

L'accès aux soins de santé et aux services sociaux dans Lanaudière

- Les quatre MRC du nord de Lanaudière sont moins bien desservies en ce qui concerne certains soins de santé malgré des besoins plus grands découlant d'un contexte socioéconomique moins favorable.
- Loin de recourir aux urgences de manière inconsidérée, les personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont tendance à éviter celles-ci par peur «d'engorger le système», au risque que leur situation se dégrade.
- L'étude montre les efforts et la détermination dont font preuve les usagers et les usagères pour obtenir des services dans un contexte où les rendez-vous sont souvent difficiles à prendre et où le système de santé est perçu comme difficile à comprendre et complexe à naviguer.
- L'étude révèle que l'inscription auprès d'un·e médecin de famille ne garantit pas un accès facilité aux soins puisque les médecins sont souvent peu disponibles.
- Les pharmacies, les CLSC et les organismes communautaires apparaissent comme des ressources de proximité généralement faciles d'accès.
- Un cercle de discussion tenu avec des personnes atikamekw montre que celles-ci vivent encore des situations de discrimination qui alimentent leur méfiance envers le réseau de la santé et des services sociaux de Lanaudière.
- L'étude se conclut par neuf recommandations qui s'inspirent des pratiques réelles et des souhaits des personnes utilisatrices pour favoriser des services décentralisés, multidisciplinaires et conviviaux au cœur des communautés.
- La clinique de proximité du Centre d'amitié autochtone de Lanaudière constitue un exemple inspirant d'une approche holistique en santé qui présente des similitudes avec les CLSC tels qu'ils avaient été conçus au départ, c'est-à-dire comme des espaces offrant une médecine globale accessible et centrée sur la prévention.

Table des matières

Sommaire	03
Liste des tableaux et encadrés	09
Liste des sigles et acronymes	11
Introduction	13
CHAPITRE 1	
Démarche de recherche et méthodologie	17
1.1 Volet quantitatif (chapitre 2)	17
1.2 Volet qualitatif (chapitres 3 et 4)	17
CHAPITRE 2	
Portrait statistique des inégalités d'accès aux soins de santé et aux services sociaux dans Lanaudière	21
2.1 Portrait socioéconomique de Lanaudière	21
2.2 Les déterminants sociaux de la santé	24
2.3 Accessibilité aux soins de santé : comment se comparent les différents secteurs de Lanaudière ?	27
2.3.1 Accessibilité aux soins de santé de première ligne	27
2.3.2 Accessibilité aux soins de deuxième et troisième lignes	30
2.4 Conclusion : disparités nord-sud et concentration des services	33
CHAPITRE 3	
La complexité des démarches d'accès	37
3.1 La peur d'engorger le système	38
3.2 Attendre que ça passe...	38
3.3 Se soigner soi-même par manque d'accès	39
3.4 S'informer : le rôle important du réseau social	40
3.5 Des rendez-vous difficiles à prendre	42
3.6 Insistance et efforts répétés	43

CHAPITRE 4	
L'expérience vécue des services	47
4.1 Les limites du 811	47
4.2 Des avis mitigés au sujet du GAP	48
4.3 Des médecins de famille peu disponibles	48
4.4 Le rôle de proximité des pharmacies	49
4.5 La persistance des CLSC	50
4.6 La flexibilité des organismes communautaires	51
4.7 Les difficultés d'accès liées au transport	52
4.8 Les interactions avec le personnel	54
CHAPITRE 5	
Conclusion : neuf recommandations pour améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux dans Lanaudière	59
1) Augmenter l'offre de services dans Lanaudière-Nord	59
2) Outiliser les gens pour que les auto-soins soient réellement un choix éclairé	59
3) Accroître l'implication et la participation de la communauté	60
4) Reconnaître le rôle d'intervention pivot des organismes communautaires	60
5) Revaloriser les CLSC	60
6) Faciliter la prise de rendez-vous et l'orientation dans le réseau	61
7) Bonifier les options de télésanté publique	61
8) Assurer la gratuité et élargir la gamme de services offerts en pharmacie	61
9) Accroître les efforts de sécurisation culturelle pour les personnes autochtones	61
Notes de fin de document	67

LISTE DES

ENCADRÉS

TABLEAUX

ENCADRÉS

ENQUERES TABLEAU

TABLEAUX

ENCADRÉS

TABLEAUX

TABLEAUX EN CARTOGRAFÍA

ENCADRES

TABLEAUX

TABLEAU ENCADRÉS

ENCADRES

TABLEAUX

ENCADRÉS

ENCADRE

TABLEAUX

ENCADRÉS

ENCADRE TABLEAU

TABLEAUX

ENCADRÉS

TABLEAU 1	Population de Lanaudière par MRC et par RLS	21
TABLEAU 2	Différents indicateurs du revenu ou du patrimoine des habitant·e·s de Lanaudière	22
TABLEAU 3	Espérance de vie, RLS et MRC dans Lanaudière, 2014-2018	23
TABLEAU 4	Pourcentage de personnes appartenant au cinquième quintile (le plus défavorisé) de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (%), MRC de Lanaudière, 2016	24
TABLEAU 5	Subventions aux organismes communautaires, MRC de Lanaudière, 2020-2021	25
TABLEAU 6	Perception des répondant·e·s à propos de leur santé (%), Lanaudière et ensemble du Québec, 2019-2020	26
TABLEAU 7	Nombre d'installations, MRC de Lanaudière	27
TABLEAU 8	Nombre d'infirmières, MRC de Lanaudière, 2021-2022	28
TABLEAU 9	Nombre de médecins omnipraticien·ne·s et spécialistes (par millier d'habitant·e·s), Lanaudière, 2022	29
TABLEAU 10	Nombre de patient·e·s en attente au guichet d'accès à un·e médecin de famille, Lanaudière, 2022	29
TABLEAU 11	Nombre de patient·e·s, délais de prise en charge médicale et proportion de départs sans prise en charge, 2021-2022	31
TABLEAU 12	Interventions spécialisées en santé mentale selon le nombre totale d'usagers et d'usagères, hôpitaux de Lanaudière, 2020-2021	31
TABLEAU 13	Interventions psychologiques selon le type et l'installation selon le nombre totale d'usagers et d'usagères (%), hôpitaux de Lanaudière, 2020-2021	32
TABLEAU 14	Lits dressés et jours-présence en soins psychiatriques selon l'installation (%), 2020-2021	32
TABLEAU 15	Interventions en santé physique selon le nombre totale d'usagers et d'usagères (%), 2020-2021	32
TABLEAU 16	Lits dressés et jours-présence en soins de santé physique et de gériatrie selon l'installation (%), 2020-2021	33
TABLEAU 17	Heures de prestation de services en audiologie, orthophonie, physiothérapie et ergothérapie selon l'installation (%), 2020-2021	33
ENCADRÉ VERT	Le transport en commun à la demande, une piste de solution pour faciliter l'accès aux services	54
ENCADRÉ	Le secteur Mirerimowin et la clinique de proximité du Centre d'amitié autochtone de Lanaudière : un exemple inspirant d'approche holistique en santé	64

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

LISTE DES ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

CAAL	Centre d'amitié autochtone de Lanaudière
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
IDMS	Indice de défavorisation matérielle et sociale
IEMR	Infirmière en milieu rural
IRIS	Institut de recherche et d'informations socioéconomiques
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITMAV	Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité
MFR	Mesure de faible revenu
MRC	Municipalité régionale de comté
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services

INTRODUCTION

Les problèmes d'accès aux soins de santé et aux services sociaux au Québec font régulièrement les manchettes et ont été soulignés à plusieurs reprises par différentes études et enquêtes¹. Il y a cependant relativement peu d'études qui décrivent comment ces difficultés d'accès sont vécues par les personnes utilisatrices des soins de santé et des services sociaux et comment elles se manifestent à l'échelle régionale. Cette étude vient combler en partie ce manque en se penchant sur les inégalités d'accès et sur les démarches d'accès des usagers et des usagères dans la région de Lanaudière.

Le premier volet de l'étude (chapitre 2) présente un portrait statistique des inégalités d'accès dans Lanaudière. Ce portrait met notamment en lumière le manque d'infirmières et de médecins dans la région par rapport à l'ensemble du Québec, les disparités socioéconomiques entre le nord et le sud de la région ainsi que la concentration des services autour de pôles régionaux.

Le deuxième volet de l'étude (chapitres 3 et 4) utilise une démarche qualitative pour mieux comprendre l'expérience d'accès à la première ligne dans Lanaudière. Les données recueillies lors de 19 entretiens individuels et d'un cercle de discussion regroupant une douzaine de personnes atikamekw permettent de voir comment les Lanaudois·es rencontré·e·s s'y prennent pour obtenir les services dont ils et elles ont besoin et comment ils et elles perçoivent les services offerts dans la région.

Le chapitre 3 porte sur la diversité et la complexité des démarches d'accès effectuées par les personnes interviewées. Il permet ainsi de déboulonner le mythe du recours abusif et inconsidéré aux urgences. En mettant en lumière les efforts et la détermination dont font preuve ces personnes pour naviguer à travers le système de soins, le chapitre démontre que les visites non prioritaires aux

urgences découlent des difficultés d'accès aux services appropriés, et non d'une mécompréhension ou d'une négligence des gens qui ont besoin de services. Il montre aussi que l'incapacité réelle ou perçue à obtenir des services dans le réseau pousse ces personnes vers d'autres manières de répondre à leurs besoins, comme se soigner elles-mêmes ou passer par leur réseau de connaissances personnelles pour obtenir de l'assistance.

Le chapitre 4 présente comment s'est déroulée l'expérience d'accès des interviewé·e·s à différents services du réseau. Il montre notamment les limites du service Info-Santé (811), la faible disponibilité des médecins de famille, le rôle de proximité joué par les pharmacies et la satisfaction à l'égard des CLSC et des organismes communautaires. Il montre aussi comment l'enjeu du transport peut influencer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Enfin, il présente des témoignages révélant la persistance du sexismé médical et de la discrimination envers les personnes autochtones.

L'étude présente les failles d'un modèle d'accès à la première ligne centré sur les groupes de médecine de famille (GMF) et révèle, par contraste, l'efficacité de ressources de proximité polyvalentes et multidisciplinaires comme les CLSC ou la clinique du Centre d'amitié autochtone de Lanaudière. En conclusion, l'étude formule neuf recommandations pour améliorer l'accès en s'appuyant sur les pratiques réelles et les souhaits des personnes utilisatrices pour construire un réseau de la santé et des services sociaux plus humain.

CHAPITRE 1

Démarche de recherche et méthodologie

1.1 Volet quantitatif (chapitre 2)

Le volet quantitatif de l'étude présente en première section un portrait statistique de la situation socioéconomique de la population et des déterminants sociaux de la santé dans la région de Lanaudière. Ce portrait s'appuie principalement sur des données produites par l'Institut de la statistique du Québec et par Statistique Canada, ainsi que sur des données publiées par le Service de surveillance, recherche et évaluation du CISSS de Lanaudière.

La deuxième section du volet quantitatif de l'étude présente une comparaison de différents territoires de Lanaudière en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé à travers différents indicateurs du système de santé. Pour établir nos indicateurs, nous avons principalement utilisé les données disponibles publiquement à travers les études des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les rapports statistiques annuels du CISSS de Lanaudière. Nous avons également obtenu des documents internes à la suite de demandes d'accès à l'information.

1.2 Volet qualitatif (chapitres 3 et 4)

Afin de mieux comprendre l'expérience d'accès aux soins de santé et aux services sociaux de première ligne dans Lanaudière, nous nous sommes posé les questions suivantes :

- Comment les personnes utilisatrices du réseau s'y prennent-elles pour obtenir les services dont elles jugent avoir besoin ?
- Quelles sont les démarches qu'elles effectuent pour avoir accès aux services qu'elles perçoivent comme nécessaires ?
- Comment naviguent-elles à travers le système de santé et de services sociaux ?

Pour y répondre, nous avons procédé à une analyse qualitative des démarches effectuées par les personnes utilisatrices du réseau pour obtenir les services dont elles

jugent avoir besoin. À partir d'entretiens en profondeur avec des usagers et des usagères, l'analyse qualitative permet d'obtenir des données fines sur la réalité vécue des personnes. Elle permet aussi de décrire des processus, c'est-à-dire de porter attention à la multiplicité des chemins que peut emprunter une personne pour réagir à un besoin perçu. Par exemple, la personne peut choisir l'inaction ou l'automédication². Elle peut décider d'avoir recours au soutien de ses proches. Elle peut enfin tenter de recourir aux services offerts par le système de santé et de services sociaux. S'ouvrent alors plusieurs possibilités : faire appel aux organismes communautaires, aux GMF, à des services privés ou aux urgences, par exemple.

Pour mieux connaître comment les personnes concernées circulent à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, nous avons donc effectué des entretiens individuels, ainsi qu'un cercle de discussion avec des personnes atikamekw. Pour les entretiens individuels, les participant·e·s ont été recruté·e·s à l'aide d'un bref sondage de recrutement qui a été diffusé largement dans la région de Lanaudière. Ce sondage visait à rejoindre des répondant·e·s ayant nouvellement eu accès à un service de première ligne dans la dernière année. Il posait donc quelques questions sur l'accès, ainsi que des questions sociodémographiques afin de diversifier l'échantillon. Il se terminait en demandant aux personnes répondantes si elles souhaitaient qu'on les contacte pour discuter plus en détail de leur expérience d'accès. Plus de 600 personnes ont répondu au sondage. Parmi celles-ci, 31 ont laissé leurs coordonnées pour un entretien et 19 ont pu être interviewées.

Les entretiens individuels ont eu lieu par visioconférence ou en personne, au choix de l'interviewé·e. Ils ont pris la forme d'un entretien semi-dirigé permettant à la personne de décrire en profondeur et à son rythme ses expériences en lien avec l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Ils ont duré entre 35 minutes et 1 h 45 chacun. Les entrevues ont été enregistrées et les personnes interviewées ont signé un formulaire de consentement leur assurant la confidentialité et la protection des informations recueillies.

Les personnes recrutées étaient uniquement des personnes qui avaient eu accès pour la première fois à au moins un service dans la dernière année, mais le schéma d'entretien permettait aussi d'explorer le non-accès ou les services auxquels la personne avait eu accès il y a plus d'un an. Puisqu'une même personne peut avoir accès à plusieurs services différents et peut faire plusieurs tentatives d'accès différentes pour répondre à un même besoin, les entretiens ont permis d'aborder au moins 100, voire quelques centaines de tentatives d'accès concernant une grande variété de situations en lien avec la santé physique et mentale.

Parmi les personnes interviewées, on compte 15 femmes et 4 hommes présentant une grande diversité de profils, tant en ce qui concerne leur emploi, leur type de ménage, leur niveau de scolarité et leur revenu. On note une certaine surreprésentation des personnes ayant eu une expérience de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux, sans doute plus promptes à se sentir concernées par le sujet de la recherche. Les interviewé·e·s proviennent des six MRC de la région.

Compte tenu de l'importance de l'enjeu de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour les personnes autochtones et de la place qu'a occupée le sujet dans l'actualité des dernières années en ce qui concerne Lanaudière, il nous a paru essentiel d'inclure la perspective de personnes atikamekw dans le cadre de la recherche. Un cercle de discussion a donc été organisé en collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Lanaudière (CAAL). La formule du cercle de discussion a été privilégiée parce que les participant·e·s étaient plus à l'aise avec celle-ci qu'avec un entretien individuel. Le cercle s'est tenu le 15 mars 2024 aux locaux du CAAL. Il a rassemblé environ 13 personnes autour d'une soupe préparée par la cuisine du CAAL^a. La formule du cercle de discussion permet aux participant·e·s de partager leurs histoires à tour de rôle en tant qu'expert·e·s de leur expérience vécue, et le partage d'un repas est considéré comme une manière culturellement appropriée d'établir une relation avec les membres de la nation atikamekw³.

L'ensemble des entretiens a été soumis à une analyse thématique, qui consiste à « [...] procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus [...]»⁴. Concrètement, chaque entrevue a été réécoutée pour prendre des notes détaillées et pour transcrire

partiellement les propos de la personne de la manière la plus fidèle possible. Au fil de l'analyse, chaque expérience racontée par les interviewé·e·s a été codée et catégorisée dans une série de tableaux qui ont été préparés en fonction des grands thèmes du schéma d'entretien.

Après l'analyse préliminaire des entretiens et en s'appuyant sur les résultats obtenus dans l'enquête qualitative, un sondage a été diffusé largement auprès de la population de la région. Les questions du sondage, auquel 610 personnes ont répondu du 20 juin au 17 juillet 2024, ont été élaborées à partir des résultats obtenus dans l'enquête qualitative. Étant donné qu'il s'agit d'un échantillon non probabiliste qui ne tient pas compte des variables sociodémographiques de la population lanau- doise et qui n'a pas été pondéré, les données du sondage doivent être interprétées avec prudence. Elles offrent néanmoins un complément d'information intéressant permettant d'appuyer ou de nuancer certains résultats de la recherche qualitative.

^a Le nombre exact de personnes a fluctué au cours de la rencontre.

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

Portrait statistique des inégalités d'accès aux soins de santé et aux services sociaux dans Lanaudière

Ce chapitre brosse un portrait de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux dans Lanaudière. Il met en lumière les différences entre les territoires de Lanaudière en ce qui concerne l'accessibilité aux services et les déterminants sociaux de la santé. Il montre aussi comment la région de Lanaudière se compare à l'ensemble du Québec et aux régions adjacentes.

2.1 Portrait socioéconomique de Lanaudière

Lanaudière compte en 2023 une population de 551 709 personnes, soit 6,2 % de la population du Québec, ce qui en fait la cinquième région administrative la plus peuplée. La région est découpée en six municipalités régionales de comté (MRC) : Les Moulins, L'Assomption, Montcalm, Joliette, D'Autray et Matawinie. Situées dans la partie est de la Couronne Nord de Montréal, les deux premières MRC – Les Moulins et L'Assomption – font partie de la Communauté métropolitaine de Montréal. Comme le montre le tableau 1, elles rassemblent 56,3 % de la population de Lanaudière et forment le réseau local de services (RLS) de Lanaudière-Sud, composé de 7 municipalités. Plus rurales, les MRC de Montcalm, Joliette, D'Autray et Matawinie rassemblent 43,7 % de la population de la région, répartie entre 50 municipalités, une communauté autochtone atikamekw (Manawan, située dans Matawinie) et 12 territoires non organisés. Elles forment le RLS de Lanaudière-Nord. La densité de population de Lanaudière-Nord est 30 fois moindre que celle de Lanaudière-Sud⁵. Comme on le verra, plusieurs indicateurs montrent que la population du nord de Lanaudière est moins avantageée sur le plan socioéconomique que celle du sud.

Lanaudière connaît depuis plusieurs années l'une des croissances démographiques les plus rapides du Québec⁶. En 2021-2022, sa population a augmenté à un taux de 16,9 pour mille, soit un taux nettement plus rapide que celui de l'ensemble du Québec (10,8 pour mille). Cette

croissance est particulièrement vive dans les MRC de Lanaudière-Nord⁷.

La structure par âge de la région est semblable à celle de l'ensemble du Québec : la part des moins de 20 ans est un peu plus grande (22,2 % pour Lanaudière contre 20,8 % pour le Québec), alors que celle des 65 ans et plus est légèrement plus petite (19,1 % contre 19,7 %). Il existe cependant des différences marquées entre les MRC. Les MRC des Moulins et de Montcalm affichent une population parmi les plus jeunes du Québec, la part des personnes de 65 ans et plus étant autour de 16 %. À l'opposé, cette part est de 26 % dans la MRC de Joliette et de 28 % dans la MRC de Matawinie⁸. Dans cette dernière MRC, la communauté atikamekw de Manawan se distingue considérablement sur le plan démographique : seuls 4 % des habitant·e·s ont 65 ans et plus, tandis que 44 % des habitant·e·s sont âgé·e·s de moins de 20 ans⁹.

Comme ailleurs au Québec, la structure économique de Lanaudière est dominée par le secteur tertiaire, qui

TABLEAU 1
Population de Lanaudière par MRC et par RLS

	Population	% pop Lanaudière
Les Moulins	178 257	32,3
L'Assomption	132 229	24
Lanaudière-Sud	310 486	56,3
Montcalm	63 153	11,5
Joliette	73 746	13,4
D'Autray	46 393	8,4
Matawinie	57 931	10,5
Lanaudière-Nord	241 223	43,7
Lanaudière	551 709	100

SOURCES : ISQ, Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions, 2023. Calculs de l'IRIS.

TABLEAU 2

Différents indicateurs du revenu ou du patrimoine des habitant·e·s de Lanaudière

	Revenu d'emploi médian 25-64 ans (2021)	Revenu disponible par habitant·e (2022)	Taux MFR (2020)	Valeur foncière résidence unifam. (2023)
Les Moulins	55 720 \$	36 326 \$	3,8 %	454 700
L'Assomption	53 923 \$	35 770 \$	4 %	422 463
Montcalm	44 098 \$	32 461 \$	7,1 %	296 628
Joliette	46 583 \$	34 716 \$	6,7 %	300 287
D'Autray	43 782 \$	34 000 \$	7 %	283 739
Matawinie	39 144 \$	34 962 \$	9 %	317 734
Lanaudière	50 005 \$	35 195 \$	5,4 %	369 373
Québec	49 788 \$	36 826 \$	6,5 %	393 695

SOURCES : Banque de données des statistiques officielles, en ligne, *Taux de faible revenu, selon le type de famille, MRC et ensemble du Québec* ; ISQ, *Panorama des régions du Québec*, édition 2023.

occupe près de 77,1 % de l'emploi total (contre 79,9 % dans l'ensemble du Québec). Toutefois, le secteur de la construction occupe une part plus importante de l'emploi dans la région que dans l'ensemble du Québec (11,2 % par rapport à 7 %). Cela s'explique notamment par l'essor démographique et les investissements résidentiels soutenus¹⁰.

Le PIB par habitant·e de Lanaudière est le plus faible au Québec : il est de 32 810 \$, alors que la moyenne québécoise est de 54 512 \$¹¹. Cependant, le revenu disponible par habitant·e donne un reflet plus juste de la situation financière des ménages^a. Avec un revenu disponible par habitant·e de 35 195 \$ en 2022, Lanaudière se situe sous la moyenne québécoise de 36 826 \$¹², ce qui classe la région au dixième rang des régions administratives du Québec, devant le Saguenay–Lac-Saint-Jean (34 733 \$) et derrière Chaudière-Appalaches (35 690 \$).

Comme le montre le tableau 2, il existe des disparités marquées de revenus entre les MRC situées à proximité de l'île de Montréal, comme Les Moulins et L'Assomption, et les MRC plus éloignées (Montcalm, Joliette, D'Autray

et Matawinie). C'est vrai à la fois en ce qui concerne le revenu d'emploi médian, le revenu disponible par habitant·e et la mesure du faible revenu (MFR)^b. Le revenu d'emploi médian des personnes âgées de 25 à 64 ans est de 55 720 \$ dans Les Moulins, contre seulement 39 144 \$ dans Matawinie. Dans les deux MRC de Lanaudière-Sud, le taux de ménages à faible revenu est d'environ 4 %, tandis qu'il dépasse la moyenne québécoise dans les 4 MRC de Lanaudière-Nord. Le tableau 2 montre aussi que les écarts de richesse entre les MRC de Lanaudière-Sud et celles de Lanaudière-Nord se manifestent dans la valeur foncière moyenne des résidences unifamiliales. Alors que celle-ci s'élève à 454 700 \$ dans Les Moulins et à 422 463 \$ dans L'Assomption, elle est de seulement 296 628 \$ dans Montcalm et 283 739 \$ dans D'Autray.

Ces disparités de revenus se traduisent par d'autres différences. En effet, il existe un lien entre le revenu et l'espérance de vie. On voit au tableau 3 que dans Lanaudière-Sud, l'espérance de vie des femmes se situe près de la moyenne québécoise, et celle des hommes est

a Le revenu disponible se définit comme la somme de tous les revenus reçus par les ménages résidant dans un territoire donné, moins les transferts courants versés par ceux-ci aux autres secteurs institutionnels (dont les impôts et cotisations aux administrations publiques). Le revenu disponible représente donc la part du revenu qui reste à la disposition des particuliers pour la consommation de biens et de services, ainsi que pour l'épargne volontaire. ISQ, statistique.quebec.ca/fr/document/revenu-disponible.

b La mesure du faible revenu (MFR) est une mesure relative de la pauvreté qui sert à calculer un seuil de référence en dessous duquel une personne est considérée comme à faible revenu. Ce seuil correspond à 50 % du revenu médian québécois. Observatoire québécois des inégalités, «Le lexique des inégalités : les mesures du faible revenu», 2021, observatoiredesinegalites.com/le-lexique-des-inegalites-les-mesures-du-faible-revenu/ (consulté le 25 juillet 2022). ISQ, «Revenu – Définitions et informations utiles», statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/cdmi-revenu (consulté le 25 juillet 2022).

