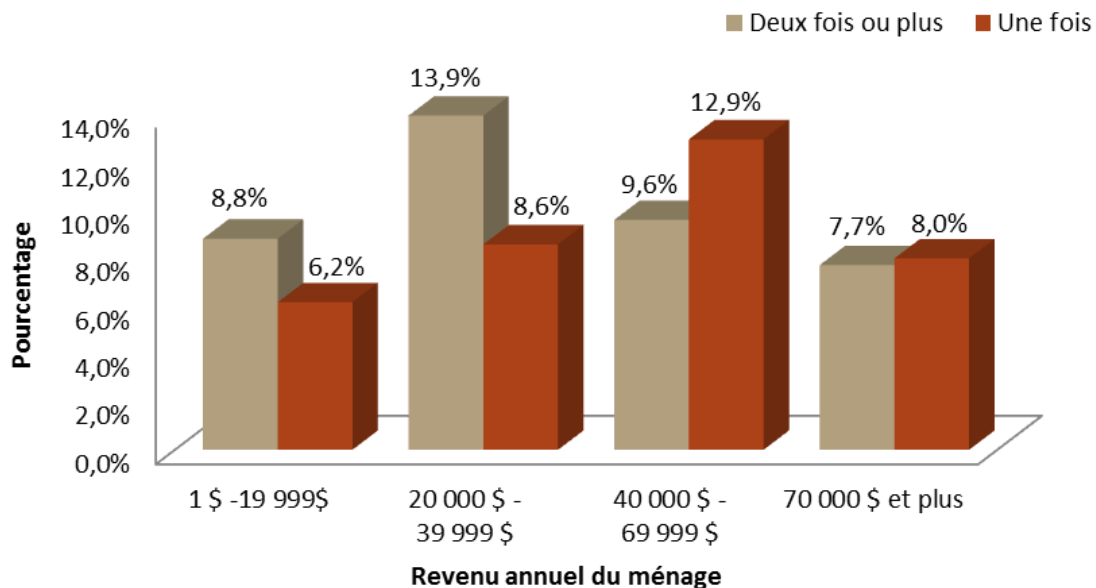


Figure 9 : Fréquence des changements de professionnel des soins de santé primaires, selon leur nombre et le groupe d'âge (N = 18 702)



Enfin, d'après la figure 10, les adultes dont le revenu annuel du ménage est compris entre 20 000 \$ et 39 999 \$ ont exprimé le plus souvent avoir changé deux fois ou plus de professionnel de soins de santé primaires, tandis que ceux ayant un revenu inférieur à 20 000 \$ par an (8,8 %) ont exprimé avoir changé de professionnel deux fois ou plus ( $p < 0,05$ ).

Figure 10 : Changements de professionnel des soins de santé primaires selon leur nombre et le revenu annuel du ménage (N = 16 543)



Finalement, il semble que le fait de changer fréquemment de professionnel de soins de santé primaire est relié au manque de médecins ou d'infirmiers dans la région des répondants. En fait, 28,0 % des adultes ayant répondu avoir des difficultés à avoir accès à un médecin ou un infirmier dans sa région ont également indiqué avoir changé plus de deux fois de professionnel de soins de santé primaire.

### 3. HOSPITALISATION

Pour les adultes (18 ans et plus), 17,0 % ont indiqué avoir été hospitalisés au courant des 12 mois précédant l'enquête. Pour les adolescents (12 à 17 ans), 11,0 % ont indiqué avoir été hospitalisé. Enfin, pour les enfants (0 à 11 ans), 9,0 % ont été hospitalisés.

D'après le tableau 20, pour les adultes, on note que les Mohawks et les Naskapis ont mentionné le plus souvent avoir été hospitalisés, soit respectivement 25,8 % et 24,1 %. À l'inverse, les Hurons-Wendat (2,1 %) et les Mi'gmaq (10,0 %) l'ont signifié le moins souvent. Chez les adolescents, les Naskapis (15,3 %) et les Innus (14,5 %) mentionnent le plus souvent avoir été hospitalisés. Chez les enfants, la plus forte proportion de ceux qui ont été hospitalisés sont Mi'gmaq (13,7 %) et Innus (11,4 %).

**Tableau 20 : Hospitalisation des adultes, des adolescents et des enfants, selon la nation**

Nation	Hospitalisation					
	Adultes		Adolescents		Enfants	
	N	%	N	%	N	%
Atikamekw	1 346	20,6	71	8,7	143	9,0
Mi'gmaq	176	10,0	10	3,2	61	13,7
Mohawks	323	25,8	8	8,5	5	4,0
Innus	2 790	15,5	201	14,5	263	11,4
Naskapis	258	24,1	15	15,3	0	0,0
Abénakis	68	22,2	0	0,0	2	6,6
Algonquins	1 019	21,2	76	11,0	61	5,0
Hurons-Wendat	81	2,1	5	4,3	7	3,6

\* ( $p < 0,05$ )

D'après le tableau 21, on note que les adultes qui ont indiqué être hospitalisés viennent le plus souvent de la zone 2 (23,3 %). Les adolescents et les enfants de la zone 3 (12,3 % respectivement), suivis de très près par les adolescents de la zone 1 (11,5 %), ont quant à eux mentionné le plus souvent avoir été hospitalisés.

