

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1
Iiyiyiu Aschii, 2003

Utilisation et appréciation des services de santé

AUTEURS

Ellen Bobet

Recherche et rédaction Confluence, pour le Conseil cri de la santé et des services sociaux
de la Baie James

Josée Gauthier

Direction Systèmes de soins et services
Institut national de santé publique du Québec

ÉDITION ET COORDINATION

Gilles Légaré, Marie-Anne Kimpton et Mélanie Ancil
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

ANALYSES STATISTIQUES

Denis Hamel
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Jill Torrie, Yv Bonnier-Viger, Marcellin Gangbè, Elena Kuzmina et Pierre Lejeune
Direction de santé publique
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

LECTEUR

Lily Lessard
Institut national de santé publique du Québec

TRADUCTION

Cogitco Inc.

MISE EN PAGE

Line Mailloux
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

PUBLICATION

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James &
Institut national de santé publique du Québec

***Ce document est disponible en version intégrale
sur le site Web du CCSSBJ au www.creepublichealth.org
et sur le site Web de l'INSPQ au www.inspq.qc.ca***

***Reproduction autorisée à des fins non commerciales
à la condition d'en mentionner la source.***

Photo : avec l'aimable autorisation de Dr Darlene Kitty
Conception graphique : Katya Petrov

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)
Dépôt légal – 2^e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-52890-6 (PDF)
© Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (2008)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	2
MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES (ESCC), CYCLE 2.1, IYIYIU ASCHII, 2003.....	2
INTRODUCTION.....	3
Aspects contextuels.....	4
ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES.....	4
Mesures de l'utilisation et de l'appréciation des services de santé.....	4
Variables explicatives.....	5
Portée et limites de l'analyse.....	6
RÉSULTATS.....	6
1. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ.....	6
Recours à des soins médicaux.....	6
Recours à des soins dentaires.....	8
2. BESOINS DE SERVICES NON SATISFAITS.....	8
Besoins non satisfaits en matière de soins de santé.....	8
Besoins non satisfaits en matière de soins dentaires.....	10
3. PERCEPTIONS CONCERNANT LA DISPONIBILITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ.....	10
4. LE FAIT D'AVOIR UN MÉDECIN HABITUEL ET SON EFFET SUR L'UTILISATION ET LA PERCEPTION DES SERVICES DE SANTÉ.....	12
Proportion des résidents rapportant avoir un médecin habituel.....	12
Comment le fait d'avoir un médecin habituel affecte l'utilisation des services de santé.....	13
Comment le fait d'avoir un médecin habituel affecte la perception des services de santé.....	13
DISCUSSION ET INTERPRÉTATION.....	15
État de la situation quant à l'utilisation et l'appréciation des services.....	15
Appréciation de la présence d'obstacles susceptibles d'entraver l'accès aux services.....	15
Des pistes d'amélioration pour l'organisation des services.....	16
POINTS IMPORTANTS.....	17
RÉFÉRENCES.....	17
ANNEXE.....	20

AVANT-PROPOS

Ce fascicule présente les résultats d'une enquête de santé menée en 2003 auprès des ménages de la région d'Iiyiyiu Aschii¹. Une enquête similaire avait été réalisée par Santé Québec dans la région en 1991 (Santé Québec, 1994). Après plus de dix ans, il devenait indispensable pour la Direction de santé publique du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) de disposer d'un nouveau portrait de l'état de santé de sa population. L'enquête de 2003 avait donc pour objectif de fournir des renseignements à jour sur les principaux problèmes de santé et leurs déterminants afin de mieux planifier, administrer et évaluer les divers programmes sociaux et sanitaires de la région.

Depuis 2001, la *Loi sur la santé publique* attribue aux directions de santé publique du Québec le mandat de mener des enquêtes périodiques pour évaluer l'état de santé de leur population. Pour remplir ce mandat, les régions sociosanitaires de la province – à l'exception d'Iiyiyiu Aschii et du Nunavik – participent depuis 2000-2001 à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée par Statistique Canada.

En 2003, la Direction de santé publique d'Iiyiyiu Aschii a décidé de se greffer à cette vaste démarche déjà en cours dans l'ensemble du Canada, et de conduire une enquête de type ESCC sur son territoire (Statistique Canada, 2003). Étant donné qu'elle fait partie du réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), la Direction de santé publique du CCSSSBJ a pu bénéficier de l'expertise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la coordination de l'analyse des résultats. La rédaction des fascicules a été confiée à différents professionnels du réseau québécois de la santé et de la Direction de santé publique d'Iiyiyiu Aschii, ainsi qu'à des intervenants du milieu universitaire. Les analyses dévoilées présentent à la fois les résultats de divers aspects de la santé des résidents d'Iiyiyiu Aschii, mais offrent aussi des comparaisons avec les données de 1991 pour la région, et les données de 2003 pour le reste du Québec (Santé Québec, 1994; Statistique Canada, 2003). Les analyses s'adressent à tous les intervenants (professionnels, administrateurs, planificateurs et chercheurs) intéressés par l'état de santé des résidents d'Iiyiyiu Aschii.

Dix fascicules ont ainsi été produits dans le cadre de cette enquête :

- Caractéristiques démographiques et sociales de la population habitant Iiyiyiu Aschii

- Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel
- L'usage de la cigarette
- Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et participation aux jeux de hasard et d'argent
- Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé
- État de santé, espérance de vie et limitation des activités
- Blessures et sécurité dans les transports
- Santé mentale
- Utilisation et appréciation des services de santé
- Méthodes de l'enquête.

Enfin, un dernier fascicule, les *Faits saillants de l'enquête*, présente brièvement l'ensemble des résultats de cette enquête sanitaire.

La réalisation de cette enquête a été rendue possible grâce à la participation de nombreux collaborateurs tout au long de son déroulement. Mentionnons notamment la contribution de Mme Jill Elaine Torrie, directrice des services spécialisés, et de M. Yv Bonnier-Viger, directeur de la santé publique du Conseil cri, lors des étapes de planification et de réalisation sur le terrain. Nous désirons aussi remercier la population crie dont on doit souligner la participation exceptionnelle.

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES (ESCC), CYCLE 2.1, IYIYIU ASCHII, 2003

Cette enquête a été effectuée au cours de l'été 2003 auprès d'un échantillon représentatif des résidents de 12 ans et plus des neuf communautés d'Iiyiyiu Aschii : Chisasibi, Eastmain, Mistissini, Nemiscau, Oujé-Bougoumou, Waskaganish, Waswanipi, Wemindji, Whapmagoostui.

L'échantillon prévu de 1 000 personnes a été choisi au hasard parmi les résidents des ménages privés de la région. L'échantillon final inclut à la fois des résidents autochtones et non autochtones. La majorité des entrevues (85 %) ont été réalisées en face-à-face à l'aide d'un questionnaire assisté par ordinateur. Les personnes absentes lors de la première vague de collecte de données au cours de l'été 2003 ont été interviewées par téléphone à la fin de l'automne 2003.

¹ L'appellation crie *Iiyiyiu Aschii* est utilisée tout au long du texte et désigne la région sociosanitaire des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

La participation à cette enquête est élevée : des 646 ménages sélectionnés, 581 ont accepté de participer à l'enquête (90 %). Parmi ces ménages, 920 personnes éligibles sur les 1 074 (86 %) ont accepté de répondre aux questionnaires. Le taux de réponse combiné s'élève ainsi à 78 %. Les résultats de l'enquête ont été ajustés en fonction de la population de 12 ans et plus de la région d'Iiyiyiu Aschii faisant partie d'un ménage privé; ce qui exclut les personnes vivant en institution, telles les résidences pour personnes âgées. Notons que cette recherche exclut aussi les enfants de moins de 12 ans. Toutes les données présentées dans ce document ont été pondérées afin de pouvoir les inférer à l'ensemble de la population.

Comme les données proviennent d'un échantillon, elles comportent une erreur d'échantillonnage dont on doit tenir compte. Un coefficient de variation (CV) a pour cette raison été utilisé afin de quantifier la précision des estimés et les barèmes de Statistique Canada ont été utilisés pour en qualifier la précision. La présence d'un astérisque «*» accompagnant une estimation signifie que cette dernière a une estimation marginale (CV entre 16,6 % et 33,3 %). Les estimés dont la précision était jugée inacceptable (CV > 33,3 %), ou ceux dont le nombre de répondants était inférieur à 10, ont été supprimés et remplacés par les lettres « NP ».

Les analyses statistiques concernant les comparaisons entre les sexes, groupes d'âge ou sous-régions ont été effectuées au seuil α de 0,05. Les comparaisons avec l'ensemble du Québec ont, pour leur part, été ajustées afin de prendre en compte les différences entre la structure d'âge de la population d'Iiyiyiu Aschii et celle du reste du Québec; ces comparaisons ont été effectuées au seuil α de 0,01 (Statistique Canada, 2003).

Lorsque les questions posées étaient semblables, les résultats de l'enquête ont pu être comparés avec ceux de l'enquête menée dans la région en 1991 (Santé Québec, 1994). Compte tenu des différences entre les méthodes d'échantillonnage des deux enquêtes, ces comparaisons ne concernent cependant que les Cris âgés de 15 ans et plus et incluent un ajustement des proportions qui tient compte de cette modification dans la structure d'âge de la population. Seules les données brutes sont toutefois présentées dans le texte afin d'éviter toute confusion possible avec les proportions ajustées.

Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques de l'enquête, veuillez consulter le fascicule intitulé *Méthodes de l'enquête*.

INTRODUCTION

L'utilisation des services de santé au sein d'une population ne dépend pas seulement des besoins individuels qu'on y retrouve. Les caractéristiques du système de distribution des services comptent aussi parmi les multiples facteurs susceptibles d'entraver ou de faciliter les processus déterminant le recours à ces services (Andersen, 1995; Aday et al., 1999; Ricketts & Goldsmith, 2005). La structuration de l'offre de services sociosanitaires destinés aux neuf communautés de la région d'Iiyiyiu Aschii n'échappe pas aux problématiques organisationnelles associées à de vastes territoires (Campbell, 2002; Gruen et al., 2002; Godden et al., 2004; Lemchuck-Favel & Jock, 2004; Nagarajan 2004). Les données sur l'accessibilité géographique (tableau A1, annexe) témoignent en effet d'une certaine fragilité de l'offre des services de première ligne dans un environnement d'éloignement, voire d'isolement, à l'égard des services hospitaliers et des services spécialisés².

La nature et l'ampleur des différences observées à cet égard dans la région d'Iiyiyiu Aschii par rapport au reste de la population québécoise, de même qu'entre les diverses communautés d'Iiyiyiu Aschii elles-mêmes, pourraient se traduire par des variations notables sur le plan de l'utilisation et de l'appréciation des services de santé, à moins que les modes d'organisation en place ne les pallient. L'étude de telles variations, soutenue par un modèle d'analyse reconnu (Andersen, 1995; Aday et al., 1999; Ricketts & Goldsmith, 2005), est susceptible d'apporter un éclairage sur l'accès aux services et aux modalités organisationnelles pouvant en améliorer la prestation.

Ce document présente les résultats d'un effort d'analyse des données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes réalisée en 2003 auprès des communautés de la région d'Iiyiyiu Aschii. En tenant compte de certaines limites méthodologiques, ces données ont été exploitées afin de :

- Décrire l'état de la situation quant à l'utilisation et à l'appréciation des services par les membres des communautés de la région d'Iiyiyiu Aschii;

² Ces indicateurs ayant été développés pour rendre compte des variations géographiques de la disponibilité des services à l'échelle du Québec, ils ne reflètent pas nécessairement la structure de la distribution des services dans la région d'Iiyiyiu Aschii. Ainsi, par exemple, l'hôpital de référence le plus proche n'est pas nécessairement celui qui est utilisé par les résidents de la région, mais il donne au moins une idée de la distance minimale à couvrir pour accéder aux services de cette catégorie d'hôpital. Les données du tableau A1 (annexe) ont simplement pour objectif de permettre au lecteur moins familier avec ce contexte particulier d'apprécier l'ampleur des différences observables.

- Apprécier la présence d'obstacles susceptibles d'entraver l'accès aux services de santé;
- Mettre en lumière des pistes organisationnelles susceptibles d'améliorer le système de distribution de services destinés aux communautés de la région d'Iiyiyiu Aschii.