TABLEAU 3
Espérance de vie, RLS et MRC dans Lanaudière, 2014-2018

	Femmes	Hommes
Lanaudière-Sud	84,1	81,3
Les Moulins	84,0	81,0
L'Assomption	84,2	81,5
Lanaudière-Nord	82,7	79,2
Montcalm	81,7	78,9
Joliette	82,9	79,3
D'Autray	82,2	79,4
Matawinie	83,1	79,1
Lanaudière	83,5	80,3
Québec	84,3	80,6

SOURCE : Service de surveillance, recherche et évaluation du CISSS de Lanaudière, *Espérance de vie à la naissance selon le sexe, MRC, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2004-2008 à 2014-2018* (en années).

légèrement au-dessus de la moyenne. Dans Lanaudière-Nord, l'espérance de vie des deux sexes est inférieure à la moyenne québécoise. C'est dans Montcalm que l'espérance de vie est la plus basse (81,7 ans pour les femmes et 78,9 ans pour les hommes). C'est également dans cette MRC que le revenu disponible par habitant·e est le plus faible et que la proportion de ménages à faible revenu est la plus élevée.

À ces disparités entre les MRC du sud et celles du nord de la région s'ajoutent des disparités internes à chaque MRC. Par exemple, dans Les Moulins, le secteur La Plaine (un secteur de Terrebonne depuis les fusions municipales de 2001) est moins avantageé sur le plan socioéconomique que les autres secteurs de la MRC³. De plus, on peut dire qu'en raison de sa population plus grande, Les Moulins compte plus de personnes sous le seuil de faible revenu (environ 8 600 personnes) que Matawinie (environ 6 300 personnes), même si le taux de personnes à faible revenu est beaucoup plus élevé dans Matawinie que dans Les Moulins (11,5 % contre 5 %).

Pour examiner plus avant les inégalités entre différentes localités, il est utile de faire appel à l'indice de défavorisation matérielle et sociale (IDMS), calculé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à partir des données du recensement canadien. Cet indice

a pour objectif d'offrir une analyse plus fine des inégalités en combinant une série de données pour des territoires particuliers. L'indice est obtenu en jumelant une composante sociale de la défavorisation (liée au fait de vivre seul, d'être divorcé ou d'être monoparental) à une composante matérielle (liée à la scolarité, au fait d'occuper un emploi et au revenu moyen). Pour calculer l'indice, on divise la population totale d'un territoire donné (Lanaudière, dans ce cas-ci) en 5 quintiles, soit 5 groupes égaux représentant chacun 20 % de la population. Le premier quintile correspond aux 20 % de la population (1/5) le plus favorisé. Le deuxième quintile aux 20 % suivants, ainsi de suite, jusqu'au cinquième et dernier quintile, qui regroupe les 20 % les plus défavorisés. Cet indice permet de comparer les milieux entre eux et de voir où se concentre la défavorisation dans un territoire donné^a.

Le tableau 4 présente la proportion de personnes appartenant au cinquième quintile (le plus défavorisé) dans chaque MRC de Lanaudière. Dans les MRC de Montcalm et de Matawinie, plus de 50 % de la population fait partie du quintile le plus défavorisé de Lanaudière sur le plan matériel. À l'opposé, seule une petite fraction de la population de Les Moulins (6,7 %) et de l'Assomption (3,9 %) s'inscrit dans le groupe le plus défavorisé. Ces constats sont cohérents avec les indicateurs présentés plus haut, qui montrent que les MRC de Lanaudière-Sud ont une meilleure situation économique que celles de Lanaudière-Nord^b.

En ce qui concerne la défavorisation sociale (proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules, proportion de familles monoparentales, proportion de personnes de 15 ans et plus veuves, séparées ou divorcées), le portrait de la région est complètement différent. Montcalm (4,4 %) et Matawinie (6,7 %) sont les deux

a Il est important de mentionner que l'indice de défavorisation matérielle et sociale rend compte de la privation relative ou de la richesse matérielle et sociale relative des personnes vivant dans un territoire de référence, et non de la privation absolue, comme le ferait par exemple un indicateur de pauvreté comme la mesure du panier de consommation.

b Il est à noter qu'un secteur ayant une faible proportion de personnes défavorisées peut tout de même avoir – en nombres absolus – beaucoup de personnes vivant dans des conditions défavorables. À titre d'exemple, compte tenu des écarts de population entre les MRC, dans Les Moulins, la faible proportion d'individus défavorisés (6,7 %) représente tout de même 10 511 personnes, tandis que dans D'Autray, la proportion beaucoup plus grande d'individus défavorisés (33,1 %) représente 13 602 personnes. Le rapport *Localiser la défavorisation* fournit l'ensemble des données en nombres absolus et en pourcentages pour chacun des quintiles et pour toutes les MRC et les municipalités.

TABLEAU 4

Pourcentage de personnes appartenant au cinquième quintile (le plus défavorisé) de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (%), MRC de Lanaudière, 2016

	Défavorisation matérielle	Défavorisation sociale	Défavorisation combinée
Les Moulins	6,7 %	26,2 %	9,1 %
L'Assomption	3,9 %	20,4 %	9,8 %
Montcalm	55,2 %	4,4 %	37,7 %
Joliette	21,9 %	32,3 %	32,0 %
D'Autray	33,1 %	13,5 %	23,6 %
Matawinie	52,6 %	6,7 %	30,9 %

SOURCE : Service de surveillance, recherche et évaluation du CISSS de Lanaudière, *Localiser la défavorisation*, 2018, p. 9.

MRC où le pourcentage de personnes dans le cinquième quintile est le plus faible. C'est la MRC de Joliette qui a la plus haute proportion de personnes appartenant au quintile le plus défavorisé. Lorsque les deux dimensions (matérielle et sociale) de l'indice sont combinées, les quatre MRC du nord de la région apparaissent nettement désavantagées par rapport à celles du sud.

À une échelle plus petite, le rapport du CISSS de Lanaudière souligne que dans les 9 communautés suivantes, 100 % de la population fait partie du quintile le plus défavorisé matériellement : Manawan, Saint-Cléophas-de-Brandon, Saint-Didace, Saint-Gabriel, Saint-Pierre, Sainte-Béatrix, Sainte-Émeline-de-l'Énergie, Saint-Guillaume-Nord et Saint-Calixte¹⁴.

Dans une série d'états des lieux portant sur chaque MRC de la région, la Direction de la santé publique de Lanaudière offre des données supplémentaires pour comprendre l'état de santé des populations. On y constate que les quatre MRC de Lanaudière-Nord souffrent davantage de maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, maladies de l'appareil respiratoire, maladies de l'appareil circulatoire, cancer et Alzheimer) que la moyenne québécoise. Dans les deux MRC de Lanaudière-Sud, la prévalence de l'asthme et de l'hypertension artérielle est plus grande que dans l'ensemble du Québec.

Le taux de mortalité par suicide est plus important que pour le Québec dans les MRC de Montcalm, de D'Autray et de Matawinie. Cependant, dans ces trois MRC ainsi que dans Les Moulins, la prévalence des

troubles anxiodépressifs est inférieure à celle du Québec. Dans L'Assomption et dans Joliette, la prévalence des troubles mentaux est plus élevée que dans l'ensemble du Québec.

Le taux de signalements retenus par la DPJ dépasse de beaucoup la moyenne provinciale (26 cas pour mille enfants de moins de 18 ans) dans D'Autray (37 pour mille), Montcalm (38 pour mille), Joliette (40 pour mille), et Matawinie (53 pour mille). En revanche, il est inférieur à la moyenne provinciale dans Les Moulins (20 pour mille) et L'Assomption (21 pour mille). Les mêmes tendances s'observent en ce qui concerne le décrochage scolaire, beaucoup plus élevé que la moyenne québécoise dans les quatre MRC du nord, mais plus bas que la moyenne dans celles du sud. Toutefois, L'Assomption est la seule des six MRC à avoir un niveau de scolarité plus favorable que celui du Québec. La MRC de Les Moulins est très près de la moyenne québécoise. C'est dans Montcalm que le niveau de scolarité est le plus bas : le quart (25 %) des adultes de 25 à 64 ans n'a pas de diplôme d'études secondaires (contre 13 % au Québec).

Il semble donc évident qu'il existe d'importantes disparités entre les municipalités de Lanaudière-Nord, d'une part, et celles de Lanaudière-Sud, d'autre part.

2.2 Les déterminants sociaux de la santé

La santé ne dépend pas uniquement de l'accès aux soins, loin de là¹⁵. L'impact estimé de l'environnement social et économique (réseaux de soutien social, stéréotypes, exclusion sociale, revenu, éducation et alphabétisme, emploi, insécurité alimentaire) sur l'état de santé de la population serait de 50 %, alors que celui du système de soins serait de 25 %¹⁶. L'environnement physique (logement, qualité de l'air et de l'eau, aménagement du territoire) expliquerait aussi 10 % de l'état de santé des populations, comparativement à 15 % pour la biologie et la génétique. Comme le rappelle la Direction de la santé publique de Lanaudière, « les déterminants de la santé sont en grande partie situés hors du champ d'action direct du système de santé et de services sociaux¹⁷ ». Toute réflexion sur la santé doit donc prendre en compte les déterminants sociaux de celle-ci.

Dans cette section, nous présenterons certaines données lanaudoises concernant l'éducation, le logement et l'insécurité alimentaire. Nous présenterons ensuite des données sur le financement des organismes communautaires dans la région. Enfin, nous examinerons des données portant sur la perception des habitant·e·s de Lanaudière à propos de leur santé et de leurs habitudes de vie.

En matière d'éducation, le pourcentage de la population de 25 à 64 ans sans aucun diplôme est un peu plus élevé dans Lanaudière (16,1 %) qu'au Québec (13,3 %). Cependant, on constate des disparités intrarégionales importantes : dans Lanaudière-Sud, le pourcentage de personnes sans diplôme (12,4 %) est légèrement moins élevé que la moyenne québécoise, mais il est nettement plus élevé dans Lanaudière-Nord (21,1 %). En ce qui concerne la proportion de gens détenant un diplôme d'études postsecondaires, on remarque aussi qu'elle est plus élevée dans Lanaudière-Sud (66,6 %) que dans Lanaudière-Nord (57,4 %), mais la moyenne lanaudoise (62,7 %) est globalement inférieure à la moyenne québécoise (68,2 %)¹⁸.

En matière d'habitation, le pourcentage de logements nécessitant des réparations majeures montre encore une fois de fortes disparités internes à la région. À 3,9 %, le taux de Lanaudière-Sud est en dessous du taux québécois de 6,4 %¹⁹. Dans Lanaudière-Nord, ce taux est de 6,6 %, tandis qu'il atteint 8,1 % dans la MRC de Matawinie. La moyenne lanaudoise est de 5,1 %. La tendance est la même en ce qui concerne le pourcentage de prestataires de l'assistance sociale, qui varie d'un secteur à l'autre : 2,1 % dans Lanaudière-Sud, 6 % dans Lanaudière-Nord et 3,7 % dans Lanaudière, contre 4,5 % au Québec²⁰. En ce qui concerne l'insécurité alimentaire, aucune donnée sous-régionale n'est disponible, mais on estimait en 2017 qu'environ 34 000 adultes de la région (8,4 % de la population) avaient vécu de l'insécurité alimentaire, ce qui est un peu moins que le pourcentage de Québécois·es (10,5 %) dans la même situation²¹.

Pour comprendre l'accès à des ressources de prévention et de promotion de la santé dans Lanaudière, nous nous sommes intéressés au soutien financier gouvernemental versé aux organismes communautaires de la région et à la manière dont ceux-ci se partagent les fonds gouvernementaux. En effet, les organismes communautaires, en agissant en amont pour contrer l'exclusion sociale et pour améliorer les conditions de vie de la population, peuvent jouer un rôle important dans la réduction des inégalités sociales de santé. Sur les 267 organismes communautaires de Lanaudière, 191 sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans une tournée de consultation effectuée par la Direction de la santé publique, le financement des organismes est désigné comme un enjeu majeur²².

De 2019-2020 à 2020-2021, le financement des organismes communautaires a augmenté de manière importante : dans Lanaudière, il est passé de 58 982 510 \$ à 70 717 026 \$, une hausse de 19,9 % (soit la même que pour l'ensemble du Québec)²³. Néanmoins, Lanaudière ne

TABLEAU 5

Subventions aux organismes communautaires, MRC de Lanaudière, 2020-2021

	Montant	% des subventions	% population de Lanaudière
Les Moulins	12 038 747,13 \$	16,8	32,3
L'Assomption	10 682 572,77 \$	14,9	24,3
Lanaudière-Sud	22 721 319,90 \$	31,7	56,6
Montcalm	3 951 192,75 \$	5,5	11,3
Joliette	32 039 009,49 \$	44,8	13,4
D'Autray	5 778 390,20 \$	8,1	8,5
Matawinie	7 043 802,54 \$	9,8	10,3
Lanaudière-Nord	48 812 394,98 \$	68,2	43,4
Total	71 533 714,88 \$	100	100

SOURCES : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *Portrait du soutien financier versé aux organismes communautaires, Lanaudière, 2020-2021*, calculs de l'IRIS.

reçoit que 4,6 % du financement québécois destiné aux organismes communautaires, alors qu'elle représente 6,2 % de la population. Cet écart peut s'expliquer notamment par la plus grande part du financement obtenue par la région de Montréal.

Au tableau 5, on constate que la MRC de Joliette est fortement surreprésentée dans l'attribution des subventions aux organismes communautaires. Les organismes de la MRC reçoivent 44,8 % des subventions, alors que la population de MRC correspond à 13,4 % de la population de Lanaudière. À l'inverse, les organismes de Les Moulins, L'Assomption et Montcalm reçoivent une part des subventions presque deux fois inférieure à leur part de la population. Avant d'en tirer des conclusions, il faut considérer que la ville de Joliette est la capitale de la région administrative et que c'est là que se situe le siège social du CISSS de Lanaudière. Il est donc plausible que des organismes aient leur adresse principale dans la MRC de Joliette, mais desservent plusieurs MRC, voire l'ensemble de la population de la région.

Finalement, les tableaux 6 et 7 présentent des données au sujet de la perception de la santé à partir d'autoévaluations par les répondant·e·s de leur état de santé. Pour la plupart des indicateurs, la perception des Lanaudois·es quant à leur santé est très proche de celle de l'ensemble des Québécois·es. Lanaudière se distingue toutefois par

TABLEAU 6

Perception des répondant·e·s à propos de leur santé (%), Lanaudière et ensemble du Québec, 2019-2020

	Lanaudière	Québec
Santé perçue, très bonne ou excellente	63,0	63,5
Santé perçue, passable ou mauvaise	7,8	8,4
Santé mentale perçue, très bonne ou excellente	71,5	71,6
Santé mentale perçue, passable ou mauvaise	5,0*	5,9
Stress perçu dans la vie, la plupart des journées assez ou extrêmement stressantes	21,1	22,7
Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort	59,3	64,4
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait·e ou très satisfait·e	96,3	95,1
Indice de masse corporelle autodéclaré corrigé, adulte (18 ans et plus), embonpoint	35,1	36
Indice de masse corporelle autodéclaré corrigé, adulte (18 ans et plus), obèse	29	25,9
Indice de masse corporelle autodéclaré, jeune (12 à 17 ans), embonpoint ou obèse	30,8*	23
Arthrite (15 ans et plus)	19,5	19,2
Diabète	7,7	7,2
Asthme	9,9	8,3
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC ; 35 ans et plus)	4,1	3,9
Hypertension	15,5	16,6
Trouble de l'humeur	5,4*	5,9
Fume actuellement, tous les jours ou à l'occasion	16,8	16,1
Fume actuellement, tous les jours	13,5	11
Consommation abusive d'alcool	18,6	18,7
A un fournisseur habituel de soins de santé	81,8	79,5
Vaccination contre la grippe au cours des 12 derniers mois	18,6	22,2

* À utiliser avec prudence.

SOURCE : Statistique Canada, Caractéristiques de la santé, estimations pour une période de deux ans, 2022.

une plus faible proportion de ses habitant·e·s affirmant avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale (59,3 % contre 64,4 %). La population adulte de Lanaudière est un peu plus nombreuse que la population québécoise à s'autodéclarer obèse (29 % contre 25,9 %). Les jeunes de 12 à 17 ans sont aussi plus nombreux et nombreuses à dire qu'ils et elles font de l'embonpoint ou sont obèses par rapport à l'ensemble des jeunes du Québec (30,8 % contre 23 %). Un plus grand nombre de Lanaudois·es que de Québécois·es

mentionnent souffrir d'asthme et fumer quotidiennement. Le taux de personnes disant être vaccinées contre la grippe est moins élevé dans Lanaudière que dans l'ensemble du Québec. Enfin, un peu plus de Lanaudois·es que de Québécois·es affirment avoir un fournisseur habituel de santé.

Comme la section précédente, ce survol de certains déterminants sociaux de la santé révèle les disparités entre le nord et le sud de la région, notamment en ce qui concerne l'éducation, l'état des logements et le

pourcentage de prestataires de l'aide sociale. Il montre aussi que, sur plusieurs plans, l'état de santé perçu des Lanaudois·es est comparable à celui de l'ensemble des Québécois·es pour la plupart des indicateurs, à l'exception notamment de l'obésité et de la consommation de cigarettes.

2.3 Accessibilité aux soins de santé : comment se comparent les différents secteurs de Lanaudière ?

Dans cette section, nous proposons de vérifier l'accessibilité aux soins généraux de première ligne ainsi qu'aux soins spécialisés de deuxième et de troisième lignes dans Lanaudière. Les soins de première ligne correspondent aux soins curatifs de base les plus courants (médecine de famille, accueil psychosocial, etc.). Les organisations qui offrent ce type de services (cabinets médicaux, groupes de médecine de famille [GMF], CLSC) sont généralement considérées comme la porte d'entrée du système de santé. Les soins de deuxième et de troisième lignes correspondent aux soins spécialisés et surspécialisés qui visent à répondre à des problèmes de santé complexes nécessitant une prise en charge plus lourde que celle offerte en première ligne. Ces services (suivis de grossesse à risque, psychiatrie, radiologie, chirurgie, etc.) sont généralement offerts dans les centres hospitaliers à la suite d'une référence médicale (sauf dans le cas des soins dispensés par les services d'urgence des hôpitaux).

Dans certaines régions du Québec comme l'Outaouais et l'Abitibi-Témiscamingue²⁴, la division géographique en MRC s'apparente à celle des réseaux locaux de services (RLS), les divisions sociosanitaires créées à la suite de la réforme de 2004 : le nombre de MRC correspond environ au nombre de RLS. Or, dans Lanaudière, les six MRC font partie de seulement deux RLS, Lanaudière-Sud et Lanaudière-Nord. Il semble que le territoire des RLS ait été établi sur la base des hôpitaux de la région. Il n'y a en effet que deux centres hospitaliers dans Lanaudière :

- l'hôpital Pierre-Le Gardeur, situé à Terrebonne dans la MRC Les Moulins, près de la limite de la MRC de L'Assomption (Lanaudière-Sud);
- le centre hospitalier régional de Lanaudière, aussi appelé «hôpital de Joliette», situé à Saint-Charles-de-Borromée dans la MRC de Joliette (Lanaudière-Nord).

Dans le cadre de la présente étude, cela signifie qu'il a parfois été difficile d'obtenir des données sur l'accès aux soins de santé pour chaque MRC, étant donné que

TABLEAU 7
Nombre d'installations, MRC de Lanaudière

RLS	MRC	Nombre d'installations
Lanaudière-Sud	Les Moulins	13
	L'Assomption	17
Lanaudière-Nord	Montcalm	5
	Joliette	15
	D'Autray	8
	Matawinie	11

SOURCE : CISSS de Lanaudière, «Carte des installations», page consultée le 25 mai 2025.

les données disponibles concernent les RLS. Surtout, la présence de seulement deux centres hospitaliers pour l'ensemble de la région a nécessairement un effet sur l'accessibilité aux soins pour la population. En effet, peu importe sa taille, un hôpital offre une diversité de soins généralement non offerts dans d'autres installations.

Avec seulement deux hôpitaux pour 551 709 habitant·e·s, Lanaudière se compare défavorablement avec les régions adjacentes des Laurentides et de la Mauricie, où l'on trouve respectivement 6 hôpitaux pour 664 510 habitant·e·s et 7 hôpitaux pour 283 188 habitant·e·s. En Outaouais, une région reconnue pour le sous-financement de ses services de santé²⁵, il y a 5 hôpitaux ainsi qu'un hôpital en santé mentale pour 418 999 personnes.

Bien sûr, la taille de chaque installation influe sur sa capacité à servir la population. En ce sens, le projet d'agrandissement de l'hôpital Pierre-Le Gardeur bonifiera l'offre de services²⁶. Le fait que Lanaudière n'ait que deux centres hospitaliers sur son territoire soulève néanmoins des enjeux de centralisation et d'accessibilité géographique aux soins, particulièrement dans une région où le transport en commun est parfois déficient. La carte des installations du CISSS de Lanaudière montre d'ailleurs une forte concentration des différents types d'installations autour de trois pôles : Joliette, Terrebonne (MRC Les Moulins) et Repentigny (MRC L'Assomption)²⁷.

2.3.1 Accessibilité aux soins de santé de première ligne

Il est reconnu qu'une meilleure accessibilité aux soins de première ligne favorise la santé publique et

TABLEAU 8

Nombre d'infirmières, MRC de Lanaudière, 2021-2022

	Nombre d'infirmières	Infirmières/1000 habitant·e·s
Les Moulins	970	5,62
L'Assomption	130	1
Montcalm	99	1,6
Joliette	1186	16,53
D'Autray	190	4,2
Matawinie	81	1,5

SOURCES : Demande d'accès aux documents publics, Réponse DAI n° 679, *Nombre d'infirmières et infirmières auxiliaires par années financières*, 13 septembre 2022, calculs de l'IRIS.

contribue à la diminution de la demande totale de soins. En offrant des soins courants et des services de base accessibles et efficaces, on améliore la santé de la population et on minimise l'utilisation des urgences et des services spécialisés.

Commençons par considérer la présence et la répartition du personnel médical dans Lanaudière. Il y a 3 113 infirmières et infirmiers^a qui exercent dans la région, ce qui représente 3,9 % du personnel infirmier de la province²⁸, alors que Lanaudière compte 6,2 % de la population du Québec. Le ratio d'infirmières en soins directs pour 1000 habitant·e·s est de 4,93 dans la région, alors qu'il est de 7,62 dans l'ensemble du Québec²⁹. On peut donc dire qu'il existe un manque relatif d'infirmières et d'infirmiers dans la région. Cela dit, le ratio d'infirmières dans Lanaudière est semblable à celui des régions adjacentes de Laval (5,49) et des Laurentides (5,29), mais inférieur à celui de la Mauricie (7,15). Il est important de souligner que cette pénurie régionale s'inscrit dans un contexte où il y a déjà un manque d'infirmières et d'infirmiers dans le réseau public à l'échelle du Québec. À

l'automne 2021, le gouvernement estimait qu'il manquait 4 300 infirmières dans le réseau de la santé³⁰. Cette situation est alimentée, entre autres, par les conditions de travail du secteur public, qui incitent certaines infirmières à quitter la profession ou à aller vers le privé³¹. Au cours de l'été 2022, plusieurs hôpitaux ont dû réduire leurs services pour faire face au manque de personnel³². La situation est particulièrement critique à l'hôpital de Joliette³³.

Le tableau 8 montre la répartition des infirmières dans chaque MRC de Lanaudière. Les taux d'infirmières par millier d'habitant·e·s sont logiquement plus élevés dans Les Moulins et Joliette, où se trouvent les deux hôpitaux de la région. Cependant, on peut voir que ces taux sont particulièrement bas dans L'Assomption, Montcalm et Matawinie. Ces données soulèvent de sérieux doutes sur la capacité à offrir des services adéquats à la population, surtout dans Montcalm et Matawinie, dont le territoire est vaste et où une part importante de la population est défavorisée.

On remarque au tableau 9 qu'il y a un manque de médecins dans la région. Le ratio de médecins par millier d'habitant·e·s est de 2,57 pour l'ensemble du Québec, mais de seulement 1,75 pour Lanaudière. L'écart est particulièrement prononcé en ce qui concerne les médecins spécialistes, nettement moins nombreux dans Lanaudière (0,71) que dans l'ensemble du Québec (1,28).

Malgré cette relative pénurie de médecins, le pourcentage de personnes suivies par un·e médecin de famille dans Lanaudière (77,4 %) est légèrement supérieur à la moyenne québécoise (74,9 %). Ce pourcentage se compare avantageusement à celui des Laurentides (72,4 %) et de Laval (73,3 %), mais se trouve derrière celui de Mauricie–Centre-du-Québec (80,4 %) et loin derrière celui du Saguenay–Lac-Saint-Jean (88,2 %), le meilleur taux au Québec³⁴.