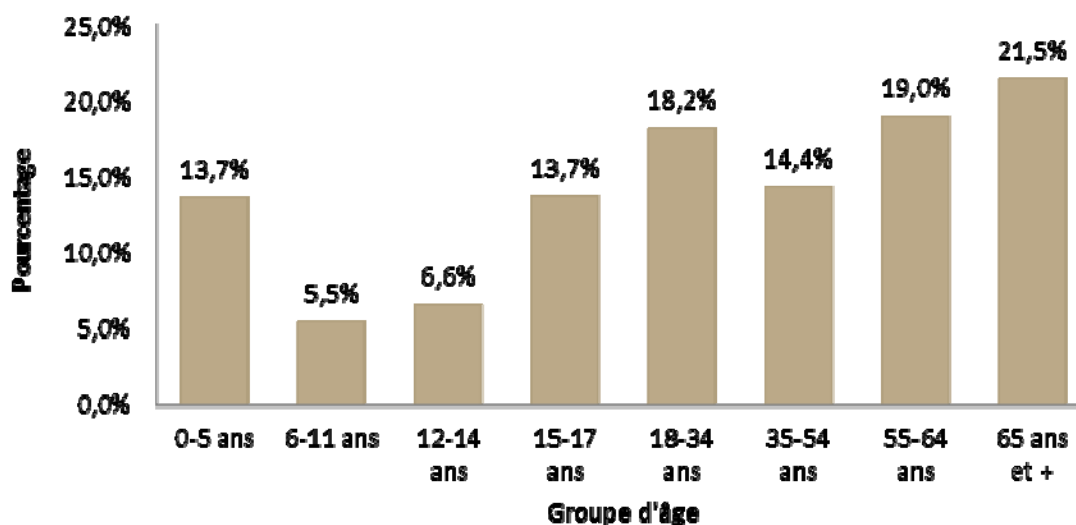
**Tableau 21 : Hospitalisation des adultes, des adolescents et des enfants, selon la zone géographique**

Zone géographique	Hospitalisation					
	Adultes*		Adolescents		Enfants	
	N	%	N	%	N	%
Zone 1	1 795	15,9	226	11,5	268	8,5
Zone 2	726	23,3	53	6,7	126	8,3
Zone 3	248	14,0	52	12,3	99	12,3
Zone 4	326	19,3	27	8,0	41	7,0

Parmi les adultes, 14,9 % des hommes et 18,9 % des femmes ont répondu avoir été hospitalisés; chez les adolescents, on note respectivement 9,1 % et 12,9 % des adolescents garçons et filles, et 9,0 % chez les enfants de genre masculin et féminin. On peut ainsi remarquer qu'une plus grande proportion de femmes et de filles ont été hospitalisées comparativement aux hommes et aux garçons (p = 0,0565).

D'après la figure 11, on observe que la majorité des répondants hospitalisés au courant des douze mois précédant l'enquête sont âgés de 55 ans et plus, dont 21,5 % ont 65 ans et plus; 18,2 % des répondants hospitalisés ont également 18 à 34 ans.

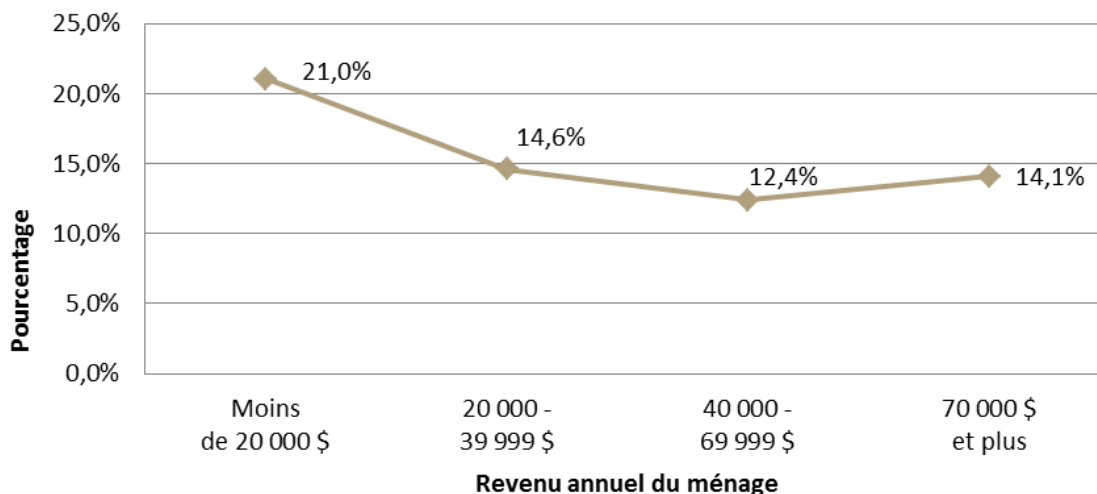
**Figure 11 : Hospitalisation des adultes, des adolescents et des enfants, selon le groupe d'âge**



Pour alléger la figure, les catégories « non », « ne sais pas » et « refus » ne sont pas illustrées.

