



ERS

ENQUÊTE RÉGIONALE
SUR LA SANTÉ
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC

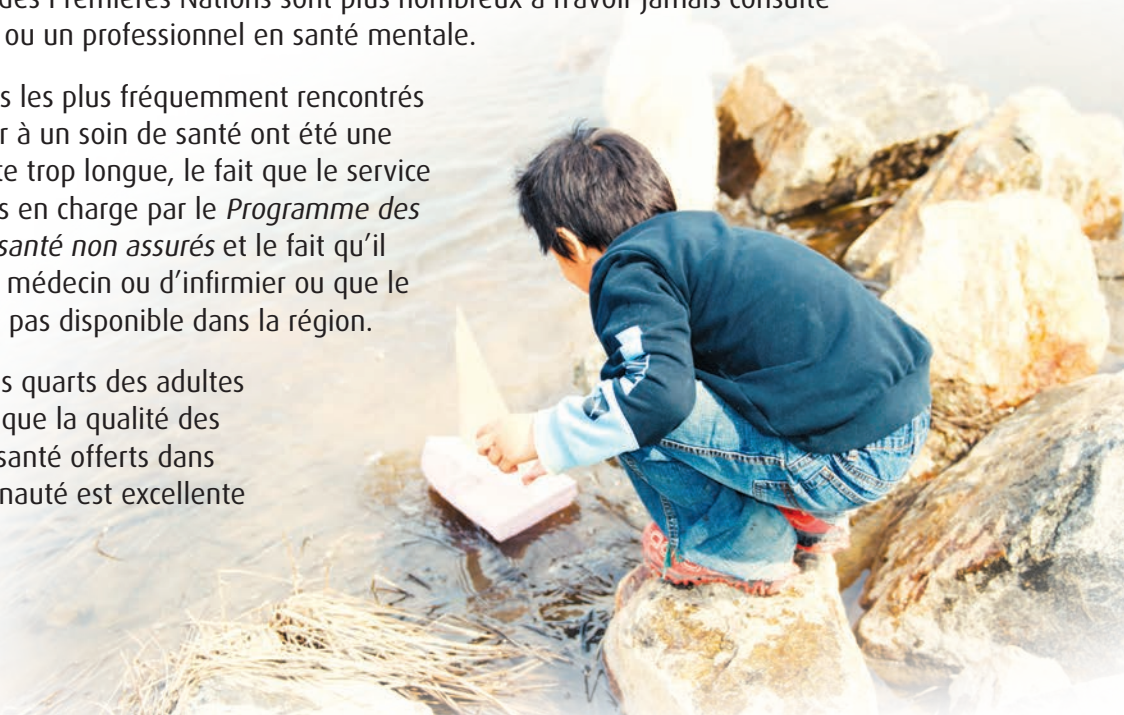


COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Faits saillants

- Près des trois quarts des adultes ont consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire au cours des douze derniers mois et six adolescents sur dix ont déclaré la même situation.
- Un adulte sur dix et un adolescent sur dix ont utilisé un service de santé mentale dans les douze derniers mois.
- Les adultes vivant dans un ménage à faible revenu et ceux parlant au quotidien une langue des Premières Nations sont plus nombreux à n'avoir jamais consulté un médecin ou un professionnel en santé mentale.
- Les obstacles les plus fréquemment rencontrés pour accéder à un soin de santé ont été une liste d'attente trop longue, le fait que le service n'est pas pris en charge par le *Programme des services de santé non assurés* et le fait qu'il n'y a pas de médecin ou d'infirmier ou que le service n'est pas disponible dans la région.
- Plus des trois quarts des adultes considèrent que la qualité des services de santé offerts dans leur communauté est excellente ou bonne.



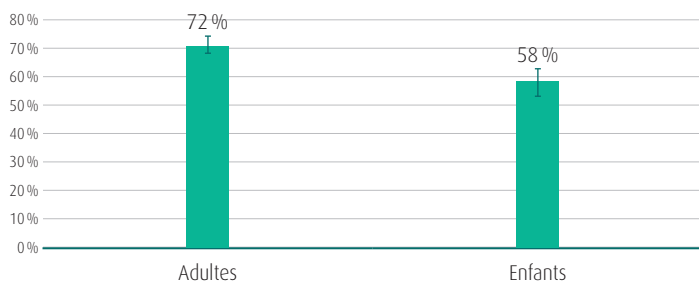
MISE EN CONTEXTE

Le présent feuillet dresse le portrait de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé par les Premières Nations résidant au sein des communautés. Il sera donc question des besoins, de l'utilisation des services de santé ainsi que des obstacles rencontrés pour y accéder et de la satisfaction quant à la qualité des services reçus¹.