Le tableau 10 indique qu'en date du 28 février 2022, 62 007 personnes étaient inscrites au guichet d'accès pour obtenir un·e médecin de famille. Pour l'ensemble de la région de Lanaudière, le nombre de patient·e·s en attente par millier d'habitant·e·s est semblable à la moyenne québécoise, mais cette donnée cache d'importantes différences intrarégionales. En effet, le ratio est de 92,1 dans Lanaudière-Sud et de 146,7 dans Lanaudière-Nord. Or, comme on l'a vu dans la section précédente, plusieurs indicateurs montrent que la population de Lanaudière-Nord est plus défavorisée que celle de Lanaudière-Sud. Ce niveau de défavorisation plus grand s'accompagne généralement de besoins plus grands en matière de services de santé. Ces besoins ne sont vraisemblablement pas pleinement comblés compte tenu de

^a Une bonne part des infirmières travaillent plutôt en deuxième et troisième lignes, mais le nombre d'infirmières dans la région et par MRC peut tout de même nous éclairer quant à l'accessibilité aux soins de première ligne dans la mesure où un grand nombre d'infirmières jouent un rôle de première ligne, par exemple en soins en domicile, en tant qu'infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL) ou en tant qu'infirmières en milieu rural (IEMR).

TABLEAU 9**Nombre de médecins omnipraticien·ne·s et spécialistes (par millier d'habitant·e·s), Lanaudière, 2022**

	Omni / 1000 habitant·e·s	Spécialistes / 1000 habitant·e·s	Total méd / 1000 habitant·e·s
Lanaudière	1,02	0,71	1,73
Québec	1,32	1,3	2,62

SOURCES : ICIS, *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada 2022*, calculs de l'IRIS.

TABLEAU 10**Nombre de patient·e·s en attente au guichet d'accès à un·e médecin de famille, Lanaudière, 2022**

RLS	Nombre de patient·e·s	Ratio par 1000 habitant·e·s
Lanaudière-Sud	27 887	92,1
Lanaudière-Nord	34 120	146,7
Lanaudière	62 007	115,9
Québec	991 241	115,2

SOURCES : Assemblée nationale du Québec, *Étude des crédits 2022-2023, CSSS-102, question 91*, calculs de l'IRIS.

l'accès plus difficile à un·e médecin de famille dans Lanaudière-Nord.

Par ailleurs, le nombre de patient·e·s en attente au guichet d'accès à un·e médecin de famille est un indicateur qui ne reflète pas nécessairement l'accès réel à un·e médecin de famille. D'une part, il ne tient pas compte des personnes qui n'ont pas de médecin de famille, mais ne sont pas inscrites au guichet d'accès. Pour s'inscrire au guichet d'accès, il faut être admissible, c'est-à-dire détenir une adresse et une carte d'assurance maladie valides³⁵. Cela exclut notamment la plupart des personnes migrantes ayant un statut temporaire, qui ne peuvent pas obtenir une carte de la RAMQ³⁶. De plus, l'inscription au guichet d'accès à un·e médecin de famille exige des démarches administratives qui peuvent être plus difficiles pour certaines personnes, dont celles ayant une faible littératie ou peu de familiarité avec les outils numériques. Le renouvellement de la carte d'assurance maladie peut être une source de tracas difficiles à surmonter pour les personnes en situation d'itinérance, entre autres³⁷.

D'autre part, comme le note la vérificatrice générale du Québec, l'inscription auprès d'un·e médecin de famille ne donne pas une appréciation juste de l'accès aux services :

En effet, l'inscription seule ne donne aucune garantie de la disponibilité du médecin de famille lorsqu'une consultation est nécessaire. Un patient dans l'incapacité de rencontrer son médecin de famille peut en effet se tourner vers d'autres options, comme consulter un médecin d'une autre clinique ou se présenter aux urgences. Le recours à ces options est un indice des difficultés d'accès³⁸.

C'est pour pallier ces lacunes que la Régie de l'assurance maladie du Québec fournit le taux d'assiduité moyen des omnipraticien·ne·s à l'égard de leurs patient·e·s. Le taux d'assiduité mesure le nombre de consultations effectuées par les patient·e·s auprès de leur médecin de famille par rapport aux consultations effectuées auprès d'autres composantes du réseau (par exemple, à l'urgence) pour des besoins non urgents. L'objectif de cette statistique est de mesurer l'efficacité des médecins omnipraticien·ne·s dans la prise en charge de leurs patient·e·s inscrit·e·s. Dans Lanaudière, le taux d'assiduité est de 92,4 %, soit un peu plus de trois points de pourcentage au-dessus de la moyenne québécoise de 89,1 %.

En principe, l'accès rapide et facile à un·e médecin de famille pour les besoins non urgents doit permettre de désengorger les urgences pour que celles-ci puissent se consacrer davantage aux cas urgents. Il est donc révélateur d'examiner le type de cas traités dans les urgences de Lanaudière. Lorsque l'on examine le pourcentage des visites classées comme moins prioritaires par rapport à l'ensemble des visites au service des urgences des hôpitaux de Lanaudière, on remarque que ceux-ci ont des résultats comparables à ceux des régions adjacentes. La proportion de ces visites non urgentes est de 37,9 % à l'hôpital Pierre-Le Gardeur et de 51 % à celui de Joliette³⁹.

À la Cité-de-la-santé de Laval, cette proportion est de 44,6 %. Dans les services d'urgence des Laurentides, cette proportion varie de 39,7 à 68,5 %, tandis qu'elle varie de 49,1 à 88 % dans les services d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le taux de visites non prioritaires dans les urgences de Lanaudière ainsi que le taux d'assiduité élevé des omnipraticien·ne·s de la région laissent croire que les patient·e·s lanaudois·es ont recours un peu moins souvent qu'ailleurs aux urgences plutôt qu'aux services de première ligne pour leurs problèmes mineurs. Néanmoins, entre le tiers et la moitié des consultations à l'urgence dans Lanaudière sont non prioritaires, ce qui est passablement élevé et reflète sans doute des difficultés d'accès à la première ligne. Le taux d'assiduité doit de plus être interprété avec prudence, car il mesure uniquement le volume des services médicaux rendus sans tenir compte de leur qualité⁴⁰.

En somme, malgré un faible nombre de médecins, la région de Lanaudière se compare relativement bien à la moyenne québécoise en ce qui concerne la prise en charge des patient·e·s par un·e médecin de famille, bien que des efforts particuliers soient nécessaires pour s'assurer que la population des quatre MRC du nord de Lanaudière soit mieux desservie, compte tenu de sa situation économique et géographique moins avantageuse.

Qu'en est-il de l'accès aux soins en santé mentale ? En date du 19 mars 2022, il y avait 729 personnes en attente de soins en santé et en psychothérapie dans Lanaudière⁴¹. Cela représente 3,6 % des 20 095 usagers et usagères en attente au Québec, soit une proportion nettement inférieure à la part de la population lanaudoise (6,2 %). À titre de comparaison, Laval comptait 782 personnes en attente (3,9 %) et les Laurentides comptaient 1 846 personnes en attente (9,2 %). Notons aussi que 66 % (481 sur 729) des personnes en attente sont dans Lanaudière-Nord, alors que ce RLS compte 43,7 % de la population de la région. Précisons également que ces données ne prennent pas en considération les personnes qui ne sont pas inscrites aux services pour diverses raisons (problèmes de santé mentale non diagnostiqués, services non adaptés aux besoins, etc.), ni celles qui sont en attente de services en santé mentale dans un GMF, dans une installation Aire ouverte ou dans une clinique privée. Le nombre réel de personnes en attente est donc vraisemblablement plus élevé⁴². De plus, étant donné qu'on offre en premier lieu des services de basse intensité avant d'offrir des traitements de plus haute intensité (selon le principe du « moindre fardeau »), il est possible que les personnes en attente obtiennent un service qui ne répond

pas pleinement à leurs besoins et qu'elles soient donc replacées sur la liste d'attente pour un nouvel épisode de service au terme de leur premier service⁴³. Par exemple, il est possible qu'une personne se fasse offrir une intervention psychosociale de courte durée avant de se faire offrir une psychothérapie individuelle plus longue.

Il faut aussi avoir ces considérations en tête lorsqu'on analyse le délai d'accès moyen à des soins en santé mentale. En 2019-2020, celui-ci était de 23,4 jours pour Lanaudière-Sud et de 25,4 jours pour Lanaudière-Nord⁴⁴. Les MRC du nord sont donc encore une fois désavantagées par rapport à celles du sud. Néanmoins, le délai moyen dans Lanaudière est beaucoup plus court que le délai moyen québécois de 36,3 jours. Il est aussi plus bas que dans les régions adjacentes : Laurentides (32,9 jours), Mauricie–Centre-du-Québec (31,9 jours) et Laval (54,4 jours). Notons toutefois que pour toutes les régions du Québec, compte tenu des enjeux mentionnés au paragraphe précédent, les données ministérielles ne correspondent probablement pas à l'attente réelle des personnes utilisatrices, c'est-à-dire à la durée de l'attente pour le service visé par la demande⁴⁵.

La région de Lanaudière s'en sort donc mieux que la moyenne québécoise en ce qui concerne l'accès aux services en santé mentale, du moins selon les statistiques officielles, qui doivent être interprétées avec prudence. Il faut aussi garder en tête que la situation québécoise en matière d'accès aux services en santé mentale est préoccupante à bien des égards. Une accessibilité meilleure que la moyenne québécoise ne signifie donc pas que tous les besoins sont comblés.

2.3.2 Accessibilité aux soins de deuxième et troisième lignes

Nous étudierons maintenant l'accessibilité aux soins de deuxième et de troisième lignes à partir de divers indicateurs.

Le tableau 11 détaille le nombre de patient·e·s reçu·e·s par les urgences des hôpitaux de Lanaudière, les délais moyens de prise en charge ainsi que la proportion des personnes ayant quitté l'urgence avant d'avoir été prises en charge. On constate tout d'abord que l'hôpital Pierre-Le Gardeur et l'hôpital de Joliette accueillent un nombre similaire de patient·e·s au cours d'une année. On remarque ensuite que le délai moyen entre le moment où un·e patient·e entre à l'urgence et celui où il ou elle voit un·e médecin est inférieur à la moyenne québécoise à l'hôpital de Joliette (2 h 12 min contre 2 h 25 min), mais nettement supérieur à la moyenne québécoise dans le cas de l'hôpital Pierre-Le Gardeur (4 h 17 min). Ce dernier

TABLEAU 11**Nombre de patient·e·s, délais de prise en charge médicale et proportion de départs sans prise en charge, 2021-2022**

Hôpital	Nombre de patient·e·s	Délais moyens	Départs sans prise en charge médicale
Hôpital Pierre-Le Gardeur	45 754	4 h 17 min	13,7 %
Hôpital de Joliette	49 625	2 h 12 min	8,1 %
Lanaudière	95 379	3 h 12 min	11,1 %
Québec	2 477 171	2 h 25 min	10,2 %

SOURCES : Assemblée nationale du Québec, *Étude des crédits 2022-2023*, CSSS-098, questions 284 et 285.

fait d'ailleurs partie de la liste des urgences jugées problématiques fournie par le ministère de la Santé et des Services sociaux⁴⁶. Cette liste inclut 23 hôpitaux sur un total de 113 au Québec. Les problèmes de prise en charge vécus à Pierre-Le Gardeur se reflètent aussi dans le pourcentage de patient·e·s ayant quitté les urgences sans avoir vu un·e médecin. Il est de 13,7 % à l'hôpital Pierre-Le Gardeur, au-dessus de la moyenne québécoise de 10,2 %. Là encore, celui de Joliette surpasse la moyenne, avec un pourcentage de 8,1 % de départs sans prise en charge.

L'accès aux urgences dépend en partie de la qualité et de la disponibilité des services d'ambulances offerts dans la région. Le budget des transports hospitaliers d'urgence dans Lanaudière était de 61,65 \$ par habitant·e en 2021-2022, alors que la moyenne provinciale était de 76,66 \$⁴⁷. Cette moyenne est tirée vers le haut par les régions éloignées où les ambulances doivent faire de grandes distances, ce qui engendre des coûts supplémentaires. Cependant, le budget accordé pour Lanaudière est moins élevé que dans les régions adjacentes de Montréal et Laval (64,79 \$), des Laurentides (72,43 \$) et de Mauricie-Centre-du-Québec (85,72 \$). Lanaudière compte 381 techniciens-ambulanciers et techniciennes-ambulancières, soit 5,3 % du total québécois. Cette proportion légèrement inférieure au pourcentage de la population lanaudoise (6,2 %) peut aussi s'expliquer en partie par un personnel ambulancier plus nombreux dans les régions éloignées. Lanaudière compte 54 ambulances sur un total de 868 au Québec (6,2 % du total)⁴⁸, ce qui correspond à la population de la région. Même si le budget par personne des services préhospitaliers d'urgence dans Lanaudière est inférieur à celui des régions environnantes et à la moyenne québécoise, cela ne semble pas affecter le temps de réponse : il est en moyenne de

TABLEAU 12**Interventions spécialisées en santé mentale selon le nombre totale d'usagers et d'usagères, hôpitaux de Lanaudière, 2020-2021**

Hôpital	Hôpital Pierre-Le Gardeur (Lanaudière-Sud)	Hôpital de Joliette (Lanaudière-Nord)
Population (%)	56,5	43,5
0 à 1 an	0	100
16 à 17 ans	0	100
18-64 ans	21,3	78,7
65 ans et plus	8,3	91,7

SOURCES : CISSS de Lanaudière, *Rapport statistique annuel des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021*, calculs de l'IRIS.

23 min 25 s dans Lanaudière, soit à peu près équivalent à celui de l'ensemble du Québec (23 min 43 s)⁴⁹.

En ce qui concerne l'accès aux services en santé mentale et aux soins psychologiques dispensés dans les hôpitaux, les données qui suivent montrent que certains services sont offerts principalement à l'hôpital Pierre-Le Gardeur, tandis que d'autres sont offerts surtout à celui de Joliette. Cette centralisation des services spécialisés entraîne des inéquités intrarégionales, à tout le moins pour ce qui est de l'accessibilité géographique.

Le tableau 12 montre clairement que les interventions spécialisées en santé mentale sont fortement concentrées à l'hôpital de Joliette. Pour la population mineure, aucune intervention n'a lieu à l'hôpital Pierre-Le Gardeur. Pour les adultes de 18 à 64 ans, 78,7 % des interventions se

TABLEAU 13

Interventions psychologiques selon le type et l'installation selon le nombre totale d'usagers et d'usagères (%), hôpitaux de Lanaudière, 2020-2021

Hôpital	Hôpital Pierre-Le Gardeur (Lanaudière-Sud)	Hôpital de Joliette (Lanaudière-Nord)
Population (%)	56,5	43,5
Neuropsychologie	100	0
Pédopsychologie	0	0
Psychologie en milieu médical	100	0
Gérontopsychologie	0	0
Psychologie en santé mentale	63,8	36,2
Autres domaines de santé mentale	100	0

SOURCES : CISSS de Lanaudière, Rapport statistique annuel des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021, calculs de l'IRIS.

TABLEAU 14

Lits dressés et jours-présence en soins psychiatriques selon l'installation (%), 2020-2021

	Hôpital Pierre-Le Gardeur (Lanaudière-Sud)	Hôpital de Joliette (Lanaudière-Nord)
Population	56,5	43,5
Lits dressés en soins psychiatriques	40,1	59,9
Jours-présence en soins psychiatriques	43,4	56,5

SOURCES : CISSS de Lanaudière, Rapport statistique annuel des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021, calculs de l'IRIS.

déroulent à l'hôpital de Joliette. Pour la population de 65 ans et plus, ce pourcentage (91,7 %) est encore plus élevé.

Pour les interventions psychologiques, on voit au tableau 13 que le portrait s'inverse. En neuropsychologie et en psychologie en milieu médical, toutes les interventions ont lieu à l'hôpital Pierre-Le Gardeur. Pour ce qui

TABLEAU 15

Interventions en santé physique selon le nombre totale d'usagers et d'usagères (%), 2020-2021

	Hôpital Pierre-Le Gardeur (Lanaudière-Sud)	Hôpital de Joliette (Lanaudière-Nord)
Population	56,5	43,5
Santé physique (0 à 17 ans)	81,7	18,3
Santé physique (adultes)	46,9	53,1
Santé physique (65 ans et plus)	37,6	62,4

SOURCES : CISSS de Lanaudière, Rapport statistique annuel des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021, calculs de l'IRIS.

est de la psychologie en santé mentale, la majorité des interventions se déroulent au même établissement. Cette concentration des services à Pierre-Le Gardeur risque de mal répondre aux besoins des populations du nord de Lanaudière, pour qui cet hôpital est à une distance importante. Pour la plupart des habitant·e·s de Matawinie et D'Autray, particulièrement, l'hôpital Pierre-Le Gardeur est plus loin que celui de Joliette, lui-même souvent à plus de 30 minutes de voiture.

Quant aux soins psychiatriques, c'est-à-dire les soins destinés au traitement de troubles mentaux graves, ils sont mieux répartis que les interventions en santé mentale et les interventions psychologiques, mais on remarque tout de même au tableau 14 qu'ils sont majoritairement concentrés dans Lanaudière-Nord, alors que la population de ce RLS est plus petite que celle de Lanaudière-Sud. En effet, 59,9 % des lits dressés pour des soins psychiatriques sont situés à l'hôpital de Joliette et 56,5 % des jours-présence sont attribuables à cet hôpital^a, bien que 43,5 % de la population de la région habite le secteur où se trouve cette installation.

^a Un lit dressé correspond à un lit comprenant les ressources matérielles pour y recevoir un usager ou une usagère. Un jour-présence correspond à un lit occupé par un usager ou une usagère durant une journée. MSSS, «Taux d'occupation des lits dressés», Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux, msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000216/?&date=DESC (consultée le 29 juillet 2022).

TABLEAU 16**Lits dressés et jours-présence en soins de santé physique et de gériatrie selon l'installation (%), 2020-2021**

	Hôpital Pierre-Le Gardeur (Lanaudière-Sud)	Hôpital de Joliette (Lanaudière-Nord)
Population	56,5	43,5
Lits dressés en soins de santé physique et de gériatrie	58,7	41,3
Jours-présence en soins de santé physique et de gériatrie	56,4	43,6

SOURCES : CISSS de Lanaudière, Rapport statistique annuel des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021, calculs de l'IRIS.

En matière d'interventions en santé physique telles que les programmes de réadaptation physique et les traitements de déficience de l'audition, de la vision, du langage ou de la motricité, on voit au tableau 15 que les hôpitaux sont, dans une certaine mesure, spécialisés en fonction de l'âge des patient·e·s. La très grande majorité (81,7 %) des interventions auprès des jeunes ont lieu à l'hôpital Pierre-Le Gardeur. Les interventions auprès des adultes, et particulièrement auprès des aîné·e·s, sont majoritairement concentrées à l'hôpital de Joliette.

Au tableau 16, on trouve la répartition en pourcentage des lits dressés (lits de courte durée) et des jours-présence pour les soins de santé physique et de gériatrie, une catégorie qui inclut notamment la chirurgie, les soins intensifs, la pédiatrie et les soins à la mère et au nouveau-né. On voit que ceux-ci sont bien répartis entre les hôpitaux : les lits dressés et les jours-présence pour chaque hôpital correspondent à la population de chacun des territoires couverts.

On voit au tableau 17 que les services de physiothérapie et d'ergothérapie sont principalement donnés à l'hôpital Pierre-Le Gardeur. La prestation de services en audiologie se fait majoritairement à celui de Joliette, tandis que les services en orthophonie sont répartis entre les deux hôpitaux d'une manière qui correspond à la population de leurs territoires respectifs.

Pour la plupart des soins spécialisés dispensés dans les hôpitaux de Lanaudière, on peut voir qu'une certaine concentration des services dans l'un ou l'autre des deux hôpitaux de la région peut entraîner des difficultés d'accès pour la population. Rappelons que seuls deux centres

TABLEAU 17**Heures de prestation de services en audiologie, orthophonie, physiothérapie et ergothérapie selon l'installation (%), 2020-2021**

	Hôpital Pierre-Le Gardeur (Lanaudière-Sud)	Hôpital de Joliette (Lanaudière-Nord)
Population	56,5	43,5
Audiologie	45,5	54,5
Orthophonie	56,1	43,9
Physiothérapie	62,8	37,2
Ergothérapie	69,7	30,3

SOURCES : CISSS de Lanaudière, Rapport statistique annuel des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021, calculs de l'IRIS.

hospitaliers desservent la cinquième région la plus peuplée du Québec.

2.4 Conclusion : disparités nord-sud et concentration des services

Le portrait statistique des inégalités d'accès dans Lanaudière permet de souligner les disparités qui existent entre le nord et le sud de la région. Sur les plans économique et social, les quatre MRC de Lanaudière-Nord jouissent d'une situation moins favorable : taux de faible revenu et indice de défavorisation matérielle et sociale plus élevés, taux d'assistance sociale plus haut, espérance de vie moindre et diplomation plus faible, notamment. Or, on constate aussi que, malgré les besoins plus grands découlant de ce contexte socioéconomique moins favorable, la population du nord de la région est moins bien desservie en ce qui concerne certains soins de santé. Par exemple, le nombre de personnes en attente au guichet d'accès à un·e médecin de famille est plus élevé dans Lanaudière-Nord que dans Lanaudière-Sud. Il en va de même en ce qui concerne l'attente pour les soins de psychothérapie offerts par le CISSS.

Ces iniquités intrarégionales s'expliquent en partie par la grande concentration des services dans la région. Il y a en effet une forte concentration des installations en santé et en services sociaux autour de deux pôles (Joliette d'une part, et Terrebonne et Repentigny d'autre part) situés près des hôpitaux. Plusieurs services de

première ligne s'agglomèrent autour de ces deux pôles, comme le montrent la carte des installations du CISSS et le nombre d'infirmières par MRC, et comme le laisse croire le financement des organismes communautaires. Il est donc vraisemblable que le réseau de la santé et des services sociaux de Lanaudière parvienne moins bien à répondre aux besoins des populations qui sont éloignées de ces pôles.

CHAPITRE 3

CHAPITRE 3

La complexité des démarches d'accès

«Je n'aime pas trop me retrouver à l'urgence parce qu'il y a tellement de gens qui consultent pour des petits bobos qui pourraient être réglés facilement.»
– UMatF3^a

L'idée émise par cette interviewée, selon laquelle beaucoup de gens auraient recours inutilement aux urgences, a été mentionnée par plusieurs personnes au cours de la recherche. Il s'agit d'une idée qui circule dans l'espace public et qui a été reprise par certains acteurs gouvernementaux. La page du gouvernement du Québec pour trouver une ressource en santé a comme en-tête un bandeau comportant l'image d'un usager accompagnée de la phrase : «Il existe d'autres options que l'urgence⁵⁰.»

Cette insistance à encourager les personnes à se tourner vers d'autres ressources que les urgences s'appuie sur les taux de visites non urgentes au triage des hôpitaux. Comme on l'a vu au chapitre 1, le pourcentage de visites de priorité 4 ou 5 (P4/P5), considérées comme non urgentes, peut dépasser 80 % dans certains hôpitaux du Québec. Dans Lanaudière, il est de 37,9 % à l'hôpital Pierre-Le Gardeur et de 51 % à celui de Joliette, ce qui représente tout de même une proportion importante de visites qui devraient théoriquement être prises en charge par des ressources de première ligne.

Face au constat d'un nombre élevé de visites non urgentes, différentes interprétations sont possibles. Il est possible de mettre l'accent sur les choix des individus, qui seraient portés à se rendre directement aux urgences par méconnaissance des services, voire par manque de civisme envers les autres patient·e·s. Cette interprétation du phénomène suppose que le problème serait atténué ou réglé par une meilleure diffusion de l'information concernant les services disponibles.

Bien sûr, il n'est pas exclu que certaines personnes aient recours aux urgences sans avoir évalué les autres options qui s'offrent à elles et il est sans doute vrai qu'une meilleure connaissance des services permettrait d'éviter certains recours non nécessaires aux urgences. Mais les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude montrent que le discours qui met l'accent sur la responsabilité des individus est limité dans la mesure où il ne prend pas pleinement en compte les contraintes personnelles et collectives qui limitent l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Autrement dit, même pour une personne ayant une excellente connaissance des services et un souci de ne pas engorger les urgences, il est possible de vivre des difficultés d'accès pour différentes raisons.