Finalement, les adultes qui ont répondu le plus souvent d'avoir été hospitalisés au courant des douze mois précédant l'enquête ont un revenu inférieur à 20 000 \$ par an (21,0 %). On note que la plus faible proportion d'hospitalisation (12,4 %) se retrouve chez les adultes ayant un revenu annuel entre 40 000 \$ et 69 999 \$ (Figure 12).

**Figure 12 : Hospitalisation des adultes, selon le revenu annuel du ménage**



Pour alléger la figure, les catégories « non », « ne sais pas » et « refus » ne sont pas illustrées.

## 4. SATISFACTION ENVERS LES SOINS DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

### 4.1 Satisfaction envers les soins de santé offerts dans la communauté

De manière générale, sur l'ensemble des adultes (N = 17 756) ayant répondu à la question « Quelle est votre niveau de satisfaction envers les services de santé offerts par votre communauté? », 76,7 % se disent très satisfait ou satisfaits; 12,9 % ont un avis neutre en affirmant n'être ni satisfait, ni insatisfait, et enfin 9,7 % ont indiqué être insatisfaits ou très insatisfaits.

Plus précisément, en fonction des nations, 95,0 % des Hurons-Wendat, 92,4 % des Mi'gmaq et 88,0 % des Abénakis se disent très satisfaits ou satisfaits des services de santé offerts dans leur communautés (Tableau 22). Les Atikamekw (76,8 %) et les Innus (76,1 %) viennent en deuxième rang. À l'inverse, les Naskapis et les Mohawks ont exprimé le plus souvent leur insatisfaction face aux services de santé offerts dans leur communauté, avec respectivement 40,8 % et 56,9 % des répondants adultes.

Tableau 22 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon la nation (N = 17 756)

Niveau de satisfaction	Nation							
	Atikamekw	Mi'gmaq	Mohawks	Innus	Naskapis	Abénakis	Algonquins	Hurons-Wendat
Très satisfait ou satisfait	76,8%	92,4%	23,4%	76,1%	24,0%	88,4%	79,4%	95,0%
Ni satisfait, ni insatisfait	14,6%	4,1%	16,7%	12,9%	35,2%	8,2%	15,2%	3,5%
Insatisfait ou très insatisfait	6,7%	2,7%	56,9%	10,9%	40,8%	0,0%	4,7%	1,6%

Au tableau 23, on retrouve chez les adultes qui vivent en zone 1 la proportion la plus élevée d'individus très satisfaits ou satisfaits envers les services de santé de leur communauté (81,6 %); la plus grande proportion de ceux qui ont indiqué être les moins satisfaits résident en zone 4 (31,7 %).

Tableau 23 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon la zone géographique (N= 17 902)

Niveau de satisfaction	Zone géographique			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Très satisfait ou satisfait	81,6%	77,5%	78,9%	51,7%
Ni satisfait, ni insatisfait	11,0%	15,5%	14,0%	16,8%
Insatisfait ou très insatisfait	6,9%	6,1%	5,3%	31,7%

En observant la répartition des niveaux de satisfaction en fonction du genre des répondants, on note que 75,5 % des hommes et 77,9 % des femmes sont très satisfaits ou satisfaits par les soins de santé offerts dans leur communauté (Tableau 24).

Tableau 24 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon le genre des répondants (N = 17 756)

Niveau de satisfaction	Genre	
	Hommes	Femmes
Très satisfait ou satisfait	75,5%	77,9%
Ni satisfait, ni insatisfait	15,3%	10,7%
Insatisfait ou très insatisfait	8,7%	10,7%

(p = 0,0187)

Par ailleurs, d'après le tableau 25, on observe chez les 65 ans et plus la plus forte proportion de gens satisfaits ou très satisfaits des services de soins de santé. Cependant, ce groupe se classe aussi en deuxième avec 12,6 % d'entre eux se disant insatisfaits ou très insatisfaits, tout juste après les 55 à 64 ans (13,4 %). Parmi les répondants satisfaits ou très satisfaits, les 18 à 34 ans viennent au second rang avec une proportion de 79,1 %.

**Tableau 25 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon le groupe d'âge des répondants (N = 17 756)**

Niveau de satisfaction	Âge			
	18-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65 ans et +
Très satisfait ou satisfait	79,1%	74,2%	76,2%	79,4%
Ni satisfait, ni insatisfait	13,9%	13,9%	10,4%	7,4%
Insatisfait ou très insatisfait	6,1%	11,2%	13,4%	12,6%

( $p < 0,0001$ )

Enfin, on note que les adultes ayant un revenu entre 20 000 \$ et 39 999 \$ par an (10,9 %) se disent le plus souvent insatisfaits ou très insatisfaits par les services de santé offerts dans leur communauté, suivis de très près par les moins de 20 000 \$ (10,0 %). Les adultes avec un revenu annuel supérieur à 40 000 \$ se disent le plus souvent les plus satisfaits ou très satisfaits (Tableau 26).