PERCEPTION DES BESOINS EN TERMES DE SOINS DE SANTÉ

Selon les résultats de l'ERS 2015, près des trois quarts des adultes ont déclaré avoir eu besoin de soins de santé de la part d'un médecin, d'un infirmier ou d'un autre professionnel de la santé au cours des douze derniers mois. Chez les enfants, près de six sur dix ont eu besoin de soins de santé dans les douze derniers mois (FIGURE 1).

FIGURE 1
Proportion d'adultes et d'enfants ayant déclaré avoir eu besoin de soins de santé au cours des douze derniers mois



UTILISATION DES SERVICES

Consultation auprès d'un médecin ou d'un infirmier en santé communautaire

En cohérence avec les besoins perçus, les données de l'ERS 2015 indiquent que près des trois quarts des adultes ont consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire au cours des douze derniers mois². Six adolescents sur dix ont déclaré la même situation. En contrepartie, près d'un adulte sur dix et un adolescent sur cinq ont affirmé n'avoir jamais consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire au cours de leur vie (TABLEAU 1).

TABLEAU 1
Moment de la dernière consultation avec un médecin ou un infirmier en santé communautaire chez les adolescents et les adultes

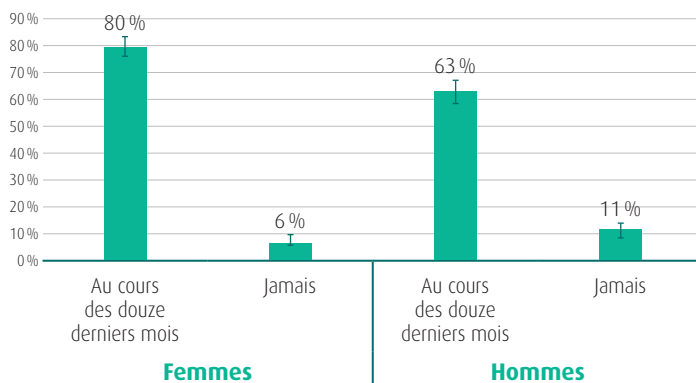
	Adolescents	Adultes
Jamais	20 % [17-24]	9 % [7-11]
Au cours des douze derniers mois	58 % [54-62]	72 % [69-75]
De un à deux ans	14 % [12-18]	13 % [11-15]
Il y a plus de deux ans	8 % [6-10]	6 % [5-8]
Total	100 %	100 %

Chez les adultes, on note une différence entre les hommes et les femmes pour ce qui est du moment de la dernière consultation avec un médecin ou un infirmier. Ainsi, plus de femmes que d'hommes ont consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire au cours de la dernière année. Les femmes sont aussi moins nombreuses à n'avoir jamais consulté un médecin ou un infirmier au cours de leur vie (FIGURE 2).

¹ La population à l'étude n'est pas la même tout au long du feuillet puisque les questions concernant l'accessibilité et l'utilisation des services diffèrent dans les trois questionnaires (enfants, adolescents et adultes).

² Le questionnaire de l'ERS ne permet pas de déterminer si les professionnels de la santé consultés travaillent sur le territoire des communautés ou à l'extérieur de celles-ci.

FIGURE 2
Moment de la dernière consultation avec un médecin ou un infirmier en santé communautaire chez les adultes, selon le sexe

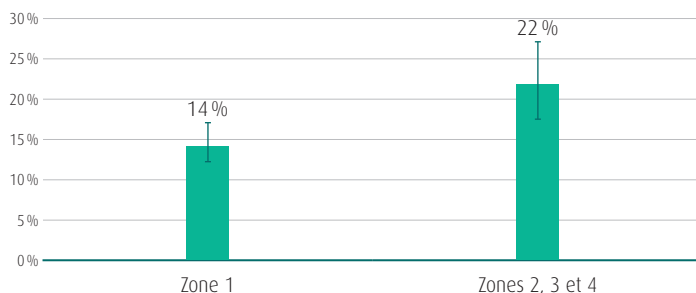


Continuité des soins

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2015), la stabilité du dispensateur de soins principal, soit la personne qui constitue le premier point de contact du patient avec le système de santé, est une composante essentielle à la qualité des services de première ligne. Cette continuité relationnelle des soins a un impact sur l'efficacité des soins, l'état de santé du patient, le nombre de visites à l'urgence et les hospitalisations, et ainsi contribue à améliorer l'état de santé du patient.

Les résultats de la présente enquête nous indiquent que 16 % des adultes qui ont un fournisseur principal de soins (médecin de famille, infirmier ou infirmier praticien) ont changé au moins une fois de fournisseur principal de soins au cours des douze derniers mois. Une plus grande proportion d'adultes résidant en zone 2, 3 ou 4 ont signalé avoir changé au moins une fois de fournisseur principal de soins au cours des douze derniers mois, comparativement à ceux résidant en zone 1 (FIGURE 3).

FIGURE 3
Proportion d'adultes ayant changé de fournisseur principal de soins, selon la zone géographique



Utilisation d'un service de santé mentale

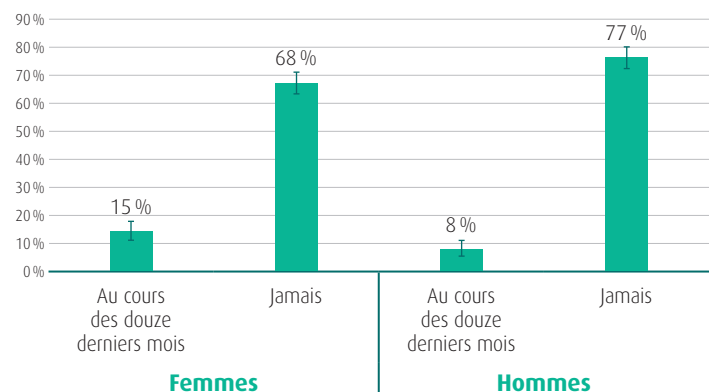
Pour ce qui est des services de santé mentale, les trois quarts des adultes ont affirmé n'avoir jamais eu recours à de tels services, alors qu'un peu plus d'un adulte sur dix y aurait eu recours dans les douze derniers mois. Des proportions relativement semblables ont été observées parmi la population adolescente (TABLEAU 2).

TABLEAU 2
Moment de la dernière utilisation d'un service de santé mentale chez les adolescents et les adultes

	Adolescents	Adultes
Jamais	77 % [74-81]	72 % [69-76]
Au cours des douze derniers mois	12 % [10-16]	12 % [10-14]
De un à deux ans	5 %* [3-7]	3 %* [2-4]
Il y a plus de deux ans	6 % [4-8]	13 % [11-15]
Total	100 %	100 %

Pour ce qui est des adultes, près de deux fois plus de femmes que d'hommes ont eu recours à un service de santé mentale au cours des douze derniers mois (FIGURE 4).

FIGURE 4
Moment de la dernière utilisation d'un service de santé mentale chez les adultes, selon le sexe



Lien entre l'utilisation des services et certains facteurs sociodémographiques

Plusieurs auteurs ont démontré que la pauvreté constitue une barrière importante à l'utilisation des services de santé, et ce, même lorsque les services sont dits « universels » (Hutchison, 2007).

Selon les résultats obtenus, les adultes vivant dans un ménage à faible revenu (moins de 20 000 \$ par année) sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir jamais consulté un médecin ou un infirmier, ou utilisé un service de santé mentale, comparativement à ceux issus de ménages au revenu plus élevé. Des tendances similaires ont été observées pour les adultes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (FIGURES 5 ET 6).

Il est également observé que les adultes utilisant exclusivement une langue des Premières Nations dans la vie de tous les jours sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir jamais consulté un médecin ou un infirmier, ou un professionnel en santé mentale, que les personnes s'exprimant dans une autre langue (FIGURES 5 ET 6). Il est reconnu que, lorsque les services ne sont pas offerts dans la langue de la communauté, cela constitue un obstacle à l'utilisation des services (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011).

FIGURE 5
Proportion d'adultes n'ayant jamais consulté un médecin ou un infirmier en santé communautaire, selon le revenu du ménage, la langue et la scolarité

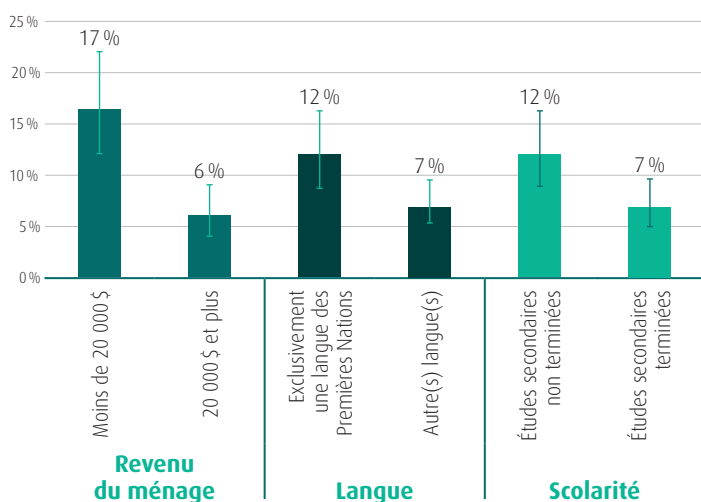
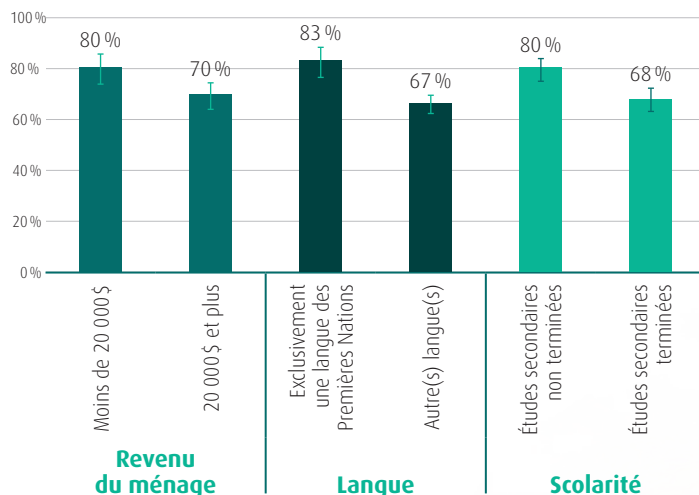


FIGURE 6
Proportion d'adultes n'ayant jamais utilisé un service de santé mentale, selon le revenu du ménage, la langue et la scolarité



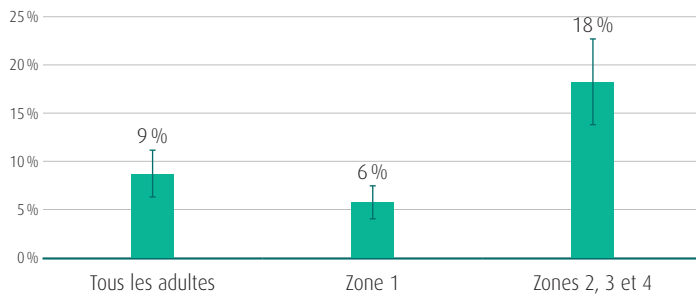


OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES

L'accès équitable à des services de santé est un droit reconnu au Canada en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Malgré cette obligation, tous les Canadiens ne bénéficient pas d'un accès égal aux services de santé. Il est notamment reconnu que plusieurs défis limitent l'accès des Premières Nations aux services de santé (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011). Cette iniquité contribue à creuser l'écart entre l'état de santé des Autochtones et celui des allochtones (Peiris, Brown et Cass, 2008).

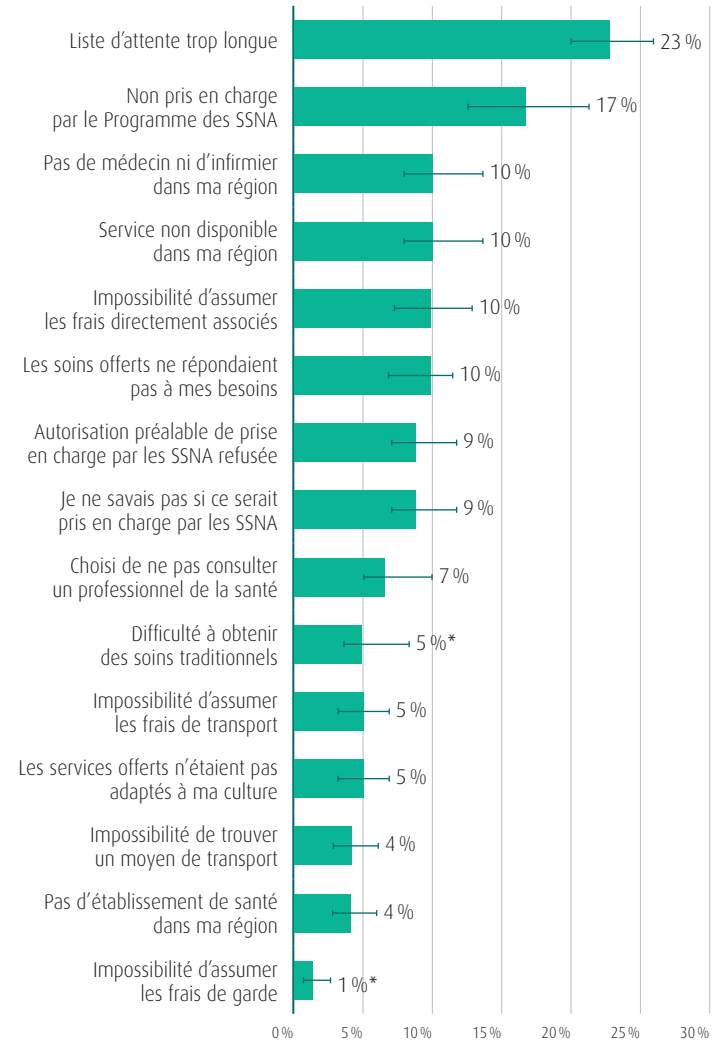
Les résultats de l'ERS révèlent que près d'un adulte sur dix a affirmé ne pas avoir reçu tous les soins dont il a eu besoin au cours des douze derniers mois. Une plus grande proportion d'adultes résidant en zone 2, 3 ou 4 ont affirmé que leurs besoins n'avaient pas tous été satisfaits en comparaison avec les adultes résidant en zone 1 (FIGURE 7).

FIGURE 7
Proportion d'adultes ayant affirmé ne pas avoir reçu tous les soins dont ils ont eu besoin au cours des douze derniers mois, selon la zone géographique



Les adultes ayant eu besoin de soins de santé ont rencontré divers obstacles afin d'obtenir ces soins. Les obstacles les plus fréquemment mentionnés sont une liste d'attente trop longue, le fait que le service n'est pas pris en charge par le *Programme des services de santé non assurés (SSNA)* et le fait qu'il n'y a pas de médecin ou d'infirmier ou que le service n'est pas disponible dans la région (FIGURE 8).

FIGURE 8
Obstacles rencontrés par les adultes pour obtenir des soins de santé



En ce qui concerne les enfants, les défis les plus souvent mentionnés par les parents dont les enfants ont eu des besoins de santé sont sensiblement comparables à ceux des adultes. Ces défis sont une liste d'attente trop longue (16 %), la non-disponibilité du service (14 %) et le fait que le service n'est pas pris en charge par le Programme des SSNA (9 %).

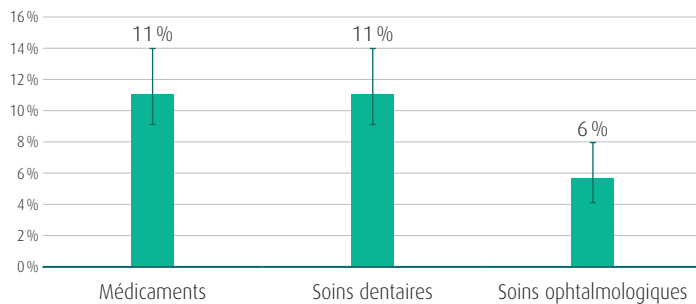
En 2002 et en 2008, les mêmes obstacles les plus fréquents avaient été rapportés, tant chez les adultes que chez les enfants.

Obstacles liés à l'obtention de produits et de services couverts par le Programme des SSNA

Les Premières Nations et les Inuits admissibles ont accès au Programme des SSNA, financé par Santé Canada, qui couvre les frais de produits et de services médicalement requis lorsqu'ils ne sont pas couverts par d'autres programmes ou par leur province de résidence.

Selon les résultats obtenus, 86 % des adultes ont déjà tenté d'accéder à l'un des services de soins de santé offerts par les SSNA. Parmi ceux-ci, 25 % ont rencontré des difficultés à accéder à au moins un des services. Les produits et les services pour lesquels les adultes ont affirmé avoir rencontré le plus de difficulté sont les médicaments, les soins dentaires et les soins ophtalmologiques (FIGURE 9). Ce sont également ces trois produits et services pour lesquels les adultes avaient rapporté avoir eu le plus de difficulté en 2002 et en 2008.

FIGURE 9
Proportion d'adultes ayant rencontré des difficultés pour accéder à un service offert par les SSNA, par service



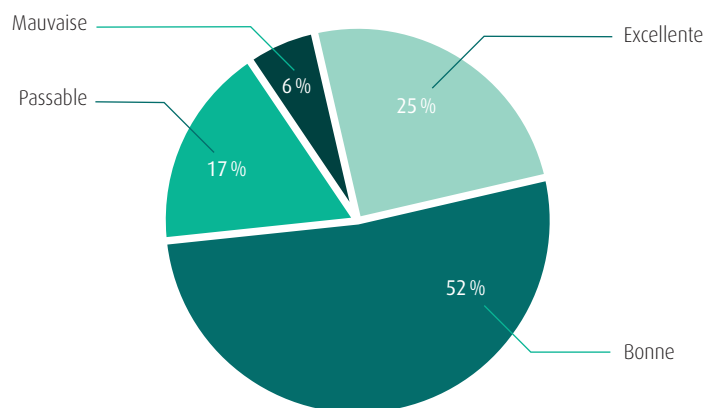
Note : Les catégories « médicaments », « soins dentaires » et « soins ophtalmologiques » ne sont pas mutuellement exclusives. Le répondant pouvait indiquer plus d'un choix.



SATISFACTION QUANT À LA QUALITÉ DES SERVICES

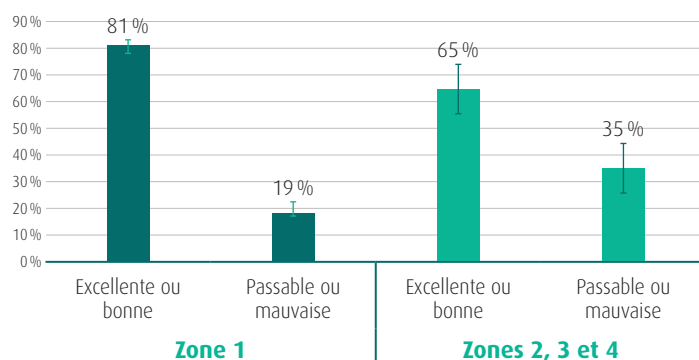
Plus des trois quarts des adultes considèrent que la qualité des services de santé offerts dans leur communauté³ est bonne ou excellente (FIGURE 10).

FIGURE 10
Perception des adultes de la qualité des services de santé offerts dans leur communauté



Les données recueillies indiquent que les adultes résidant en zone 1 considèrent les services offerts dans leur communauté comme étant de meilleure qualité que les adultes des communautés situées dans les autres zones géographiques. Ainsi, huit adultes sur dix résidant en zone 1 perçoivent que la qualité des services offerts est excellente ou bonne comparativement aux deux tiers des adultes résidant en zone 2, 3 et 4 (FIGURE 11).

FIGURE 11
Perception des adultes de la qualité des services de santé offerts dans leur communauté, selon la zone géographique



³ La question posée aux répondants ne permet pas de distinguer la satisfaction quant à la qualité des services offerts par des employés du centre de santé de la communauté ou des services offerts par des professionnels visiteurs.

CONCLUSION

Les résultats tirés de l'ERS 2015 démontrent qu'il demeure, au sein des communautés, des enjeux importants sur le plan de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé, faisant en sorte qu'une proportion importante de la population ne bénéficie pas des services de santé dont elle a besoin. Cette situation est préoccupante à la lumière du fardeau élevé de nombreuses problématiques de santé au sein de la population des Premières Nations au Québec.

BIBLIOGRAPHIE

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*, 6 pages.

Hutchison, B. (2007). *Disparité dans l'accès aux soins de santé et dans leur utilisation : encore du bla-bla*, *Healthcare Policy*, 3 (2), pp. 14-18.

Institut canadien d'information sur la santé (2015). *L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille*. Ottawa : ICIS.

Peiris, D., Brown, A. et Cass, A. (2008). *Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people*, *Canadian Medical Association Journal*, 179 (10), pp. 985-986.





MÉTHODOLOGIE EN BREF

La troisième vague de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) chez les Premières Nations vise à décrire l'état de santé de la population au sein des communautés des Premières Nations au Québec. Elle a été réalisée de février 2015 à mai 2016 dans 21 communautés issues de huit nations et a permis de joindre 3 261 personnes (825 enfants de 0 à 11 ans, 769 adolescents de 12 à 17 ans et 1 667 adultes de 18 ans et plus) qui ont répondu à un questionnaire électronique soumis par des agents de terrain.

Les données suivies du signe «*» ont un coefficient de variation de 16,6% à 33,3% et doivent être interprétées avec prudence. Le signe «**» indique un coefficient de variation supérieur à 33,3%. Ces données ne sont pas publiées, à l'exception des estimations inférieures à 5%. Ces dernières doivent être interprétées avec prudence. Les traits présentés dans les diagrammes à bâtons ou à barres correspondent aux intervalles de confiance calculés selon un niveau de confiance de 95%.

Dans certains cas, les données sont présentées selon la zone géographique de la communauté des répondants. Ces zones se définissent comme suit⁴ :

- Zone 1 (urbaine) : moins de 50 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 2 (rurale) : entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 3 (isolée) : plus de 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 4 (difficile d'accès) : pas de route.

Centre de services : la localité la plus proche pour accéder aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

Dans le cadre de l'ERS, le terme « communauté » est utilisé pour représenter les « réserves indiennes ».

Pour plus de détails, veuillez consulter le feuillet *Méthodologie* de l'ERS.

Le rapport de l'ERS est constitué de 20 feuillets thématiques. L'ensemble des feuillets peut être consulté au centre de documentation de la CSSSPNQL : <https://centredoc.cssspnql.com>.

4 AANC <http://fnp-pnn.aandc-aadnc.gc.ca/fnp/main/Definitions.aspx?lang=fra#Geography> [consulté le 2018-01-03].

Rédaction

Émilie Grantham, agente de recherche,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Comité consultatif régional

André Simpson, épidémiologiste, Institut national de santé
publique du Québec

Françoise Gédéon, coordonnatrice des services sociaux,
familles d'accueil, Gesgapegiag

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Martine Awashish, coordonnatrice – programme de prévention
du suicide, Services de santé d'Opitciwan

Oumar Ba, gestionnaire régional, Direction générale de la santé
des Premières nations et des Inuits

Serge Rock, Danny Robertson, coordonnateur régional jeunesse,
Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

Sony Diabo, aîné de Kahnawake

Révision du contenu

Jessie Messier, agente de programme – SSNA,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Relecteurs

Faisca Richer, Secteur Santé des Autochtones,
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données,
Commission de la santé et des services sociaux des
Premières Nations du Québec et du Labrador

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la
recherche, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques,
CSSSPNQL

Vicky Viens

Graphisme et mise en page

Patricia Carignan, designer graphique

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

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être
téléchargé à partir du site Web de la CSSSPNQL :
<https://centredoc.cssspnql.com>.

Crédits photos : CDRHPNQ, Marc Tremblay, Shutterstock et
Thinkstock.

Citation suggérée :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières
Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale
sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 :
Accessibilité et utilisation des services de santé*. Wendake :
CSSSPNQL.

ISBN : 978-1-77315-150-2

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /
Bibliothèque et Archives Canada

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL

© CSSSPNQL – 2018