En ce sens, les recours non essentiels aux urgences peuvent être interprétés comme des symptômes des failles des autres portes d'entrée du réseau. Le recours à l'urgence comme conséquence des défaillances de l'accès à la première ligne est d'ailleurs un élément récurrent de la littérature scientifique sur l'accès aux soins de santé⁵¹. La présente recherche ajoute une contribution à cette littérature en montrant les attitudes des personnes interviewées par rapport à l'accès, la variété et la complexité des démarches qu'elles effectuent et les barrières réelles auxquelles elles font face.

Alors que le taux de visites non urgentes d'un service d'urgence présente en quelque sorte une photographie de la situation à un moment et dans un lieu donnés, les entrevues de notre étude permettent de reconstituer l'enchaînement d'actions qui a mené les personnes utilisatrices vers les urgences ou vers d'autres services. Elles permettent de saisir ce qui se passe entre le point A (la perception d'un besoin) et le point B (l'obtention d'un service) ou, en d'autres mots, de voir ce que les statistiques laissent dans l'ombre.

Ce chapitre rend compte des différentes étapes des démarches d'accès des personnes interviewées, qu'elles aient abouti aux urgences ou vers d'autres réponses à un besoin exprimé. Dans les faits, la plupart des tentatives d'accès décrites par les personnes interviewées n'ont pas mené aux urgences. Dans la majorité des cas, les

^a Pour préserver l'anonymat des participant·e·s de l'étude, ceux-ci et celles-ci sont nommé·e·s à l'aide d'un code formé de la lettre «U» (pour «utilisateur et utilisatrice»), des premières lettres du nom de leur MRC de résidence et de leur genre.

personnes rencontrées ont trouvé une autre manière de combler un besoin perçu, mais souvent au terme d'un processus complexe.

3.1 La peur d'engorger le système

Durant les entretiens, plusieurs personnes ont spontanément exprimé la volonté d'éviter « d'engorger le système », tout particulièrement les urgences. Une interviewée dit par exemple : « Je ne suis pas du genre à aller souvent... Je me suis déjà bien démarqué les genoux, mais je ne suis jamais allée à l'hôpital. » (UMouF2) Cette interviewée soutient qu'elle n'ira pas aux urgences à moins d'une situation très grave (« Faut que tu sois quasiment après mourir »), bien qu'elle dise comprendre que des gens s'y rendent parce qu'ils n'ont pas accès à la première ligne.

Pour certaines personnes, la volonté d'éviter d'engorger les urgences prend la forme d'un certain malaise, voire d'une culpabilité par rapport au fait d'avoir dû aller à l'urgence pour obtenir des soins. UJF1 explique ainsi qu'elle est atteinte du syndrome de Raynaud et qu'elle ne s'inquiète pas outre mesure lorsque ses orteils deviennent bleus, un des symptômes de cette maladie. Lorsque cela lui est arrivé récemment, elle a envoyé pendant plusieurs jours de suite des photos à sa sœur infirmière pour avoir son avis. Quand la situation a empiré et que sa sœur lui a suggéré de se rendre aux urgences, elle l'a fait à contre-cœur, en se disant qu'elle engorgeait le système au détriment de patient·e·s aux besoins plus urgents.

Une autre interviewée se désole d'avoir « embourbé le système » parce qu'elle a dû être opérée une deuxième fois quand son état de santé s'est détérioré à la suite d'une erreur médicale lors de la première opération. ULAF5 mentionne quant à elle sa peur de déranger lorsqu'elle fait des démarches pour accéder à des soins :

Je n'aimerais pas ça, me faire regarder [par quelqu'un qui se dit] : « Tu viens nous voir juste pour ça ? » [...] Moi, je ne veux pas déranger. Je ne veux pas être celle qui va provoquer la mauvaise humeur des gens parce qu'ils considèrent que mon problème n'est pas assez important. – ULAF5

Au cours de l'entretien, cette interviewée dit explicitement que la peur de déranger l'incite à attendre avant de consulter. Elle attribue en partie cette peur à des publicités du gouvernement qui incitaient les gens à ne pas aller inutilement aux urgences durant la saison de la grippe. Une autre interviewée mentionne aussi avoir été influencée par les messages gouvernementaux disant d'éviter les urgences. Or, l'Association canadienne des

médecins d'urgence s'inquiétait justement que les messages gouvernementaux puissent dissuader des gens d'accéder aux soins dont ils ont besoin⁵², ce qui pourrait contribuer à l'aggravation de leur état.

Dans le sondage en ligne diffusé après la réalisation des entretiens, 93 % des répondant·e·s ont dit être plutôt en accord (32,5 %) ou très en accord (60,5 %) avec l'affirmation suivante : « J'essaie d'éviter de me rendre aux urgences pour ne pas engorger le système de santé. »

3.2 Attendre que ça passe...

Dans plus de la moitié des entretiens individuels, les personnes rencontrées ont dit avoir attendu qu'un problème de santé passe de lui-même au lieu de chercher des soins, comme l'exprime une répondante :

Au départ, on essaie toujours de minimiser et de se dire que ça va passer. J'attends toujours le plus possible, que ce soit pour moi ou pour mes enfants. On essaie vraiment d'aller au minimum dans les cliniques ou à l'hôpital. – ULAF3

Cette décision découle fréquemment d'un manque d'accès à des services ou d'un souci de ne pas engorger le système de santé. Une résidente de Mandeville explique ainsi qu'elle était affligée d'une sinusite intense au moment de l'entrevue, mais qu'elle n'a pas essayé d'obtenir des soins parce que cela lui paraissait trop compliqué. En effet, elle avait l'habitude d'aller à la clinique sans rendez-vous du CLSC de Saint-Michel-des-Saints, la plus proche de chez elle qui prend des patient·e·s orphelin·e·s de médecin de famille, même si elle est à plus d'une heure de route. Or, la clinique a récemment limité son territoire de service, et UDAF1 n'y a donc plus accès. Face au manque d'options, elle a décidé de ne pas faire de démarches : « J'ai toughé. [...] J'ai attendu que ça passe, mais avoir eu un accès, je serais allée chercher des antibiotiques. » Une autre personne mentionne que, pour plusieurs enjeux en lien avec sa santé physique et mentale, elle attend à la dernière minute par crainte de « se faire revirer de bord » (UMatF1).

Des personnes interviewées disent aussi avoir laissé leur état de santé se dégrader avant de consulter. Une femme de L'Assomption raconte qu'elle a eu des « maux de ventre épouvantables », mais qu'elle se disait que ça allait passer. Au contraire, sa douleur a empiré avec le temps. Elle a attendu une semaine avant de se présenter aux urgences. UJF1 affirme quant à elle que sa sœur infirmière dans la MRC de Matawinie voit de nombreux cas de patient·e·s dont la situation a empiré parce qu'ils ont attendu avant d'essayer d'obtenir des soins.

D'autres personnes ont mentionné avoir laissé passer un problème pour d'autres raisons, pas nécessairement à cause de difficultés d'accès, mais on peut supposer que les choses se seraient passées différemment si ces personnes avaient eu plus facilement accès à une consultation. Un homme de Sainte-Émérie-de-l'Énergie (UMatH1) explique par exemple qu'il a subi pendant trois mois des douleurs importantes au ventre. Il avait eu un problème similaire 15 ans plus tôt, et le médecin lui avait alors dit que les douleurs devraient passer au bout de 3 mois, ce qui avait bel et bien été le cas. Il a donc attendu que son problème dure au-delà de trois mois avant de consulter un médecin. Celui-ci lui a dit que les connaissances scientifiques concernant ce problème avaient évolué dans les dernières années et que le problème aurait pu être traité plus tôt. UMatH1 estime qu'il n'a pas attendu par manque d'accès, mais qu'il aurait sans doute appelé son médecin de famille avant les trois mois s'il en avait eu un.

Les données présentées ici montrent donc qu'un accès facilité aux services pourrait éviter que l'état de santé des personnes utilisatrices se dégrade, ou encore réduire la durée de douleurs ou d'inconforts traitables. Elles révèlent aussi qu'il existe un phénomène de non-recours aux services que les statistiques courantes ne parviennent pas à saisir. Des besoins perçus ne sont pas comblés et ne sont pas comptabilisés parce qu'ils n'engendrent pas de demandes de services étant donné que les personnes concernées présument ou savent que les services seront difficiles d'accès. Ce phénomène s'apparente au non-recours aux droits identifié par la Protectrice du citoyen dans un rapport annuel publié en 2019⁵³. Au Québec comme ailleurs dans le monde⁵⁴, des citoyen·ne·s ne se prévalent pas de prestations et de services auxquels ils et elles ont droit pour différentes raisons, y compris le sentiment que les démarches à faire seront trop compliquées.

Dans le sondage en ligne, 87 % des répondant·e·s ont mentionné être plutôt en accord (47 %) ou très en accord (40 %) avec l'affirmation suivante : « Au départ, quand j'ai un problème de santé, j'essaie toujours de minimiser et de me dire que ça va passer. »

3.3 Se soigner soi-même par manque d'accès

Sur la page du gouvernement du Québec mentionnée ci-dessus pour trouver une ressource en santé, il est écrit : « Avant de consulter, et selon vos symptômes, il est recommandé d'effectuer les autosoins à la maison⁵⁵. » La phrase est suivie d'un lien vers une page qui prodigue

des conseils pour soigner les symptômes de grippe, de COVID-19 et de gastro. Cette approche peut sans doute aider à éviter certains recours non nécessaires au réseau de la santé et des services sociaux. Les autosoins peuvent aussi être vus comme un élément d'une prise en charge par les gens de leur propre santé, dans une perspective d'autonomisation. C'est ainsi qu'en parlent certain·e·s interviewé·e·s. Pour UMatF3 et UMonF3, par exemple, se soigner soi-même est une manière de se prendre en main. Elles considèrent toutes les deux que s'occuper de sa propre santé fait partie de saines habitudes à adopter, incluant une alimentation saine et un mode de vie actif. D'une manière analogue, quelques participant·e·s du cercle de discussion atikamekw ont mentionné avoir recours à la médecine traditionnelle autochtone dans leur vie quotidienne.

Or, les autosoins peuvent être révélateurs de problèmes du système de santé et de services sociaux. Dans un livre consacré au sujet, l'anthropologue française Sylvie Fainzang indique que l'automédication peut être une réponse à une expérience déçue du système de santé ou une stratégie d'évitement des professionnel·le·s de la santé⁵⁶. Elle écrit :

[C']est parfois la conviction que leur médecin traitant ne saura pas gérer leur mal qui retient certaines personnes de le consulter. Le choix de l'automédication est alors défensif, entraîné par les mésaventures qu'elles ont connues précédemment en recourant à leur médecin⁵⁷.

Les entrevues effectuées dans Lanaudière démontrent que les autosoins peuvent aussi être une manière de réagir à des problèmes d'accès réels ou perçus. Par exemple, en lien avec la sinusite mentionnée dans la section précédente, UDAF1 dit avoir finalement décidé de se traiter avec des produits naturels en se disant qu'elle entamerait des démarches pour obtenir des services dans le réseau si ça ne marchait pas, mais qu'elle aurait préféré pouvoir consulter un·e professionnel·le, ce qu'elle n'a pas fait par peur d'engorger le système et parce qu'elle jugeait que les démarches seraient compliquées. Une autre interviewée a attendu dix jours avant de commencer les démarches d'accès aux services dont elle jugeait avoir besoin pour un problème pulmonaire :

On le sait que ça va être difficile [d'accéder aux services], donc on essaie de se soigner par nous-mêmes pis ce n'est pas nécessairement toujours une bonne idée, dépendamment de ce qu'on a. Là, ça commençait à m'inquiéter. Je trouve que j'ai été quand même patiente. Mais peut-être que ça aurait pu être dangereux de faire ça [d'attendre]. – ULAf5

Les propos d'ULAF5 montrent bien que tenter de « laisser passer » le problème de santé et se soigner

soi-même peuvent être liés, tous deux étant associés à un manque d'accès aux services et à un risque d'aggravation du problème. Le fait de « laisser passer » et le fait de se soigner soi-même peuvent tous les deux être des freins à l'accès dans la mesure où ils introduisent un délai entre l'apparition d'un besoin de services et le début de la recherche active de services pour y répondre⁵⁸.

Dans certains cas, la pratique des autosoins peut être sans effet. Le problème peut alors se maintenir, s'estomper de lui-même ou empirer (indépendamment du traitement autoadministré). Le fait de se soigner soi-même est alors à peu près équivalent au fait d'attendre que le problème passe. Dans d'autres cas, les autosoins peuvent être bénéfiques s'ils aident à résoudre le problème. Cependant, les autosoins peuvent aussi entraîner des conséquences négatives, entre autres lorsque la personne n'a pas les connaissances appropriées pour s'attaquer au problème.

Pour tenter de soigner une douleur au doigt, UMonFr a effectué une recherche en ligne qui lui a suggéré qu'elle devait immobiliser son doigt, ce qu'elle a fait. Lorsqu'elle a pu voir une médecin, celle-ci lui a appris que cette pratique était à éviter. La médecin lui a conseillé un anti-inflammatoire en vente libre qu'UMonFr avait déjà essayé, mais qui n'avait eu aucun effet parce qu'elle ne l'avait pas pris aussi longtemps que ce que la médecin lui a recommandé. Le médicament a donc été utilisé de manière inefficace, ce qui a engendré des coûts inutiles. Une autre recherche en ligne a amené UMonFr à tenter de soigner une oreille bouchée en utilisant une méthode qu'une employée d'un CLSC lui a par la suite déconseillée. Quoique ces exemples soient bénins, il est possible que les autosoins entraînent des répercussions négatives plus graves, notamment à cause des effets secondaires de certains produits ou d'interactions insoupçonnées avec des médicaments, un risque qui inquiète certain-e-s médecins⁵⁹.

Dans le sondage en ligne, 75,5 % des répondant-e-s ont dit avoir recours aux autosoins (« Dans les 12 derniers mois, avez-vous essayé de vous soigner vous-même ou de soigner un proche pour un problème de santé mineur ? »). À la question suivante, on demandait aux répondant-e-s pour quelles raisons ils et elles avaient procédé à des autosoins, en proposant des choix de réponses basés sur les propos des interviewé-e-s. Il était possible de cocher plusieurs options. « Lorsque je peux, j'essaie de prendre en charge ma propre santé » et « Le problème ne me semblait pas assez grave pour consulter un-e professionnel-le de la santé » sont les deux choix les plus populaires, auprès de 43 % et 39,5 % des répondant-e-s respectivement. Cependant, l'option « Je

m'attendais à ce qu'il soit compliqué ou difficile de consulter un-e professionnel-le de la santé pour ce problème » est choisie par 32 % des répondant-e-s, tandis que 24 % des répondant-e-s ont coché l'option « Je voulais éviter d'engorger le système de santé ». De plus, l'analyse des choix « Autres, spécifiez » (11,5 %) montre que plus des deux tiers de ces réponses concernent des difficultés d'accès ou des expériences négatives avec le réseau. L'autosoin par manque d'accès semble donc toucher une part substantielle de la population^a.

3.4 S'informer : le rôle important du réseau social

Que ce soit pour savoir quels soins prodiguer soi-même à la maison, pour évaluer la gravité d'un problème ou pour savoir quels services sont disponibles dans la région, la manière de s'informer peut exercer une influence importante sur le processus d'accès. La plupart des personnes interviewées disent effectuer des recherches en ligne concernant la santé et les services sociaux, principalement pour se renseigner sur les façons de traiter des problèmes mineurs ou pour connaître les ressources offertes. Plusieurs répondant-e-s ont mentionné faire le tri des informations en cherchant des sites qu'ils et elles jugent fiables, comme les sites gouvernementaux et les sites des pharmacies. Les personnes interviewées sont généralement conscientes des limites des recherches en ligne, comme l'exprime ULAF3 :

Je ne vais pas googler les symptômes. J'ai appris à ne pas faire ça. C'est mauvais : soit tu paniques, soit tu as une mauvaise information. Vive les vraies personnes !

Une seule personne a mentionné le service 211, qui redirige les citoyen-ne-s et les informe sur les services sociaux et communautaires de leur région, en disant qu'elle l'utilisait lorsqu'elle habitait à Montréal, sans savoir que le service est disponible dans Lanaudière⁶⁰. Cela laisse croire que le service est peu connu.

Au cours des entrevues, plusieurs personnes ont dit avoir recours à leur réseau de connaissances personnelles

^a Le phénomène de l'automédication pour pallier le manque d'accès aux soins avait été mis en lumière par une enquête populaire sur l'accès à la santé à Gatineau menée à la fin des années 2000. Il semble qu'il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau ou limité à la région de Lanaudière. ACTION SANTÉ OUTAOUAIS, *Les soins de santé à Gatineau : la voix des citoyens entendue. Rapport de l'enquête populaire sur les obstacles à l'accès au réseau public de santé à Gatineau*, décembre 2011, p. 21.

– famille, ami·e·s, collègues, etc. – pour obtenir des informations. Cette manière informelle de se renseigner vient pallier certaines déficiences des services publics, dont Info-Santé (811), un service sévèrement critiqué par plusieurs répondant·e·s (voir le chapitre suivant).

Dépourvue de médecin de famille et ayant de la difficulté à obtenir des consultations auprès des cliniques sans rendez-vous, UDAF1 fait partie des personnes qui se tournent vers leurs proches pour des informations sur la santé et les services sociaux. Elle a la « chance » d'avoir un réseau social qui lui permet d'avoir recours à cette option : elle travaille dans un organisme communautaire de Saint-Gabriel, sa sœur est technicienne en pharmacie et sa voisine est infirmière. UDAF1 demande donc ponctuellement des informations à ces différentes personnes, selon ses besoins et selon leurs connaissances professionnelles. Elle considère que s'informer auprès de son réseau social est plus simple et lui permet d'obtenir des informations plus éclairantes que si elle téléphonait au 811.

Quand sa conjointe et elle ont été atteintes de la COVID, UDAF1 a appelé sa voisine, qui lui a expliqué quoi faire et ne pas faire pour atténuer la fièvre. Alors qu'une recherche en ligne lui indiquait qu'elle devait se rendre à l'hôpital, sa discussion avec sa voisine l'a rassurée et lui a permis de mieux détecter les signes indiquant qu'une visite aux urgences s'impose. UDAF1 et sa conjointe ont donc pu éviter une visite à l'hôpital.

D'autres personnes interviewées ont pu éviter le recours aux services du système de santé et de services sociaux en passant par leurs contacts personnels. UMatH2 explique ainsi qu'il a un ami médecin à Montréal qu'il consulte parfois au besoin et qu'il n'a donc pas fait de démarches pour s'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille. UMouF2, une personne très active qui a eu plusieurs blessures sportives, raconte qu'un physiothérapeute est présent lors des matchs de son équipe de football. Celui-ci peut donc faire une première évaluation de la gravité d'un problème et déterminer s'il est nécessaire ou non de tenter d'obtenir une consultation formelle.

Ce recours informel aux personnes de son entourage pour obtenir des informations a probablement pour effet de désengorger le système jusqu'à un certain point, dans la mesure où il permet de répondre rapidement à un besoin immédiat par des « consultations » flexibles et spontanées sans passer par une demande d'accès aux services. Or, le recours au réseau social pose un problème d'équité : tout le monde n'a pas une infirmière, un médecin ou un·e autre professionnel·le de la santé dans son entourage. Parmi les personnes interviewées pour cette

étude, les répondant·e·s qui travaillent ou ont travaillé dans le réseau de la santé et des services sociaux sont surreprésenté·e·s ; leur profession augmente les chances qu'ils ou elles soient en contact avec des gens de ce réseau. D'autres personnes qui sont plus éloignées du secteur des services publics et communautaires n'ont peut-être pas la possibilité d'obtenir des informations fiables sur la santé et les services sociaux auprès de leurs contacts personnels. Par exemple, ULAf2 travaille comme conseillère en carrosserie à Repentigny. Elle mentionne explicitement que personne de son entourage ne travaille dans le domaine de la santé et qu'elle ne peut donc pas faire appel à son réseau personnel pour obtenir des informations sur le sujet. Cela souligne la nécessité d'avoir un accès facile et rapide à des services publics qui peuvent fournir les informations requises.

En l'absence de personnes de leur entourage pour les renseigner, les répondant·e·s se tournent parfois vers des réseaux sociaux virtuels formés de personnes qui partagent une réalité similaire. C'est le cas pour UJH1, un immigrant colombien arrivé à Joliette avec sa famille il y a moins de deux ans. Il se sert d'un groupe WhatsApp d'immigrant·e·s latino-américain·e·s du Québec pour poser toutes sortes de questions sur l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Pour lui, ce groupe forme un réseau d'entraide utile parce que les personnes qui en font partie vivent la même situation que lui et comprennent donc bien ce qu'il cherche. ULAf5 mentionne quant à elle qu'elle s'est inscrite à un groupe de soutien en ligne de personnes qui ont le même problème dermatologique qu'elle. Elle y trouve des informations pertinentes, mais déplore qu'elle ne parvienne pas à obtenir ces informations à travers le système de santé. Enfin, UMatF2 a fondé un groupe en ligne pour les mères d'une ville de Lanaudière-Nord qui se sentent isolées. Selon elle, ce groupe permet à des femmes qui se sentent seules de partager leur réalité avec d'autres femmes qui les comprennent. Elle trouve cependant que Lanaudière-Nord offre peu d'espaces de rencontre pour ces personnes, contrairement à Montréal, où elle habitait avant et où il y a un plus grand nombre d'organismes communautaires.

Connaître des gens qui travaillent dans le réseau peut aussi aider les personnes dans le cadre de leurs démarches d'accès aux services formels. UMatF1, qui travaille dans le milieu communautaire, sert elle-même de pôle de référence pour aider ses amies et ses proches à trouver des ressources communautaires. Elle se décrit comme un « totem d'information » et souligne qu'on a besoin d'avoir quelqu'un qui fait ça dans notre entourage, parce que ce n'est pas tout le monde qui a l'habileté et la

confiance en soi pour chercher du soutien et demander de l'aide.

Or, dans certains contextes, l'aide offerte par le réseau social va plus loin et peut soulever des questionnements éthiques quant au caractère équitable de l'accès aux services. UMouF2 raconte ainsi qu'après s'être rendue aux urgences pour son fils qui a fait une tentative de suicide, on a laissé partir ce dernier sans le diriger vers d'autres services. Elle a donc effectué elle-même des démarches pour qu'il obtienne du soutien psychologique. Elle n'a pas été en mesure de trouver des ressources par l'intermédiaire des canaux officiels dans Lanaudière, mais son fils a pu être pris en charge par un psychiatre d'une autre région que connaissait la mère médecin de la meilleure amie de sa copine. C'est donc grâce à son réseau de connaissances qu'il a pu avoir accès aux soins dont il avait besoin :

Il a eu un passe-droit. Sinon, il aurait été sur la liste d'attente je ne sais pas combien d'années. Ça a pris maximum six mois pour avoir un psychiatre parce qu'on est passé par une connexion. – UMouF2

De même, UJF2, une interviewée qui a occupé des fonctions professionnelles et bénévoles l'ayant amenée à avoir plusieurs contacts dans le réseau de la santé et des services sociaux, explique qu'elle a déjà utilisé ses contacts pour permettre à une amie d'accéder à des services qu'elle ne parvenait pas à obtenir. Son amie avait eu recours au GAP pour un problème cardiaque et pour un autre problème, mais étant donné que le GAP est conçu pour traiter un seul problème à la fois, elle avait pu régler son autre problème, mais n'avait pas pu avoir la requête dont elle avait besoin pour voir un cardiologue. UJF2 a donc appelé directement un cardiologue qui a accepté de prendre en charge son amie. Cette manière de procéder est techniquement interdite puisqu'une requête pour voir un-e médecin spécialiste doit d'abord passer par un-e omnipraticien-ne. UJF2 dit qu'elle considère qu'il vaut mieux passer par les canaux officiels, mais qu'elle a accepté de faire la liaison dans ce cas-ci seulement parce que son amie était particulièrement en détresse. Cette situation et celle d'UMouF2 révèlent comment, lorsque les procédures d'accès usuelles ne permettent pas aux gens d'obtenir les services dont ils ont besoin, ils peuvent tenter de passer par d'autres canaux. Les possibilités de passer par d'autres canaux sont toutefois très inégales selon les personnes, en fonction du réseau de contacts qu'elles possèdent^a.

a Une enquête populaire sur l'accès à la santé à Gatineau avait aussi dévoilé qu'il fallait parfois «user d'astuces ou de "relations" pour trouver un médecin». ACTION SANTÉ OUTAOUAIS, *op. cit.*, p. 13.