**Tableau 26 : Niveau de satisfaction envers les services de santé, selon le revenu annuel du ménage des répondants (N = 15 534)**

Niveau de satisfaction	Revenu annuel			
	Moins de 20 000 \$	20 000 \$-39 999 \$	40 000 \$ -69 999 \$	70 000 \$ et plus
Très satisfait	23,9%	19,6%	31,7%	24,2%
Satisfait	50,7%	59,2%	49,9%	56,8%
Ni satisfait, ni insatisfait	15,9%	10,1%	11,0%	11,5%
Insatisfait	7,3%	9,0%	7,0%	7,1%
Très insatisfait	1,7%	1,9%	0,5%	0,5%

( $p = 0,0139$ )

4.2 Satisfaction envers les services sociaux offerts dans la communauté

Le tableau 27 présente le niveau de satisfaction des répondants adultes en ce qui a trait aux services sociaux offerts dans les communautés. Chez les adultes, les proportions les plus élevées d'individus qui se considèrent le plus souvent très satisfaits ou assez satisfaits s'observent pour les services de garde offerts (35,2 %), et pour les services de psychologie desservis (32,4 %). Il en est de même pour les services du Programme d'aide préscolaire aux Premières Nations (PAPPN) avec 31,1%, les services du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) (29,9 %) et les services destinés aux femmes (29,1 %). À l'inverse, 11,7 % des adultes affirment n'être pas du tout satisfaits par les services de placement des enfants; il s'agit de la proportion d'insatisfaits la plus élevée.

Tableau 27 : Satisfaction des répondants adultes sur les services sociaux offerts dans leur communauté

Type de service	Niveau de satisfaction			
	Très satisfait ou assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	N'a pas utilisé le service
Services de garde	35,2%	7,7%	2,9%	53,7%
Services de psychologie	32,4%	7,3%	1,7%	58,1%
Services du PNLAADA**	29,6%	8,5%	4,3%	57,2%
Services de lutte contre la violence	23,8%	10,6%	6,1%	58,9%
Service de placement des enfants	20,3%	9,3%	11,7%	57,8%
Services destinés aux adolescents	25,0%	9,9%	7,2%	56,9%
Services destinés aux hommes	16,7%	7,1%	6,7%	67,8%
Services destinés aux femmes	29,6%	5,6%	3,6%	59,9%
Programme de soutien en santé mentale des pensionnats indiens	19,0%	6,3%	4,4%	69,2%
Services de développement des compétences parentales	20,8%	6,2%	3,8%	68,3%
Services PAPPN**	31,1%	3,4%	2,3%	62,1%

\* Pour alléger le tableau, la catégorie « refus » n'a pas été ajoutée.

\*\* PNLAADA = Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones; PAPPN = Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.





## DISCUSSION


L'accès à des services de santé « se réfère à la capacité des individus ou des groupes d'obtenir des services qu'ils recherchent, et il est largement considéré comme un important déterminant de la santé » (CCNSA, 2011 :1). Pourtant, il s'avère que tous les Canadiens n'ont pas un accès égal aux services de santé, et ne bénéficient pas tous d'une répartition juste et équitable des ressources (CCNSA, 2011). Plus précisément, comparé aux autres Canadiens, des disparités existent dans la santé des peuples autochtones qui « font face à des obstacles importants à un traitement approprié et équitable » (CCNSA, 2011 :1). Les résultats portant sur la disponibilité, l'accès et les obstacles rencontrés pour des services de soins à la santé ont été abordés dans ce chapitre. La discussion des résultats vise essentiellement à comparer les principaux résultats de l'ERS 2008 avec ceux concernant le Québec et/ou le Canada ainsi que d'autres études pertinentes.

### *Disponibilité des services de soins à la santé et changements des professionnels de soins en santé primaires*

Le portrait régional des services de santé disponibles dans les communautés Premières Nations participant à l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec* (ERS 2008) montre que malgré le fait que la quasi-totalité des communautés disposent d'un établissement de santé, des services comparables à ceux accessibles à l'ensemble des Québécois ne sont pas en place. Les proportions de professionnels de la santé présents en permanence en sont un exemple : seules 18,2 % des communautés en bénéficieraient, et 60,8 % reçoivent la visite d'un médecin au moins une fois par semaine. Néanmoins, on observe que 95,7 % des communautés bénéficient de la présence permanente d'infirmiers, pour lesquels il est estimé que 1,0 % à 24,0 % d'entre eux sont des Premières Nations. Il est également à noter que selon la perception et les réponses des répondants à l'enquête, la majorité des professionnels de la santé offrant des soins primaires dans les communautés ne sont pas des Premières Nations; 82,6 % des médecins et 95,7 % des dentistes sont allochtones.

Le constat que la fourniture de services de santé se fasse par des centres de santé principalement administrés par une infirmière plutôt qu'un médecin est un fait documenté. D'après le Centre de collaboration sur la santé des autochtones (CCNSA, 2011), le faible taux de rétention conjugué à un manque de professionnels de la santé entraîne une discontinuité des soins, dont les communautés rurales et autochtones doivent encore faire face.