ASPECTS CONTEXTUELS

Le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) fournit des services sociaux et de santé à neuf communautés criées éparpillées sur un immense territoire d'environ 350 000 km², soit l'équivalent des 2/3 de la France, ou de Terre-Neuve et du Nouveau-Brunswick réunis. Cinq de ces communautés sont situées sur les côtes de la baie James et de la baie d'Hudson, alors que les quatre autres sont situées à l'intérieur des terres. Les communautés côtières sont, du sud au nord, Waskaganish, Eastmain, Wemindji, Chisasibi et Whapmagoostui. Whapmagoostui est la seule communauté située dans la baie d'Hudson et partage le même territoire que la plus méridionale des communautés inuites, soit Kuujuarapik. Les communautés de l'intérieur (ou continentales) sont Waswanipi, Oujé-Bougoumou, Mistissini et Nemiscau.

Quatre regroupements de communautés ont par ailleurs été définis en fonction de la taille de la population de chaque village au moment de l'enquête. Les deux plus grandes communautés de par la taille de leur population sont Chisasibi, avec environ 3 500 habitants, et Mistissini, située à un millier de kilomètres plus au sud, avec près de 3 000 habitants. Les communautés de taille moyenne ont des populations comprises entre 1 000 et 2 000 habitants. C'est le cas de Wemindji, de Waskaganish et de Waswanipi, la communauté la plus méridionale. Les quatre plus petites communautés, soit Oujé-Bougoumou, Nemiscau, Eastmain, et Whapmagoostui, abritent pour leur part moins de 1000 habitants.

Cette grande dispersion géographique, ajoutée à l'éloignement des grands centres urbains, commande une organisation particulière des services de santé. Un aspect important en est que le CCSSSBJ dépend dans une plus grande mesure que toute autre région du Québec des services externes fournis par d'autres régions. Par exemple, les Services aux patients cris, qui possèdent des bureaux dans des hôpitaux de Chibougamou et Val-d'Or et dont le siège social est à Montréal, ont transporté 16 193 patients et escortes en 2002 et 2003, principalement vers des établissements externes. Les principaux corridors de services à l'extérieur de la région sont, dans l'ordre d'importance, Val-d'Or, Chibougamou et Montréal.

Au niveau de la région, chacune des neuf communautés est dotée d'une clinique médicale qui offre essentiellement des services de première ligne, de même qu'un centre hospitalier sous-régional à Chisasibi (offrant des services très limités) ainsi que d'autres services spécialisés, tels que la Protection de la Jeunesse. Le fonctionnement de ces cliniques repose surtout sur les infirmières. En fait, seules les cliniques les plus importantes bénéficient de la présence de médecins à temps plein, alors que les plus petites bénéficient des services de médecins selon un principe de rotation. Un service de soins dentaires, situé à l'hôpital de Chisasibi, offre un large éventail de soins dentaires préventifs et curatifs. Chaque communauté possède par ailleurs une clinique dentaire. Au moment de l'enquête, les communautés de plus grandes tailles bénéficiaient de dentistes permanents, alors que les plus petites étaient desservies par des dentistes itinérants³. Pour pallier l'insuffisance des effectifs de son personnel médical dans un contexte où il n'existe aucun cabinet médical privé, le Conseil cri a souvent recours à des médecins et dentistes contractuels, mieux connus sous le nom de «dépanneurs». Enfin, pour assurer la continuité des soins en dépit du taux de roulement élevé du personnel médical, les médecins du CCSSSBJ n'ont pas de patients qui soient les leurs : tous les patients d'une même communauté sont pris en charge par le médecin présent dans la communauté.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Nous portons à l'attention du lecteur que l'enquête présentée dans ce fascicule était à l'origine conçue pour mesurer l'utilisation des services de santé au Canada de façon générale. Il n'a donc pas été possible de modifier le questionnaire conçu par Statistique Canada. Dès lors, certains modules et questions du questionnaire relatifs à l'organisation des services de santé se sont avérés peu pertinents pour la région d'Iiyiyiu Aschii dans le cadre de cette enquête. Le corollaire de cette rigidité de l'instrument de mesure est que certains modules n'ont tout simplement pas été pris en considération lors des analyses.

MESURES DE L'UTILISATION ET DE L'APPRÉCIATION DES SERVICES DE SANTÉ

Le module Utilisation des soins de santé du questionnaire de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes s'intéresse aux différentes dimensions de l'utilisation des services de santé au cours de l'année précédant l'enquête. De cette section, nous avons principalement retenu les données relatives au type de professionnel mis

³ La situation a évolué depuis le moment de l'enquête. Chaque communauté bénéficie maintenant d'un dentiste permanent.

à contribution (ex. : infirmière, médecin, psychologue, etc.), et à l'intensité (ex. : quantité, fréquence) des services utilisés par la population crie. Quelques questions tirées du module Visites chez le dentiste ont aussi été retenues dans le cadre de cette analyse, telles que la dernière fois où une personne a reçu des soins dentaires, ainsi que les raisons pour lesquelles une personne n'a pas reçu de soins dentaires.

Les données recueillies dans cette section ont également permis d'examiner les besoins de services de santé non satisfaits. De telles données constituent un complément d'information pertinent pour quiconque s'intéresse à l'accès aux services de santé (Carr & Wolfe, 1976; Chen & Hou, 2002; Sanmartin et al., 2002; Ricketts & Goldsmith, 2005; Starkes et al., 2005). Les répondants devaient à ce sujet spécifier s'il leur était arrivé, au cours de la dernière année, de ne pas recevoir des services de santé dont ils auraient eu besoin. Le cas échéant, les répondants devaient rapporter la nature du besoin non satisfait (problème mental ou émotif vs traitement d'une blessure), de même que les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas obtenu de services (ex. : pas disponible dans la région, délai trop long, etc.).

En plus de poser des questions concernant l'utilisation des soins de santé et les besoins non satisfaits, l'enquête demandait l'opinion des gens de 15 ans et plus à l'égard des soins de santé. Le module portant sur la satisfaction par rapport à la disponibilité demandait aux répondants d'évaluer la disponibilité et la qualité des soins de santé, premièrement à la grandeur de la province de Québec, puis à l'échelle de leur propre communauté. À des fins d'analyse, les réponses ont été dichotomisées, c'est-à-dire classées soit dans la catégorie « excellent/bon » ou la catégorie « passable/mauvais ». Une autre question était centrée sur l'expérience réelle plutôt que la perception générale : on a demandé aux gens ayant reçu des soins de santé au cours de la dernière année d'en évaluer la disponibilité et la qualité. Les réponses à ces questions basées sur les perceptions doivent être interprétées avec prudence, car le taux de non-réponse était plutôt élevé (entre 12 % et 23 %) au sein des plus jeunes gens et de ceux n'ayant pas eu de contact récent avec le système de soins de santé.

VARIABLES EXPLICATIVES

Bien que les besoins de santé demeurent le principal déterminant de l'utilisation des services, d'autres facteurs interviennent dans l'initiation et l'évolution de cette démarche individuelle. La ventilation des données en fonction de ces facteurs permet d'apprécier les variations observées au sein de la population d'Iiyiyiu Aschii.

Le modèle d'analyse développé par Andersen (Andersen et al., 1983; Andersen, 1995) a permis de sélectionner six

variables susceptibles d'influencer l'utilisation et l'appréciation des soins de santé. Dans ce cas-ci, les variables démographiques (âge et sexe) de même que le niveau de scolarité⁴ ont été retenus en lien avec la prédisposition à recourir aux soins et services. Les questions relevant, auprès de chaque répondant, la perception de son état de santé actuel et la présence d'un ou de plusieurs problèmes chroniques diagnostiqués par un médecin (ex. : diabète) ont aussi été retenues pour spécifier le concept de besoin de services.

En plus de ces facteurs individuels, deux types de regroupements des communautés ont été considérés afin de dresser le tableau des variations intrarégionales de l'utilisation et de l'appréciation des services. Les communautés côtières et les communautés continentales réfèrent, comme leur nom l'indique, à la localisation des communautés sur le territoire. Le second regroupement correspond quant à lui aux quatre regroupements de communautés définis en fonction de la taille de la population de chaque village au moment de l'enquête (Chisasibi (plus de 3 000 habitants); Mistissini (2 000 à 3 000 habitants); communautés de taille moyenne (1 000 à 2 000 habitants); communautés de petite taille (moins de 1 000 habitants)).

Finalement, tous les répondants devaient rapporter s'ils avaient ou non un médecin habituel de même que les raisons pour lesquelles ils n'en avaient pas (ex. : il n'y en a pas vs n'a pas essayé d'en avoir un). Il a été démontré que le fait de disposer d'une telle source régulière de soins facilite l'utilisation et favorise l'accessibilité et la qualité des services (Lambrew et al., 1996; Larson & Fleishman, 2003; Mendoza-Sassi & Beria, 2003; Litaker et al., 2005). Les transformations de l'organisation des services de première ligne en cours au Québec misent sur l'accroissement de la proportion de la population couverte par un médecin de famille afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services. Il est donc apparu judicieux d'approfondir l'analyse des données disponibles en lien avec une telle stratégie en tenant compte du modèle d'organisation déployé pour les communautés d'Iiyiyiu Aschii. Cette variable fait l'objet d'une section spécifique où elle est traitée transversalement pour apprécier son influence sur l'utilisation et l'appréciation des services.

⁴ Le niveau de scolarité a été défini fonction du nombre d'années d'études. La catégorie « peu scolarisé » équivaut à moins de 7 années d'études (moins que le Secondaire 1). La catégorie « moyennement scolarisé » correspond à entre 7 et 11 années d'études (études secondaires complétées ou partiellement complétées). La catégorie « plus scolarisé » équivaut à 12 années d'études ou plus (soit quelques années d'études collégiales ou postsecondaires complétées).

PORTÉE ET LIMITES DE L'ANALYSE

La littérature propose plusieurs modèles pour guider l'analyse du réseau complexe des relations qui associent l'utilisation et la satisfaction aux paramètres de l'organisation des services tout en considérant les facteurs individuels (Andersen, 1995; Aday et al., 1999; Ricketts & Goldsmith, 2005). Puisque la taille de l'échantillon dans la région d'Iiyiyiu Aschii ne permet pas une analyse multifactorielle, nous nous sommes limités à dégager quelques hypothèses au moyen de comparaisons entre différents groupes et régions. Par exemple, nous avons pu comparer l'utilisation et l'appréciation des services dans différentes parties de la région d'Iiyiyiu Aschii puisque les deux sous-régions (communautés côtières vs continentales) et les quatre regroupements selon la taille des communautés sont homogènes à plusieurs autres points de vue⁵. Des comparaisons entre Iiyiyiu Aschii et le reste de la province ont aussi permis de dégager certains éléments d'intérêt, notamment en lien avec l'accès aux services dans la région d'Iiyiyiu Aschii. Le recours aux résultats des rares études réalisées auprès de communautés autochtones a permis d'établir un parallèle avec certaines de nos observations. Finalement, certaines observations associées à la prévalence des besoins de services non satisfaits ont également apporté un certain éclairage quant à l'accès aux services.

Il importe de préciser que les croyances et la culture comptent également parmi les facteurs reconnus pour intervenir sur l'utilisation et l'appréciation des services. On sait notamment que l'interprétation des symptômes et des traitements souhaitables s'avère éminemment culturelle (Van Sickle & Wright, 2001; Shah et al., 2003; Wardman et al., 2005). Cette enquête ne permet toutefois pas de discerner comment et dans quelle mesure la culture crie influence les processus d'utilisation et détermine l'appréciation des services de santé. Il convient donc de considérer que toutes les observations présentées dans ce document en sont colorées et devraient être interprétées en conséquence.

RÉSULTATS

Dans la section sur le contexte, nous avons montré que pour assurer la continuité des soins en dépit du taux de roulement élevé du personnel médical, les médecins du CCSSSBJ n'ont pas de clientèle qui leur soit propre : tous les patients d'une même communauté sont ainsi pris en charge par le médecin présent dans la communauté. Cette organisation des services peut expliquer la perception de la population qui déclare qu'elle n'a pas de

médecin régulier. Bien que l'accès à un médecin soit bon en général, le suivi régulier par un même médecin est souvent absent. Par contre, plus un médecin demeure à son poste dans la région, plus certaines personnes auront tendance à le considérer comme leur médecin habituel ou leur médecin de famille. De plus, les personnes vivant dans les communautés situées près de Val-d'Or, Chibougamau ou Chapais, peuvent pour leur part consulter dans ces communautés et ainsi disposer d'un médecin régulier.

1. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

RECOURS À DES SOINS MÉDICAUX

La majorité des résidents d'Iiyiyiu Aschii (87 %) ont eu recours à au moins un type de soin de santé au cours de la dernière année. Les professionnels consultés le plus couramment étaient les omnipraticiens, les dentistes ou orthodontistes, ainsi que les infirmières (Figure 1). Même si presque autant de personnes ont consulté une infirmière ou un médecin au cours de la dernière année, on constate une différence dans l'intensité de l'utilisation. En moyenne, les personnes à la recherche de soins ont consulté une infirmière six fois par année, alors qu'elles n'ont consulté un médecin que trois fois (tableau A2, annexe).

Comme le montrent les figures A1 et A2 (annexe), l'utilisation des soins de santé varie par ailleurs en fonction des besoins individuels en matière de santé. Les personnes qui perçoivent leur santé comme étant passable ou mauvaise (figure A1, annexe) et celles qui ont au moins un problème de santé chronique (figure A2, annexe) ont consulté en plus grande proportion tous les types de professionnels. Les différences observées sont en général statistiquement significatives, mais la tendance la plus marquée concerne le recours aux médecins spécialistes. Lorsqu'on considère le nombre de consultations annuelles, seule la fréquence de l'utilisation des services infirmiers présente des écarts significatifs selon l'état de santé du client : les personnes ayant rapporté un état de santé passable ou mauvais ou au moins un problème chronique ont consulté davantage que les autres.

Des caractéristiques démographiques telles que le sexe, l'âge et le niveau de scolarité sont liées à l'utilisation des services de santé. Tout comme dans les autres populations, les femmes d'Iiyiyiu Aschii ont été plus susceptibles que les hommes d'avoir recours à des soins médicaux au cours de la dernière année (91 % vs 84 %). Et, même si l'âge d'un individu a eu peu d'effet sur la probabilité de consultation d'un professionnel au moins une fois, il a eu un effet sur le nombre moyen de visites :

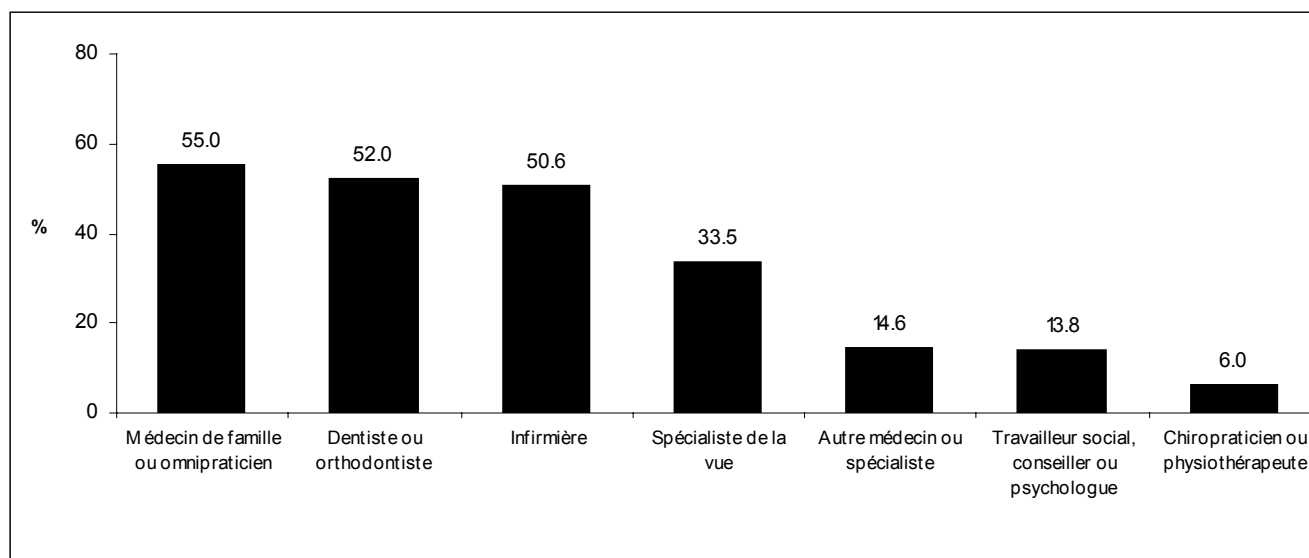
⁵ Absence de différences significatives quant à l'âge, le sexe et la scolarité; voir le fascicule sur les faits saillants.

les jeunes de 12 à 19 ans ont effectué beaucoup moins de visites chez l'infirmière et chez le médecin que les individus plus âgés. Les personnes ayant une scolarité de niveau universitaire ont été plus susceptibles que les

autres de consulter la plupart des types de professionnels de la santé, à l'exception des infirmières. Ils ont aussi été plus susceptibles d'être hospitalisés (données non présentées).

Figure 1

Proportion de la population ayant consulté divers types de professionnels de la santé au moins une fois au cours de la dernière année (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source: ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau 1

Proportion de la population ayant reçu diverses formes de soins de santé au cours de la dernière année, selon la taille de leur communauté (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

% de la population ayant...	Chisasibi (plus de 3 000 habitants)	Mistissini (entre 2 000 et 3 000 habitants)	Communautés de taille moyenne (entre 1 000 et 2 000 habitants)	Communautés de petite taille (moins de 1 000 habitants)
Consulté un omnipraticien	57,8	57,3	48,2 ¹	60,7
Consulté une infirmière	31,7	64,6 ¹	49,8 ¹	61,2 ¹
Consulté un spécialiste	11,0*	14,6	13,7	21,2 ¹
Passé au moins une nuit à l'hôpital	10,6*	12,3*	9,5*	18,3 ¹

¹ L'exposant indique que le nombre diffère significativement de la valeur de référence (Chisasibi).

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Les données de l'enquête témoignent par ailleurs de variations relativement importantes à l'intérieur de la région quant à l'utilisation des services de santé, comme le montre le tableau 1. Nous n'avons pas, pour l'instant, d'hypothèse satisfaisante pour expliquer cet écart.

Contrairement à la plupart des autres régions de la province, le système de soins de santé d'Iiyiyiu Aschii dépend fortement des infirmières en tant que fournisseurs des soins de base, ce qui est clairement reflété par la proportion élevée de la population ayant consulté une infirmière au cours de la dernière année (figure 1). Cette plus grande utilisation des soins infirmiers montre que les résidents du territoire consultent les professionnels de

la santé dans des proportions comparables aux autres Québécois, même s'ils sont beaucoup moins susceptibles d'avoir consulté un omnipraticien ou un spécialiste.

Les habitants de ce territoire sont aussi beaucoup plus susceptibles que les autres Québécois d'avoir passé une nuit à l'hôpital au cours de la dernière année. Ceci est probablement une conséquence de l'isolement des communautés et de leur dépendance envers les services externes. Ces facteurs peuvent inciter les fournisseurs de soins de santé à faire preuve d'une plus grande prudence et ainsi influencer leur décision d'hospitaliser ou non un patient. Des situations similaires sont documentées dans la littérature (Shah et al., 2003) et ont aussi été observées dans d'autres régions éloignées de la province.

RECOURS À DES SOINS DENTAIRES

Plus de 80 % des résidents ont consulté un dentiste au cours des trois dernières années : entre 52 et 54 %⁶ en ont consulté un au cours de la dernière année, et 29 % au cours des deux années précédentes. La proportion de la population rapportant avoir reçu des soins dentaires au cours de la dernière année était légèrement plus faible

dans la région d'Iiyiyiu Aschii qu'ailleurs au Québec, la différence était toutefois statistiquement significative. Les femmes étaient légèrement plus susceptibles que les hommes (58 % vs 50 %) de rapporter avoir consulté un dentiste au cours de la dernière année, et les plus jeunes gens étaient beaucoup plus susceptibles que ceux âgés de plus de 45 ans d'avoir reçu des soins dentaires (données non présentées).

L'utilisation des services dentaires variait par ailleurs selon la région, sensiblement de la même façon que pour les soins médicaux. Les populations des communautés continentales étaient donc beaucoup plus susceptibles que celles des régions côtières (59 % vs 50 %) d'avoir reçu des soins dentaires au cours de la dernière année, ce qui reflète peut-être le fait qu'au moment de l'enquête, Mistissini disposait de plus de ressources pour les services dentaires que les autres communautés. Le tableau 2 montre que les personnes vivant à Mistissini étaient plus susceptibles d'avoir récemment reçu des soins dentaires que celles vivant dans d'autres communautés.

Tableau 2

Visites les plus récentes chez le dentiste selon la taille de la communauté (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Période	Chisasibi (plus de 3 000 habitants)	Mistissini (entre 2 000 et 3 000 habitants)	Communautés de taille moyenne (entre 1 000 et 2 000 habitants)	Communautés de petite taille (moins de 1 000 habitants)
Au cours de la dernière année	54,4	64,9 ¹	48,3	50,8
Il y a 1 à 3 ans	26,4	28,5	29,7	33,6
Il y a plus de 3 ans	19,2	6,7*	22,0	15,6*

¹ L'exposant indique que le nombre diffère significativement de la valeur de référence (Chisasibi).

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

2. BESOINS DE SERVICES NON SATISFAITS

BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Dans l'ensemble, 14 % des résidents de la région d'Iiyiyiu Aschii ont identifié des besoins de services non satisfaits au cours de la dernière année. Au sein de cette population, une plus grande proportion de femmes que d'hommes rapporte des besoins non satisfaits (tableau 3), tandis que les personnes moins scolarisées en rapportent

proportionnellement moins que les plus scolarisées (données non présentées). Ces observations, ainsi que celles associées aux personnes en situation de besoins de services, soit celles qui estiment que leur santé est passable ou mauvaise ou qui rapportent au moins un problème de santé chronique (figures A3 et A4, annexe), correspondent assez bien à ce qu'on peut retrouver dans des analyses comparables (Chen & Hou 2002; Gauthier, non publié).

De plus, la population d'Iiyiyiu Aschii rapporte des besoins non satisfaits dans des proportions comparables à celle du reste du Québec et ce, systématiquement pour les hommes, les femmes, les personnes en bonne ou moins bonne santé. Par contre, les variations observées quant à l'âge apparaissent plus spécifiques. Notamment,

⁶ L'enquête comprenait deux questions différentes portant sur le recours aux soins dentaires, et les résultats obtenus étaient légèrement différents.

l'importance relative des besoins non satisfaits dans le groupe des jeunes adultes représente un phénomène que n'explique pas la structure d'âge particulière de la population crie (tableau 3). Il est possible que les personnes de ce groupe d'âge aient inclus implicitement les besoins de services éprouvés, mais pour le bénéfice de leurs enfants.

Tableau 3

Proportion des individus ayant identifié des besoins non satisfaits en matière de soins de santé au cours de la dernière année, selon le sexe et l'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	%
Sexe	
Hommes	11,5 ¹
Femmes	16,2 ¹
Groupe d'âge	
12 à 19 ans	6,8*
20 à 29 ans	21,4 ²
30 à 44 ans	13,4 ²
45 ans et plus	13,3*

¹⁻² Les exposants indiquent que la différence entre les deux estimations est statistiquement significative.

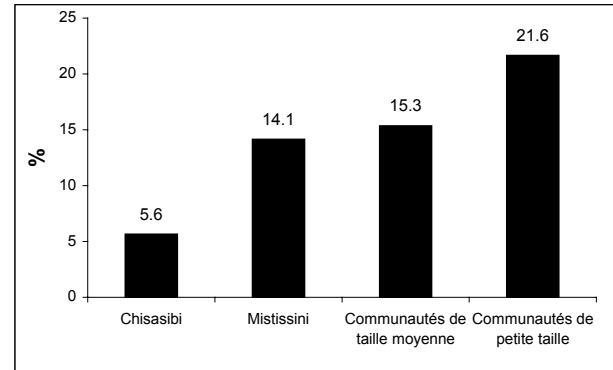
* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Certaines des plus importantes différences liées aux besoins non satisfaits en matière de soins de santé dépendent de la situation géographique de la communauté : les populations vivant dans des communautés continentales étaient deux fois plus susceptibles que celles des régions côtières à révéler des besoins non satisfaits en matière de soins de santé (20 % vs 10 %). En outre, certaines indications portent à croire que la taille de la communauté ainsi que son éloignement des services spécialisés sont associés à des besoins non satisfaits (figure 2).

Figure 2

Proportion de la population ayant identifié des besoins non satisfaits en matière de soins de santé au cours de la dernière année selon la taille de leur communauté (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Quels étaient ces besoins en matière de soins, et pourquoi n'ont-ils pas été satisfaits ? La plupart des répondants (69 %) ont indiqué que leurs besoins non satisfaits étaient reliés au traitement de problèmes de santé physique, alors que 14 % ont cité des besoins reliés à des examens périodiques ou des consultations prénatales, et des proportions équivalentes de personnes (11 % chacune) ont parlé de besoins à l'égard de problèmes de santé mentale ou encore de blessures.

Il est intéressant de noter qu'il n'y a eu aucune mention de problèmes de langue comme raison de la non-obtention des soins désirés. Les trois principales raisons évoquées étaient reliées à la non-disponibilité du service dans la région (24 %), à la trop longue période d'attente (20 %), ou à la non-disponibilité du service au moment où il était requis (17 %). Même si ces raisons sont aussi les plus souvent évoquées ailleurs au Québec (tableau 4), la question de la disponibilité régionale des services se démarque clairement en ce qui concerne l'explication des besoins non satisfaits au sein des communautés crie. Le fait que plus de 16% de la population d'Iiyiyiu Aschii rapportant des besoins non satisfaits spécifie qu'un médecin a décidé que le service n'était pas nécessaire représente une différence intéressante par rapport au reste du Québec, tant en termes de proportion que du rang associé à cette raison.

Tableau 4

Principales raisons pour lesquelles des soins de santé n'ont pas été reçus par les personnes rapportant des besoins non satisfaits au cours de la dernière année, population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003

Principales raisons	Comparaison des proportions populationnelles	Rang à Iiyiyiu Aschii	Rang dans le reste du Québec
Service non disponible dans la région	Iiyiyiu Aschii > ¹ Québec	1	3
Temps d'attente trop long	Iiyiyiu Aschii < ¹ Québec	2	1
Service non disponible au moment requis	Iiyiyiu Aschii ≈ Québec	3	2
Trop occupé	Iiyiyiu Aschii ≈ Québec	4	6
Soins non nécessaires selon le médecin	Iiyiyiu Aschii > ¹ Québec	5	9
Soins considérés comme inadéquats	Iiyiyiu Aschii ≈ Québec	6	5
Problèmes de transport	Iiyiyiu Aschii > ¹ Québec	7	14

^a Seuls les sept premiers choix parmi les seize proposés aux répondants sont présentés dans le cadre de cette comparaison.

¹ L'exposant indique que la différence entre Iiyiyiu Aschii et le reste du Québec est statistiquement significative.

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003.

BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE SOINS DENTAIRES

Quelque 17 % des résidents d'Iiyiyiu Aschii ont rapporté n'avoir reçu aucuns soins dentaires depuis trois ans ou plus, soit environ deux fois plus qu'ailleurs au Québec. La principale raison citée pour la non-obtention de soins dentaires était tout simplement que la personne n'en voyait pas la nécessité (40 %) (tableau 5). Ces résultats surprennent quand on sait que les résidents de la région sont proportionnellement plus nombreux que les autres Québécois à percevoir de façon négative leur santé dentaire (22% vs 14%). Cette contradiction semble provenir de la conception même des besoins de soins dentaires. Il semble en effet que, pour la plupart des résidents de la région, les soins dentaires ne sont requis que dans les situations d'urgence, à savoir lorsque la personne souffre déjà d'infection ou d'autres problèmes de santé bucco-dentaire aigus. On est donc loin de la situation où l'individu va consulter le dentiste sur une base régulière, pour prévenir l'apparition desdits problèmes.

Tableau 5

Raisons pour lesquelles aucun dentiste n'a été consulté depuis trois ans ou plus^a (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Raisons	%
Pas une nécessité	40,0
N'a pas eu le temps	24,5
Autre	36,3
Temps d'attente trop long	NP

^a Attention : Taux de non-réponse à cette question = 23,7 %.

Note : les répondants pouvaient choisir plus d'une option.

NP Donnée non publiée (CV > 33,3 % ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

3. PERCEPTIONS CONCERNANT LA DISPONIBILITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

Un peu moins des deux tiers (63 %) des résidents pensent que la disponibilité globale des soins de santé dans la province est bonne ou excellente. Ils sont un peu plus nombreux, soit 65 %, à considérer leur qualité comme étant bonne. Les opinions quant à la disponibilité ont tendance à être plus positives parmi les personnes les moins susceptibles de requérir des soins. Ainsi, les personnes se disant en excellente ou en bonne santé, ainsi que celles n'ayant aucun problème de santé chronique sont beaucoup plus susceptibles que les autres d'indiquer que la disponibilité des services est bonne ou excellente dans la province (figures A5 et A6, annexe). Alors que la santé des répondants exerce une influence sur leur perception de la disponibilité des services, cette influence semble un peu moins marquée quant à leur perception de la qualité des services (figures A5 et A6, annexe)⁶.

Même si la majorité des individus ont une opinion favorable des soins de santé dans la province, ils sont moins satisfaits des services disponibles dans leur propre communauté. Un peu moins de la moitié des résidents d'Iiyiyiu Aschii (47 %) ont affirmé que la disponibilité des soins de santé dans leur communauté est bonne ou excellente. Ce qui est très en deçà de la proportion comparable dans le reste de la province. À l'instar de la perception mesurée à l'échelle de la province, les individus en mauvaise santé (figure A7, annexe) et ceux souffrant de problèmes de santé chroniques (figure A8, annexe) sont beaucoup moins susceptibles d'évaluer la disponibilité des services dans leur communauté comme étant bonne ou excellente.

⁶ Il existe des différences liées à l'âge et au niveau de scolarité, mais le taux élevé de non-réponse parmi les jeunes empêche toute interprétation.

Le même phénomène est observé quant à la qualité des services : seulement la moitié des répondants d'Iiyiyiu Aschii ont qualifié la qualité de bonne ou d'excellente, une proportion moins élevée qu'ailleurs au Québec. Cette perception s'avère par ailleurs assez stable à l'intérieur de la région. Les opinions sont similaires chez tous les groupes d'âge, chez les deux sexes, et chez les communautés continentales et côtières. Cependant, on note un fait intéressant par rapport au niveau de scolarité : les personnes ayant un niveau de scolarité faible ou élevé évaluent la disponibilité et la qualité plus positivement que celles possédant un niveau de scolarité intermédiaire. Finalement, on note quelques variations selon la taille de la communauté (taille et isolement de la communauté). Les résidents de Chisasibi et Mistissini ont tendance à être plus satisfaits de la qualité et de la disponibilité des services que ceux vivant dans des communautés de taille moyenne ou plus petite, et plusieurs de ces différences sont statistiquement significatives (figure A9, annexe).

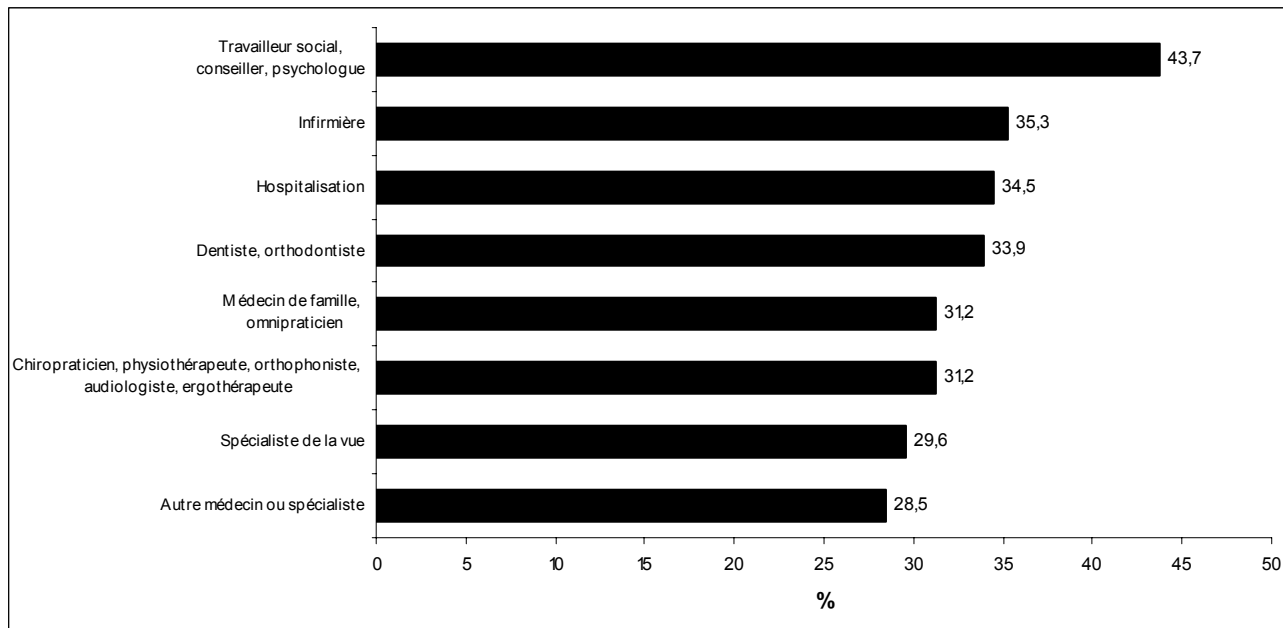
L'enquête permettait d'identifier les personnes ayant reçu des soins de santé au cours de la dernière année. Leur perception à l'égard de la disponibilité et de la

qualité des services offerts dans leur communauté et dans la province est vraisemblablement liée, à tout le moins en partie, aux services dont ils ont eu besoin. Globalement, 68 % des hommes et des femmes ayant eu recours à des services de santé au cours de la dernière année, qualifient la disponibilité des services de bonne ou excellente. Les personnes en mauvaise santé ou souffrant de problèmes de santé chroniques considèrent la disponibilité des services comme étant moins satisfaisante (données non présentées). En ce qui a trait au niveau de scolarité, les résultats montrent la même tendance que pour l'ensemble de la population, soit que les personnes ayant un niveau de scolarité intermédiaire (moyennement scolarisé) sont moins satisfaites que les autres (données non présentées).

Les perceptions quant à la disponibilité varient selon le type de soin auquel la personne a eu recours au cours de la dernière année. Parmi les personnes ayant eu recours à toute forme de soins, 32 % en qualifient la disponibilité de passable ou faible. Mais cette proportion grimpe à 44 % (figure 3), si l'on considère uniquement les personnes ayant consulté un travailleur social, un conseiller ou un psychologue.

Figure 3

Proportion des utilisateurs de services de santé rapportant une perception de la disponibilité passable ou faible selon la nature des services sollicités (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

4. LE FAIT D'AVOIR UN MÉDECIN HABITUEL ET SON EFFET SUR L'UTILISATION ET LA PERCEPTION DES SERVICES DE SANTÉ

La littérature soutient que le fait de disposer d'une source habituelle de soins, particulièrement le fait d'avoir un médecin régulier, constitue un facteur qui facilite l'accessibilité des services, favorise leur utilisation et améliore leur qualité, notamment en termes de pertinence (Lambrew et al., 1996; Larson and Fleishman 2003; Mendoza-Sassi & Beria, 2003; Litaker et al., 2005). C'est pourquoi on préconise actuellement au Québec des modes d'organisation des services permettant d'accroître la proportion de la population affiliée à un médecin, notamment en favorisant un meilleur partage du champ de pratique en première ligne entre infirmières et médecins.

La situation est fort différente dans la région d'Iiyiyiu Aschii où, en dehors de Chisasibi, on a développé une organisation des services de première ligne fondée sur la contribution des infirmières qui prennent en charge les services et les soins courants dans chacune des communautés⁷. C'est ainsi qu'à l'instar des autres professionnels (ex. : psychologues ou physiothérapeutes), les médecins installés ou visiteurs sont particulièrement appelés à intervenir auprès des personnes présentant des problèmes de santé plus graves, plus complexes ou plus spécifiques.

Que nous enseignent les données de l'enquête quant au fait d'avoir un médecin régulier dans le cadre d'une telle organisation en première ligne?

PROPORTION DES RÉSIDENTS RAPPORTANT AVOIR UN MÉDECIN HABITUEL

Étant donné que la plupart des résidents d'Iiyiyiu Aschii reçoivent des services de première ligne de la part des infirmières, et que les médecins ne sont parfois sur place qu'une semaine par mois, plusieurs personnes peuvent être suivies régulièrement par une infirmière sans savoir qu'ils bénéficient, par son intermédiaire, des services d'un médecin. De ce fait, et compte tenu du roulement important des médecins dispensant des services dans la région, il n'est pas surprenant de constater que seulement une minorité des résidents (24 %) déclare avoir un médecin habituel. En fait, ce qui surprend, c'est le nombre de personnes affirmant avoir un médecin habituel alors qu'elles vivent dans une communauté n'ayant pas de médecin résident. Ces personnes ont

apparemment une vision différente de ce qu'est un médecin habituel. Il est possible que certains répondants ne fassent pas de distinction entre les médecins et les infirmières. Une autre possibilité est que, si le même médecin visiteur s'occupe de la communauté pendant plusieurs années, les résidents en viennent à le considérer comme leur médecin habituel. Finalement, les résidents de certaines des communautés les plus au sud ont la possibilité de consulter un médecin dans les villes adjacentes, comme Chibougamau ou Val-d'Or.

Les deux principales raisons évoquées par les résidents du territoire rapportant ne pas avoir de médecin habituel sont : il n'y en a aucun de disponible dans la région (56 %) ou encore que leur médecin habituel est parti ou a pris sa retraite (21 %). La situation est différente ailleurs au Québec, où les deux raisons majeures empêchant les gens d'avoir un médecin habituel sont : la personne n'a pas essayé d'en avoir un ou que les médecins de la région ne prennent plus de nouveaux patients (données non présentées).

Selon une tendance observée à la grandeur de la province, la proportion de la population ayant un médecin habituel augmente avec l'âge (données non présentées) et avec le déclin de l'état de la santé perçue (figure A10, annexe). Cette tendance est encore plus importante pour les personnes présentant un problème chronique diagnostiqué par un médecin (près de deux fois celle des personnes sans problème chronique (figure A11, annexe)) et s'avère nettement supérieure à ce qu'on observe ailleurs au Québec (données non présentées). Dans l'ensemble, ces constats témoignent du mode d'organisation privilégié en première ligne dans cette région, qui vise à canaliser la contribution des médecins autour des personnes en situation de besoin.

Étant donné leur taille, on pouvait anticiper que la proportion de personnes rapportant avoir un médecin régulier à Chisasibi (23 %) ou Mistissini (24 %) corresponde à celle de l'ensemble de la région. Il est toutefois surprenant de constater que la proportion observée pour les communautés de petite taille (moins de 1 000 habitants) s'avère beaucoup plus importante (36 %), c'est-à-dire presque deux fois celle observée pour les communautés de taille moyenne (1 000 à 2 000 habitants) (19 %). La stabilité des effectifs médicaux depuis une vingtaine d'années à Whapmagoostui pourrait bien être à l'origine de tels résultats. En l'absence de différence notable entre les communautés sur le plan des besoins individuels de santé, on peut même émettre l'hypothèse que l'utilisation accrue des services dans les communautés de petite taille découle aussi de cette particularité (voir tableau A1, annexe).

⁷ Une formation en cours d'emploi soutient une intervention plus étendue de l'infirmière. Cette intervention est encadrée par des protocoles de soins qui incluent la délégation d'actes médicaux légalement soutenus par la Loi 90.

COMMENT LE FAIT D'AVOIR UN MÉDECIN HABITUEL AFFECTE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

La figure 4 montre l'existence d'une tendance systématique des personnes ayant un médecin habituel à recourir davantage à chacun des services considérés par l'enquête⁹.

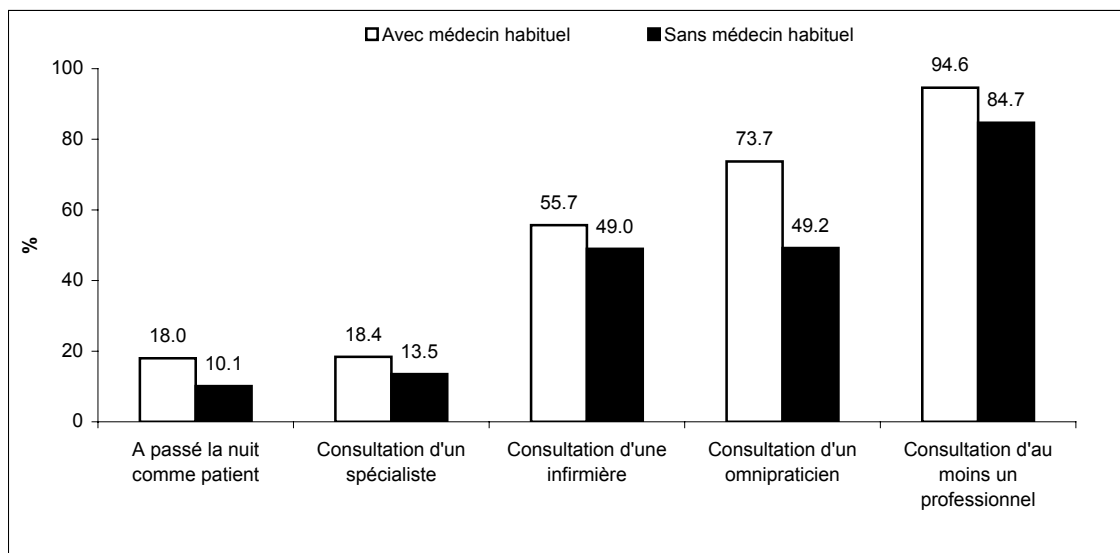
Les personnes ayant un médecin habituel présentent par ailleurs un nombre moyen de consultations avec une infirmière au cours de la dernière année près de trois fois plus élevé que ceux qui n'en avaient pas (11,5* vs 4,3); cet écart s'avère statistiquement significatif. Il convient de préciser ici que ces données peuvent avoir une signification qui dépasse l'interprétation immédiate qui en est faite. En effet, on remarque que les personnes rapportant avoir un médecin habituel comptent deux fois plus de jours d'hospitalisation. Cette tendance systématique des personnes ayant un médecin régulier à recourir davantage aux services de santé doit également être mise en relation avec l'observation précédente à l'effet que les personnes en situation de besoin rapportent davantage que les autres avoir un médecin régulier.

COMMENT LE FAIT D'AVOIR UN MÉDECIN HABITUEL AFFECTE LA PERCEPTION DES SERVICES DE SANTÉ

Le fait d'avoir un médecin habituel dans la région d'Iiyiyiu Aschii est associé à une appréciation favorable des services de santé (figure 5). La différence la plus importante entre les personnes ayant un médecin régulier et les autres est observée pour la perception de la disponibilité dans sa communauté de résidence qui s'avère significative au plan statistique. De plus, le fait d'avoir un médecin habituel semble davantage influencer la perception de la disponibilité des services offerts dans la région d'Iiyiyiu Aschii qu'ailleurs au Québec. En effet, alors que dans l'ensemble les résidents de cette région ont une appréciation beaucoup moins favorable de la disponibilité des services dans leur communauté de résidence que les autres Québécois, cette différence disparaît si on ne considère que les personnes rapportant avoir un médecin habituel (données non présentées).

Figure 4

Proportion de la population, avec et sans médecin habituel, rapportant avoir utilisé divers services de santé au cours des 12 derniers mois (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



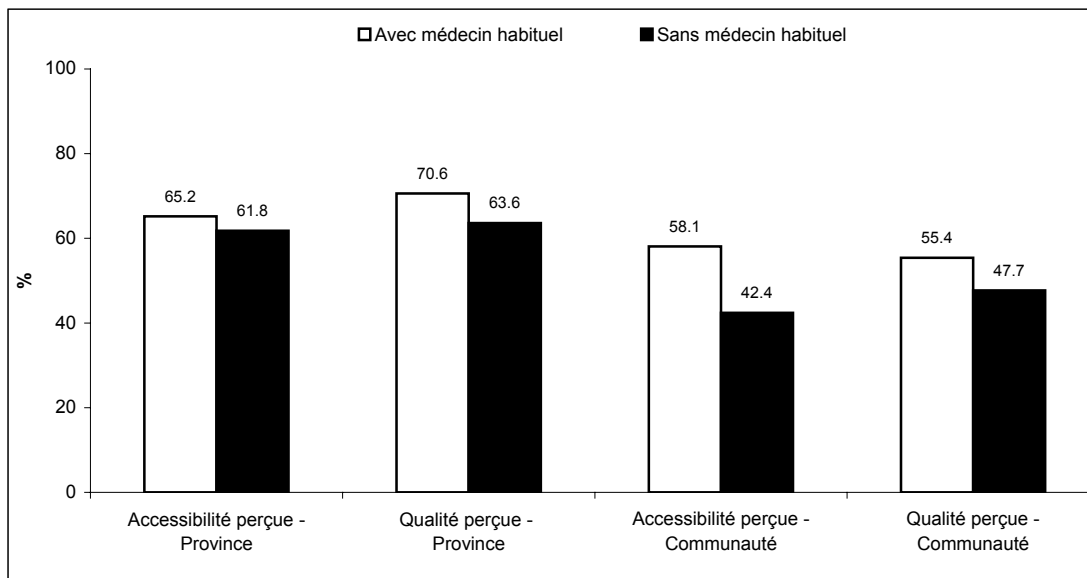
Note : Dans le cas des consultations avec infirmières et médecins spécialistes, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

⁹ Dans le cas des consultations avec infirmières et médecins spécialistes, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

Figure 5

Proportion de la population, avec ou sans médecin habituel, ayant une perception positive (excellente ou bonne) de la disponibilité et de la qualité des services dans la province et dans leur communauté (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

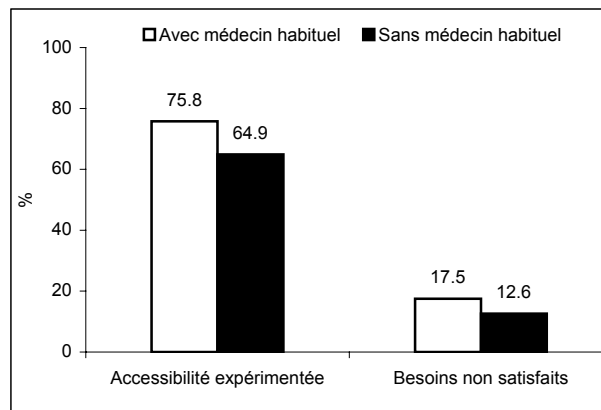


Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Le fait d’avoir un médecin habituel augmente la probabilité d’avoir une appréciation positive de la disponibilité des services effectivement utilisés (bien qu’il soit impossible de discerner s’il s’agit de services offerts dans la communauté ou à l’extérieur de la région) (figure 6). Le fait d’avoir un médecin habituel ne réduit cependant pas significativement la probabilité de rapporter des besoins non satisfaits. Cette probabilité s’en trouve même accrue dans la région d’Iiyiyiu Aschii, alors qu’elle demeure sensiblement la même ailleurs sur le territoire québécois chez les personnes rapportant disposer d’un médecin habituel. Est-ce à dire que dans cette région, les médecins exercent un rôle de « gatekeeper », à savoir que leur intervention auprès des patients peut contribuer à réduire l’utilisation onéreuse de ressources plus spécialisées? (Allen & Mor, 1997; Grumbach et al., 1999; Fairchild et al., 2000). L’interprétation de cette information ne peut s’établir d’emblée compte tenu du fait que les personnes qui rapportent en plus grande proportion avoir un médecin habituel sont généralement en moins bonne santé que les autres (figures A10 et A11, annexe).

Figure 6

Proportion de la population, avec ou sans médecin habituel, ayant une appréciation positive (excellente ou bonne) de la disponibilité des services effectivement utilisés ou rapportant des besoins de services non satisfaits (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

DISCUSSION ET INTERPRÉTATION

ÉTAT DE LA SITUATION QUANT À L'UTILISATION ET L'APPRÉCIATION DES SERVICES

Alors que 63 % des résidents d'Iiyiyiu Aschii croient que la disponibilité des soins de santé dans la province est bonne dans l'ensemble, seulement 47 % croient que la disponibilité est bonne dans leur propre communauté. Étant donné que chaque communauté possède une clinique avec un personnel composé d'infirmières, on peut avancer que les soins de première ligne sont davantage disponibles dans la région d'Iiyiyiu Aschii que dans plusieurs régions plus au sud. Le roulement des médecins et l'éloignement des services spécialisés affectent cependant l'accès à des soins médicaux plus spécialisés dans la région. Il n'est donc pas surprenant qu'une proportion beaucoup plus élevée de résidents d'Iiyiyiu Aschii croit que la disponibilité est moins bonne que dans les autres régions du Québec, et que les résidents de Chisasibi et Mistissini sont plus susceptibles que ceux des autres communautés à rapporter une meilleure disponibilité des services.

Le fait d'avoir un médecin régulier est associé à une utilisation accrue et à une perception plus favorable de la disponibilité des services de santé. Dans la région d'Iiyiyiu Aschii, cette relation apparaît beaucoup plus importante qu'ailleurs au Québec, ce qui est compatible avec ce qui est observé dans d'autres contextes géographiques québécois caractérisés par l'éloignement des services spécialisés (Gauthier, 2007). Ces constats laissent croire que le fait d'avoir une source régulière de soins contribue à pallier les barrières géographiques de la région.

Les différences relativement restreintes observées par rapport au reste de la population québécoise quant à l'utilisation des services s'avèrent plutôt rassurantes lorsqu'on tient compte des écarts qui caractérisent la région d'Iiyiyiu Aschii sur le plan de l'offre de services de santé (tableau A1, annexe). Il semble à cet égard que les modalités organisationnelles mises en œuvre dans cette région contribuent à pallier utilement la rareté des ressources en première ligne de même que l'éloignement des services hospitaliers et des services spécialisés.

Quelle que soit la communauté de résidence, les principaux déterminants du recours à la gamme de services demeurent les besoins individuels de santé. Certaines observations associées aux variations intrarégionales suggèrent cependant des pistes d'amélioration.

APPRÉCIATION DE LA PRÉSENCE D'OBSTACLES SUSCEPTIBLES D'ENTRAVER L'ACCÈS AUX SERVICES

Des recherches récentes dans le domaine s'accordent généralement pour dire que l'état de santé et la présence de multiples facteurs de risque au sein des communautés autochtones contribuent à accroître sensiblement leurs besoins de services de santé (Thouez et al., 1990; Tookenay, 1996; Martens et al., 2005; Wardman et al., 2005). Il n'en va pas autrement pour la population d'Iiyiyiu Aschii (Thouez et al., 1990; Campbell, 2002). Compte tenu du suivi serré que commande le diabète de type 2 par exemple (Harris et al., 1998; Meltzer et al., 1998), la forte prévalence de ce problème de santé au sein des communautés crie devrait entraîner un recours accru aux services en première ligne de même qu'aux services plus spécialisés, particulièrement en ophtalmologie. Les données disponibles ne nous permettent malheureusement pas de comparer les consultations en ophtalmologie des personnes diabétiques dans la région d'Iiyiyiu Aschii avec le reste du Québec, surtout pour apprécier dans quelle mesure le système local s'est ajusté ou non aux besoins de cette population.

Cependant, on ne peut écarter complètement les éventuelles contraintes liées à l'accès aux services pour les communautés d'Iiyiyiu Aschii, d'autant plus que les rapports touchant les traitements dentaires surprennent également. Le portrait émanant de l'enquête est relativement positif : près de la moitié des adultes disent avoir consulté un dentiste au cours de la dernière année et peu d'entre eux disent que les longues listes d'attente les ont empêchés de demander des soins. En fait, 40 % des personnes n'ayant pas consulté de dentiste depuis au moins trois ans allèguent que la raison principale est tout simplement qu'ils n'en ont pas eu besoin. Les renseignements obtenus par l'entremise du programme dentaire dépeignent cependant une réalité différente. Un rapport datant de 2002 (Véronneau et al., 2002) indiquait que le temps d'attente moyen pour un traitement, dans la région, avait grimpé à onze mois et qu'une grande partie des besoins n'était donc pas comblée. On peut voir dans ce qui précède deux visions complémentaires : la population semble davantage lier les besoins aux situations d'urgence, alors que les spécialistes parlent de besoins programmés. L'écart entre ces deux visions montre l'importance de ce qui reste à faire en termes de santé publique pour amener la population à être plus proactive vis-à-vis de sa santé, à adopter des habitudes de vie saines de même que des pratiques préventives.

Les contradictions observées entre besoins et utilisation des services peuvent par ailleurs n'être qu'apparentes. Certains auteurs ont en effet rapporté des perspectives différentes dans certaines populations autochtones quant

aux modalités d'utilisation des services et au potentiel qu'on peut en tirer en termes de santé et de bien-être (Campbell, 2002; Wardman et al., 2005). L'importante différence observée entre les besoins ressentis et les besoins mesurés va aussi dans le même sens qu'une récente étude voulant que la perception des besoins de santé contribue à sous-estimer les réels besoins de services et ce, particulièrement dans les contextes de rareté et d'éloignement des services (Mayer et al., 2005). Ces deux hypothèses s'avèrent complémentaires entre elles et rejoignent l'interprétation des proportions de besoins non satisfaits rapportés dans cette enquête.

L'observation voulant que les résidents de la région ne déclarent pas plus de besoins insatisfaits en matière de santé que ceux des autres régions du Québec ne saurait toutefois être interprétée en fonction d'un accès similaire pour les deux populations. Il est important de rappeler que près du quart des résidents ayant des besoins insatisfaits ont spécifié que les services requis n'étaient pas disponibles dans leur région. Le fait que les femmes et les personnes âgées de 20 à 29 ans soient les plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits suggère la possibilité de besoins locaux non comblés en matière de soins prénataux.

Outre les quelques problèmes d'accessibilité mentionnés jusqu'ici, les systèmes locaux actuels semblent s'ajuster aux besoins de services des personnes en situation de besoin afin de leur permettre d'accéder à toute la gamme des services couverts. De fait, les personnes en moins bonne santé et celles présentant au moins un problème de santé chronique font davantage l'objet d'une attention professionnelle soutenue, surtout en ce qui a trait aux services infirmiers. De plus, la transition entre la première ligne et les services spécialisés apparaît facilitée pour cette tranche de la population puisque sa couverture pour de tels services correspond au moins au double de celle observée pour le reste de la population régionale (figures A1 et A2, annexe). Cette observation laisse croire que la mise en place de corridors de services et de facilités de transport porte ses fruits. Il n'en demeure pas moins que la proportion de personnes couvertes par des services spécialisés demeure bien en deçà de ce qu'on observe pour le reste du Québec. Même si ce constat peut refléter le champ de pratique médicale plus étendu des omnipraticiens et des médecins de famille œuvrant sur ce territoire, il soutient néanmoins l'importance de ne pas négliger d'autres pistes d'amélioration.

DES PISTES D'AMÉLIORATION POUR L'ORGANISATION DES SERVICES

On sait que plusieurs personnes reçoivent principalement les soins de base par l'intermédiaire des infirmières résidentes et via des ententes à court terme impliquant

des médecins visiteurs ou, possiblement, des cliniques médicales ou des services d'urgence dans des villes comme Chibougamau. Cet état de fait suggère des implications administratives quant au système de soins de santé de la région. Premièrement, il met en lumière l'importance d'une bonne communication entre les médecins visiteurs et le personnel infirmier local, en vue d'une bonne continuité des soins (Reid et al., 2002). Deuxièmement, il confirme, pour les mêmes raisons, l'importance d'un bon système de gestion des dossiers.

On remarque qu'il reste des différences intrarégionales sur le plan de l'utilisation des services qui semblent associées à leur disponibilité locale. De fait, la couverture des services dentaires la moins importante, à tout le moins au moment de l'enquête, est observée dans les petites communautés où les dentistes ne sont pas disponibles sur une base permanente, tandis que l'utilisation des différents types de professionnels et des services semble particulièrement facilitée à Whapmagoostui par la présence d'un médecin installé depuis longtemps dans la région.

La réduction des variations dans la disponibilité des soins de base sera vraisemblablement plus compliquée. Présentement, le système de soins de santé de la région est articulé autour des infirmières, les médecins leur déléguant certaines tâches médicales au moyen de protocoles médicaux. Seule une formation de quelques semaines distingue les infirmières œuvrant dans la région de celles œuvrant ailleurs au Québec. Ce type d'entente est à son meilleur lorsque les médecins et les infirmières se connaissent bien et se font mutuellement confiance, mais le taux élevé de roulement d'infirmières et de médecins dans les régions nordiques risque de constituer un frein au développement d'une telle confiance. En supposant que les infirmières demeurent les principales fournisseuses de soins de base de la région, on peut imaginer que l'accès aux services serait amélioré par une reconnaissance officielle et légale de l'étendue de leur pratique et par un renforcement de leur formation, comme c'est le cas pour les infirmières œuvrant dans plusieurs communautés des Premières Nations ailleurs au Canada (MacLeod, Kulig et al. 2004; Kulig, Stewart et al., 2006). Une autre façon d'améliorer l'accès implique l'intégration des infirmières praticiennes au sein du système régional, tel qu'envisagé actuellement au Québec (Durand, 2006). En effet, la littérature sur le sujet laisse croire qu'une affiliation à une telle source régulière de soins apporte le même type de bénéfice que l'affiliation à un médecin régulier (Trella, 1989; Conway-Welch, 1991; Lee & O'Neal, 1994; Ryan, 1998; Ross, 1999; Way et al., 2001). Dans la mesure où elles sont capables de jouer un rôle de « gatekeeper » similaire à celui d'un médecin de famille, l'addition d'infirmières praticiennes pourrait aussi aider à réduire les coûts

associés aux nombreuses sorties par avion ou par affrètement de navettes organisées régulièrement, sans compromettre l'accès aux services requis par les résidents.

Outre les services dentaires et les services médicaux, les résultats de cette enquête pointent aussi sur des possibilités d'amélioration de l'accessibilité des services en santé mentale, ce qui correspond à des constats réalisés chez d'autres communautés autochtones du Canada (Wardman et al., 2005). Les résultats de l'enquête démontrent que les personnes qui ont eu recours à des services psychosociaux au cours de la dernière année ont tendance à qualifier la disponibilité des soins de santé de passable ou mauvaise. La majorité des personnes qui cherchent de l'aide en santé mentale dans la région la reçoivent vraisemblablement de l'infirmière de leur communauté. Or, ces dernières ne disposent pas nécessairement d'une formation adéquate à cet égard (Silverman et al., 2001).

Le plan d'action proposé à l'échelle du Québec préconise par ailleurs que l'intervention en santé mentale repose sur un ensemble de services de première ligne pouvant s'appuyer sur des services de deuxième et de troisième ligne (MSSS, 2005). L'organisation des services en santé mentale dans de petites communautés constitue donc un défi de taille compte tenu de la rareté des ressources et de l'éloignement, auxquels s'ajoute toute la problématique de la stigmatisation des personnes présentant un trouble mental et autres barrières culturelles interférant avec leur utilisation (Lessard, 2005). Un projet de recherche actuellement en cours s'attardera notamment à la situation qui prévaut dans la région d'Iiyiyiu Aschii et pourrait éventuellement conduire à une amélioration conséquente de certaines modalités organisationnelles (Fournier, 2005-2009).

POINTS IMPORTANTS

- 87 % des résidents ont reçu au moins un type de soin de santé au cours de la dernière année. Le recours à ces soins de santé a été influencé par des facteurs tels que l'âge, le sexe et la scolarité. Il est aussi associé aux besoins : les personnes en mauvaise santé et souffrant de problèmes chroniques étant plus susceptibles de consulter tous les types de professionnels de la santé (particulièrement les spécialistes).
- Les résidents des communautés continentales sont plus susceptibles que ceux des régions côtières de consulter la plupart des types de professionnels de la santé, incluant les dentistes, et sont aussi plus susceptibles d'être hospitalisés.

- 14 % des répondants ont rapporté des besoins non satisfaits en matière de soins de santé au cours de la dernière année. Les femmes, les jeunes adultes et les personnes vivant dans des communautés continentales sont plus susceptibles de rapporter des besoins non satisfaits.
- Les individus ont une vision plus positive de la disponibilité et de la qualité des soins à l'échelle de la province qu'à l'échelle de leur propre communauté. Alors que près des deux tiers des résidents croient que la disponibilité et la qualité des services de la province sont bonnes, seulement la moitié en disent autant de leurs services de santé locaux.
- Les perceptions quant à la disponibilité varient selon le type de service requis. Les personnes recherchant une aide de type conseil (travailleur social, conseiller, psychologue) étaient plus susceptibles que les autres d'être insatisfaites de la disponibilité des services dans la région.
- 24 % des résidents ont déclaré avoir un médecin habituel. Selon un schéma observé à l'échelle de la province, la proportion des individus ayant un médecin habituel augmente avec l'âge et les besoins en matière de soins de santé.
- Le fait d'avoir un médecin habituel est associé à une perception plus positive de la disponibilité et de la qualité de services de santé, de même qu'avec une tendance à mieux profiter de tous les types de soins de santé.

RÉFÉRENCES

Aday, L.A., C.E. Begley, et al. (1999). A framework for assessing the effectiveness, efficiency, and equity of behavioral healthcare. *Am J Manag Care*, 5 Spec No: SP25-44.

Allen, S.M. & V. Mor (1997). The prevalence and consequences of unmet need. Contrasts between older and younger adults with disability. *Med Care*, 35(11): 1132-48.

Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 36(1): 1-10.

Andersen, R.M., A. McCutcheon, et al. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res*, 18(1): 49-74.

- Campbell, A. (2002). Type 2 diabetes and children in Aboriginal communities: the array of factors that shape health and access to health care. *Health Law J*, 10: 147-68.
- Carr, W. & Wolfe, S. (1976). Unmet needs as sociomedical indicators. *Int J Health Serv*, 6(3): 417-30.
- Chen, J. & Hou, F. (2002). Unmet needs for health care. *Health Rep*, 13(2): 23-34.
- Conway-Welch, C. (1991). Issues surrounding the distribution and utilization of nurse nonphysician providers in rural America. *J Rural Health*, 7(4 Suppl): 388-401.
- Durand, S. (2006). *L'infirmière praticienne spécialisée : une pratique infirmière avancée en émergence au Québec*. Montréal: Direction de santé publique de Montréal. Conférence donnée dans le cadre des activités scientifiques du GRÉAS 1.
- Fairchild, D.G., Sussman, A.J., et al. (2000). When sick patients switch primary care physicians: the impact on AMCs participating in capitation. *Acad Med*, 75(10): 980-5.
- Fournier, L. (2005-2009). *Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : accompagnement et suivi*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Fonds de recherche en santé du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences, Institut national de santé publique du Québec, 15 centres de santé et de services sociaux du Québec.
- Gauthier, J. (2007). *La distribution des services de santé sur un vaste territoire : structurer globalement mais gérer localement pour réduire les inégalités de santé*. in *La décision en santé publique: obligation, négociation, participation?* Montpellier, France: Société française de santé publique.
- Godden, D.J., Ludbrook, A., et al., (2004). Consultant supported intermediate care - a model for remote and island hospitals. *Rural Remote Health*, 4(2): 276.
- Gruen, R.L., T.S. Weeramanthri, et al. (2002). Outreach and improved access to specialist services for indigenous people in remote Australia: the requirements for sustainability. *J Epidemiol Community Health*, 56(7): 517-21.
- Grumbach, K., Selby, J.V., et al. (1999). Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *Jama*, 282(3): 261-6.
- Harris, S.B., Meltzer, S.J., et al. (1998). New guidelines for the management of diabetes: a physician's guide. Steering Committee for the Revision of the Clinical Practice Guidelines for the Management of Diabetes in Canada. *Cmaj*, 159(8): 973-8.
- Kulig, J.C., Stewart, N.J., et al. (2006). Insights from a national study. *Can Nurse*, 102(4): 16-20.
- Lambrew, J.M., DeFrieze, G.H., et al. (1996). The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care*, 34(2): 138-51.
- Larson, S.L. & Fleishman, J.A. (2003). Rural-urban differences in usual source of care and ambulatory service use: analyses of national data using Urban Influence Codes. *Med Care*, 41(7 Suppl): III65-III74.
- Lee, E.J. & O'Neal, S. (1994). A mobile clinic experience: nurse practitioners providing care to a rural population. *J Pediatr Health Care*, 8(1): 12-7.
- Lemchuck-Favel, L. & Jock, R. (2004). Aboriginal Health Systems in Canada: Nine case Studies. *Journal of Aboriginal Health*, 1(1): 28-51.
- Lessard, L. (2005). *La collaboration interdisciplinaire dans les régions isolées du Québec: Le cas des Terres-Cries-de-la-Baie-James*. Québec: Université Laval, Médecine sociale et préventive.
- Litaker, D., Koroukian, S.M., et al. (2005). Context and healthcare access: looking beyond the individual. *Med Care*, 43(6): 531-40.
- MacLeod, M.L., Kulig, J.C., et al. (2004). The nature of nursing practice in rural and remote Canada. *Can Nurse*, 100(6): 27-31.
- Martens, P.J., Sanderson, D., et al. (2005). Health services use of Manitoba First Nations people: is it related to underlying need? *Can J Public Health* 96 Suppl 1: S39-44.
- Mayer, M.L., Slifkin, R.T., et al. (2005). The effects of rural residence and other social vulnerabilities on subjective measures of unmet need. *Med Care Res Rev*, 62(5): 617-28.
- Meltzer, S., Leiter, L., et al. (1998). 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. Canadian Diabetes Association. *Cmaj*, 159, Suppl 8: S1-29.
- Mendoza-Sassi, R. & Beria, J.U. (2003). Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*, 19(5): 1257-66.

- MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005 - 2010 : La force des liens*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Nagarajan, K.V. (2004). Rural and remote community health care in Canada: beyond the Kirby Panel Report, the Romanow Report and the federal budget of 2003. *Can J Rural Med*, 9(4): 245-51.
- Reid, R., Haggerty, J., et al. (2002). *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Care*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Ricketts, T.C. & Goldsmith, L.J. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs Outlook*, 53(6): 274-80.
- Ross, J. (1999). The development of the advanced role of rural nurses in New Zealand. *Aust J Rural Health*, 7(4): 253-7.
- Ryan, B. (1998). Rural medicine: what role should nurse practitioners play? *Cmaj*, 159(1): 68-9.
- Santé Québec. Daveluy, C., Lavallé, C., Clarkson, M., & Robinson, E. (dir.) (1994). *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*. Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Sanmartin, C., Houle, C. et al. (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa: Statistique Canada.
- Shah, B.R., Gunraj, N. et al. (2003). Markers of access to and quality of primary care for aboriginal people in Ontario, Canada. *Am J Public Health*, 93(5): 798-802.
- Silverman, B.E., Goodine, W.M., et al. (2001). Learning needs of nurses working in Canada's First Nations communities and hospitals. *J Contin Educ Nurs*, 32(1): 38-45.
- Starkes, J.M., Poulin, C.C., et al. (2005). Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Can J Psychiatry*, 50(10): 580-90.
- Thouez, J.P., Ekoe, J.M., et al. (1990). Obesity, hypertension, hyperuricemia and diabetes mellitus among the Cree and Inuit of northern Québec. *Arctic Med Res*, 49(4): 180-8.
- Tookenay, V.F. (1996). Improving the health status of aboriginal people in Canada: new directions, new responsibilities. *Cmaj*, 155(11): 1581-1583.
- Trella, R.J. (1989). Clinical nurse practitioners. Identifying their roles. *J Gerontol Nurs*, 15(5): 24-8.
- Van Sickle, D. & Wright, A.L. (2001). Navajo perceptions of asthma and asthma medications: clinical implications. *Pediatrics*, 108(1): E11.
- Véronneau, J., Sirhan, H., et al. (2002). *Rapport sur la santé dentaire crie en Eeyou Istchee (nord du Québec)*. Montréal: Direction de la santé publique, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.
- Wardman, D., Clement, K. et al. (2005). Access and utilization of health services by British Columbia's rural Aboriginal population. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 18(2-3): xxvi-xxxi.
- Way, D., Jones, L., et al. (2001). Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *Cmaj* 165(9): 1210-4.

ANNEXE

Tableau A1
 Disponibilité géographique des services dans la région d'Iiyiyiu Aschii comparativement à celle prévalant sur le reste du territoire québécois

	Reste du Québec	Iiyiyiu Aschii						Sous-région	
		Iiyiyiu Aschii	Regroupement selon la taille des communautés				Côtière	Continentale	
			Chisasibi (plus de 3 000 habitants)	Mistissini (2 000 à 3 000 habitants)	Communautés de taille moyenne (1 000 à 2 000 habitants)	Communautés de petite taille (moins de 1 000 habitants)			
Taille des communautés ^a (moyenne ± E.T.)	4 533 ± 11 637	2 027 ± 1 097	3 467	2 426	1 323 ± 257	594 ± 127	2 241 ± 1 187	1 679 ± 822	
Offre locale en 1ère ligne (moyenne ± E.T. (médiane))									
Nombre potentiel de points de services en un trajet routier de 15 minutes	116 ± 161 (32)	0,8 ± 0,4 (1)	1	1	0,4 ± 0,5 (0)	1	0,9 ± 0,4 (1)	0,8 ± 0,4 (1)	
Durée du trajet routier vers le plus proche point de services de 1ère ligne (minutes)	2 ± 5 (0)	9 ± 19 (0)	0	0	26 ± 27 (25)	4 ± 6 (0)	5 ± 9 (0)	16 ± 28 (0)	
Accessibilité géographique des services hospitaliers (moyenne ± E.T. (médiane))									
Durée du trajet routier vers le plus proche CH offrant des services de proximité (minutes)	11 ± 16 (10)	190 ± 204 (72)	0	72	336 ± 179 (295)	358 ± 178 (336)	223 ± 221 (295)	136 ± 158 (72)	
Durée du trajet routier vers le plus proche CH offrant des services de référence (minutes)	17 ± 41 (11)	613 ± 300 (644)	864	266	516 ± 248 (526)	762 ± 330 (851)	798 ± 174 (864)	311 ± 201 (266)	
Durée du trajet routier vers le plus proche CH offrant des services ultraspécialisés (minutes)	46 ± 99 (18)	874 ± 410 (864)	1 263	340	809 ± 310 (864)	965 ± 422 (986)	1 165 ± 186 (1 263)	403 ± 166 (340)	

^a Les territoires sous-jacents correspondent globalement aux subdivisions de recensement établies par Statistique Canada pour l'année 2001. Il est à noter que les grands centres urbains tels Montréal et Québec sont subdivisés.

Source : Service de Développement de l'Information, MSSS, 2001.

Tableau A2

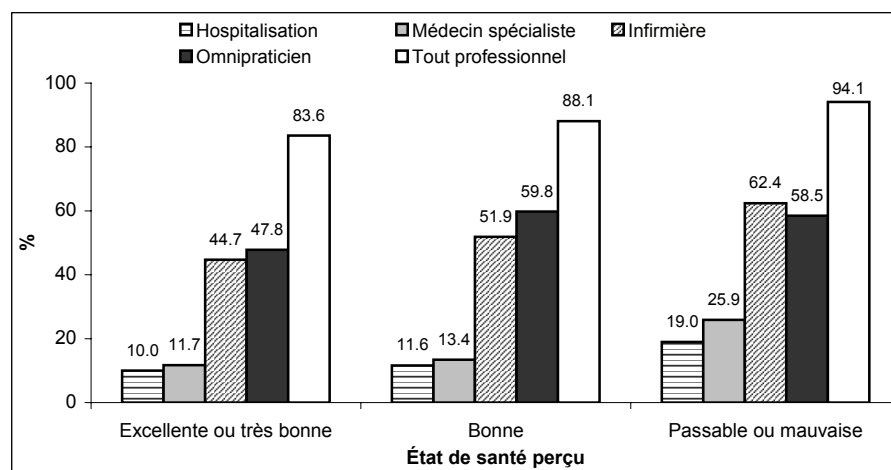
Nombre de consultations avec des infirmières et des omnipraticiens au cours de la dernière année, population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Nombre de consultations	Infirmière	Omnipraticien
Nombre moyen de consultations de ceux qui ont consulté	6,2 ± 1	3,2 ± 0,2
% ayant consulté 0 fois	49,4	45,0
% ayant consulté de 1 à 4 fois	35,2	46,2
% ayant consulté de 5 à 9 fois	7,4	4,7
% ayant consulté 10 fois ou plus	8,0	4,2

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A1

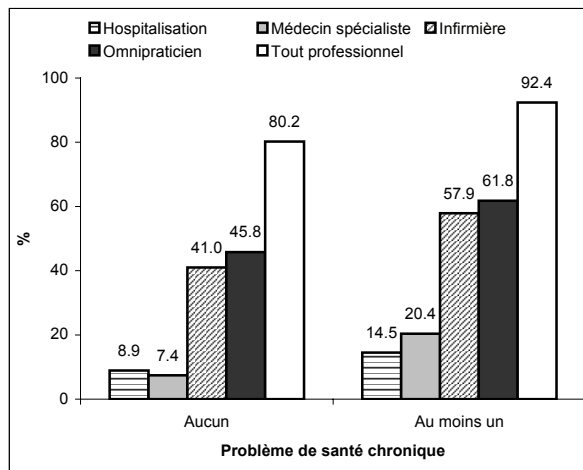
Proportion de la population ayant eu recours à divers services de santé au cours de la dernière année selon l'état de santé perçu (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A2

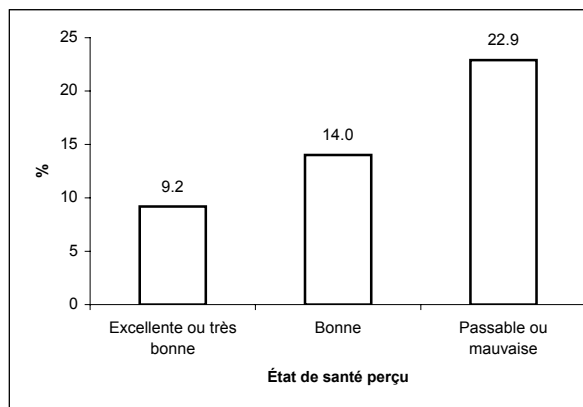
Proportion de la population ayant eu recours à divers services de santé au cours de la dernière année selon la présence ou non d'au moins un problème de santé chronique (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A3

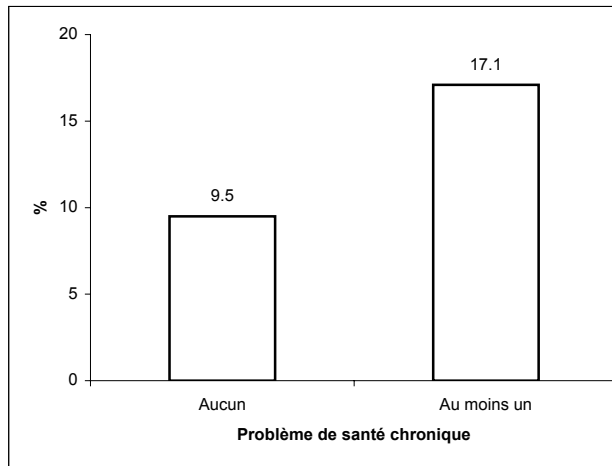
Proportion de la population rapportant des besoins de services non satisfaits selon l'état de santé perçue (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A4

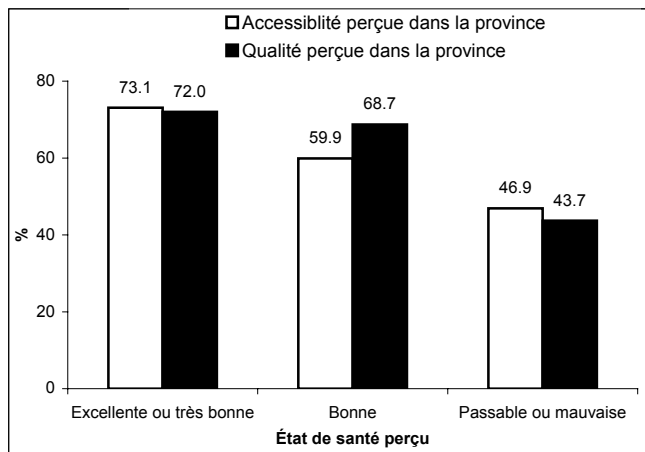
Proportion de la population rapportant des besoins de services non satisfaits selon la présence ou non d'au moins un problème de santé chronique (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A5

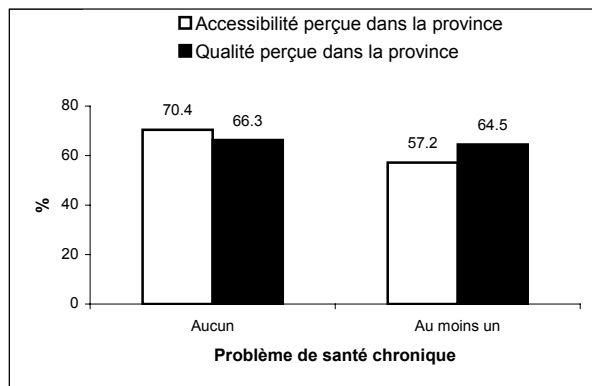
Proportion de la population ayant une perception positive (excellente ou bonne) de la disponibilité et de la qualité des services dans la province selon l'état de santé perçue (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A6

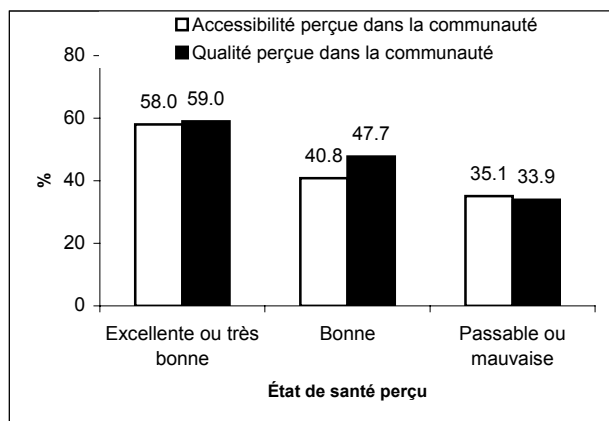
Proportion de la population ayant une perception positive (excellente ou bonne) de la disponibilité et de la qualité des services dans la province selon la présence ou non d'au moins un problème de santé chronique (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A7

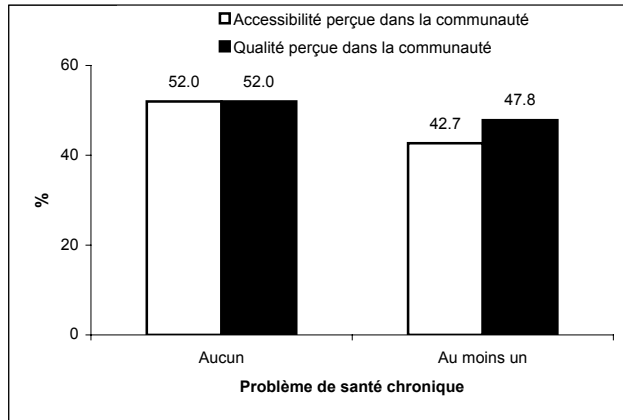
Proportion de la population ayant une perception positive (excellente ou bonne) de la disponibilité et de la qualité des services dans sa communauté selon l'état de santé perçue (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A8

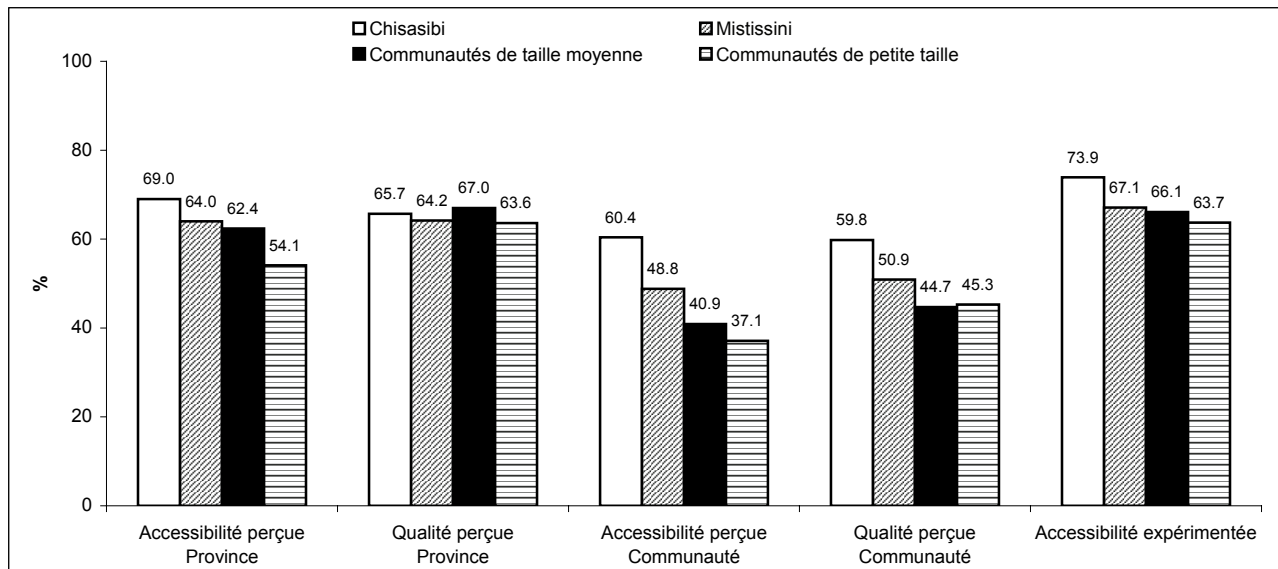
Proportion de la population ayant une perception positive (excellente ou bonne) de la disponibilité et de la qualité des services dans sa communauté selon la présence ou non d'au moins un problème de santé chronique (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A9

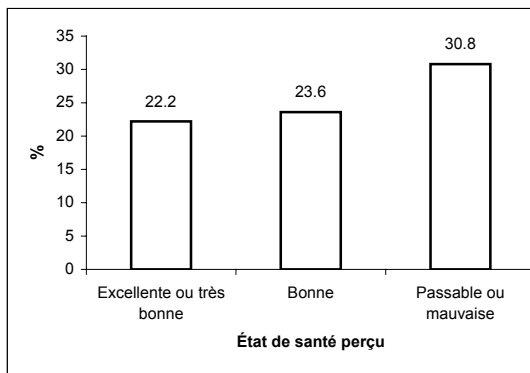
Proportion de la population ayant une perception positive (excellente ou bonne) de la disponibilité et de la qualité des services dans la province et dans leur communauté en fonction du regroupement selon la taille des communautés (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A10

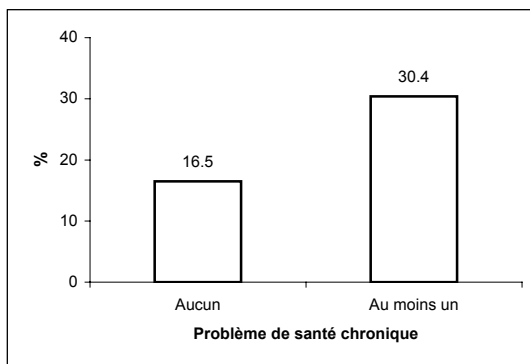
Proportion de la population rapportant avoir un médecin habituel selon l'état de santé perçu (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure A11

Proportion de la population rapportant avoir un médecin habituel selon la présence ou non d'au moins un problème de santé chronique (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.