3.5 Des rendez-vous difficiles à prendre

Les stratégies employées par les personnes pour répondre à leurs besoins qui ont été présentées jusqu'à maintenant dans ce chapitre – attendre que le problème passe, se soigner soi-même, passer par son réseau de contacts – se déroulent en dehors du cadre formel du système de santé et de services sociaux. Quand elles souhaitent obtenir des services de santé, les personnes interrogées ont souvent comme premier réflexe d'essayer d'obtenir un rendez-vous dans une clinique. Or, la majorité d'entre elles déplorent à quel point il peut être compliqué de prendre rendez-vous, que ce soit au GMF où elles sont inscrites ou dans les cliniques sans rendez-vous^b. Ces témoignages jettent donc un doute sur la bonne performance des médecins omnipraticien-ne-s mentionnée au chapitre 1 en ce qui concerne le taux d'assiduité, qui ne tient pas compte de la complexité des démarches effectuées par les personnes utilisatrices.

La principale récrimination des interviewé-e-s concerne les systèmes de prise de rendez-vous en ligne, qui exige de faire une réservation à une heure précise, souvent sans succès parce que les plages horaires se remplissent rapidement : « Ça ouvre à 17 h. À 17 h 2, il n'y a plus de place. » (ULAF3) ULAF1 est bénéficiaire de l'aide sociale et n'a pas internet à la maison. Elle doit donc utiliser ses données cellulaires pour prendre rendez-vous à sa clinique à 7 h 45, mais elle constate souvent qu'il n'y a plus de place à 7 h 46. Quand elle essaie plutôt de prendre rendez-vous par téléphone, tout est généralement complet aussi.

Les personnes interrogées doivent donc répéter les démarches plusieurs jours d'affilée pour obtenir un rendez-vous, ce qui implique d'organiser leur horaire en conséquence. Une interviewée mentionne par exemple qu'elle doit mettre une alarme pour prendre rendez-vous à 6 h du matin ou à minuit, ce qui perturbe sa routine quotidienne. UMonF1 raconte qu'il lui a fallu cinq jours de tentatives pour réussir à obtenir un rendez-vous en essayant en ligne et par téléphone à 7 h 30 chaque matin. C'est finalement sa fille qui a réussi à prendre rendez-vous pour elle alors qu'elles essayaient en même temps, leurs ordinateurs côte à côte : « Une

b Leur expérience fait écho à celle d'un-e journaliste de Mon Joliette qui avait tenté sans succès d'obtenir un rendez-vous en essayant toutes les options existantes dans Lanaudière. ARSENAL MEDIA, «Consulter un médecin le jour même dans Lanaudière? On tente l'expérience...», Mon Joliette, 15 août 2019, monjoliette.com/consulter-un-medecin-le-jour-meme-dans-lanaudiere-on-tente-lexperience/.

chance que ce n'était pas super urgent, mon besoin de consultation. Sinon, il aurait fallu que je me présente à l'urgence », dit-elle. Étant donné qu'UMonF1 est à la retraite, son horaire est flexible, mais la prise de rendez-vous est d'autant plus difficile pour des personnes qui vivent des obstacles additionnels (contraintes d'horaires de travail, problèmes d'accès à internet, compétences numériques, etc.).

Une critique récurrente exprimée par les personnes interviewées concerne le caractère impersonnel et compliqué des systèmes de prise de rendez-vous. Elles soulignent notamment les difficultés liées au système téléphonique : « «Votre appel est important pour nous. Gardez la ligne.» Je garde la ligne, je garde la ligne. Au bout d'une heure et demie, ils ont raccroché. » (ULAFA1) ULAFA4 abonde dans le même sens. Elle décrit le système téléphonique des cliniques comme « la maison des fous » : il faut s'y prendre à plusieurs reprises parce qu'on tombe sur des boîtes vocales pleines, parce que le temps d'attente est long et parce que les options ne sont pas claires ou mènent à des culs-de-sac. ULAFA5 note quant à elle que la prise de rendez-vous lui semble plus complexe qu'auparavant. Elle s'inquiète pour son père plus âgé qui a du mal à comprendre le fonctionnement du système. Plusieurs personnes interrogées expriment le souhait de pouvoir parler directement « à un être humain » lorsqu'elles appellent pour prendre rendez-vous.

En ce qui concerne la prise de rendez-vous en ligne, certain-e-s interviewé-e-s notent qu'il n'est pas évident de savoir quelle plateforme utiliser, entre Bonjour-santé, Clic Santé, Rendez-vous Santé Québec et les plateformes particulières des GMF et des médecins.

Dans leurs démarches pour prendre rendez-vous, la plupart des personnes rencontrées font preuve de détermination et de ténacité. Loin d'être passives, elles tentent différentes méthodes, essaient plusieurs plateformes, effectuent des recherches sur les options qui s'offrent à elles et réessaient plusieurs jours de suite.

Dans le sondage en ligne, à une question large sur les principales difficultés d'accès aux services de santé et aux services sociaux, les réponses les plus fréquentes concernaient la complexité de la prise de rendez-vous et les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous.

3.6 Insistance et efforts répétés

La détermination observée en ce qui concerne la prise de rendez-vous se manifeste aussi de manière plus générale dans le parcours d'accès aux soins de la plupart des répondant-e-s. Cette détermination apparaît utile dans un contexte où le système de santé est largement perçu comme difficile à comprendre et complexe à naviguer. Dans un rapport sur les mécanismes d'accès aux services de proximité, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) note que «l'usager ne sait pas toujours à qui s'adresser en raison d'une multiplicité de modalités d'accès» et qu'il «doit formuler à répétition ses besoins⁶¹».

Lors d'une journée de consultation régionale sur l'occupation et la vitalité des territoires tenue le 18 mars 2024, des acteurs lanaudois faisaient un constat semblable. Ils faisaient part de la complexité de naviguer dans le système «même pour des gens articulés» et soulignaient que «les gens ne savent pas où appeler en premier». Dans le sondage en ligne, 75,5 % des répondant-e-s ont dit être plutôt en accord (45,5 %) ou très en accord (30 %) avec l'affirmation suivante : «Pour avoir accès à un service, il est difficile de savoir à qui s'adresser, à quelle porte frapper.»

Ce constat est partagé par plusieurs interviewé-e-s. UMatF1 dit par exemple qu'il faut parfois faire un véritable travail de détective pour trouver des ressources en santé et services sociaux. Elle ajoute qu'il ne faut pas avoir peur d'appeler et de demander. UJF2, bénévole dans un organisme qui aide des personnes à s'orienter dans le réseau, dit qu'elle est capable de trouver des chemins d'accès parce qu'elle a une longue expérience du système, mais elle sent tout de même qu'elle doit de se débattre et insister malgré ses connaissances. Des gens moins familiers qu'elle avec le réseau l'implorent parfois : «Aide-moi, je n'en peux plus. À qui je m'adresse?»

Il importe de souligner que, malgré les failles du réseau, de nombreuses tentatives d'accès aux services se soldent positivement par un accès facile et rapide. Dans le sondage de recrutement des interviewé-e-s, on demandait aux répondant-e-s s'il avait été facile ou difficile d'accéder aux services auxquels ils et elles avaient eu recours dans les 12 derniers mois. Parmi l'ensemble des répondant-e-s, il y a eu autant de personnes qui considèrent que leur expérience d'accès a été plutôt facile que de personnes qui considèrent que leur expérience d'accès a été plutôt difficile. Néanmoins, une part substantielle des usagers et des usagères vit des difficultés d'accès. Les récits des interviewé-e-s permettent de mettre en lumière les stratégies déployées et les démarches entreprises pour y faire face.

Parmi les personnes interviewées, plusieurs expriment le sentiment de devoir insister pour obtenir les services qu'elles jugent nécessaires. UMatF1 dit par exemple qu'il faut « taper sur le clou » plusieurs fois pour que les intervenant·e·s du réseau comprennent les besoins des usagers et des usagères. UJF2 abonde dans le même sens : elle dit aux personnes qu'elle aide bénévolement qu'elles doivent insister (« beurrer épais ») pour avoir les services requis. Elle pense entre autres aux proches aidant·e·s, à qui elle conseille de décrire en détail ce qu'ils et elles vivent pour s'assurer que leurs besoins soient bien pris en compte. Elle applique elle-même ses conseils lorsque cela lui paraît nécessaire. Par exemple, pour un problème qui risquait de s'aggraver s'il n'était pas pris en charge rapidement, elle a dit à la secrétaire de la clinique qu'elle allait se présenter sur place pour voir un·e médecin même si c'était complet. Quand la secrétaire lui a dit qu'elle ne pouvait pas faire ça, elle a répondu qu'elle le ferait quand même. La secrétaire a alors parlé au médecin, qui a accepté de la recevoir le jour même. « Je suis capable de me battre devant les services », dit-elle. Les participant·e·s du cercle de discussion atikamekw ont aussi l'impression qu'il faut s'imposer pour avoir des services, au risque d'être délaissé et mis de côté. Or, la plupart des participant·e·s du cercle disent qu'ils et elles ne sont pas du genre à s'affirmer et à prendre leur place.

ULAF1 et ULAF5 ont aussi insisté auprès d'une secrétaire pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin. ULAF1 ajoute que, lorsqu'elle a finalement réussi à voir son médecin, elle a senti qu'elle n'obtiendrait rien si elle ne prenait pas l'initiative de demander des services. Elle a par exemple demandé à son médecin de passer un test pour l'apnée du sommeil et de l'inscrire au Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA), une ressource que le médecin ne connaissait pas : « Faut insister, faut arriver avec les réponses. J'ai ça, j'ai besoin de ça, fais-moi voir par [...]. » Ces démarches pour demander des services spécifiques exigent d'avoir effectué des recherches préalables sur sa condition et sur les services existants, ce qu'ULAF1 a pu faire grâce à son implication bénévole dans un organisme communautaire de Repentigny et dans des groupes d'intervention en santé mentale. Cependant, tout le monde n'a pas le temps, l'énergie, les connaissances et la volonté de faire ce type de recherche.

Plusieurs personnes interviewées disent avoir dû multiplier les démarches pour trouver les services dont elles jugeaient avoir besoin. Pour un problème dermatologique récurrent qui peut se résorber pendant plusieurs années, ULAF5 s'est fait dire qu'elle n'était plus prise en charge par son dermatologue parce qu'elle ne l'avait pas consulté depuis trop longtemps. Elle a alors appelé toutes les

cliniques de dermatologie qu'elle a pu trouver dans Lanaudière et dans la grande région de Montréal : « On essaie tout ce qu'on peut », dit-elle. De même, ULAF4 raconte que, compte tenu du temps d'attente pour la chirurgie épirétinienne qu'elle devait subir dans un hôpital montréalais à la suite d'une requête faite par l'hôpital Pierre-Le Gardeur, elle a décidé de faire elle-même des recherches, ce qui lui a permis d'obtenir un rendez-vous plus rapidement :

J'ai dû épucher internet pour trouver toutes les cliniques de vision possibles dans la région de Montréal. [...] Il a encore fallu que je fasse un effort. Si j'avais attendu le téléphone, peut-être que j'attendrais encore. – ULAF4

Dans certains cas, parce que les chemins officiels d'accès au réseau de la santé et des services sociaux étaient bloqués, les personnes interviewées ont dû passer par des voies de contournement. UJF1 explique par exemple qu'étant donné qu'elle ne parvenait pas à joindre son médecin de famille malgré plusieurs tentatives, elle a appelé au GAP en affirmant faussement qu'elle était orpheline de médecin de famille. Elle s'est sentie mal d'agir ainsi (« J'ai menti ! », dit-elle), mais cela lui a permis d'obtenir le rendez-vous souhaité.

UDAF1 explique quant à elle qu'elle s'est fait dire par le médecin d'une clinique de Matawinie qu'il ne pouvait pas renouveler ses prescriptions parce que cela devait être fait par son médecin de famille. Or, son médecin de famille était au Saguenay–Lac-Saint-Jean, où elle habitait auparavant, à 500 km de sa résidence actuelle dans le nord de la MRC de D'Autray. Il ne faisait plus de consultations par visioconférence depuis la fin de la pandémie. Quand elle a pu aménager son horaire pour se rendre sur place, elle n'a pas réussi à obtenir de rendez-vous avec lui. Pour pouvoir accéder à la clinique de Matawinie, elle est donc devenue orpheline de son médecin de famille, bien qu'elle aurait préféré qu'il puisse continuer à la suivre.

De manière semblable, UMatF2 a appelé Info-Social 811 (option 2) pour avoir de l'aide concernant les problèmes de comportement de son fils, mais on lui a répondu qu'elle devait passer par l'intervenante qui était inscrite à son dossier, alors que c'était justement cette intervenante qui lui avait suggéré d'appeler le 811-2. L'intervenante en question a donc écrit au personnel d'Info-Social pour leur indiquer d'agir comme s'il n'y avait pas d'intervenante au dossier.

Après avoir tenté pendant deux mois d'obtenir un rendez-vous avec son médecin pour renouveler ses prescriptions, ULAF5 a insisté auprès de la secrétaire en lui disant qu'elle avait atteint le nombre limite de renouvellements qui pouvaient être faits par son pharmacien. La secrétaire a alors accepté de lui donner un rendez-vous

au téléphone plutôt que par le système de prise de rendez-vous, alors que la procédure habituelle de la clinique ne le permet pas.

Cet exemple et les exemples précédents montrent que certaines voies d'entrée dans le réseau de la santé et des services sociaux sont accessibles seulement aux personnes qui insistent et trouvent des manières de contourner les procédures officielles. De fait, plusieurs des personnes interrogées dans le cadre de cette étude se décrivent comme des personnes proactives et débrouillardes, qui n'hésitent pas à interroger les intervenant·e·s pour obtenir ce qu'elles veulent. De plus, plusieurs d'entre elles ont une bonne connaissance du réseau, entre autres parce qu'elles y ont travaillé. Malgré cela, elles expriment le sentiment de devoir consacrer beaucoup de temps et d'énergie à l'obtention des services qu'elles jugent nécessaires.

Les propos des personnes interrogées mettent donc en lumière des iniquités d'accès liées à la capacité d'insister et à la capacité à naviguer à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Il est probable que les personnes plus vulnérables, celles qui connaissent moins le réseau, celles qui sont plus timides ou encore celles qui ont moins le sens de l'initiative parviennent moins bien à obtenir les services qu'elles considèrent comme nécessaires^a.

Par ailleurs, si le sens de l'initiative manifesté par les répondant·e·s les aide à obtenir ce qu'ils et elles souhaitent, leurs démarches peuvent néanmoins engendrer de la fatigue et de l'épuisement. UMonF2 a dû faire preuve d'une vigilance constante pour s'assurer que sa mère bénéficie des soins dont elle avait besoin. Même si elle était bien entourée et connaissait très bien les rouages du réseau, elle dit que les démarches l'ont épuisée et parle de la détresse qu'elle a vécue « à force de se collettailler au système ». UMatF2 dit quant à elle qu'elle s'est sentie incomprise et épuisée après avoir fait de nombreuses démarches pour obtenir des services pour son fils.

Dans ce chapitre, il a d'abord été question de différents chemins que peut emprunter une personne plutôt que d'avoir recours aux services du réseau de la santé et des services sociaux : attendre qu'un problème passe, se

soigner elle-même, s'informer auprès de son entourage. Il a ensuite été question de certaines stratégies utilisées par les répondant·e·s pour accéder aux services : obtenir une consultation par l'entremise de leur réseau social, faire preuve de persévérance, insister, multiplier les démarches et trouver des voies de contournement. Dans le prochain chapitre, il sera question des principaux éléments qui expliquent les réticences et les frustrations par rapport aux services existants, ainsi que des éléments appréciés par les répondant·e·s.

a C'est ce que le rapport de l'enquête populaire sur l'accès à la santé à Gatineau appelait la « prime aux plus "débrouillards" et aux plus "fonceurs" », une réalité injuste pour ceux et celles qui font preuve de moins "d'audace" ». ACTION SANTÉ OUTAOUAIS, op. cit., p. 17.

CHAPITRE 4

CHAPITRE 4

L'expérience vécue des services

Ce chapitre rend compte de l'expérience vécue des participant·e·s en ce qui concerne les services auxquels ils et elles ont accédé ou tenté d'avoir accès. Le chapitre est organisé en sections qui correspondent en grande partie aux différents maillons de la « première ligne du futur » présentée par le gouvernement du Québec dans le cadre de son « Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé⁶² ». Cette « première ligne du futur », qui s'apparente à l'organisation actuelle de la première ligne, pose en premier lieu le 811 (à la fois Info-Santé, Info-Social et le GAP) comme porte d'entrée unique d'accès à la première ligne, puis met à l'avant-plan la prise en charge des patient·e·s par les groupes de médecine de famille (GMF). Viennent ensuite les pharmacies, les CLSC et les organismes communautaires. À partir des propos des personnes interviewées, ce chapitre met en lumière certains avantages et inconvénients des différents services de première ligne. Il permet de voir comment les répondant·e·s ont perçu leurs interactions avec ces services et de mieux comprendre dans quelle mesure ceux-ci ont répondu ou non à leurs besoins.

4.1 Les limites du 811

Le 811 (option 1, Info-Santé, et option 2, Info-Social) est un service de consultation téléphonique accessible en tout temps. D'après la page « Trouver une ressource en santé », les infirmières et infirmiers du service peuvent « vous diriger vers la ressource la plus appropriée de votre territoire », et un appel au 811 « permet souvent d'éviter de se rendre inutilement à la clinique ou à l'urgence⁶³ ». Des personnes interviewées disent avoir effectivement eu un bon service de la part du 811. Elles ont pu obtenir rapidement des conseils qui les ont rassurées, de sorte qu'elles n'ont peut-être pas senti le besoin de recourir à d'autres services.

Cependant, plusieurs interviewé·e·s ayant eu recours à ce service ont eu des expériences négatives avec le 811. Une des principales critiques concerne le temps d'attente et la difficulté à obtenir la ligne. Des participantes du cercle de discussion atikamekw disent avoir attendu plus

de 1 h 30 avant de pouvoir parler à quelqu'un. Un autre participant atikamekw dit s'être fait transférer à plusieurs reprises et avoir eu le sentiment que les employé·e·s « se lancerent la puck ».

La principale critique à l'endroit du 811 est toutefois que ses employé·e·s disent fréquemment aux personnes qui appellent de « ne pas prendre de chance » et de se rendre directement aux urgences :

[Le 811], ça ne sert à rien : ils nous envoient à l'hôpital. Tant qu'à lui dire « J'ai mal au ventre » et me faire dire « Allez-vous-en à l'hôpital », je vais y aller tout seul.

Je pense que si on appelait pour une écharde, ils nous enverraient à l'hôpital. – ULAFI

Cette impression est partagée par plusieurs répondant·e·s, qui jugent que le service n'offre donc pas les informations nécessaires pour faire un choix éclairé quant à la nécessité ou non de se rendre aux urgences. Dans certains cas, après s'être fait dire quelques fois de se rendre aux urgences lorsqu'elles ont appelé au 811, les personnes interrogées ont cessé d'y avoir recours, ce qui signifie pratiquement que, pour ces personnes, un des chemins d'accès à des informations sur la santé est désormais bloqué. L'exemple du 811 montre donc que les expériences d'accès passées façonnent les démarches d'accès subséquentes. Insatisfaites d'un service, les personnes utilisatrices risquent de ne pas l'essayer de nouveau par la suite. Il suffit d'ailleurs que les gens soient convaincus que le 811 va les envoyer directement aux urgences (que ce soit effectivement le cas ou non) pour qu'ils soient réticents à l'utiliser. Les perceptions des personnes utilisatrices ont donc des répercussions concrètes sur leurs démarches d'accès.

Dans le sondage en ligne, un peu moins de la moitié des répondant·e·s disent avoir eu recours au 811 dans les 12 derniers mois. Parmi eux et elles, 43 % disent qu'il a été assez difficile (26,5 %) ou très difficile (16,5 %) d'avoir une consultation téléphonique avec le 811. Parmi les répondant·e·s qui ont utilisé le 811, 67 % disent avoir été assez satisfait·e·s (49 %) ou très satisfait·e·s (18 %) des informations et des conseils obtenus. Toutefois, 69,5 % des répondant·e·s sont plutôt en accord (41,5 %) ou très en accord (28 %) avec l'affirmation suivante : « Le 811

nous dit presque toujours d'aller directement aux urgences.» Le nombre de personnes qui se disent en accord avec cette affirmation est plus élevé que le nombre de personnes qui ont utilisé le service 811 au cours des 12 derniers mois, ce qui tend à accréditer l'idée que certaines personnes n'ont pas recours au service parce qu'elles sont convaincues que ses conseils ne répondront pas à leurs besoins.

4.2 Des avis mitigés au sujet du GAP

Le guichet d'accès à la première ligne (GAP) est un service téléphonique (811, option 3) ou en ligne créé en 2022 pour permettre aux personnes sans médecin de famille d'être orientées vers les services appropriés ou d'obtenir une consultation en GMF pour un besoin précis.

Parmi les personnes interviewées et les répondant·e·s du sondage de recrutement, le GAP recueille des avis variables. Certain·e·s en sont très satisfait·e·s, dont UJF1, qui considère que le service lui a permis d'éviter d'appeler toutes les cliniques de Lanaudière pour obtenir un rendez-vous. ULAF2 et UMatH1 ont pu rapidement consulter des infirmières qui ont répondu à toutes leurs questions et ont fait le suivi nécessaire. Cependant, d'autres ont jugé que le délai pour obtenir un rendez-vous était trop long, ou encore que la procédure du GAP n'était pas conviviale. La principale critique est que les personnes utilisatrices ont été transférées à plusieurs reprises et qu'elles ont donc dû répéter leur situation à plusieurs personnes avant d'obtenir le service souhaité.

4.3 Des médecins de famille peu disponibles

Depuis la création des Groupes de médecine de famille (GMF) au début des années 2000, la première ligne est structurée autour de ceux-ci. C'est encore plus le cas depuis le transfert de ressources professionnelles des CLSC vers les GMF en 2015-2016⁶⁴. Les récits des personnes interviewées laissent croire qu'elles ont intériorisé l'idée que les médecins de famille sont un des principaux points d'accès au réseau de la santé et des services sociaux. En effet, plusieurs d'entre elles s'estiment chanceuses d'avoir un médecin de famille :

L'accès à un médecin de famille, c'est un enjeu aussi. Mais dans mon cas, j'en ai un. Je fais partie des chanceux. – ULAF4

Pour certaines personnes interviewées, le recours au médecin de famille prend surtout la forme d'une consultation périodique, lors d'un examen annuel ou aux deux ans. UMouF2, par exemple, dit qu'elle voit sa médecin de famille seulement aux deux ans. Elle arrive alors avec sa « petite liste » de questions sur sa santé, mais n'a pas le réflexe d'appeler sa médecin de famille à d'autres moments parce qu'elle considère que ses problèmes ne sont pas assez graves pour passer par elle. Elle préfère se tourner vers la médecine alternative, qui lui paraît plus rapide.

Quelques personnes mentionnent qu'elles font appel régulièrement à leur médecin de famille pour différents problèmes et disent avoir un très bon suivi de sa part, au-delà de l'examen annuel. UMouF1, notamment, explique que son médecin de famille est très disponible et qu'il a fait un suivi rapproché auprès d'elle durant une période difficile de sa vie où elle avait particulièrement besoin d'aide. Son médecin l'a aidée à trouver des ressources qui ont été utiles pour son fils et pour elle. UMatF3 explique elle aussi qu'elle réussit facilement à obtenir un rendez-vous auprès de sa médecin de famille au CLSC de Chertsey quand elle en a besoin. Elle mentionne que, lors d'une consultation pour une douleur, sa médecin en a profité pour faire un bilan de santé complet, ce qui l'a rassurée et lui a évité d'autres rendez-vous.

Cependant, parmi les personnes interrogées, les cas de personnes qui ont de la difficulté à consulter leur médecin de famille sont nettement plus nombreux. Les raisons qui expliquent l'indisponibilité du ou de la médecin différent, mais le résultat est le même : de plus grandes difficultés d'accès. UJF1 explique que le médecin de famille de ses enfants est un pédiatre qui n'est presque jamais disponible, tandis que son propre médecin de famille est en arrêt maladie. Un répondant du sondage de recrutement dit qu'un rendez-vous avec sa médecin de famille « n'est plus possible depuis que cette dernière s'est désaffiliée du système public ».

ULAF1 dit qu'avec l'aide de sa pharmacie, cela fait plus de neuf mois qu'elle essaie sans succès de joindre son médecin de famille pour le renouvellement d'une prescription. Elle ajoute que les heures de disponibilité restreintes de son médecin nuisent à l'accès : « Mon médecin de famille est là une journée par semaine, donc faut être malade le mardi. » Plusieurs autres personnes notent qu'obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille est long ou compliqué. Comme il est nécessaire de consulter un·e médecin pour obtenir d'autres services (renouvellement de prescription, requête auprès d'un·e médecin spécialiste, etc.), la faible disponibilité des

médecins crée un goulot d'étranglement qui perturbe le fonctionnement de l'ensemble du système de santé⁶⁵.

L'expérience des personnes interviewées montre que l'inscription auprès d'un·e médecin de famille ne garantit pas d'y avoir accès. Ces résultats concordent avec ceux d'autres analyses de l'accès à un·e médecin de famille effectuées dans les dernières années. Dans une évaluation de la performance du système de santé québécois, le commissaire à la santé et au bien-être constate que les Québécois·es ont de la difficulté à obtenir un rendez-vous rapide avec leur médecin de famille ou à le ou la voir en dehors des heures régulières⁶⁶. Dans le même ordre d'idées, le vérificateur général écrit qu'en 2018-2019, «71 % des visites ambulatoires étaient celles de patients présentant des problèmes de santé jugés moins urgents ou non urgents lors du premier triage. Pour près de 72 % de ces visites, les patients avaient un médecin de famille⁶⁷». Selon ces données, ce sont donc 51 % des visites non urgentes qui sont faites par des personnes qui ont un·e médecin de famille, ce qui montre que les médecins de famille ne parviennent pas pleinement à prendre en charge les problèmes de santé mineurs. Un bilan des GMF après 20 ans d'existence montre par ailleurs que ceux-ci n'ont pas réussi à améliorer l'accessibilité aux soins⁶⁸.

Dans le sondage en ligne, 74 % des répondant·e·s sont inscrit·e·s auprès d'un·e médecin de famille. Environ la moitié des répondant·e·s trouvent qu'il est difficile d'obtenir une consultation avec un·e médecin de famille. La même proportion de répondant·e·s dit consulter rarement ou pas du tout son ou sa médecin de famille en dehors de l'examen annuel. Questionné·e·s sur les raisons pour lesquelles ils et elles n'ont pas ou peu consulté leur médecin de famille, les répondant·e·s ont donné «Je n'en ai pas eu besoin» comme raison principale. Les autres raisons les plus fréquemment évoquées sont la difficulté à joindre leur médecin, sa faible disponibilité et les délais trop longs pour obtenir une consultation. Une nette majorité de répondant·e·s dit être en accord avec l'affirmation suivante inspirée des entretiens : «Même si j'ai la chance d'avoir accès à un médecin de famille, je ne le sollicite pas beaucoup parce que, des fois, c'est compliqué d'avoir des plages horaires.»

4.4 Le rôle de proximité des pharmacies

Alors que le schéma d'entretien initial n'incluait pas de question sur les pharmacies, il est vite apparu au fil des entretiens que celles-ci jouent un rôle important dans les démarches d'accès des personnes interviewées. La

vaste majorité des personnes rencontrées mentionnent avoir eu une expérience positive en passant par les pharmacies pour des conseils, de l'aide ou des services de santé.

Lors du cercle de discussion atikamekw, plusieurs personnes ont mentionné spontanément et avec enthousiasme que leur premier réflexe est de se tourner vers les pharmacies lorsqu'elles ont un problème de santé. Elles disent avoir de très bon·ne·s pharmacien·ne·s et obtenir un bon suivi de leur part. Pour certaines personnes atikamekw, les pharmacies suscitent aussi moins de méfiance que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Depuis 2015, les pouvoirs des pharmacien·ne·s ont été élargis pour leur permettre d'offrir certains services, dont la prolongation ou l'ajustement d'une ordonnance et la prescription de médicaments lorsque aucun diagnostic n'est requis⁶⁹. Un autre élargissement a eu lieu en 2020, donnant notamment aux pharmacien·ne·s le droit d'administrer des vaccins⁷⁰. De manière générale, la plupart des personnes interviewées apprécient grandement cet élargissement des responsabilités des pharmacien·ne·s :

On sent qu'ils ont plus le droit de le faire ou qu'ils sont plus ferrés. Ils font même des suivis. C'est très cool. Si on a une nouvelle médication, ils appellent : «Ça se passe-tu bien? Est-ce qu'on ajuste ou on reste comme ça?» Pis pour toutes sortes de petits maux... Quand mon fils était malade, quand on a un bobo, on va [les] voir pis ça aide beaucoup. – UmouF1

ULAF1 note que son pharmacien a essayé plusieurs fois de contacter son médecin de famille pour elle afin de renouveler ses prescriptions pour différents médicaments. Comme il a été impossible de le joindre, le pharmacien a renouvelé ses prescriptions à plusieurs reprises, au-delà du nombre de renouvellements qui est officiellement permis. ULAF1 mentionne aussi que sa pharmacie livre ses médicaments chez elle, un service qui l'aide énormément, puisqu'elle n'a pas de voiture.

Dans plusieurs cas, pour les personnes interviewées, le rôle des pharmacien·ne·s va bien au-delà de ce qui concerne les médicaments. Par exemple, ULAF3 consulte fréquemment ces professionnel·le·s pour les problèmes mineurs de ses enfants. De plus, durant une période récente de plusieurs mois au cours de laquelle elle a été affligée par les complications d'une opération, elle a développé une relation particulière avec sa pharmacienne qui faisait un suivi téléphonique auprès d'elle et l'a aidait à déterminer si elle devait consulter ou non. Comme d'autres interviewées, ULAF3 considère que les conseils de la pharmacienne lui ont permis d'éviter d'avoir à faire

des démarches pour obtenir un rendez-vous avec un·e médecin.

UMatHr, quant à lui, a eu recours à la pharmacie plusieurs fois pour des vaccins. Après avoir subi une blessure grave qui l'a obligé à se rendre aux urgences, il a été surpris qu'on lui demande depuis combien de temps il n'avait pas eu le vaccin contre le tétanos, mais qu'on ne lui offre pas de le lui administrer. Il en a alors parlé à l'infirmière de sa pharmacie, qui a pu lui donner le vaccin quelques jours plus tard. La pharmacie a donc pallié ce qu'UMatHr a perçu comme une faille du système de santé.

Dans le même ordre d'idées, UDAF1 s'est tournée vers la pharmacie du coin pour passer un test de streptocoque parce qu'elle jugeait qu'il serait trop compliqué d'obtenir le même test dans une clinique. Elle a été très satisfaite du service offert par la pharmacie, mais elle déplore d'avoir dû payer pour un test offert gratuitement dans le réseau public. D'autres interviewées mentionnent aussi qu'il est parfois plus facile de passer par les pharmacies que par les cliniques. En ce sens, la pharmacie apparaît comme un chemin alternatif qui permet de compenser certaines difficultés d'accès au réseau de la santé et des services sociaux.

Dans le sondage en ligne, 82 % des répondant·e·s ont dit avoir eu recours aux services d'une pharmacie pour autre chose que l'achat de médicaments ou de produits courants. Parmi ces répondant·e·s, 77,5 % ont obtenu des conseils du ou de la pharmacien·ne pour un problème de santé mineur et 61,5 % ont obtenu un renouvellement de prescription. Près de 20 % des répondant·e·s se sont fait vacciner à la pharmacie et plus de 15 % y ont reçu des soins infirmiers. Pour 9 % des répondant·e·s, le ou la pharmacien·ne a fait un suivi téléphonique concernant leur état de santé ou leurs démarches médicales. Pour 9 % des répondant·e·s également, le ou la pharmacien·ne a fait des démarches pour les aider à obtenir d'autres services de santé ou sociaux. Les résultats du sondage confirment ainsi que les pharmacies jouent un rôle qui dépasse les questions liées à la médication.

Notons que les pharmacies sont mieux réparties sur le territoire de Lanaudière que le sont les installations du CISSS⁷¹. Dans les centres urbains de la région, le nombre de pharmacies est plus élevé que le nombre d'installations. Certains villages et certaines petites villes ont une pharmacie, mais n'ont aucune installation du CISSS. Cette répartition géographique avantageuse des pharmacies leur permet de jouer un rôle de proximité. De plus, des interviewé·e·s notent qu'étant donné que la pharmacie vend d'autres produits de consommation courants, il est pratique de consulter les pharmacien·ne·s «en passant» lorsque l'on fait ses courses. Cependant,

les frais facturés pour certains services peuvent limiter l'accès aux soins. Les pharmacies offrent aussi peu de confidentialité puisqu'elles n'ont généralement pas de salle de consultation privée, comme le note une interviewée.

Dans une certaine mesure, les pharmacies comportent des aspects positifs qui étaient auparavant associés aux CLSC et qui l'auraient été encore davantage si les CLSC avaient été mis en place comme ils avaient été envisagés au départ^a. Les pharmacies sont en effet faciles d'accès et elles offrent des heures d'ouverture élargies, de l'aide pour s'orienter à l'intérieur du réseau de la santé ainsi que la possibilité d'obtenir des services et des conseils en se présentant sur place sans rendez-vous. C'est cette flexibilité qui est particulièrement appréciée par les interviewé·e·s. Cependant, contrairement aux CLSC, les pharmacies ne sont pas des services publics pleinement intégrés au réseau de la santé et des services sociaux, ne disposent pas d'équipes multidisciplinaires et n'assurent pas la gratuité de l'ensemble de leurs services.

4.5 La persistance des CLSC

Les CLSC tels qu'ils avaient été conçus dans les années 1970 étaient censés devenir la principale porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux. Ils devaient offrir la gamme complète des services de première ligne (y compris la médecine de famille) et répondre à la vaste majorité des besoins courants en santé et services sociaux de la population, en plus de remplir une mission préventive⁷². Bien que les CLSC n'aient jamais été pleinement déployés comme prévu au départ, ils ont été jusqu'au début des années 2000 un élément phare de la première ligne, jouant notamment un rôle d'accueil et d'orientation pour les personnes cherchant à accéder à des services. Cette fonction de point d'accès a été érodée par la création des GMF au début des années 2000, puis par le transfert de ressources professionnelles des CLSC vers les GMF en 2015-2016⁷³.

^a Pour une analyse approfondie de l'histoire du développement des CLSC et de la vision initiale qui les animait, voir Anne PLOURDE, *Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé*, 2021, Montréal, Écosociété, 2021 et Anne PLOURDE, *État-providence et système socio-sanitaire au Québec : les CLSC comme étude de cas d'une analyse matérialiste et dialectique de l'État démocratique dans la société capitaliste*, Université du Québec à Montréal, thèse de doctorat (science politique), 2019.

Bien que le rôle des CLSC ait été amenuisé par les réformes subséquentes, les CLSC restent des points de référence pour une partie de la population. De nombreuses personnes interviewées y ont eu recours et ont l'habitude de se tourner vers ceux-ci pour une variété de services.

Par exemple, UMatFr habite un village de la MRC de Matawinie situé tout près de la MRC de Joliette. Elle est donc à une distance équivalente des CLSC de Saint-Jean-de-Matha, de Chertsey et de Joliette. Elle utilise les trois selon les services qu'ils offrent et selon ce qui est le plus pratique pour elle, notamment en fonction de ses déplacements pour le travail. Elle a fait appel au soutien psychosocial du CLSC de Chertsey, à l'infirmière en milieu rural (IEMR) du CLSC de Saint-Jean-de-Matha et aux prises de sang offertes à Joliette.

UMouFr a eu recours au CLSC de Saint-Esprit pour des problèmes liés à une situation de violence conjugale. Elle connaissait déjà bien ce CLSC parce qu'elle y était allée plusieurs fois pour les vaccins et d'autres besoins de son enfant. Le travailleur social du CLSC l'a aidée en lui proposant quelques rencontres qui respectaient son rythme et son horaire. Il a pu à la fois la soutenir sur le plan psychologique et l'aider dans ses démarches pour trouver un emploi, mettre de l'ordre dans ses finances, etc. Il l'a aussi orientée vers des organismes communautaires de la région qui ont su répondre à ses besoins. UMouFr a apprécié la variété et la flexibilité des services offerts.

UMatH2 s'est rendu au CLSC de Saint-Gabriel-de-Brandon plusieurs fois par semaine pendant quelques mois pour des soins post-opératoires. Il considère que le transfert de l'hôpital vers le CLSC et la prise en charge du problème ont été exemplaires. UMatH2 a aussi eu recours aux services de l'infirmière en milieu rural présente une fois par semaine dans sa localité. Plusieurs personnes interviewées ont mentionné leur appréciation de l'infirmière en milieu rural : « C'est un beau service qu'on apprécie. On n'a pas à se déplacer aussi loin. » (UMonFr)

Dans la plupart des cas, les CLSC sont appréciés pour leurs services accessibles, personnalisés et flexibles. Certains notent par exemple qu'il est facile de prendre rendez-vous ou qu'il y a « beaucoup de plages disponibles en soirée » (sondage de recrutement). Lorsque les CLSC sont critiqués, c'est fréquemment parce qu'ils ne correspondent pas aux attentes à cet égard. On critique par exemple le système téléphonique et le fait de ne pas donner suite aux appels. On exprime aussi le souhait que la gamme de services offerts soit élargie.

Dans le sondage en ligne, 57 % des répondant·e·s disent avoir eu recours aux services d'un CLSC dans les 12 derniers mois, soit plus que le pourcentage de répondant·e·s ayant eu recours au 811 (47,5 %). Parmi ces répondant·e·s, 77,5 % disent qu'il a été assez facile (45,5 %) ou très facile (32 %) d'obtenir un service du CLSC, un taux nettement supérieur au taux de répondant·e·s ayant jugé qu'il avait été facile de consulter le 811 (57 %). Parmi les répondant·e·s, 90 % disent avoir été assez satisfait·e·s (35 %) ou très satisfait·e·s (55 %) du service obtenu au CLSC, un taux là encore largement supérieur au taux de satisfaction à l'égard des conseils et informations du 811 (67 %).

4.6 La flexibilité des organismes communautaires

Dans la vaste majorité des cas, les personnes interviewées qui ont eu recours aux organismes communautaires en ont eu une expérience positive. Ils et elles apprécient particulièrement la possibilité d'avoir un contact direct avec une personne, la facilité de prendre rendez-vous, la polyvalence des intervenant·e·s et la variété des services offerts.

ULAF1 donne en exemple l'organisme communautaire pour lequel elle fait régulièrement du bénévolat. Elle souligne qu'il n'y a pas de liste d'attente. On peut obtenir un rendez-vous en 24 heures. Pour obtenir un service, il est possible d'appeler, de se présenter sur place ou de demander une rencontre privée lors d'une activité. Il y a donc différentes manières simples et directes d'accéder aux services. Dans le même ordre d'idées, lorsqu'on lui demande ce qu'il fait lorsqu'il a un besoin en matière de santé, un participant du cercle de discussion atikamekw répond : « Moi, j'appelle [prénom d'une employée du Centre d'amitié autochtone de Lanaudière] », ce qui reflète la facilité d'approche de l'organisme.

Plusieurs personnes mentionnent que l'accès à un organisme communautaire a été facile et rapide. Elles notent aussi que les employé·e·s des organismes communautaires ont fait preuve de flexibilité, par exemple en offrant des services à une personne qui n'habitait pas dans le secteur que leur organisme dessert normalement, ou encore en accompagnant la personne dans des démarches qui n'entrent pas directement dans leur mandat.

Étant donné que les organismes communautaires sont considérés comme flexibles et accessibles, ils jouent *de facto* un rôle d'orientation et de référence qui dépasse parfois leur mandat. En parlant d'un organisme d'aide

aux personnes défavorisées à Saint-Calixte, une interviewée constate par exemple :

Les gens sont portés à aller là pour demander de l'aide. Ce n'est pas là qu'il faut qu'ils aillent quand ils ont besoin d'une infirmière, mais les gens vont là parce que c'est proche. – UMonFI

Une autre interviewée abonde dans le même sens. Elle remarque que l'organisme où elle travaille sert de ressource pour aider les gens à trouver ce dont ils ont besoin dans le réseau de la santé et des services sociaux :

Vu que le chemin est compliqué, ils vont vers un organisme qu'ils connaissent, comme la Maison de la famille : « Je vous connais, je viens ici depuis que bébé est tout petit. J'ai besoin d'une info. À quelle porte il faut que je cogne? »

Certains organismes jouent donc à toute fin pratique un rôle d'intervention pivot^a : ils aident les personnes de leur secteur et des environs à naviguer dans le système de santé et de services sociaux.

Une forte proportion des personnes interviewées n'ont pas eu recours aux organismes communautaires de la région, jugeant ne pas en avoir eu besoin. Quelques-un-e-s ont eu recours à un seul organisme pour un besoin ponctuel. Plusieurs personnes interviewées ont cependant eu recours aux services de plus d'un organisme. Les organismes communautaires ont alors joué un rôle important dans la vie de ces personnes au moment où elles traversaient une période difficile. Par exemple, après avoir vécu du harcèlement au travail et un congédiement injustifié, une interviewée a obtenu du soutien d'un groupe de défense de droits et d'un organisme qui offre des services d'aide à l'emploi. Une autre interviewée, qui a vécu de la violence conjugale, a fait appel à plusieurs organismes communautaires pour répondre aux différents besoins qu'elle avait (services judiciaires, ligne d'écoute téléphonique, soutien psychologique, etc.). Un nouvel arrivant a quant à lui utilisé les services d'un organisme d'aide aux immigrant-e-s et ceux d'une banque alimentaire. La diversité et la complémentarité des services offerts par les organismes communautaires

permettent donc d'offrir un coup de main essentiel à des personnes en difficulté.

Les données du sondage en ligne montrent que 17 % des répondant-e-s ont eu recours aux services d'un organisme communautaire dans les 12 derniers mois. La très grande majorité (73,5 %) d'entre eux et elles jugent qu'il a été assez facile (42 %) ou très facile (31,5 %) d'obtenir ces services. Parmi les répondant-e-s, 87 % ont été assez satisfait-e-s (39,5 %) ou très satisfait-e-s (47,5 %) du service obtenu.

4.7 Les difficultés d'accès liées au transport

À la suite d'une vaste consultation tenue en 2016 auprès de 126 partenaires de la région, la Direction de la santé publique de Lanaudière a relevé les thèmes soulevés lors des échanges. Le transport était l'un des principaux thèmes retenus :

L'accès au transport est un enjeu sur le plan financier pour les gens défavorisés, en particulier devant l'absence de transport en commun en milieu rural. De plus, le problème du transport en milieu rural et les longs déplacements requis pour couvrir de grandes distances favorisent l'isolement, nuisent à l'accès aux services de santé et aux services sociaux et nuisent également à l'accomplissement des différents rôles familiaux et sociaux⁷⁴.

Une étude sur le sujet a été produite en 2014 par la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière. Elle s'appuie sur des données issues de groupes de discussion avec des femmes de la région pour faire l'état de la situation du transport collectif. On y note que dans la plupart des MRC, il est possible d'avoir accès à du transport bénévole pour les déplacements médicaux. Ce service est parfois offert par le CLSC, par des organismes communautaires ou par des initiatives individuelles, mais il pourrait bénéficier d'une meilleure coordination. Des participantes à l'étude constatent que les besoins en transport collectif grandissent avec l'âge et la dégradation de l'état de santé, par exemple quand les participantes ne sont plus capables de conduire une voiture^b. D'autres mentionnent que l'utilisation du

a Le rôle d'intervenant-e pivot («patient navigator» en anglais) «naît d'une intention de pallier les inégalités sociales de santé devant un système de soins souvent labyrinthique et qui n'offre pas les mêmes possibilités à tous». Il consiste notamment à utiliser sa connaissance du réseau de la santé et des services sociaux pour «savoir à quelles portes aller cogner» et aider les personnes utilisatrices à accéder aux services dont elles ont besoin. Lisandre LABRECQUE-LEBEAU, «La pratique d'intervention pivot en autisme : coordonner les réalités», *Revue du CREMIS*, vol. 12, n° 1, 2020.

b Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL) et Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL), *Étude auprès des femmes sur l'état de situation du transport collectif et adapté dans la région de Lanaudière*, 2014, p. 22. Le comité santé de la MRC de D'Autray a aussi effectué un sondage sur les besoins en transport auprès des groupes communautaires du territoire. Les orga-

transport collectif demande de l'organisation (savoir où se renseigner, planifier les trajets, réserver 24 à 48 heures à l'avance, etc.). Cela peut poser un problème pour des déplacements d'urgence, par exemple pour les rendez-vous dans les cliniques de santé « sans rendez-vous » qui se donnent la journée même. Des participantes mentionnent aussi qu'elles sont souvent obligées d'utiliser des voitures privées, notamment pour les trajets inter-MRC, une option qui n'est pas nécessairement abordable.

Dans le cadre de la présente étude, lorsque la question du transport a été soulevée, la réponse la plus fréquente donnée par les participant-e-s aux entretiens individuels a été qu'ils ou elles peuvent se déplacer facilement parce qu'ils ou elles ont une voiture. Cette réponse spontanée implique que la plupart des interviewé-e-s considèrent qu'il serait difficile d'accéder aux services de santé et aux services sociaux sans voiture. De fait, dans le sondage en ligne, 90 % des répondant-e-s ont dit être plutôt en accord (21,5 %) ou très en accord (68,5 %) avec l'affirmation suivante : « Heureusement que j'ai une voiture. Sinon, l'accès serait difficile. »

Toutefois, même pour les personnes qui possèdent une voiture, le transport peut poser des difficultés. Plusieurs interviewé-e-s ont mentionné devoir parcourir des distances importantes pour aller à leurs rendez-vous. C'est particulièrement le cas pour les personnes qui doivent avoir accès à plusieurs services situés dans des villes différentes. Les déplacements peuvent donc exiger du temps et engendrer des frais importants. UJH1, un nouvel arrivant en recherche d'emploi à Joliette, explique par exemple qu'il doit aller à Montréal pour certains services et qu'il y pense à deux fois avant de s'y rendre étant donné le coût de l'essence.

Par ailleurs, les personnes qui ont une voiture peuvent être dans l'incapacité temporaire de conduire. C'est le cas d'UJF1, qui a subi une blessure au tendon d'Achille. Pendant quatre mois, elle a eu l'aide de ses ami-e-s et des membres de sa famille pour se déplacer : « Tu épouses ton réseau à la longue. » UJF2 mentionne quant à elle qu'elle s'est déjà rendue à l'hôpital en voiture malgré une blessure à l'œil, faute de solution de rechange. Elle remarque que plusieurs personnes âgées de son entourage sont de plus en plus réticentes à utiliser leur voiture pour des trajets qu'elles ne connaissent pas déjà ou pour

se rendre à Montréal. UJF2 note également que la grandeur du stationnement de l'hôpital de Joliette est un obstacle pour elle, surtout quand les trottoirs sont glacés. Comme d'autres personnes aînées, elle peut marcher, mais elle craint parfois de tomber l'hiver par manque d'équilibre.

Quelques autres personnes interviewées ont relevé que les stationnements des hôpitaux peuvent être une barrière à l'accès, soit parce qu'ils sont grands et difficiles à traverser (notamment pour les personnes blessées ou malades), soit parce qu'ils sont souvent pleins, ce qui exige de trouver une place ailleurs et peut mener à des retards aux rendez-vous. D'autres ont mentionné que, malgré une politique visant à limiter les frais de stationnement dans les hôpitaux, en vigueur depuis 2020, ces frais sont élevés, ce qui peut représenter un fardeau financier, comme l'ont dénoncé des personnes utilisatrices de Lanaudière⁷⁵.

Certaines personnes interviewées ont souligné que des services dont elles ont eu besoin étaient disponibles seulement en dehors de Lanaudière, ou encore que l'attente était moins longue à l'extérieur de la région. Dans le sondage en ligne, 26 % des répondant-e-s ont eu recours aux services d'un centre hospitalier en dehors de Lanaudière au cours des 12 derniers mois. Pour expliquer ce recours à un hôpital à l'extérieur de la région, les raisons les plus fréquemment invoquées concernaient des difficultés d'accès aux hôpitaux de Lanaudière : 42 % des répondant-e-s ont dit que le temps d'attente est trop long dans les centres hospitaliers de la région, 25 % ont dit que les services dont ils ou elles avaient besoin n'y sont pas offerts et 18 % ont répondu qu'ils ou elles sont insatisfait-e-s des services offerts dans les centres hospitaliers de la région^a.

Le sondage en ligne montre aussi que 78 % des répondant-e-s sont plutôt en désaccord (24 %) ou très en désaccord (54 %) avec l'affirmation suivante : « Je peux utiliser le transport en commun pour accéder facilement aux soins de santé et aux services sociaux dont j'ai besoin. » Les personnes interviewées qui utilisent le transport en commun de Lanaudière mettent en lumière les défaillances du service offert. Par exemple, bien qu'ULAF1 soit satisfaite du trajet effectué par l'autobus qu'elle emprunte régulièrement (il la dépose directement à sa destination), elle explique que la fréquence et l'horaire des passages compliquent sa gestion quotidienne :

nismes sondés soulignent pour la plupart que les contraintes liées au transport limitent l'accessibilité des services de santé pour leurs membres. Comité santé de D'Autray, Résultats : sondage sur les besoins en transport des organismes communautaires de D'Autray, mars 2023.

a Il était possible de cocher plusieurs raisons.

Je voyage en autobus. Je n'ai pas de véhicule. Donc faut que j'essaie de faire en sorte que mes rendez-vous adonnent avec les horaires d'autobus. Si je suis en retard, je suis pénalisée. Donc des fois, je peux passer une heure et quart à attendre dans la salle d'attente parce que je dois arriver plus tôt à cause des horaires d'autobus.

Lorsqu'elle prend un rendez-vous médical, elle vérifie d'ailleurs qu'elle peut s'y rendre en autobus, ce qui restreint les plages horaires disponibles, puisque l'autobus passe moins souvent en soirée et ne passe pas très tôt le matin. UDAFr note quant à elle qu'à Mandeville, où elle habite, l'obligation de réserver un taxibus rend cette option peu pratique :

Ce n'est pas user-friendly. Mais zéro ! Faut que tu appelles 48 h à l'avance pour réserver. Donc il faut que tu saches que dans 48 h, tu vas être malade et que tu vas réussir

à avoir un rendez-vous à la clinique sans rendez-vous à telle heure.

Dans le cadre du cercle de discussion atikamekw, il a été mentionné que certaines personnes autochtones ne consultent pas lorsqu'elles en ont besoin par manque d'options de transport, une réalité vraisemblablement partagée par une partie de la population n'ayant pas de voiture.

4.8 Les interactions avec le personnel

Des facteurs comme la confiance dans le réseau de la santé et des services sociaux et les relations avec le personnel peuvent être des déterminants de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux⁷⁶. En effet, une personne qui reçoit un mauvais service ou qui subit du jugement ou de la discrimination peut être réticente à

ENCADRÉ VERT

Le transport en commun à la demande, une piste de solution pour faciliter l'accès aux services

On a vu que pour les personnes lanaudoises qui ne possèdent pas de voiture, les failles de l'offre de transport collectif constituent une barrière à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Même pour les résident·e·s de la région qui possèdent une voiture, le transport peut être un défi en raison du temps de déplacement, des coûts ou de contraintes qui limitent la capacité de conduire, notamment pour les personnes vieillissantes. L'amélioration de l'offre de transport en commun pourrait donc faciliter l'accès aux services tout en réduisant le bilan carbone de Lanaudière.

Pour les secteurs moins denses où il est difficile de mettre en place des lignes d'autobus à heure fixe, le transport à la demande peut permettre de bonifier à moindre coût l'offre de transport en commun. Avec le transport à la demande, les personnes utilisatrices peuvent réserver leur trajet en tout temps à l'aide d'une application ou par téléphone. Une voiture ou un minibus vient alors les prendre à l'heure choisie à l'intersection la plus proche de chez elles. Le trajet est optimisé pour tenir compte des déplacements des autres usagers et usagères. Il s'agit d'un service flexible, à mi-chemin entre le taxi et le bus traditionnel⁹⁰.

Depuis 2022, la société de transport collectif Exo expérimente le transport à la demande à Terrebonne. Jusqu'à maintenant, sans faire grimper le budget d'exploitation, le projet pilote a permis d'augmenter la fréquence des passages, d'accroître l'achalandage et d'inciter des Lanaudois·es à utiliser l'autobus pour la première fois⁹¹. Il serait possible d'instaurer des services semblables dans d'autres villes et villages de Lanaudière.

consulter ou refuser d'utiliser un service qu'elle perçoit négativement. À l'inverse, un service accueillant et facile d'approche peut rendre l'accès plus aisés.

Une bonne proportion des personnes interviewées dans la présente étude ont mentionné avoir obtenu un excellent service de la part du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Des interviewé·e·s ont dit avoir eu affaire à des employées très compétentes et très gentilles, ou encore à des membres du personnel qui prennent le temps de répondre à leurs questions et qui sont à l'écoute de leurs besoins.

L'idée selon laquelle le service est très bon «une fois rentré» dans le système de santé est revenue fréquemment durant les entretiens. Elle met en exergue le fait que, selon plusieurs interviewé·e·s, il est difficile d'accéder aux services, mais que les services eux-mêmes sont de qualité et sont généralement prodigués par des professionnel·le·s attentionné·e·s.

Cela étant dit, les entrevues révèlent aussi plusieurs cas d'interactions négatives avec le personnel de la santé et des services sociaux. Certaines femmes ont par exemple reçu des commentaires négatifs sur leur apparence physique. D'autres ont senti un manque de considération et d'empathie à l'égard du stress ou de la douleur qu'elles vivaient. Une interviewée qui ressentait des douleurs importantes durant une opération a reçu de la part du chirurgien des commentaires sous-entendant qu'elle se plaignait sans raison. Le médecin s'est permis d'ajouter : «Madame, imaginez si vous aviez un pénis, ça serait encore plus difficile, pauvre de vous.» Des femmes interviewées ont aussi relevé que leur médecin de famille ne les croyait pas ou sous-estimait l'importance des problèmes qu'elles avaient. Une interviewée affirme que, pendant des années, elle n'a pas passé de tests gynécologiques par crainte du jugement de son médecin de famille. Les résultats des entretiens concordent avec ceux de plusieurs enquêtes scientifiques et journalistiques qui démontrent les biais de genre et le sexismé médical envers les patientes⁷⁷.

Les personnes atikamekw rencontrées lors du cercle de discussion ont aussi fait état d'interactions négatives, particulièrement à l'hôpital de Joliette. Ces interactions révèlent des attitudes racistes qui s'inscrivent dans un contexte bien documenté de racisme systémique envers les personnes autochtones du Québec et du Canada, entre autres dans le milieu médical⁷⁸. D'après les participant·e·s au cercle, les employé·e·s du Centre hospitalier régional de Lanaudière sont depuis longtemps réticent·e·s à soigner des patient·e·s atikamekw. Une personne donne l'exemple d'un médecin qui s'est exclamé «Ah non, pas eux autres» en voyant arriver des patiente·e·s

autochtones. Les participant·e·s du cercle mentionnent qu'une infirmière en particulier était notoirement intimidante, mais qu'elle a quitté l'hôpital.

Il existe un profond manque de confiance de la part des Atikamekw envers les employé·e·s de l'hôpital. Dans un article de Radio-Canada écrit trois ans après le décès médiatisé de Joyce Echaquan, une Atikamekw morte sous les insultes racistes de membres du personnel de l'hôpital de Joliette, des intervenant·e·s atikamekw soulignaient que plusieurs personnes avaient peur de mourir à l'Hôpital de Joliette : «Ils ont peur de se faire tuer, carrément. De ne pas être bien traités médicalement», affirmait Jennifer Petiquay-Dufresne, directrice générale du Bureau du Principe de Joyce⁷⁹. Ce sentiment a aussi été exprimé lors du cercle de discussion. Des participant·e·s ont émis des doutes sur les causes réelles du décès de certaines personnes officiellement mortes de la COVID, soupçonnant qu'elles seraient en réalité mortes de négligence ou de maltraitance. Le cinquième étage de l'hôpital est surnommé le «couloir de la mort» par certain·e·s Atikamekw parce que des personnes autochtones y seraient décédées de manière suspecte. Des participant·e·s ont dit préférer se rendre à l'hôpital de Louiseville, pourtant à une soixantaine de kilomètres de Joliette, lorsqu'ils et elles ont besoin de soins parce qu'ils et elles s'y sentent plus en sécurité et mieux respecté·e·s.

D'après plusieurs participant·e·s au cercle de discussion, après le décès de Joyce Echaquan, l'attitude des employé·e·s de l'hôpital s'est améliorée : le personnel semblait «marcher sur des œufs» et traitait les personnes autochtones avec plus d'égards. Cependant, les employé·e·s seraient maintenant revenu·e·s à leur attitude antérieure.

Durant le cercle de discussion, les participant·e·s ont insisté sur les barrières linguistiques qui compliquent les interactions avec le personnel. Il a été mentionné que beaucoup de personnes atikamekw sont gênées de parler français, ce qui signifie qu'elles ont parfois du mal à faire comprendre leurs besoins. Ce constat fait par les personnes atikamekw rencontrées est aussi partagé par d'autres groupes qui ne maîtrisent pas parfaitement la langue majoritaire⁸⁰.

Dans plusieurs cas, c'est la capacité à bien traduire ou à bien expliquer des termes médicaux ou anatomiques qui est en jeu. Certains mots sont difficiles ou impossibles à traduire de l'atikamekw au français ou inversement. Les personnes concernées sont alors portées à utiliser le langage non verbal pour se faire comprendre, notamment en faisant des gestes ou en pointant l'endroit où leur douleur se trouve : «On se débrouille du mieux qu'on peut, on essaie de s'expliquer.» L'incapacité à

s'exprimer cause parfois de la frustration. Il y a aussi des risques d'incompréhension, qui peut mener à des erreurs médicales. Par exemple, une grand-mère s'est trompée de mot et a parlé de ses reins au lieu de parler de son foie. D'après des participant·e·s au cercle de discussion, la barrière linguistique est plus grande pour les aîné·e·s, qui comprennent généralement moins bien le français que les jeunes générations.

Les personnes à l'aise de s'exprimer en français ont plus de facilité à faire part de leurs préoccupations. Un participant remarque d'ailleurs qu'un médecin a changé d'attitude envers lui quand il a réalisé qu'il parlait français, ce qui laisse croire aux participant·e·s du cercle de discussion qu'il y aurait peut-être plus d'intolérance envers ceux et celles qui ne parlent pas français.

Dans les dernières années, des mesures ont été mises en place à l'hôpital de Joliette pour favoriser l'accès des personnes atikamekw. Deux agent·e·s de sécurisation culturelle sont disponibles pour accompagner les personnes utilisatrices autochtones⁸¹. Ces agent·e·s offrent de l'interprétation linguistique. Les participant·e·s du cercle de discussion apprécient ce service, mais jugent que les agent·e·s sont en nombre insuffisant pour répondre pleinement aux besoins : ces personnes-ressources ne peuvent pas être là en tout temps et ne sont parfois pas disponibles, étant occupé·e·s ailleurs dans l'hôpital.

CHAPITRE 5

Conclusion : neuf recommandations pour améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux dans Lanaudière

Bien que la plupart des personnes interviewées soient généralement satisfaites de la qualité des soins et des services offerts, les problèmes d'accès érodent la confiance dans le réseau de la santé et des services sociaux. Aux prises avec des difficultés d'accès (rendez-vous difficiles à prendre, système compliqué à naviguer, médecins de famille peu disponibles, etc.), les personnes utilisatrices se tournent lorsqu'elles le peuvent vers des ressources qui offrent selon elles une approche plus humaine et accessible.

En urbanisme, on parle de « lignes de désir » pour désigner les tracés qui se forment au fil du temps lorsque les piéton·ne·s et les cyclistes empruntent des chemins qui leur semblent plus efficaces, plus agréables ou plus sécuritaires que les chemins officiels. Ces passages spontanés signalent souvent que les chemins officiels sont inappropriés, par exemple parce qu'ils sont plus longs ou plus dangereux que les nouveaux tracés informels. À contrecœur ou parce que cela répond mieux à leurs besoins, les usagers et les usagères passent par d'autres voies que celles qui sont prescrites par les autorités. Dans certains cas, les pouvoirs publics prennent acte de ces chemins alternatifs en les intégrant aux réseaux officiels^a.

Les recommandations qui suivent s'appuient en quelque sorte sur les « lignes de désir » empruntées par les habitant·e·s de Lanaudière pour accéder aux soins de santé et aux services sociaux. Les neuf recommandations^b visent à reconnaître et à élargir les voies d'accès déjà utilisées par les usagers et usagères de la région,

c'est-à-dire à proposer des solutions qui tiennent compte des pratiques décrites et des souhaits exprimés par les répondant·e·s.

1) Augmenter l'offre de services dans Lanaudière-Nord

Le portrait statistique de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux a montré que, dans la partie nord de Lanaudière, les vulnérabilités et les besoins sont plus grands tandis que l'accès aux services de première et deuxième lignes est plus difficile. Pour pallier ces iniquités, nous recommandons la bonification des services existants et la mise en place d'un nouveau point de service de première ligne dans Lanaudière-Nord^c. L'amélioration des services plus légers et moins coûteux de première ligne pourrait permettre de réduire les besoins en deuxième et troisième lignes.

2) Outiller les gens pour que les autosoins soient réellement un choix éclairé

Comme les autosoins font déjà partie des pratiques de santé de la population et que bon nombre de personnes les perçoivent positivement comme une manière de prendre en charge leur propre santé, nous recommandons que soient offertes à la population des formations

a Pour des exemples de lignes de désir, dont certaines qui ont été reconnues par les autorités, voir Martin BÉRUBÉ, « Une ligne nommée désir », *Propos Montréal*, mars 2018, proposmontreal.com/index.php/une-ligne-nommee-desir/.

b La numérotation vise à faciliter la lecture, et non à établir un ordre hiérarchique d'importance entre les recommandations.

c L'ajout récent d'un point de service à Saint-Calixte est un pas positif, mais ne comble pas l'ensemble des besoins. De plus, d'autres secteurs de Lanaudière-Nord restent peu desservis. Steven LAFORTUNE, « Ouverture de la clinique médicale à Saint-Calixte », *Mon Joliette*, 1^{er} avril 2021, monjoliette.com/ouverture-de-la-clinique-medicale-a-saint-calixte/.

gratuites sur des soins à effectuer soi-même à la maison.

Cette proposition est accueillie favorablement par 82,5 % des répondant·e·s au sondage en ligne. Étant donné que l'accès à l'information est un défi pour éviter les traitements inappropriés, les formations données pourraient inclure un volet sur les sources fiables d'information. Elles pourraient aussi comprendre un volet sur les méthodes pour juger de la gravité d'un problème de santé, pour s'assurer que les personnes concernées se tournent vers des ressources professionnelles dès que nécessaire au lieu de laisser leur problème s'aggraver. À moyen terme, des notions de santé pourraient être intégrées au cursus scolaire.

Les autosoins doivent être vus comme un complément, et non comme un substitut au réseau de la santé et des services sociaux.

3) Accroître l'implication et la participation de la communauté

En reconnaissant que les Lanaudois·es se tournent souvent vers leur entourage élargi pour obtenir des renseignements sur la santé, nous recommandons de multiplier les points d'ancre où ils et elles peuvent se présenter pour obtenir de l'information et de l'aide.

Lors des entretiens, les personnes rencontrées ont fréquemment parlé avec enthousiasme des initiatives qui font appel à la solidarité de la communauté. Il a été question par exemple de Voisins solidaires, une approche qui vise à développer la cordialité et l'entraide entre les générations à l'échelle des municipalités⁸². Il a également été question des Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV), qui consistent à intervenir à domicile pour accompagner les personnes aînées, briser leur isolement et contribuer à leur maintien dans la communauté⁸³.

Des interviewé·e·s ont aussi parlé favorablement du programme de pompiers premiers répondants, qui est présent dans plusieurs municipalités de Lanaudière⁸⁴, ou encore de l'idée que les facteurs et factrices soient formé·e·s pour faire des visites à domicile auprès des aîné·e·s, comme cela se fait en France⁸⁵. D'autres ont mentionné que les réceptionnistes des municipalités rurales pourraient jouer un rôle d'accompagnement, puisque beaucoup de citoyen·ne·s ont le réflexe de les consulter. On peut aussi nommer le projet des Éclaireurs, qui permet à des citoyen·ne·s et des professionnel·le·s de différents milieux, dont les

bibliothécaires, de suivre une formation pour savoir comment aider une personne en détresse⁸⁶. Dans tous ces exemples, il s'agit de soutenir financièrement les démarches et les approches qui permettent de renforcer et d'étendre le filet social local.

4) Reconnaître le rôle d'intervention pivot des organismes communautaires

Étant donné qu'ils sont perçus comme accessibles, les organismes communautaires servent fréquemment de point de contact entre la population et les services publics. Ils aident les résident·e·s de la région à s'orienter à l'intérieur du système de santé et de services sociaux. Or, cette tâche ne fait pas nécessairement partie du mandat de ces organismes, alors ceux-ci n'ont pas forcément les ressources requises pour l'accomplir.

Nous recommandons l'octroi, aux organismes communautaires qui le souhaitent, d'un financement qui leur permette de remplir un rôle d'accueil, de liaison et d'orientation pour les habitant·e·s de leurs territoires respectifs^a.

Dans le sondage en ligne, 95 % des répondant·e·s accueillent favorablement la proposition suivante : « Pouvoir avoir l'aide d'une personne pour s'orienter à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux (aider à trouver les bonnes ressources et à faire des démarches pour y avoir accès). »

5) Revaloriser les CLSC

La mise en œuvre des recommandations précédentes pourrait être coordonnée par les CLSC, en partenariat avec les organismes communautaires de leur territoire. La présente recherche a montré que malgré l'érosion de leur mission originelle par les réformes successives, les CLSC restent des installations de santé connues et appréciées de la population lanaudoise. Elle s'ajoute à plusieurs rapports et études qui montrent que des

^a Une recommandation similaire a été émise par le Groupe de réflexion et d'action sur la pauvreté (GRAP) Les Etchemins : « Maintenir une ressource dans un organisme communautaire du milieu jouant un rôle de liaison entre les expert·e·s du vécu et les ressources et les services offerts dans le milieu. » GRAP LES ETCHEMINS, « Faits saillants d'une recherche-action participative menée sur le territoire de la MRC des Etchemins en 2015 », UQAR, 2016, p. 4.

services publics décentralisés ayant un fort ancrage local permettent mieux de répondre aux besoins des usagers et usagères⁸⁷.

C'est pourquoi nous recommandons de mieux financer et de redonner du pouvoir aux CLSC en faisant d'eux la principale porte d'entrée du réseau, considérant notamment que les GMF ne parviennent pas à remplir ce rôle. Les CLSC devraient avoir la possibilité de déterminer leurs priorités en fonction des besoins locaux.

Le programme d'infirmières en milieu rural (IEMR), déjà offert par les CLSC et apprécié par plusieurs répondant·e·s, pourrait être déployé dans d'autres municipalités et voir ses heures d'ouverture étendues.

6) Faciliter la prise de rendez-vous et l'orientation dans le réseau

La difficulté à prendre rendez-vous dans les cliniques est un des principaux irritants soulevés par les interviewé·e·s en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Pour rendre plus simple et conviviale la prise de rendez-vous, nous recommandons de :

- rendre possible la prise de rendez-vous en continu dans les cliniques plutôt que de la limiter à des plages horaires qui deviennent disponibles à heure fixe (cette proposition reçoit l'appui de 90 % des répondant·e·s du sondage en ligne);
- rendre possible la prise de rendez-vous sur une longue période, par exemple en fonction d'un calendrier annuel (90 % d'opinions favorables);
- rendre possible l'utilisation d'une plateforme unique pour prendre rendez-vous dans toutes les cliniques de Lanaudière (84 % d'opinions favorables);
- permettre aux usagers et usagères de se rendre sur place pour prendre rendez-vous dans une clinique (64 % d'opinions favorables).

Considérant les difficultés et les frustrations causées par les systèmes téléphoniques automatisés, nous recommandons de faciliter l'accès direct aux réceptionnistes des différents services existants. À moyen terme, nous recommandons également de veiller à ce que toutes les cliniques aient du personnel formé et en nombre suffisant pour répondre aux demandes et pour réorienter les personnes si le service ne peut être offert sur place ou, autrement dit, que toutes les cliniques puissent offrir des services d'intervention pivot à la réception.

7) Bonifier les options de télésanté publique

Nous recommandons d'envisager la possibilité de permettre l'utilisation de la visioconférence ou le transfert de photos lors des consultations avec Info-Santé (811) afin que le ou la professionnel·le puisse mieux juger de l'état de la personne utilisatrice. Cette proposition reçoit l'appui de 90 % des répondant·e·s du sondage en ligne.

Pour les personnes qui le souhaitent, notamment celles qui sont situées en zone éloignée, il est recommandé d'assouplir les règles concernant les consultations en ligne ou par téléphone avec des professionnel·le·s de la santé. Étant donné que certaines personnes ne sont pas à l'aise avec les outils technologiques, ces consultations devraient être offertes en complément des consultations en personne, et non s'y substituer.

8) Assurer la gratuité et élargir la gamme de services offerts en pharmacie

Considérant le rôle de proximité que jouent déjà les pharmacies, nous recommandons d'élargir les responsabilités des pharmacien·ne·s et de donner accès à une plus grande diversité de services de santé dans les pharmacies. Cette proposition est accueillie favorablement par 97 % des répondant·e·s au sondage en ligne.

Sachant que les frais peuvent être une importante barrière à l'accès et que les services de santé offerts par les pharmacien·ne·s sont déjà en partie financés par des fonds publics⁸⁸, ces services devraient être entièrement gratuits.

9) Accroître les efforts de sécurisation culturelle pour les personnes autochtones

Bien que des démarches aient été faites pour améliorer les relations entre les personnes autochtones et le CISSS de Lanaudière, la méfiance à l'égard du réseau de la santé persiste. Les propositions suivantes pourraient contribuer à atténuer certaines tensions. Elles ont été suggérées par les participant·e·s du cercle de discussion.

Il est proposé d'offrir aux personnes atikamekw une visite guidée de l'hôpital de Joliette, notamment pour faire connaître la place Wicakemowin. Crée en 2022, cet espace dont le nom signifie « Venez ! » en atikamekw vise à offrir aux membres de la communauté un lieu dédié

où ils et elles peuvent se retrouver, poser des questions et se faire guider⁸⁹. Il intègre une centrale de confirmation de rendez-vous employant deux agentes administratives qui peuvent contacter les patient·e·s dans leur langue. Cependant, la place Wicakemowin n'est pas connue de tous et toutes.

Il est proposé d'offrir aux professionnel·le·s de la santé de la région une visite de la clinique de proximité du Centre d'amitié autochtone de Lanaudière, pour les sensibiliser à l'approche holistique et à la réalité des personnes atikamekw.

Compte tenu des obstacles possés par la barrière linguistique, il est proposé d'offrir aux personnes atikamekw qui le souhaitent une formation sur les termes médicaux et anatomiques en français, ainsi que d'offrir aux professionnel·le·s de la santé des cours de langue atikamekw, pour qu'ils et elles puissent mieux communiquer avec les patient·e·s. Il est aussi recommandé que soient installées dans les salles des cliniques et des installations du CISSS des affiches explicatives en français et en atikamekw sur le vocabulaire médical, les parties du corps, les maladies, etc.

Afin de pleinement reconnaître les savoirs et les expertises des personnes autochtones, les efforts de sécurisation culturelle faits par le CISSS de Lanaudière devraient être menés en collaboration avec les organisations autochtones concernées.

Prises conjointement, ces neuf recommandations contribueraient à rendre le réseau de la santé et des services sociaux de Lanaudière plus accessible et plus humain, un souhait exprimé à plusieurs reprises par les personnes interrogées. En effet, elles permettraient aux personnes utilisatrices d'être mieux accompagnées dans leur parcours vers un meilleur état de santé, peu importe vers quelles ressources elles se tournent.

Le secteur Mirerimowin et la clinique de proximité du Centre d'amitié autochtone de Lanaudière : un exemple inspirant d'approche holistique en santé

À mi-chemin entre l'hôpital et le centre-ville de Joliette, un bâtiment qui ressemble à une grande maison héberge le Centre d'amitié autochtone de Lanaudière (CAAL) et sa clinique de proximité. Quand on passe la porte, après l'accueil de la secrétaire, on se retrouve dans une salle d'attente qui s'apparente davantage à un salon, rempli de fauteuils confortables et d'œuvres d'art. Un chien et un chat offrent une présence réconfortante et participent parfois à des ateliers de zoothérapie. Des affiches sur la santé en français et en atikamekw ornent les murs.

Créée en 2020 pour répondre aux besoins de la communauté atikamekw de Lanaudière, la clinique de proximité Mirerimowin (qu'on peut traduire par « bien-être » en langue atikamekw) du CAAL cherche à offrir un espace culturellement sécurisant, dans un contexte où des personnes autochtones ont à plusieurs reprises témoigné de leur méfiance à l'égard du système de santé lanaudois⁹². La clinique met de l'avant une approche holistique, fondée sur une vision globale de la santé, qui tient compte de la personne dans son ensemble et de ses liens avec sa famille, avec la communauté et avec le monde. Elle offre donc aux Autochtones un parcours de guérison personnalisé pour qu'ils et elles prennent en charge leur santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

À cette fin, le secteur Mirerimowin offre une diversité de services, notamment en éducation, en intervention et en santé. Des intervenant·e·s peuvent offrir de l'aide juridique, de l'aide pour trouver un logement, du dépannage alimentaire et du soutien scolaire. De l'accompagnement d'urgence 24/7 est aussi offert avec interprétation en langue atikamekw auprès de la police, de la DPJ ou de l'hôpital. Sur place, il est possible d'avoir accès à de l'hébergement d'urgence, ou encore d'utiliser la salle de musique, de participer à des ateliers de cuisine collective ou de prendre part à des cercles de discussion et à des

ateliers sur différents sujets. Étant donné que la mobilité est un enjeu important pour les membres de la communauté et que peu d'entre eux et elles possèdent une voiture, le CAAL donne des billets d'autobus et offre parfois du transport pour certaines activités. Le centre s'est aussi doté d'une clinique mobile pour atteindre des personnes plus difficiles à rejoindre, y compris ailleurs dans Lanaudière⁹³.

En ce qui concerne les services médicaux, les personnes qui le souhaitent peuvent avoir recours à la médecine traditionnelle autochtone et à des soins médicaux occidentaux. La clinique a une entente avec un centre de santé privé des environs pour l'accès gratuit à des services d'ergothérapie, de psychoéducation et d'orthophonie, particulièrement pour les enfants. Des services en psychologie et en nutrition sont aussi offerts. Une infirmière offre des consultations à la clinique trois fois par semaine. Une infirmière praticienne spécialisée et un médecin sont aussi présent·e·s de manière hebdomadaire. Quand elle offre des consultations médicales, la clinique s'assure que les médecins et les infirmières ne voient que quelques patient·e·s par période, lors de rencontres qui peuvent durer jusqu'à 1 h 30. L'idée est de prendre le temps de comprendre l'état de la personne de manière globale. Il s'agit aussi d'aller à l'encontre de l'approche, courante dans le réseau et déplorée par plusieurs interviewé·e·s, qui consiste à traiter un seul problème à la fois et à consacrer seulement une quinzaine de minutes à chaque patient·e. La clinique a récemment embauché une physiothérapeute. Elle souhaiterait attirer davantage de médecins pour accroître le nombre de plages horaires de consultation. Le CAAL participe avec la direction du CISSS de Lanaudière à la table de concertation Orisinahiketan, qui vise à résoudre certains problèmes d'accès à la santé dans le réseau public⁹⁴.

La clinique organise avec les jeunes des activités d'immersion en forêt. D'une part, il s'agit d'inviter les jeunes à se réapproprier le territoire. En effet, lors de la colonisation, les Atikamekw ont

progressivement été confiné·e·s aux communautés de Manawan, de Wemotaci et d'Opitciwan, alors que le Nitaskinan, leur territoire traditionnel non cédé, s'étend bien au-delà et couvre une bonne partie de la Mauricie et de Lanaudière. D'autre part, il s'agit de permettre aux jeunes de se reconnecter au territoire dans une perspective d'épanouissement et d'émancipation. Dans une étude sur les forces identifiées par la communauté de Manawan pour promouvoir le mieux-être et les saines habitudes de vie, les participant·e·s ont nommé le lien au territoire comme élément fondamental pour renouer avec leur identité et pour améliorer leur état physique, mental, spirituel et émotionnel. Le territoire constitue un lieu propice aux apprentissages (pécher, poser des collets, couper du bois, cuisiner, etc.), au ressourcement, à la pratique d'activités physiques (canot, portage, marche, etc.) et à la consommation d'aliments sains⁹⁵. Cette étude s'ajoute à une série de recherches qui montrent que l'immersion en nature des enfants et des adolescents a généralement des effets positifs sur leur bien-être physique, mental et émotionnel, en plus d'être favorable à certains apprentissages⁹⁶.

Les services offerts par le Centre d'amitié autochtone de Lanaudière touchent environ 150 familles, soit plus ou moins 600 personnes^a. En plus de son édifice situé sur le boulevard Sainte-Anne, le CAAL gère une maison des jeunes plus près du centre-ville de Joliette et un centre de services à Saint-Michel-des-Saints.

Précisons enfin que le conseil d'administration du CAAL est composé entièrement de personnes autochtones. Environ 70 % de ses employé·e·s sont autochtones. Des cercles de sages et des dîners-causeries sont organisés pour décider des orientations du centre. Il s'agit donc d'un organisme géré par et pour les membres de la communauté, en collaboration étroite avec les personnes utilisatrices. À cet égard, plusieurs études montrent que les services publics les plus efficaces sont

ceux qui font appel à la participation active des communautés usagères et à l'implication du personnel, de manière démocratique et décentralisée⁹⁷.

La clinique du CAAL fait partie d'un réseau de huit cliniques de santé autochtones au Québec⁹⁸, dont l'approche a été inspirée de la première installation du genre, établie à Val-d'Or⁹⁹. Bien que cette clinique ait été conçue pour répondre aux besoins spécifiques de la population autochtone et pour tenir compte de la conception autochtone de la santé, elle peut servir d'inspiration pour les installations du réseau de la santé et des services sociaux lanaudois. Tant par son ancrage dans la communauté qu'elle dessert que par son approche holistique de la santé et par son travail multidisciplinaire, la clinique de proximité du CAAL met en œuvre un ensemble de pratiques exemplaires qui pourraient être mises en place dans d'autres services de la région.

Plusieurs personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont en effet exprimé le souhait d'avoir accès à des centres mettant en pratique une approche humaine et non bureaucratique, qui permet la cohabitation de plusieurs services pour un traitement global de la personne. L'approche holistique de la santé préconisée par la clinique du CAAL partage d'ailleurs des similitudes avec la vision promue par la commission Castonguay-Nepveu à l'origine de la création du système public de santé québécois. Cette vision, qui devait s'incarner avant tout dans le modèle original des CLSC, était celle d'une médecine globale centrée sur la prévention et prenant en considération les interactions entre l'individu, sa famille et la société dont il fait partie¹⁰⁰. Revenir à un tel modèle fait partie des recommandations présentées ici.

a À titre indicatif, la population atikamekw affiliée à la communauté de Manawan compte environ 3 000 personnes, dont 2 600 personnes résidentes et 480 personnes non-résidentes. La nation atikamekw compte environ 8 400 personnes résidant principalement en Mauricie et dans Lanaudière. Le CAAL soutient aussi des personnes d'autres nations autochtones qui sont résidentes ou de passage dans la région. Une autre clinique de santé est établie à l'intérieur de la communauté de Manawan. SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA, «Les communautés autochtones au Québec», 2024, www.sac-isc.gc.ca/fra/1634312499368/1634312554965.

Notes de fin de document

- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Services sociaux généraux – Offre de service, 2013 ; INESSS, Mécanismes d'accès aux services de proximité, Gouvernement du Québec, mai 2019.
- 2 Philippe WARIN, Le non-recours aux politiques sociales, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2016 p. 100-101 ; Sylvie FAINZANG, L'automédication ou les mirages de l'autonomie, Paris, Presses universitaires de France, 2012, p. 77-87.
- 3 Sonia PÉRILLAT-AMÉDÉE et al., « Atikamekw Nehirowisiw Mirowatisiwin : identifier les forces de la communauté de Manawan pour promouvoir le mieux-être et les saines habitudes de vie », *Turtle Island Journal of Indigenous Health* vol. 1, n° 2, 2021, p. 37-49.
- 4 Pierre PAILLÉ et Alex MUCCHIELLI, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2016, p. 236.
- 5 SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION DU CISSS DE LANAUDIÈRE, *La région de Lanaudière et sa population*, 2021, p. 8.
- 6 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), *Panorama des régions du Québec*, édition 2023, p. 250.
- 7 ISQ, *Bulletin statistique régional*, Lanaudière, édition 2021, p. 3.
- 8 SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION DU CISSS DE LANAUDIÈRE, *La MRC Les Moulins et sa population*, 2020, p. 6 ; *Id.*, *La MRC de Montcalm et sa population*, 2020, p. 6 ; *Id.*, *La MRC de Joliette et sa population*, 2020, p. 6 ; *Id.*, *La MRC de Matawinie et sa population*, 2020, p. 6.
- 9 *Ibid.* p. 9.
- 10 MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DE L'INNOVATION ET DE L'ÉNERGIE, « Structure économique », avril 2024, « www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/lanaudiere/portrait-regional/structure-economique ».
- 11 ISQ, *Panorama des régions du Québec*, édition 2023, p. 55.
- 12 ISQ, *Évolution du revenu disponible par habitant en 2022 au Québec et dans ses régions*, statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/revenu-disponible-par-habitant-2022-quebec-et-regions#mrc.
- 13 SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION DU CISSS DE LANAUDIÈRE, *La MRC Les Moulins et sa population*, 2020, p. 9.
- 14 SERVICE DE SURVEILLANCE RECHERCHE ET ÉVALUATION DU CISSS DE LANAUDIÈRE, *Localiser la défavorisation*, 2018, p. 10.
- 15 INSPQ, « Déterminants de la santé : pourquoi agir sur les déterminants de la santé ? », www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante (consultée le 2 août 2022).
- 16 *Ibid.*
- 17 CISSS DE LANAUDIÈRE, *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020. La santé publique dans Lanaudière : faire mieux, ensemble!*, 2016, p. 14.
- 18 SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION DU CISSS DE LANAUDIÈRE, *Solidarité et inclusion sociale – Tableau de bord*, 2019, p. 4. Le tableau fournit aussi les données par MRC.
- 19 *Ibid.* p. 5.
- 20 SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION DU CISSS DE LANAUDIÈRE, *Prestataires de l'assistance sociale selon le sexe*, MRC, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, mars 2018 à mars 2022, 2022. Le tableau fournit aussi les données par MRC.
- 21 CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA APPROCHES COMMUNAUTAIRES ET INÉGALITÉS DE SANTÉ (CACIS), *Offrir des aliments et plus : portrait de l'offre de service des organismes communautaires en aide alimentaire de la région de Lanaudière*, 2019, p. 9.
- 22 CISSS DE LANAUDIÈRE, *op. cit.*, 2016, p. 9.
- 23 SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME ET AUX INITIATIVES SOCIALES (SACAI), *Soutien financier gouvernemental en action communautaire : état de situation 2020-2021*, 2022, p. 6.
- 24 Voir Bertrand SCHEPPER et Guillaume HÉBERT, *Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Outaouais*, IRIS, 2021 ; Krystof BEAUCAIRE, *Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Abitibi-Témiscamingue*, IRIS, septembre 2022.
- 25 Bertrand SCHEPPER et Guillaume HÉBERT, *op. cit.* ; Bertrand SCHEPPER, *Effets du retard de financement public sur les systèmes de santé et d'éducation postsecondaire en Outaouais*, IRIS, 2018.
- 26 CISSS DE LANAUDIÈRE, « Le projet d'agrandissement et de réaménagement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur franchit une étape décisive », 23 juin 2022, www.cissss-lanaudiere.gouv.qc.ca/documentation/communiques/details/news/le-projet-dagrandissement-et-de-reamenagement-de-lhopital-pierre-le-gardeur-franchit-une-e.

27 CISSS DE LANAUDIÈRE, « Carte des installations », www.cissss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Votre_CISSS/Coordonnees_horaires/Carte_des_installations.pdf (consultée le 21 juin 2022).

28 ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ), « Effectif infirmier au Québec », 2023-2024, www.oiiq.org/l-ordre/qui-sommes-nous-/portrait-de-l-effectif-infirmier.

29 OIIQ, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec, 2020-2021*, p. 30.

30 Éric MARTEL, « Pénurie : il manque 4300 infirmières dans le réseau de la santé », *Métro*, 15 septembre 2021, journalmetro.com/actualites/2695792/penurie-4300-infirmieres-reseau-sante/.

31 Anne PLOURDE, *Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec*, IRIS, mai 2024.

32 Daniel BOILY et Davide GENTILE, « Pénurie d'infirmières : des plans de réduction de services seront annoncés cette semaine », *Radio-Canada*, 20 juin 2022, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1892294/penurie-infirmieres-fermeture-lits-hospitalisation-vacances-plan.

33 Lila DUSSAULT, « Centre hospitalier régional de Lanaudière : les urgences ne sont pas sûres, estiment des infirmières », *La Presse*, 7 juillet 2022, www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-07-07/centre-hospitalier-regional-de-lanaudiere/les-urgences-ne-sont-pas-sures-estiment-des-infirmieres.php.

34 RAMQ, *Accès aux services médicaux de première ligne*, 31 mars 2023, tableau 1.

35 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Guichet d'accès à un médecin de famille », www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/guichet-acces-medecin-famille (consultée le 27 juillet 2022).

36 MQRP, *La santé pour tous et toutes, sans exception! Étude des barrières à l'accès au système de santé public québécois*, 2018, p. 7.

37 *Ibid.*, p. 15.

38 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs : audit de performance*, Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021, 2020, p. 14.

39 RAMQ, *Accès aux services médicaux de première ligne*, 31 mars 2023, tableau 4.

40 Anne PLOURDE, *Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence : un modèle à revoir en profondeur*, IRIS, 2022, p. 15.

41 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Étude des crédits 2022-2023*, CSSS-100, question 46.

42 MSSS, « 1.08.16 – Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale », *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*, msss.gouv.qc.ca/repertoirer/indicateurs-gestion/indicateur-000209/?&date=DESC&source=gestred-sigle-g7s&critere=source (consultée le 29 juillet 2022).

43 MQRP, *op. cit.*, 2022, p. 10-11.

44 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Étude des crédits 2021-2022*, CSSS-069, question 60. Cette question n'est pas incluse dans l'étude des crédits 2022-2023.

45 MQRP *op. cit.*, 2022, p. 11.

46 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Étude des crédits 2022-2023*, CSSS-103, question 212.

47 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Étude des crédits 2022-2023*, CSSS-098, question 309.

48 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Étude des crédits 2023-2024*, CSSS-007, question 207.

49 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Étude des crédits 2022-2023*, CSSS-101, question 151. Il s'agit de données préliminaires provenant du système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ) en date du 28 février 2022. Ces données ne sont pas complètes et doivent faire l'objet de la validation de leur intégrité à la fin de l'année financière.

50 « Trouver une ressource en santé », *Gouvernement du Québec*, www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource (consultée le 2 juillet 2024).

51 Jane MCCUSKER et al., « Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review », *Academic Emergency Medicine*, vol. 10, n° 12, 2003, p. 1303-1418 ; Jane MCCUSKER et al., « Factors predicting patient use of the emergency department: A retrospective cohort study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 184, n° 6, 2012, p. 307-316 ; Nicolas SENN et al., « Patterns of patient experience with primary care access in Australia, Canada, New Zealand and Switzerland: A comparative study », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 31, n° 9, 2019, p. 126-132.

52 Nicole IRELAND, « Des médecins s'inquiètent des recommandations du ministre Dubé sur les urgences », *Le Devoir*, 4 janvier 2024, www.ledevoir.com/societe/sante/804814/medecins-inquietent-recommandations-ministre-dube-urgences.

53 LE PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport annuel d'activités 2018-2019*, septembre 2019, protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/protecteur-citoyen-rapport-annuel-2018-2019.pdf ; Anne PLOURDE, « À combien s'élève la dette de l'État envers les plus vulnérables? », IRIS, octobre 2019, iris-recherche.qc.ca/blogue/

etat-finances-publiques-et-secteur-public/a-combien-s-eleve-la-dette-de-l-etat-envers-les-plus-vulnerables/.

54 WARIN, op. cit.

55 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, op. cit.

56 Sylvie FAINZANG, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses universitaires de France, 2012, p. 77-87.

57 Sylvie FAINZANG, « L'automédication : Une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n° 1, 2010, p. 124.

58 Jean-Frédéric LEVESQUE, Mark F. HARRIS et Grant RUSSELL, « Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations », *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, n° 18, 2013, p. 5.

59 Pauline GRAVEL, « La berbérine serait-elle un Ozempic naturel pour perdre du poids? », *Le Devoir*, 12 février 2024, www.ledevoir.com/societe/sante/807018/sante-berberine-serait-elle-ozempic-naturel-perdre-poids.

60 Steven LAFORTUNE, « Le service 211 maintenant disponible dans Lanaudière », *Mon Joliette*, 16 décembre 2020, monjoliette.com/le-service-211-maintenant-disponible-dans-lanaudiere/.

61 INESSS, op. cit., p. 1.

62 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, 2022, www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/plan-changements-sante.

63 « Trouver une ressource en santé », Gouvernement du Québec, www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource (consulté le 2 juillet 2024).

64 Anne PLOURDE, CLSC ou GMF? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources, IRIS, mai 2017.

65 Ibid., p. 21.

66 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016, 2017*, p. 17.

67 MSSS, Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021, op. cit., 2020, p. 10.

68 Anne PLOURDE, *Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence*, IRIS, juin 2022, p. 2.

69 Karl RETTINO-PARAZELLI, « Québec s'entend avec les pharmaciens au sujet de la rémunération », *Le Devoir*, 20 juin 2015, www.ledevoir.com/societe/sante/443329/nouveaux-actes-quebec-s-entend-avec-les-pharmaciens-au-sujet-de-la-remuneration.

70 Fanny LÉVESQUE, « Plus de pouvoirs aux pharmaciens et aux professionnels de la santé », *La Presse*, 4 juin 2024, www.lapresse.ca/actualites/politique/2024-06-04/code-de-professions/plus-de-pouvoirs-aux-pharmaciens-et-aux-professionnels-de-la-sante.php.

71 CISSS DE LANAUDIÈRE, « Carte des installations », op. cit. Recherche effectuée par l'auteur à l'aide de Google Maps.

72 Anne PLOURDE, *Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé*, Montréal, Écosociété, 2021.

73 PLOURDE, 2022, op. cit.

74 CISSS DE LANAUDIÈRE, op. cit., 2016, p. 8.

75 Félix MORRISSETTE-BEAULIEU, « Hôpitaux québécois : 10 \$ maximum pour se stationner dès samedi », Radio-Canada, 15 juin 2020, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1712101/tarifs-stationnement-hopitaux-en-tree-vigueur-juin. Marie-Eve COUSINEAU, « Des frais de stationnement à l'hôpital dénoncés », *Le Devoir*, 10 novembre 2023, www.ledevoir.com/societe/sante/801718/sante-frais-stationnement-hopital-denoncés.

76 LEVESQUE, HARRIS et RUSSELL, op. cit.

77 Marie-Eve FOURNIER, « La science confirme la vision des femmes », *La Presse*, 10 mars 2024, www.lapresse.ca/contexte/pour-les-femmes-sante-ne-rime-pas-avec-egalite/2024-03-10/sante-des-femmes/la-science-confirme-la-vision-des-femmes.php.

78 M^e Géhane KAMEL, *Rapport d'enquête : Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès pour la protection de la vie humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, Bureau du coroner, octobre 2021 ; Suzy BASILE, Ioana COMAT et Frédérique CORNELLIER, *L'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones du Québec*, Rapport final, 2023, p. 51-52 ; Samir SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché : pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, Montréal, Lux Éditeur, 2021.

79 Delphine JUNG, « Trois ans après la mort de Joyce Echaquan, "les gens ont encore peur de se faire tuer" », Radio-Canada, 28 septembre 2023, ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/2011751/anniversaire-mort-joyce-echaquan-autochtones-manawan.

80 Sylvie FORTIN, « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique », *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, n° 3, 2013, p. 186.

81 Jason JOLY, « Une collaboration solide pour une sécurisation culturelle durable », *L'Action*, 25 décembre 2023, www.laction.com/article/2023/12/25/une-collaboration-solide-pour-une-securisation-culturelle-durable.

82 RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ, « Voisins solidaires : guide de mise en

œuvre à l'intention des municipalités et des organisations locales », 2017, espacemuni.org/wp-content/uploads/2021/03/PARTICIPATIN-CITOYENNE-VOISINS-SOLIDAIRESGuide-de-mise-en-oeuvre-1.pdf.

83 MINISTÈRE DE LA FAMILLE, « Mieux comprendre le rôle du travailleur de milieu dans le cadre du programme des initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité », 2018, www.ivpsa.ulaval.ca/sites/ivpsa.ulaval.ca/files/uploads/Mieux%20comprendre-ITMAV.pdf.

84 CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ LAURENTIDES-LANAUDIÈRE, « Premiers répondants », 2020, csls.org/notre-entreprise/partenaires/premiers-repondants/.

85 Pascale DANYEL, « Quand le facteur aide les seniors à rester en bonne santé », France Bleu, 27 mars 2021, www.francebleu.fr/infos/societe/quand-le-facteur-aide-les-seniors-a-rester-en-bonne-sante-1616777339.

86 Jessica NADEAU, « Apprendre à détecter la détresse autour de soi », Le Devoir, 26 juin 2024, www.ledevoir.com/societe/815486/apprendre-detecter-detresse-autour-soi.

87 Anne PLOURDE, Myriam LAVOIE-MOORE et Guillaume HÉBERT, Six remèdes pour révolutionner le réseau de la santé et des services sociaux, IRIS, novembre 2023, p. 8-9.

88 MSSS, Analyse d'impact réglementaire : couverture sans frais en pharmacie pour certains services professionnels pharmaceutiques, décembre 2020.

89 Steven LAFORTUNE, « La Place Wicakemowin : un projet de sécurisation culturelle au CHDL », Mon Joliette, 1^{er} juin 2022, monjoliette.com/la-place-wicakemowin-un-projet-de-securisation-culturelle-au-chdl/.

90 Jean-Louis BORDELEAU, « Le transport en commun “à la demande” s'accélère en région », Le Devoir, 25 juin 2024, www.ledevoir.com/societe/transport-urbanisme/815412/transport-commun-demande-accelere-region.

91 EXO, « Une nouvelle plateforme pour exo à la demande à Terrebonne », 30 janvier 2024, exo.quebec/fr/a-propos/medias-publications/communiques-presse/une-nouvelle-plateforme-pour-exo-a-la-demande-a-terrebonne.

92 LA PRESSE CANADIENNE, « Ouverture d'une clinique de proximité pour les Atikamekw à Joliette », Radio-Canada, 27 octobre 2020, [ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1744679/sante-joliette-maganan-autochtones-atikamekw-clinique](http://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1744679/sante-joliette-managan-autochtones-atikamekw-clinique).

93 Simon FILIATRAULT, « Mikinakw, une clinique mobile par et pour les Autochtones, voit le jour dans Lanaudière », Radio-Canada, 14 juin 2024, ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/2080657/mikinakw-clinique-mobile-lanaudiere.

94 « Une collaboration solide pour une sécurisation culturelle durable », L'Action, 25 décembre 2023, www.laction.com/article/2023/12/25/une-collaboration-solide-pour-une-securisation-culturelle-durable.

95 Sonia PÉRILLAT-AMÉDÉE et al., « Atikamekw Nehirowisiw Mirowatisiw: identifier les forces de la communauté de Manawan pour promouvoir le mieux-être et les saines habitudes de vie », Turtle Island Journal of Indigenous Health, vol. 1, n° 2, 2021, p. 37-49.

96 Laerke MYGIND et al., « Mental, physical and social health benefits of immersive nature-experience for children and adolescents: A systematic review and quality assessment of the evidence », Health and Place, vol. 58, 2019, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31220797/.

97 Myriam LAVOIE-MOORE, La coproduction des services de santé : pour qu'efficacité rime avec qualité, Fiche, IRIS, avril 2023, p. 3.

98 REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES DU QUÉBEC, « Cliniques en santé autochtone : un modèle qui permet des progrès concrets », Presse-toi à gauche!, 20 mars 2024, www.pressegauche.org/Cliniques-en-sante-autochtone-Un-modele-qui-permet-des-progres-concrets.

99 Édith CLOUTIER et al., Mino Pimatisi8in, mieux-être et santé autochtone : une réponse novatrice pour renouveler l'offre de soins, services de santé et services sociaux, accroître l'accessibilité à ces services, bâtir le mieux-être et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des autochtones en milieu urbain, Centre d'amitié autochtone de Val d'Or, juillet 2018, 75 p.

100 Anne PLOURDE, 2021, op. cit. p. 110.

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier un ensemble de personnes sans qui l'étude n'aurait pu être. Nous remercions vivement chacune des personnes qui ont accepté de livrer leur témoignage dans le cadre de cette recherche. Les commentaires de l'équipe de recherche de l'IRIS de même que les corrections de Marie-Michèle Robitaille et de Monique Moisan ont rehaussé la qualité de cette étude, tant du point de vue de la forme que du fond. Nous leur transmettons tous nos remerciements. Toutes les erreurs pouvant néanmoins encore se trouver dans ce texte relèvent de l'entièvre responsabilité de l'auteur.

MISE EN PAGE

Institut de recherche et d'informations socioéconomiques

DESIGN

Molotov – coop de travail
2065, rue Parthenais, bureau 415, Montréal, (QC)
H2K 3T1 514 908-9744 / info@molotov.ca

« Le parcours de personnes utilisatrices du réseau de la santé et des services sociaux montre la détermination et la débrouillardise qu'elles doivent déployer pour obtenir les services dont elles ont besoin. Il invite par le fait même à repenser les services offerts pour favoriser des services décentralisés, multidisciplinaires et conviviaux au cœur des communautés. »



**Institut de recherche
et d'informations
socioéconomiques**

1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514.789.2409 • iris-recherche.qc.ca

Imprimé
PDF

ISBN 978-2-925112-91-4
ISBN 978-2-925112-90-7