Au Québec, il est observé que le nombre de médecins omnipraticiens par 100 000 habitants augmente lentement en passant de 95 pour 100 000 en 1991 à 103 en 2008 (MSSS, 2011b). En 2007-08, il est noté que 27,0 % des Québécois de 12 ans et plus n'ont pas de médecin de famille, et près de la moitié des cas s'expliquent par la non-disponibilité de cette ressource (MSSS, 2011b). Comme au Québec, la précarité liée à la non-disponibilité et la difficulté de consultation de ressources tel que des médecins réguliers (ou médecins de famille) se répercute sur les populations des Premières Nations. Toutefois, la situation est alarmante pour les Premières Nations : la majorité des Premières Nations de 18 ans et plus, soit 58,3 %, n'a pas de



professionnel de soins de santé primaires alors qu'un tel professionnel représente pour la plupart des Canadiens le premier point de contact avec le système de santé. De plus, les adultes vivant en zone éloignée (zone 4) indiquent le plus souvent avoir changé de professionnel de soins de santé primaire au cours des 12 mois précédant l'enquête, dont 36,6 % ont changé deux fois ou plus. Comparativement, 9,6 % des adultes vivant en zone 1 ont indiqué avoir changé de professionnel au moins une fois.

Il faut aussi prendre en considération que l'isolement de certaines communautés des Premières Nations engendre aussi une faible rétention des professionnels de la santé : « la profession infirmière est considérée en crise et, proportionnellement, le nombre de médecins desservant cette population est moins de la moitié de celui desservant les villes » (CCNSA, 2011 :2). De plus, d'après l'ERS 2008, seules 14,3 % des communautés bénéficient d'un guérisseur traditionnel en permanence. Finalement, la disponibilité des services de soins à la santé de qualité, équitables et accessibles demeure donc un enjeu de taille pour le Premières Nations.

### *Perception du niveau d'accessibilité aux services de santé par rapport à la population canadienne*

D'après les résultats de l'ERS 2008, on a observé que 56,3 % des adultes ont estimé qu'ils bénéficient du même niveau d'accessibilité aux services de santé, comparé à 45,0 % en 2002. De plus, la proportion des répondants percevant un niveau d'accessibilité moindre que celui de la population canadienne a diminué entre 2002 (24,8 %) et 2008 (21,5 %). Par ailleurs, en 2008, il est intéressant de noter que la proportion des adultes qui perçoivent que le niveau d'accessibilité est le même que pour les Canadiens ont majoritairement un revenu supérieur à 70 000 \$ par an. Enfin, la proportion des répondants percevant un niveau d'accessibilité moindre que celui de la population canadienne ont majoritairement un revenu annuel de moins de 20 000 \$ par an et vivent le plus souvent dans une communauté isolée (zone 4).

### *Recours à la médecine traditionnelle et difficultés rencontrées pour s'en procurer*

Les données de l'ERS 2008 révèlent que, dans l'ensemble, 31,8 % des répondants adultes ont eu recours à la médecine traditionnelle. En 2002, 37,8 % des adultes ont eu recours à la médecine traditionnelle. On note donc une baisse significative entre 2002 et 2008 ( $p = 0,0009$ ). De plus, on retient que les adolescents consultent de moins en moins les guérisseurs traditionnels; en 2002, 11,3 % d'entre eux indiquaient en avoir consulté, en 2008, ils sont 7,8 % ( $p < 0,0001$ ). On note ainsi une baisse du recours à la médecine traditionnelle chez les adultes mais aussi chez les générations plus jeunes. Pourtant, d'après les résultats de l'ERS 2008, la majorité des adultes ont exprimé ne pas avoir rencontré de problèmes pour en obtenir (85,2 %); seuls 4,7 % ont affirmé le contraire, ce qui signifie que les adultes ayant eu recours à des remèdes traditionnels considèrent qu'il est relativement facile de s'en procurer, qu'ils savent comment et où s'en procurer. De plus, comparativement, en 2002, 47,4 % des adultes considéraient n'avoir eu aucune difficulté à se procurer des remèdes traditionnels. Ces derniers sont donc considérés plus faciles à trouver en 2008.

À la lumière des données recueillies en 2008, il aurait pu être intéressant de vérifier, par rapport à la médecine traditionnelle, dans quelle mesure le recours à la médecine courante est choisi par les adultes et par les adolescents des Premières Nations. Avec les données actuelles, cela n'est pas possible; le questionnaire pour les répondants ne comporte pas de questions concernant les types de services consultés par les adultes (tandis que cela figure pour les adolescents avec la question portant sur la consultation chez un professionnel de soins primaires et le recours à des services de soutien en santé mentale).


### *Obstacles rencontrés pour obtenir des soins de santé*

Tel que le mentionne une analyse réalisée par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2011), les Premières Nations doivent faire face à des défis d'ordre socioéconomique et d'ordre linguistique ou culturel ainsi qu'à des obstacles juridictionnels qui entravent l'équité à l'accès à des services de santé. En fait, les barrières socioéconomiques sont souvent les niveaux inférieurs de scolarité et de revenu; ils réduisent notamment la qualité des soins reçus en raison du retard dans le diagnostic et le traitement d'une maladie ou entravant la capacité d'un malade à payer pour des médicaments d'ordonnance (CCNSA, 2011). À ce sujet, avec les résultats de l'ERS 2008, il est observé que les adultes ayant un revenu annuel de moins de 20 000 \$ ont le plus souvent exprimé avoir eu à surmonter des obstacles afin d'obtenir des soins de santé, et ce, notamment pour les obstacles liés à la géographie, à la disponibilité des services et aux besoins spécifiques aux Premières Nations. À l'inverse, les adultes avec un revenu annuel de plus de 70 000 \$ ont répondu le moins souvent avoir fait face à des obstacles. Le contexte économique des répondants joue donc bien un rôle dans l'accès à des soins de santé.

Les divers obstacles que les Premières Nations rencontrent varient également selon leur lieu de résidence et le statut. En fait, environ 50,0 % de la population autochtone du Canada vivant en région éloignée ou dans des communautés ayant peu de services disponibles sur places doivent faire face à des obstacles de taille, qui se traduisent notamment par « le manque d'infrastructures de transport, la capacité à ne parler que des langues autochtones, les longs délais d'attente, l'insuffisance des ressources humaines, et les conditions climatiques du Nord » (CCNSA, 2011 :2). Ainsi, en raison d'un manque d'accès de services de santé dans le Nord, de nombreux patients doivent se rendre dans des centres urbains pour « des urgences médicales, l'hospitalisation, les rendez-vous avec des médecins spécialistes, le diagnostic et le traitement » (CCNSA, 2011 :2).

Ces constats sont observés avec les résultats de l'ERS 2008; les répondants habitant en zone 4 ont le plus souvent indiqué avoir rencontré des obstacles, notamment liés à des besoins spécifiques aux Premières Nations (dont l'impression que les services ne sont pas adaptés à la culture). En 2002 et en 2008, pour les adultes des Premières Nations, les principales difficultés rencontrées pour obtenir des soins de santé sont les longs délais sur les listes d'attente (26,4 % en 2002 et 27,9 % en 2008), et l'absence de médecin et d'infirmier dans leur région (13,9 % en 2002 et 15,7 % en 2008).

Plus précisément, on retient qu'en 2008, les adultes âgés de 18 à 34 ans et de 35 à 54 ans indiquent le plus souvent avoir fait face à des obstacles reliés à des besoins spécifiques aux Premières Nations. Ils ont notamment l'impression que les services ne sont pas adaptés à leur culture et que les soins ne sont pas alignés à leurs besoins. De plus, les 55 à 64 ans estiment le plus souvent avoir rencontré des obstacles liés à la géographie et à la disponibilité des services; ils estiment notamment que ces



derniers ne sont pas disponibles dans leur région et qu'il n'y a pas de médecin ou d'infirmier dans leur région. En ce qui concerne les obstacles d'ordre économique, les adultes de 65 ans et plus indiquent le plus souvent être dans l'impossibilité d'assumer les frais de prestation, tandis que les 18 à 34 ans sont le plus souvent dans l'impossibilité d'assumer les frais de garde. Enfin, pour les obstacles systémiques, les 65 ans et plus indiquent être le plus souvent dans l'impossibilité de trouver un moyen de transport, tandis que les adultes de 35 à 54 ans mentionnent le plus souvent que les soins reçus ne sont pas pris en charge par le Programme des SSNA.

La question portant sur des listes d'attentes trop longues est une problématique qui touche non seulement les populations insuffisamment servies mais aussi le reste de la population canadienne et québécoise. Nous avons relevé avec les données ERS 2008 que 27,9 % des adultes estiment que les listes d'attente sont trop longues. Au Canada, l'attente de soins est un enjeu majeur et demeure le principal obstacle à l'accès à des soins de santé. En 2005, Statistique Canada indique que « même si la plupart des personnes qui ont accédé à un service spécialisé n'ont pas connu de difficultés, certaines en ont eues. Environ 11 % des personnes âgées de 15 ans et plus (2,8 millions de Canadiens et de Canadiennes) ont consulté un médecin en 2005; parmi elles, 1,9 % ont déclaré avoir éprouvé des difficultés à accéder à ce service » (Statistique Canada, 2005 : 9). Au Québec, en 2003, 20,0 % des Québécois et des Québécoises de 15 ans ou plus qui ont eu besoin de services de santé de routine ou de suivi disent avoir rencontré des difficultés à les obtenir (Gouvernement du Québec, 2004), comparativement à 16,0 % dans l'ensemble du Canada. En 2003, environ une personne sur quatre ayant eu des besoins de soins immédiats pour un problème de santé a eu de la difficulté à les obtenir (Gouvernement du Québec, 2004).

Les populations autochtones, quant à elles, doivent également composer avec des obstacles juridictionnels à l'équité dans l'accès aux services de santé. En fait, le gouvernement fédéral, principalement par le biais de la Direction générale pour la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), est responsable de fournir des services limités de soins de santé primaire pour les Inuit vivant dans les territoires traditionnels et aux Indiens inscrits ou non-inscrits vivant dans leurs communautés (CCNSA, 2011). La DGSPNI, qui travaille avec les organisations Premières Nations et Inuit dans le cadre de la promotion de sa santé et d'activités de protection, fournit aussi le financement pour la prestation de programmes de santé communautaires et d'autres services de soins (médicaments, dentaires) à travers le Programme des services de santé non assurés – SSNA (Santé Canada, 2008; CCNSA, 2011).

Les complexités du système de santé pour les peuples autochtones ont historiquement donné lieu à une distribution inégale des services de santé entre les communautés et des possibilités limitées d'une augmentation de financement, notamment à travers la dévolution ou le transfert de responsabilités aux communautés (CCNSA, 2011). En lien avec le manque de professionnels de la santé travaillant de manière continue dans les communautés, les patients doivent faire face à un long processus administratif afin d'obtenir une exemption pour un médicament qui n'est pas actuellement inscrit sur la liste des services de santé non assurés (CCNSA, 2011). En 2002 et 2008, la principale difficulté rencontrée demeure l'accès à des médicaments. Bien que la majorité des adultes expriment ne pas avoir rencontré de difficultés d'accès au Programme de services de santé non assurés (SSNA) en 2002 et en 2008, à l'avenir, il serait intéressant de mieux saisir la nature des problématiques menant à un accès difficile à des médicaments à travers le Programme de SSNA.

Il est important de prendre en considération le fait que les populations autochtones font aussi face à des obstacles systémiques à l'accès de soins de santé (longues listes d'attentes et manque de professionnels). Ces difficultés font que « si les individus ne sentent pas qu'ils sont en mesure d'accéder à de l'aide médicale régulièrement, ou même ne font pas confiance à leurs professionnels de la santé, ils seront moins susceptibles de demander de l'aide lorsqu'ils éprouvent des symptômes de maladie » (CCNSA, 2011 :3). Ceci aurait notamment une influence sur une mortalité plus élevée des Autochtones comparativement aux non-Autochtones d'ailleurs des maladies sont détectées trop tard pour permettre une guérison totale (CCNSA, 2011).

### *Hospitalisation*

Dans le cadre de l'ERS 2008, il est à noter que la question portant sur l'hospitalisation était posée en deux parties; l'une porte sur l'existence d'une hospitalisation et l'autre sur l'hospitalisation à l'urgence. Cependant, la question portant sur l'hospitalisation aux urgences ne permet pas différencier ceux qui sont eu recours aux services d'urgence à titre de consultation de ceux qui ont été hospitalisés aux urgences. On a ainsi observé des proportions élevées de répondants indiquant avoir été hospitalisés aux urgences (plus de 76,0 %, tout groupe d'âge confondu). De telles proportions peuvent ainsi être corrélées au fait que la majorité des répondants ont indiqué ne pas avoir de professionnel de soins de santé primaires; le recours aux services d'urgence est donc un réflexe conséquent lorsqu'il y a un besoin de consulter un médecin ou un infirmier.

Au Québec et au Canada, les hospitalisations en soins de courte durée sont recensées à partir des données compilées par les établissements hospitaliers et les dossiers congés des patients hospitaliers (ICIS, 2009; Carrière et al., 2010, MSSS, 2011a). Les données concernant l'hospitalisation sont comptabilisées différemment de l'ERS 2008, elles ne permettent donc pas de comparaisons. Néanmoins, l'étude nationale de Carrière et de l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé (2010) porte sur la question de l'hospitalisation des Autochtones pour les années 2001-2002. Il en ressort notamment que les disparités en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones perdurent. En fait, au Canada, les régions<sup>1</sup> comptant un pourcentage relativement élevé d'Autochtones affichent des taux d'hospitalisation significativement plus élevés que les régions où le pourcentage d'Autochtones était faible. Plus précisément, les taux d'hospitalisation ont été relevés plus élevés chez les résidents de régions où les Premières Nations représentaient l'identité autochtone la plus prédominante : avec 1 764 hospitalisations pour 10 000 habitants comparativement à 925 pour les régions à faible pourcentage d'Autochtones (Carrière et al., 2010).

D'après les données de l'ERS 2008, parmi les communautés participantes, aucune communauté ne dispose d'un hôpital au sein de la communauté; pour la majorité d'entre elles, l'hôpital le plus proche se situe à moins de 25 km. On note aussi que 17,0 % des répondants ont déclaré avoir été hospitalisés au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, soit un total de 3 003 répondants. À la lumière des constats présentés au sujet des taux élevés d'hospitalisation dans les régions canadiennes présentant de fortes proportions d'Autochtones (Carrière et al., 2010), la situation des Premières Nations du Québec est probablement similaire mais mériterait d'être approfondie.

<sup>1</sup> Les données de l'étude ne comprennent pas celles du Québec.



## *Satisfaction envers les services de santé offerts dans la communauté*

Enfin, au Québec, d'après l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007 (Institut de la statistique de Québec du Québec, 2007), 60,2 % de l'ensemble des usagers québécois indiquent être très satisfaits et 32,7 % sont assez satisfaits. Pour les Premières Nations, d'après l'ERS 2008, on observe que de manière générale, 76,7 % des répondants adultes se déclarent satisfaits ou très satisfaits des soins de santé offerts par leur communauté. Ils sont nettement moins satisfaits des services sociaux offerts dans leur communauté; notamment, 21,0 % des répondants affirment être peu satisfaits ou pas du tout satisfaits des services de placement des enfants.

## CONCLUSION

En 2008, des efforts visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaire au Canada ont été entamés par les gouvernements fédéral et provincial; selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2008), la recherche montre que « les équipes de soins multidisciplinaires peuvent accroître l'accès aux soins et en améliorer la qualité. En 2007, le Conseil national du bien-être social affirmait :

*« Pour répondre aux besoins pressants des enfants et des jeunes autochtones, les services de santé doivent être plus accessibles, être adaptés à la culture et bénéficier d'un financement adéquat. De plus, la priorité doit être accordée à la prévention. Les Autochtones et les gouvernements devraient être perçus comme des partenaires en ce qui concerne les approches pangouvernementales en matière de santé dans un contexte où la santé est l'affaire des Autochtones et où les femmes font entendre leur voix. »*

(Conseil national du bien-être social, 2007 : 80).


En fin de compte, pour les Premières Nations, les efforts visant un meilleur accès à des soins et des services de santé demeurent essentiels étant donné la prédominance d'obstacles et de difficultés. Tel que le CCNSA (2011) l'indique, les approches qui visent à améliorer l'accès aux services de santé « doivent tenir compte des impacts sociaux, économiques, politiques et culturels sur la santé » (CCNSA, 2011 : 4) et se conjuguer à des efforts permettant le développement de politiques d'éducation et de travail appuyant le recrutement et la rétention de professionnels en santé et l'intégration de concepts autochtones holistiques.





## BIBLIOGRAPHIE

- AINC – Affaires Indiennes et du Nord Canada (2010), Santé des autochtones (en ligne). , [En ligne], adresse URL : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/abhl-fra.asp>, consulté en août 2011.
- Bowen, Sarah (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, Ottawa, Santé Canada (en ligne), [En ligne], adresse URL : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/exsum-sommaire\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/exsum-sommaire_f.html), consulté en août 2011.
- Carrière G., Garner R., Sanmartin C., et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé (2010), Hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée et identité autochtone au Canada, 2001-2002, Ottawa, Statistiques Canada, 25p.
- CCNSA - Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2011). Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, Université de Northern British Columbia (en ligne), [En ligne], adresse URL : [http://nccah.netedit.info/docs/NCCAH\\_health\\_services\\_FR\\_edit.pdf](http://nccah.netedit.info/docs/NCCAH_health_services_FR_edit.pdf), consulté en février 2012.
- Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996), Rapport (en ligne), [En ligne], adresse URL : [http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115211319/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm\\_f.html](http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115211319/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_f.html), consulté en août 2011.
- Conseil national du bien-être social (2007), Agissons maintenant pour les enfants et les jeunes Métis, Inuits et des Premières Nations, Automne 2007, Volume N.127, Ottawa, 141 p.
- CSSSPNQL (2007), Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec, 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement, 105 p.
- Gouvernement du Québec (2004), Points saillants du Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé, Novembre 2004, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 8 p.
- ICIS - Institut canadien d'informations sur la santé (2009), Points saillants des hospitalisations et des visites aux services d'urgence en 2007-2008, Canada, 7 p.
- MSSS - Ministère de la santé et des services sociaux (2011a), Bulletin d'information sur les bassins de desserte pour les soins physiques de courte durée des centres hospitaliers du Québec, Mars 2011, Bulletin no 14, Données de l'année financière 2009-2010 (en ligne), [En ligne], adresse URL : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=2X4sPaVOniY=>, consulté en septembre 2011.
- MSSS - Ministère de la santé et des services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2011b), Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques, gouvernement du Québec, 351 pages.



NAHO - Nation Aboriginal Health Organization (2003), What First Nations People Think About Their Health and Health Care in Canada, Ottawa, 19 p.

NAHO - Nation Aboriginal Health Organization (2010), Éditorial intitulé « Médecine traditionnelle », Journal de la santé, Janvier 2010, pp-4-5.

Ressources humaines et développement des compétences Canada (2010), Santé-Satisfaction des patients 2000-2005 (en ligne), [En ligne], adresse URL : <http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=7>, consulté en août 2011.

Santé Canada (2001), « Certaines circonstances » Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées, Ottawa (en ligne), [En ligne], adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/index-fra.php>, consulté en septembre 2011.

Santé Canada (2007), Bien manger avec le Guide alimentaire canadien, [En ligne], adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/fnim-pnim/index-fra.php>, consulté en mars 2012.

Santé Canada (2008), La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) – Rôles et responsabilités, [En ligne], adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/index-fra.php>, consulté en ligne : mars 2012.

Statistique Canada (2005), Accès aux services de soins de santé au Canada. Les temps d'attente des services spécialisés (janvier à décembre 2005), Ottawa, 27 p.

Traoré, Issouf et, Linda Cazale (2008), Qui n'a pas un médecin de famille au Québec ? (en ligne), Institut de la statistique du Québec, Octobre 2008, [En ligne], adresse URL : [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR\\_Medecin\\_famille2008H00F01.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_Medecin_famille2008H00F01.pdf), consulté en septembre 2011.





COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR