

Université de Montréal

**Le recours aux services de santé buccodentaire
au sein de localités autochtones du Nord du Québec**

par
Félix Girard

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en santé communautaire
option recherche

Août 2013

© Félix Girard, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Le recours aux services de santé buccodentaire
au sein de localités autochtones du Nord du Québec

Présenté par :

Félix Girard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Pierre Pluye, président-rapporteur
Christophe Bedos, directeur de recherche
Chantal Galarneau, membre du jury

Résumé

Le mode de vie des Cris de la Baie James a changé radicalement au cours des dernières années. La carie dentaire est maintenant un problème de santé publique important, et des données montrent que les Cris utilisent les services dentaires en situation d'urgence plutôt qu'en prévention. Il apparaît donc important de savoir si les Cris sont satisfaits des services dentaires publics qui sont disponibles et de mieux comprendre leurs besoins.

Ce projet aborde les deux questions suivantes : Quelles sont les attentes des résidents des localités crie pour les services dentaires? Est-ce que les services existants répondent aux attentes des gens?

Nous avons mené une recherche qualitative descriptive basée sur des entrevues semi-structurées (n = 13). Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Nous avons ensuite procédé à une analyse inductive-déductive des transcriptions. Les résultats montrent que les participants ont des attentes très variées, mais que celles-ci sont rarement satisfaites. Premièrement, ils veulent accéder rapidement aux services lorsqu'ils en ressentent le besoin, par exemple en présence de douleur dentaire. Les participants désirent aussi transiger avec des professionnels dentaires attentionnés et expérimentés, ce qui n'est pas toujours le cas, selon eux.

En conclusion, nous aimerions faire trois principales recommandations : améliorer l'accès aux services dentaires, en particulier en situation d'urgence; entraîner les professionnels dentaires en approches centrées sur le patient et pour en savoir plus sur la culture crie; et dialoguer avec les Cris pour développer, mettre en place et évaluer les services de santé dentaire.

Mots-clés : services de santé, santé buccodentaire, accessibilité, attentes pour les services de santé, critères de satisfaction, et santé des autochtones.

Abstract

The James Bay Cree have endured significant changes in their way of living. Dental caries is now a major public health concern, and data shows that Cree people tend to use dental services in emergency situations rather than in a preventive way. It is thus important to know if Cree people are satisfied with the public dental services that are provided and what their needs are.

This project aims to respond to the following two questions: What are people's expectations for dental services? Do current dental services meet people's expectations? We conducted a qualitative descriptive research that was based on individual semi-structured interviews (n = 13). The interviews were audio-recorded and transcribed. We then performed an inductive-deductive thematic analysis. The results revealed that participants had a wide range of expectations, but that these expectations were rarely met. First, they wanted to be able to quickly access services when they felt a need to consult, for instance when having a toothache. Participants also wanted to deal with caring and experienced dental professionals, which was not always the case according to them. They wished that large families and the elderly could access dental hygiene counseling and support in their homes and gathering places.

In conclusion, we would like to make three key recommendations: to improve access to dental services, especially in emergency situations; to train dental professionals in patient-centered approaches and to know more about the Cree culture; and to dialogue with Cree people in developing, implementing and evaluating oral health services.

Keywords: health services, oral health, access, expectations for health services, satisfaction criteria, and aboriginal health.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mesdames Bella Moses Petawabano, Jill Elaine Torrie, Tracy Wysote et Lucie Papineau, du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, pour leur aide et appui. Merci également aux représentants des conseils de bande de Chisasibi et de Mistissini pour leur intérêt, et pour avoir accueilli ce projet chez eux.

Merci aux participants à cette étude, et toutes les autres personnes, dentistes, gestionnaires, collègues et amis qui ont eu la générosité de partager leurs idées.

Merci au professeur Christophe Bedos, Ph.D., pour sa confiance, sa disponibilité et son habileté à guider mon travail et mes réflexions. Merci à mon co-directeur, le regretté Jean-Marc Brodeur, Ph.D., pour m'avoir donné le goût d'entreprendre des études en santé communautaire.

Finalement, un merci tout spécial à ma conjointe Véronique, pour ses bons conseils et pour son éternel support.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Remerciements.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Listes des abréviations et définitions.....	ix
1. Introduction.....	1
2. Revue de littérature.....	4
2.1 Population autochtone du Canada.....	5
2.2 La population autochtone du Québec et les Cris en particulier.....	6
2.2.1 Les Cris de la Baie James : répartition géographique.....	6
2.2.2 Culture et mode de vie des Cris.....	8
2.2.3 Histoire récente des Cris.....	10
2.2.4 Données sur la santé générale des Cris.....	12
2.2.5 Données sur la santé buccodentaire des Cris.....	13
2.3 Services de santé buccodentaires.....	16
2.3.1 Fournisseurs de services de santé buccodentaire chez les autochtones du Canada.....	16
2.3.2 Services de santé buccodentaire au sein de localités autochtones du nord du Québec.....	18
2.3.3 Organisation des services de santé buccodentaire chez les Cris.....	19
2.4 Utilisation des services de santé buccodentaire.....	23
2.4.1 Les concepts de demande et d'utilisation appliqués à la santé buccodentaire.....	23
2.4.2 Utilisation des services de santé buccodentaire par des peuples autochtones à travers le monde.....	24
2.4.3 Utilisation des services de santé buccodentaire chez les Cris.....	25
2.5 L'accessibilité aux services de santé buccodentaire.....	27
2.5.1 Le concept d'accessibilité à des services de santé.....	27

2.5.2	Accessibilité aux services de santé buccodentaire chez des peuples autochtones à travers le monde	28
2.5.3	État des connaissances sur l'accessibilité aux services de santé buccodentaire chez les Cris	29
2.6	Sommaire de l'état des connaissances	33
3.	Objectifs	34
4.	Méthodes	36
4.1	Approche méthodologique et positionnement du chercheur	37
4.2	Déroulement de la recherche	38
4.2.1	Prise de contact avec le milieu	38
4.2.2	Choix des localités	39
4.2.3	Échantillonnage et recrutement	41
4.2.4	Entrevues semi-structurées	46
4.2.5	Analyse thématique	48
5.	Résultats	54
5.1	La recherche de soins	57
5.1.1	Consultation rapide en cas de besoin	57
5.1.2	Accueil courtois et attentionné	61
5.2	L'épisode de soins	64
5.2.1	Soins adaptés aux besoins propres et faits dans le respect de l'utilisateur	64
5.2.2	Compétence technique des intervenants	75
5.2.3	Locaux adéquats	78
5.3	La continuité des soins	80
5.3.1	Planification du suivi et large gamme de services offerts	80
6.	Discussion	86
6.1	Retour sur les résultats	87
6.2	Signification des résultats	89
6.2.1	Utilisation	89
6.2.2	Accessibilité	93
6.3	Limites et forces	99
6.3.1	Limites	99

6.3.2 Forces	102
6.4 Recommandations	105
6.4.1 Recommandation 1 : Améliorer l'accès aux services dentaires, avec une attention accrue à la demande en urgence.....	105
6.4.2 Recommandation 2 : Développer des services centrés sur la personne.....	106
6.4.3 Recommandation 3 : Entretenir le dialogue avec les résidants des localités cries pour mieux développer et évaluer les services	108
6.4.4 Sommaire des recommandations	109
6.4.5 Stratégies d'application.....	109
7. Conclusion	111
Bibliographie.....	113
Annexes.....	x
Annexe I – Carte de la région des Terres cries de la Baie James (Eeyou Istchee)	xi
Annexe II – Guide d'entrevue (version initiale).....	xii
Annexe III – Guide d'entrevue (version définitive)	xiii

Liste des tableaux

Tableau I – Délais d’attente pour obtenir un rendez-vous régulier à la clinique dentaire.	22
Tableau II – Sommaire de l’état des connaissances sur l'accessibilité aux services de santé buccodentaire en Eeyou Istchee, en 2010	31
Tableau III – Caractéristiques principales des participants (n=13)	45
Tableau IV – Exemple de regroupement des idées en cours d’analyse : création du thème « accueil et accompagnement humain ».	50
Tableau V – Liste des thèmes (structure d’analyse intermédiaire).....	51
Tableau VI – Attentes, sources de satisfaction et d’insatisfaction, solutions proposées	56
Tableau VII – Nouvelles connaissances sur l'accessibilité aux services de santé buccodentaire chez les Cris de la Baie James	95
Tableau VIII – Exemples de démarches qui assurent la crédibilité de cette recherche	103
Tableau IX – Stratégies d'application des recommandations	109

Liste des figures

Figure 1 – Mesure de caof et CAOOF moyen en deuxième année du primaire chez les Cris de la Baie James et évolution de ces indicateurs pour la population québécoise	14
Figure 2 – Structure administrative des cliniques dentaires	19
Figure 3 – Modèle contextuel de recours aux services	55
Figure 4 – Sommaire des résultats : attentes à l’égard des services de santé buccodentaire	87
Figure 5 – Carte de la région des Terres cries de la Baie James (Eeyou Istchee)	xi

Listes des abréviations et définitions

- ASCP : Approches de soins centrées sur le patient.
- caof : Indicateur populationnel d'expérience de la carie dentaire obtenu en divisant le nombre total de faces des dents temporaires qui sont cariées, absentes ou obturées par le nombre de personnes examinées (en lettres minuscules).
- CAOF : Indicateur populationnel d'expérience de la carie dentaire obtenu en divisant le nombre total de faces des dents permanentes qui sont cariées, absentes ou obturées par le nombre de personnes examinées (en lettres majuscules).
- CCSSSBJ : Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.
- CERFM : Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.
- CMC : *Community Miyupimaatisiun Center*, Centre de *miyupimaatisiun* communautaire.
Centre local de services de santé et de services sociaux.
- CRA : *Cree Regional Authority*. Administration régionale crie.
- EI : *Eeyou Istchee*, littéralement « Terre du peuple ».
Région des Terres crie de la Baie James.
- MSDC : *Multi Service Day Center*. Centre de jour multiservices : centre local de services de santé multidisciplinaires pour personnes atteintes de maladies chroniques, rattaché administrativement à un CMC.

1. Introduction

Au cours des dix années où j'ai travaillé comme dentiste chez les Cris de la Baie James, j'ai été souvent déstabilisé, autant d'un point de vue personnel que professionnel. D'abord, sur le plan personnel, j'ai pu bénéficier d'un contact privilégié avec une culture dont j'ignorais au départ même l'existence, et qui était bien vivante, à quelques centaines de kilomètres de ma ville natale. La culture des Cris d'aujourd'hui, à la fois traditionnelle et résolument moderne, m'a permis de découvrir et d'apprécier un système de valeurs différent. Cet apprentissage sur quelques années m'a permis d'avoir ensuite de meilleurs repères pour mieux comprendre les réalités qui affectent les familles autochtones. Ensuite vient le point de vue du dentiste. Je dois admettre que certaines certitudes enracinées profondément en moi lors de ma formation professionnelle ont été passablement ébranlées, parmi lesquelles les deux assertions suivantes : « la carie dentaire est une maladie à 100% prévisible » et « le dentiste est la meilleure personne pour identifier les besoins en traitements d'ordre buccodentaires pour un patient donné / pour une population donnée ».

Concernant la première assertion, j'étais très bien placé pour constater directement les ravages de la carie dentaire. Dans chacun des neuf villages cris où je travaillais, j'ai eu à traiter de jeunes enfants qui se présentaient souvent effrayés et en douleur à la clinique dentaire, accompagnés de parents, eux aussi inquiets et parfois dépassés par les événements. S'il était possible d'éviter la carie, alors pourquoi ces enfants devaient-ils souffrir?

Au fil des années, j'ai compris que les problèmes dentaires étaient plus faciles à éviter en théorie qu'en pratique, du moins en fonction du contexte de vie de plusieurs familles autochtones que j'apprenais tranquillement à mieux connaître. J'ai compris que les gens sont confrontés dans leur vie à une multitude de situations, qui incluent parfois la gestion de problèmes dentaires et parfois le recours à des services de santé buccodentaires. Ils ne choisissent pas forcément de vivre l'une ou l'autre de ces expériences. La carie dentaire peut être expliquée en partie par des facteurs biologiques, mais il y a bien plus. Il y a, pour le dentiste, tout un contexte de vie à comprendre et à respecter.

Dans ma perspective de dentiste généraliste, j'ai été témoin du travail dévoué de plusieurs dentistes et hygiénistes dentaires qui s'efforçaient d'offrir, souvent avec beaucoup de cœur, des services dans des conditions difficiles. D'autre part, j'ai aussi constaté la réponse ambiguë de la clientèle, qui ne s'appropriait pas toujours de manière attendue *ces services conçus pour répondre à leurs besoins*.

Suivant ces constats, j'ai d'abord entrepris d'examiner la littérature scientifique qui, faut-il le préciser, n'est pas particulièrement abondante pour traiter du recours aux services de santé buccodentaire en milieu autochtone. Loin de trouver les éléments de compréhension que je cherchais, j'ai quand même pu vérifier que la problématique liée à l'utilisation des services dentaires chez les Cris n'était pas totalement exceptionnelle, et qu'elle avait des ressemblances frappantes avec ce que vit une autre clientèle vulnérable au Québec (les bénéficiaires de l'assurance-emploi)¹ : ils disposent d'un accès à des services dentaires gratuits et préfèrent souvent reporter leur consultation chez le dentiste.

Ainsi, pour mieux comprendre comment les Cris eux-mêmes envisagent et vivent le recours aux services dentaires, il fallait concevoir une nouvelle étude sur le terrain, au sein de localités autochtones. Avec mes directeurs de recherche, j'ai alors décidé de formuler les deux questions de recherche suivantes : Quelles sont les attentes pour les services de santé buccodentaires parmi les résidants des localités autochtones? Ces attentes sont-elles satisfaites par les services dentaires?

Ce mémoire contribuera, je l'espère, à une meilleure compréhension des enjeux parmi les personnes impliquées dans l'organisation de services de santé buccodentaire chez les Cris de la Baie James. Ce travail permettra sans doute de provoquer des discussions en vue de renouveler le modèle d'offre de services de santé buccodentaire dans la région, en visant une meilleure cohérence entre ce que recherche la population autochtone de la région et ce que l'équipe dentaire est en mesure d'offrir en terme de services.

2. Revue de littérature

2.1 Population autochtone du Canada

Dans le recensement de 2011, 1 400 685 Canadiens s'identifiaient comme autochtones, soit 4,3% de la population du pays.² Ces personnes se répartissaient en trois groupes : les Premières Nations, les Métis et les Inuits.

Les Premières Nations, ou Amérindiens (pop. totale : 851 560) constituent le plus grand groupe autochtone au Canada en nombre de personnes. Cette population est répartie de façon inégale à travers le pays, la plupart (81%) vivant en Ontario et dans les provinces de l'Ouest. En proportion de la population totale de chaque province ou territoire, la population des Premières Nations est la plus importante dans les Territoires du Nord-Ouest (32%), au Yukon (19%) et en Saskatchewan (10%), alors qu'elle ne représente que 1,6% de celle de l'Ontario, la province qui, paradoxalement, en compte le plus en nombre absolu. La population des Premières Nations est jeune : son âge médian est de 26 ans, alors qu'il est de 41 ans pour l'ensemble de la population canadienne. Les trois quarts des personnes qui s'identifient comme membres d'une Première Nation sont inscrits auprès du Conseil de bande d'une réserve amérindienne en vertu de la loi fédérale sur les Indiens, les autres sont considérés comme « Indiens non inscrits » par le recensement fédéral. Parmi ceux qui sont inscrits, 49% habitent les réserves autochtones, et environ 51% résident hors réserve.²

Le deuxième groupe autochtone, les Métis, compte près de 452 000 personnes. À l'image des Premières Nations, ils sont principalement établis en Ontario et dans les provinces de l'Ouest (85%). Toutefois, à la différence des Premières Nations, ils sont surtout établis en région

urbaine et semi-urbaine, et le quart des Métis résident dans l'une des quatre principales métropoles de l'Ouest : Winnipeg, Edmonton, Vancouver et Calgary.²

Les Inuits (pop. totale : 59 445) habitent pour la plupart le vaste territoire nordique s'étendant du Labrador aux Territoires du Nord Ouest (73%). Parmi la minorité qui habite au sud, 38% habitent dans un centre urbain important (plus de 100 000 habitants). L'âge médian chez les Inuits est de 23 ans.² Il s'agit donc d'une population très jeune.

2.2 La population autochtone du Québec et les Cris en particulier

Au Québec, le terme autochtone regroupe les Premières Nations et les Inuits. Il y a au total onze groupes autochtones qui représentent environ 1,2% de la population du Québec. Parmi ces onze groupes ou nations autochtones, il y a dix « premières nations » amérindiennes et la nation inuit. Avec une population totale de 16 151 individus, les Cris constituent le troisième groupe autochtone le plus peuplé du Québec, après les Mohawks et les Innus (Montagnais). Ils sont aussi le groupe autochtone québécois comptant le plus grand nombre de résidents au sein de localités autochtones, avec 14 423 individus.³

2.2.1 Les Cris de la Baie James : répartition géographique

Les Cris de la Baie James s'identifient collectivement en tant que peuple *Eeyou d'Eeyou Istchee*. Le terme *Eeyou* peut tour à tour signifier, selon le contexte, « être humain »,

« autochtone » ou « Cri ». ⁴ * L'expression *Eeyou Istchee* ou « Terre du peuple » désigne un territoire situé à l'est de la Baie James et d'une partie de la Baie d'Hudson. Une carte de la région des Terres crie de la Baie James (*Eeyou Istchee*) est présentée à l'annexe I.

Cinq localités autochtones sont situées en bordure de la Baie James et de la Baie d'Hudson. La plus peuplée, Chisasibi, compte environ 4500 habitants. ⁵ Ces cinq villages autochtones disposent tous d'une clinique médicale et dentaire, une ou plusieurs épiceries, un poste d'essence, une école primaire et secondaire et quelques commerces, incluant parfois un restaurant ou un hôtel. Au cours des quarante dernières années, plusieurs ouvrages hydro-électriques ont été construits sur les affluents de la Baie James, dont la centrale Robert-Bourassa qui constitue le plus important site de production d'énergie hydro-électrique en Amérique du nord. ⁶ Ce développement économique effréné dans les années 1970 a profondément marqué les Cris de la côte, qui ont dû s'adapter aux changements apportés aux terres et aux cours d'eau. Une portion considérable du territoire a été inondée, et le débit de plusieurs rivières a été modifié. Toutes les localités sauf Whapmagoostui sont reliées par un réseau routier qui n'est que partiellement pavé. Elles disposent toutes d'un aéroport qui offre des vols quotidiens réguliers vers Val d'Or et Montréal.

* La langue des Cris de la Baie James comporte deux dialectes. Le terme *Eeyou* (aussi orthographié *Iiyiyiu* ou ᐃᑦᑦᑦ) appartient au dialecte du nord, qui est d'usage à Chisasibi. Il équivaut au terme *Eenou* (aussi orthographié *Inuu*, *Innu*, ou ᐃᑦᑦ) dans le dialecte du sud, qui est parlé à Mistissini. Les deux termes et leurs composés, lorsqu'ils signifient « Cri », s'appliquent à l'ensemble des Cris, sans distinction du dialecte parlé.

Quatre autres localités dites « de l'intérieur » sont situées à plusieurs centaines de kilomètres au sud-est, au cœur du bassin hydrographique des affluents de la Baie-James, et à proximité relative de la ville de Chibougamau. Avec ses 3400 habitants, Mistissini est la plus grande.⁷ Ces villages sont davantage exposés à l'influence des agglomérations non-autochtones, du fait de leur localisation et de leur histoire.

2.2.2 Culture et mode de vie des Cris

Les Cris de la Baie James vivent traditionnellement de chasse, de trappe et de pêche. Dès le milieu du dix-septième siècle, leur culture nomade traditionnelle s'est transformée au contact des Européens, avides de relations commerciales pour la traite des fourrures. Le premier poste de traite fut établi en 1668, tout près de la localité actuelle de Waskaganish.^{8,9}

Malgré la sédentarisation qui s'est intensifiée au 20^{ième} siècle avec l'établissement des neuf villages permanents actuels et le lourd héritage des pensionnats autochtones (sujet abordé dans la prochaine section), les Cris de la Baie James sont l'un des rares groupes autochtones d'Amérique du Nord qui conservent aujourd'hui, pour la plupart d'entre eux, l'usage de leur langue.³ Les Cris chérissent aussi plusieurs activités héritées de leur mode de vie ancestral, notamment la chasse à l'outarde, la pêche sur glace, les festins communautaires, la cérémonie des premiers pas pour les jeunes enfants (*walking out ceremony*) et la fabrication d'articles variés tels que raquettes, habits et outils traditionnels.¹⁰

À l'instar des autres peuples autochtones de la planète,¹¹ les Cris ont des croyances traditionnelles en santé qui divergent de celles véhiculées par la société occidentale. Au cours de séjours dans le village cri de Whapmagoostui, l'anthropologue Naomi Adelson a décrit le *miyupimaatisiun*, un verbe qui exprime une idée holistique de force, de santé et de bien-être rattachée à la capacité à pratiquer des activités de subsistance.¹² Pour les Cris, la santé est indissociable de la nourriture traditionnelle, d'un environnement naturel sain et de relations interpersonnelles conformes aux valeurs cries.

*Il faut être suffisamment fort pour effectuer les tâches qui sont nécessaires à la survie dans la nature. Plus une personne est physiquement active, plus elle deviendra forte. Parallèlement, la seule façon d'acquérir cette force est de manger de la nourriture cri, et la seule façon d'obtenir cette nourriture cri est de chasser. Jadis, l'assiduité et la ténacité étaient des signes qu'une personne « vivait bien », véritablement. Par conséquent, chaque membre du groupe était lié aux autres par des obligations réciproques.*¹²[traduction personnelle]

Pour les Cris, la santé peut être une ressource de la vie quotidienne, à l'image de ce qu'avance la Charte d'Ottawa (ce document soutient que la santé se vit à travers des politiques publiques saines, des milieux de vie favorables, l'action communautaire, le développement des aptitudes des personnes et la réorientation des services de santé).¹³ Par contre, le *miyupimaatisiun* représente également un idéal du « bien vivre », et cet idéal ne concerne pas seulement le corps d'un individu ou l'individu lui-même, il porte aussi (et surtout) sur les relations sociales, l'environnement et l'identité culturelle.¹²

Encore aujourd'hui, la pratique d'activités traditionnelles influence la manière dont les Cris s'approprient les services publics au sein de leurs localités. En effet, plusieurs activités liées à la chasse, à la pêche et au piégeage se déroulent à plusieurs dizaines voire centaines de kilomètres des villages, et ces distances sont souvent infranchissables (sauf par hélicoptère)

lors des périodes de gel ou de dégel (entre-saisons) qui coïncident souvent avec les périodes de chasse. Durant ces périodes où les habitants des localités criées quittent massivement leur domicile pour se diriger dans leurs territoires de chasse, les services de santé dentaire sont moins utilisés. À l’opposé, au début et à la fin des périodes de chasse, il y a habituellement une recrudescence de demande pour des services buccodentaires, et en particulier pour des soins urgents.¹⁴

2.2.3 Histoire récente des Cris

Nous aborderons ici deux thèmes marquants de l’histoire récente des Cris car ils continuent à avoir des répercussions importantes sur les familles et sur l’organisation des services de santé actuels. Nous traiterons tout d’abord de la *Convention de la Baie James et du Grand Nord québécois*; celle-ci a pavé la voie à une plus grande autonomie politique pour les Cris, et au développement économique de la région au cours des 40 dernières années. Nous poursuivrons en exposant brièvement le sujet des pensionnats indiens, source de traumatismes individuels et sociaux sur plusieurs générations.

Convention de la Baie James et du Grand Nord québécois

La signature de la *Convention de la Baie James et du Grand Nord québécois* est un point tournant de l’histoire des Cris. Signée en 1975, l’entente prévoit d’importantes compensations financières pour les Cris, établis en fonction des impacts considérables des projets hydro-électriques sur leur mode de vie traditionnel. Le texte définit aussi le partage du territoire et concède d’importants pouvoirs aux Cris, dont celui de gérer leur propre système de santé.

Dans la foulée de cette entente, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) fut créé en 1978. Le CCSSSBJ hérita du financement et de la gestion des services de santé qui étaient auparavant assumés par les gouvernements fédéral et provincial, y compris les cliniques dentaires de chaque village. ¹⁵

La convention est issue de confrontations entre les Cris et le Gouvernement du Québec, autour du développement économique du territoire de la Baie James. En 1971, sans discussion préalable avec les peuples autochtones de la région, le Gouvernement du Québec annonça le début de la construction d'ouvrages hydro-électriques sur la rivière La Grande. ^{16, 17} Les Cris, préoccupés et mécontents, se mobilisèrent et intentèrent un recours en justice. Le juge leur donna raison et ordonna l'arrêt du projet. ¹⁸ Le gouvernement provincial fut alors forcé de négocier avec les Cris.

En définitive, la Convention de la Baie James a offert aux Cris l'opportunité de dynamiser leur économie et de gérer eux-mêmes leurs services publics tels que les services de santé et d'éducation. Parallèlement au développement des neuf villages actuels, les Cris se sont affairés à préserver le mieux possible leurs traditions, langue et culture, dans un monde moderne en perpétuel changement. ¹⁷

Pensionnats indiens

À partir du début du 20^{ième} siècle et jusqu'en 1979, les enfants en âge d'être scolarisés étaient retirés de force de leur famille par les autorités fédérales; ils étaient alors envoyés dans des pensionnats, souvent à plusieurs centaines de kilomètres de leur milieu familial, en vue d'y

recevoir une éducation de base. Non seulement ces enfants étaient séparés de leurs parents pendant la majeure partie de l'année scolaire, mais plusieurs subissaient de graves abus physiques, psychologiques et sexuels dans ces institutions. En 2007, un programme d'indemnisation fut instauré pour les « survivants » des pensionnats autochtones et, en 2008, le Gouvernement du Canada présenta des excuses officielles aux membres des premières nations.¹⁹

Le système des écoles résidentielles visait l'assimilation des peuples autochtones à la culture dominante canadienne en éloignant les enfants de leur famille.²⁰ Les traumatismes liés à l'expérience des écoles résidentielles autochtones continuent aujourd'hui de faire des ravages chez la population autochtone : ils engendrent de la violence, des dysfonctionnements familiaux, et des abus d'alcool ou de drogue.^{21,22}

2.2.4 Données sur la santé générale des Cris

Comme plusieurs peuples autochtones, les Cris vivent actuellement une transition épidémiologique qui a son origine dans les changements rapides et brusques ayant affecté leur mode de vie et leur alimentation au cours des dernières décennies.

La population adulte est gravement affectée par divers problèmes de santé chroniques, notamment l'obésité et le diabète, alors que d'autres sont en progression, comme les maladies cardiaques.²³ En 2011, plus d'un adulte sur cinq avait reçu un diagnostic de diabète. L'incidence de ce diagnostic a pratiquement quadruplé au cours des vingt dernières années : il

est passé de 30 nouveaux cas par année dans la région en 1983 à 120 nouveaux cas par année en moyenne, pour la période allant de 2001 à 2010.²³

Chez les Cris, le taux de mortalité infantile et l'incidence de certaines maladies infectieuses sont aussi plus élevés qu'ailleurs au Québec.²⁴ Les infections à chlamydia et la gonorrhée préoccupent les autorités de santé publique. Leur incidence est de sept à onze fois supérieure aux valeurs québécoises.²³

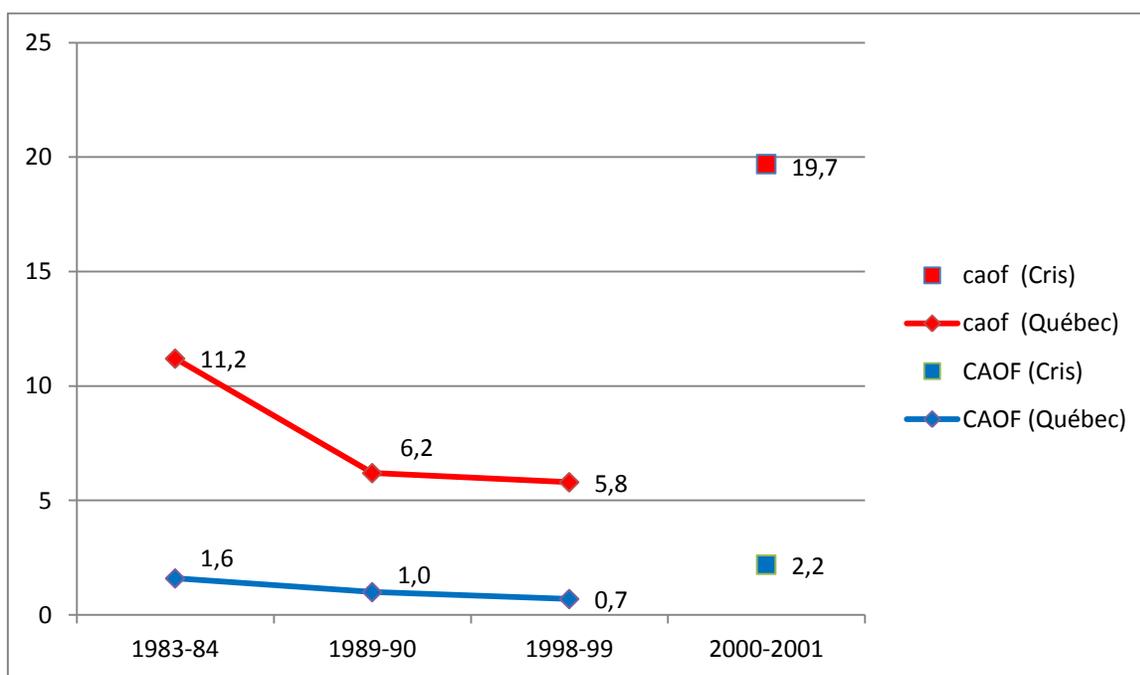
Divers problèmes sociaux accablent maintenant les familles de la région, et sont liés notamment aux mauvaises conditions de logements (surpopulation), l'abus d'alcool, la violence et les abus sexuels.²³ Le phénomène du suicide chez les jeunes préoccupe aussi les Cris. Toutefois, d'un point de vue statistique, les données régionales sont comparables aux données québécoises, et même légèrement meilleures. Aussi, il est intéressant de noter qu'il y a beaucoup moins de suicide chez les Cris que chez d'autres groupes autochtones, comme par exemple les Inuits du Nunavik, qui habitent la région administrative voisine.^{25, 26}

2.2.5 Données sur la santé buccodentaire des Cris

La carie dentaire constitue un problème de santé publique majeur au sein des populations autochtones du pays,²⁷ et des données épidémiologiques confirment que les Cris de la Baie James n'y échappent pas.²⁸ Une enquête de santé buccodentaire conduite en 2001 révélait en effet que la carie dentaire affectait de manière disproportionnée les enfants cris par rapport aux enfants de l'ensemble du Québec. Parmi les jeunes de deuxième année du primaire, 98%

présentaient déjà une ou des plusieurs lésions au stade cavitaire. Les enfants de ce groupe d'âge avaient en moyenne 19,7 faces dentaires cariées, absentes ou obturées sur leurs dents temporaires (caof[†]) et 2,2 faces dentaires cariées, absentes ou obturées sur leurs dents permanentes (CAOF[‡]), soit trois fois la moyenne québécoise.^{28, 29} Alors que la santé buccodentaire des enfants de la province s'améliore, celle des enfants cris est particulièrement mauvaise (Figure 1).

Figure 1 – Mesure de caof et CAOF moyen en deuxième année du primaire chez les Cris de la Baie James et évolution de ces indicateurs pour la population québécoise²⁸⁻³¹



[†] caof : indicateur populationnel d'expérience de la carie dentaire obtenu en divisant le nombre total de faces des dents temporaires qui sont cariées, absentes ou obturées par le nombre de personnes examinées (en minuscules).

[‡] CAOF : indicateur populationnel d'expérience de la carie dentaire obtenu en divisant le nombre total de faces des dents permanentes qui sont cariées, absentes ou obturées par le nombre de personnes examinées (en majuscules).

Les dentistes assument généralement que les mauvaises habitudes alimentaires et la sous-exposition à des méthodes préventives efficaces sont en bonne partie responsables des problèmes de carie dentaire des enfants cris. Néanmoins, il existe probablement d'autres facteurs de risque importants à considérer, comme par exemple l'éruption précoce des dents, qui a déjà été documentée dans d'autres populations autochtones nord-américaines.³²

Il n'existe pas de données pour la santé buccodentaire des Cris à l'âge adulte. Toutefois, une enquête canadienne récente³³ révèle que la carie dentaire est bien présente chez les adultes autochtones et que la plupart souffrent aussi de problèmes parodontaux (maladies de gencives). La presque totalité (99,9%) des participants à cette étude avaient au moins une dent cariée, absente ou obturée et 80% avaient aussi un besoin de traitements pour les gencives, tels qu'un détartrage.³³

Ailleurs dans le monde, la mauvaise santé buccodentaire affecte de façon marquée plusieurs groupes autochtones; c'est le cas, entre autres, aux États-Unis, en Australie et au Brésil.³⁴⁻³⁷. Par exemple, en 1999 aux États-Unis, le nombre moyen de dents cariées ou obturées chez des personnes autochtones âgées de deux à cinq ans atteignait cinq fois § les valeurs populationnelles américaines pour le même groupe d'âge.³⁴

§ À interpréter avec prudence : l'étude de l'*Indian Health Service* de 1999 a été menée auprès d'un groupe de patients autochtones, alors que les données états-uniennes de comparaison provenaient de la population générale.

2.3 Services de santé buccodentaires

2.3.1 Fournisseurs de services de santé buccodentaire chez les autochtones du Canada

Au Canada, les services de santé buccodentaire offerts aux Premières Nations et Inuits sont assurés essentiellement par trois groupes de professionnels dentaires : les dentistes, les thérapeutes dentaires et les hygiénistes dentaires.

Les dentistes

Les dentistes sont impliqués la plupart du temps comme fournisseurs de soins principaux pour la clientèle autochtone (dans le sens qu'ils gèrent habituellement le service à l'intérieur d'une équipe de professionnels). Peu de dentistes sont eux-mêmes autochtones. Dans ce contexte, la relation patient-dentiste comporte une dimension culturelle importante, mais on sait peu de choses sur la façon dont se vit cette relation, de part et d'autre. Les dentistes s'établissent en plus grand nombre dans les régions densément peuplées, mais certains offrent des services au sein de localités autochtones isolées, comme c'est le cas notamment dans les villages Cris du Québec. Les dentistes sont issus de programmes de formation universitaire contingentés. L'accès à cette formation est sérieusement compromis pour les groupes autochtones du pays, sans doute pour un ensemble de raisons : les pré-requis académiques (notamment en sciences de base), le coût de la formation, et l'adaptation culturelle des programmes d'enseignement.³⁸

Thérapeutes dentaires

La profession de thérapeute dentaire a été créée en réponse à la mauvaise répartition des dentistes dans les zones rurales de plusieurs régions du pays, et notamment près des villages autochtones. Les thérapeutes ont une formation de niveau collégial et fournissent des soins buccodentaires dans plusieurs régions du Canada. Dans certaines localités, ils assurent la plupart des services dentaires, et réfèrent leurs patients au dentiste lorsque les traitements requis dépassent leur champ de compétence. En Saskatchewan, la profession est reconnue par la loi, et les thérapeutes dentaires ont même la possibilité d'être employés par des dentistes en cabinet privé.³⁹ Dans les territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Yukon, les thérapeutes dentaires peuvent fournir des soins en milieu scolaire. En fait, pratiquement partout au Canada, sauf au Québec et en Ontario, les thérapeutes dentaires sont habilités à fournir des soins dans les localités des Premières Nations et Inuits.

Les thérapeutes dentaires sont essentiels pour assurer la continuité de l'offre de services dentaires dans plusieurs collectivités. Toutefois, l'avenir de la profession au Canada pourrait être menacé puisque la seule école qui était demeurée ouverte au pays a été fermée en 2011. Cette fermeture met en évidence les difficultés d'arrimer les juridictions fédérales et provinciales en vue de maintenir un programme de formation pour les thérapeutes dentaires.⁴⁰ La décision du gouvernement fédéral qui a entraîné la fermeture de l'école aurait été motivée principalement par des considérations budgétaires.⁴¹

Hygiénistes dentaires

Les hygiénistes dentaires suivent une formation de niveau collégial ou universitaire. Ils peuvent agir en santé communautaire par le biais d'activités de promotion et en offrant des services préventifs dans différents milieux (par exemple en milieu de garde, en clinique de santé communautaire, dans les écoles, etc.).

Les hygiénistes dentaires peuvent effectuer certaines activités cliniques sous la supervision d'un dentiste ou bien de manière autonome. La définition de ces activités varie en fonction des juridictions provinciales et territoriales.⁴² À titre d'exemple, au Québec, la loi prévoit que les hygiénistes dentaires peuvent prodiguer des actes cliniques visant le contrôle et la prévention des maladies bucco-dentaires si elles se trouvent « sous la direction d'un dentiste ». ⁴³ En Ontario, les hygiénistes dentaires (même ceux qui ont été formés au Québec) n'ont pas cette restriction et peuvent même voir leur propre clientèle, dans leur propre cabinet.⁴²

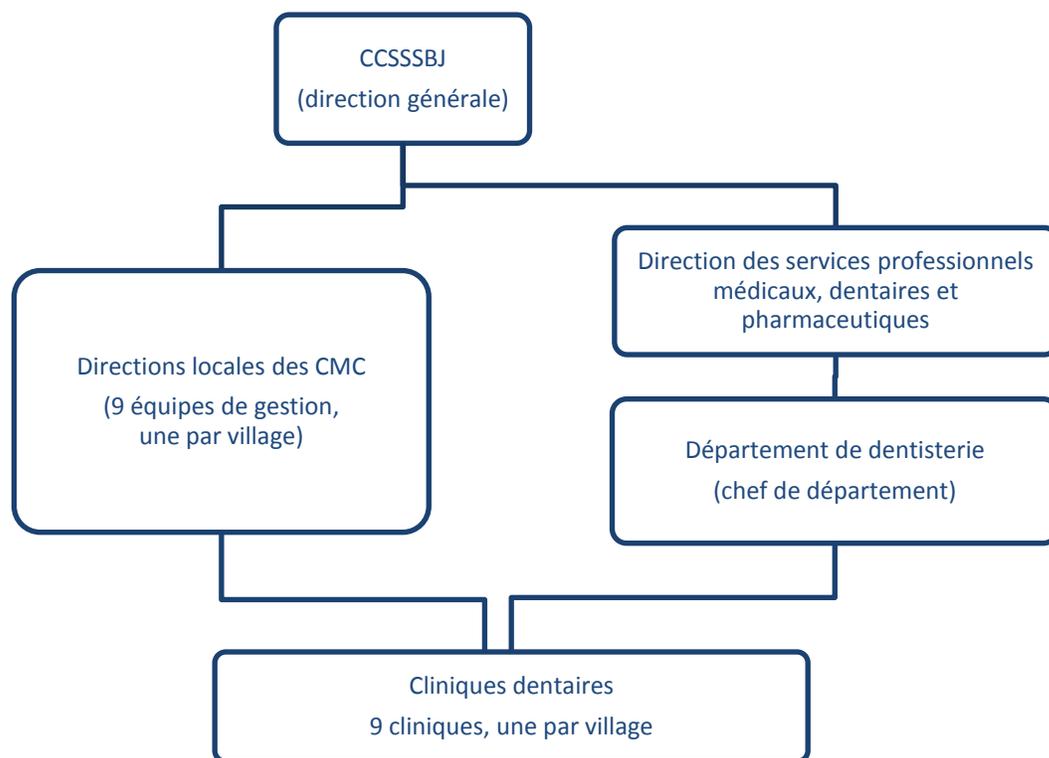
2.3.2 Services de santé buccodentaire au sein de localités autochtones du nord du Québec

Dans les villages autochtones du nord du Québec, les services dentaires sont assurés et gérés par les agences de santé régionales crie et inuite, qui dépendent toutes deux du gouvernement provincial. Les cliniques dentaires sont établies au sein de chacun des villages nordiques, et sont intégrées à la clinique médicale locale. Il y a une seule clinique dentaire par village, et les services sont gratuits pour le bénéficiaire cri ou inuit. Seul le client non-autochtone recevra une facture d'honoraires, qu'il devra payer au centre de santé et non au dentiste.

Le dentiste fait partie d'un plan d'effectif régional géré par un établissement de santé. Les hygiénistes dentaires et autres employés sont embauchés par ce même établissement. Le système en place chez les Cris sera détaillé dans la prochaine section.

2.3.3 Organisation des services de santé buccodentaire chez les Cris

Figure 2 – Structure administrative des cliniques dentaires



Chez les Cris, les services de santé sont sous la responsabilité du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ). Dans chacun des neuf villages de la région, une clinique dentaire est intégrée au centre local de santé et de services sociaux appelé *Community*

Miyupimaatisiun Center (CMC), qui comporte sa propre équipe de gestion locale. Il existe également un département régional de dentisterie géré par un dentiste (chef de département). Ce dernier assure la supervision des activités professionnelles au sein de ces mêmes cliniques dentaires (Figure 2).

En 2010, au moment de procéder à la collecte de donnée pour la présente étude, on comptait au total onze dentistes, soit un ou deux par village. Chaque localité comptant entre 350 et 4000 habitants, cela signifie que le ratio dentiste/population varie considérablement d'un village à l'autre, et même en cours d'année, puisque ces dentistes ne sont pas toujours remplacés lorsqu'ils partent en vacances ou doivent s'absenter pour d'autres raisons. Dans les agglomérations les plus peuplées, on retrouve en plus une ou plusieurs hygiénistes dentaires (cinq au total dans la région). La visite de dentistes spécialistes en endodontie, en orthodontie et en chirurgie buccale est assurée quelques fois par année dans les deux principales agglomérations, Chisasibi et Mistissini. Un service de conception et de fabrication de prothèses dentaires amovibles est assuré par un denturologiste itinérant dans quelques villages, et est disponible ailleurs pour les autres (à Chibougamau ou à Val d'Or).

Dans chaque clinique, un réceptionniste autochtone est en charge du cahier de rendez-vous, et des assistantes autochtones travaillent avec les professionnels dentaires, qui sont tous non-autochtones.

Heures d'ouverture et délais d'attente pour obtenir un rendez-vous

Les cliniques dentaires dans les villages Cris ouvrent habituellement du lundi au vendredi, de 9:00 à midi, et de 13:00 à 17:00. En de rares occasions, notamment lors de la visite des spécialistes (orthodontiste, endodontiste, chirurgien buccal), ces cliniques sont ouvertes le soir et le week-end.

Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous régulier (visite de contrôle) varie considérablement d'un village à l'autre (Tableau I). Il oscille entre deux et trois semaines dans les plus petites localités pour atteindre entre huit et dix mois à Mistissini et à Chisasibi, là où les services sont les plus développés.⁴⁴

En situation d'urgence, les usagers peuvent habituellement consulter un dentiste dans les 48 heures, durant les heures normales d'ouverture de la clinique. Le délai varie en fonction de la disponibilité du dentiste, du nombre d'appels pour des urgences, et de la fréquence des annulations et des rendez-vous manqués dans l'horaire régulier. Les usagers peuvent également se tourner vers l'équipe médicale (infirmiers et médecins) pour obtenir des médicaments contre la douleur.

Tableau I – Délais d’attente pour obtenir un rendez-vous régulier à la clinique dentaire.

Localité	Nombre de salles de traitements dentaires	Nombre de dentistes	Nombre d’hygiénistes dentaires	Délai d’attente pour rendez-vous régulier ⁴⁴
Chisasibi	4	2	2	9-10 mois
Whapmagoostui	2	1	0	2-3 semaines
Wemindji	3	1	1	3 mois
Eastmain	1	1	0	2-3 semaines
Waskaganish	2	1	1	3 mois
Nemaska	1	1	0	2-3 semaines
Waswanipi	2	1	0	6 mois
Mistissini	3	2	1	8 mois
Oujé-Bougoumou	1	1	0	2-3 semaines

Activités de santé communautaire

À l’été 2010, une nouvelle programmation de santé dentaire publique incluait des activités en milieu scolaire, conformément aux grandes lignes du Plan d’action en santé dentaire publique 2005-2012 du gouvernement du Québec⁴⁵; elle visait la réduction de la carie dentaire, grâce notamment à un programme d’application d’agents de scellement et un programme d’application de fluorure topique pour les enfants de l’école primaire. En plus d’assurer la nouvelle implantation de ces programmes dans les localités où elles résident, les cinq hygiénistes dentaires collaborent avec des nutritionnistes et des infirmières pour promouvoir de saines habitudes de vie par d’autres activités de sensibilisation, dans des lieux publics et à travers les stations de radio locales.

2.4 Utilisation des services de santé buccodentaire

2.4.1 Les concepts de demande et d'utilisation appliqués à la santé buccodentaire

La demande constitue le processus de recherche de services dentaires par un individu. Si la demande a une issue positive, elle conduit à l'utilisation des services. L'utilisation des services de santé dentaire survient lorsqu'un individu rencontre un professionnel de la santé dentaire (dentiste ou autre) pour recevoir des services. L'utilisation proprement dite implique qu'il y a eu demande pour des services.^{46, 47} Il y a aussi une multitude de situations où la demande n'aboutit pas à l'utilisation de services, et nous parlerons alors de non-utilisation des services.

En santé buccodentaire, Grembowski a proposé un modèle⁴⁸ qui décrit un parcours ponctué de sept étapes pouvant survenir dans un épisode de demande et d'utilisation des services. Ainsi, en fonction de ce modèle, les deux premières étapes sont des processus préalables à la demande. Dans la première étape, l'individu qui n'a pas de symptômes note d'abord un signe qui lui fait penser à une future consultation chez le dentiste (message téléphonique du cabinet dentaire, discussion avec amis ou habitude personnelle de consulter régulièrement, par exemple), alors que l'individu symptomatique se penche sur l'évaluation de ses propres symptômes. À la deuxième étape, l'individu évalue, s'il y a lieu, l'opportunité de consulter. Par la suite, à la troisième étape, il s'intéresse à la recherche de services : c'est la demande. Ensuite, si l'issue de la demande est positive, l'utilisation des services peut se produire. L'utilisation se compose des quatre dernières portions : l'examen, l'établissement du plan de traitement, les traitements si ceux-ci sont indiqués et le congé (lorsque tous les traitements

sont terminés). Ce modèle est intéressant puisqu'il propose un schéma simple des processus dans tout épisode de recours aux services, et qu'il intègre à la fois demande et utilisation.

L'utilisation des services de santé a aussi été décrite sous l'angle des besoins par Andersen⁴⁹. Celui-ci a proposé au cours des années plusieurs versions de sa théorie du comportement sur l'utilisation des services de santé, mais ses éléments de base sont les suivants : l'utilisation est déterminée par des besoins (réels et perçus), qui sont eux-mêmes influencés par des facteurs habilitants (personne, famille, communauté), qui sont eux-mêmes nourris par des facteurs de prédisposition (démographie, structure sociale et croyances en santé).

2.4.2 Utilisation des services de santé buccodentaire par des peuples autochtones à travers le monde

La littérature scientifique indique que plusieurs groupes autochtones des États-Unis, de l'Australie, et de la Nouvelle-Zélande vivent des difficultés liées à l'utilisation de services dentaires. Deux éléments principaux ressortent de la recension des écrits sur l'utilisation des services de santé buccodentaire par des clientèles autochtones.

Tout d'abord, il semble que les services de santé buccodentaires soient fréquemment utilisés en situations d'urgence.^{35, 50} À titre d'exemple, des données administratives de la région du Queensland (Australie) suggèrent que les besoins pour les services dentaires en situation

d'urgence sont plus importants chez les autochtones, puisque ceux-ci sont plus souvent accablés par une douleur dentaire lorsqu'ils ont recours aux services.⁵⁰

Ensuite, il a été noté que certains groupes autochtones, de façon générale, utilisent peu les services de santé buccodentaire.^{35, 51, 52} La faible utilisation des services dentaires chez ces groupes autochtones est expliquée notamment par le manque de ressources (financières, cliniques dentaires, dentistes), et par l'isolement des communautés.^{35, 51, 53, 54}

2.4.3 Utilisation des services de santé buccodentaire chez les Cris

Dans chaque village cri, la clinique dentaire accueille des visites en urgence et d'autres qui sont inscrites à l'horaire. De manière générale, environ le tiers des rendez-vous inscrits à l'horaire sont manqués ou bien annulés le jour du rendez-vous, ce qui dégage éventuellement des plages horaires pour les besoins en urgence. Sur indication du dentiste, le réceptionniste accorde normalement au visiteur un prochain rendez-vous pour la suite de ses traitements, ou bien inscrit ses coordonnées sur une liste de rappel, en vue d'exams périodiques éventuels.

Du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010, il y a eu 17 982 visites dans les cliniques dentaires de la région, effectuées par 6132 patients différents. Parmi ces visites, 5025 (28%) étaient en situation d'urgence. Au cours de la même période, les cliniques ont également recensé 4057 rendez-vous manqués sans préavis et 1502 rendez-vous annulés.⁵⁵

Ces données sur l'utilisation des services soulignent les limites du système actuel de prise et d'octroi de rendez-vous; celui-ci valorise la planification à long terme des services en fonction de besoins qui sont généralement identifiés par des dentistes. Le nombre effarant de rendez-vous manqués et de rendez-vous en urgence montre que les usagers définissent leurs besoins en services de santé dentaire en fonction de critères différents que ceux identifiés par des dentistes. À tout le moins, on peut conclure à partir de ces données que l'offre de services ne semble pas adéquate pour répondre de manière cohérente à tous les besoins de la clientèle.

Ces données administratives indiquent que la problématique ne se limite pas à l'utilisation des services. En fait, si l'on voulait offrir des services plus adaptés à la clientèle et qui rejoignent un plus grand nombre d'individus, on devrait se préoccuper de l'expérience des utilisateurs ainsi que de ceux qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous ou qui fréquentent rarement la clinique dentaire.

Il demeure par conséquent plusieurs questions en suspens. Quelles sont les raisons derrière ces rendez-vous manqués? Qui sont ces non-utilisateurs, ces « patients qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous »? Comment les gens désirent-ils utiliser ces services? Il semble qu'à l'instar d'une autre clientèle vulnérable du Québec, les personnes en situation de pauvreté¹, malgré une forte incidence de problèmes liés à la santé dentaire et la gratuité des services dentaires, les Cris ne sont pas toujours enclins à utiliser les services qui sont disponibles dans leurs communautés.

2.5 L'accessibilité aux services de santé buccodentaire

2.5.1 Le concept d'accessibilité à des services de santé

La définition d'accessibilité que nous présentons ici est celle qui a été décrite à l'origine par Penchansky et Thomas⁵⁶ et reprise par plusieurs auteurs par la suite. Ce concept a la souplesse nécessaire pour s'harmoniser avec la perspective d'utilisateurs existants et d'utilisateurs potentiels de services de santé buccodentaire, et ne se limite pas à s'intéresser aux caractéristiques du système lui-même.

Toujours selon Penchansky et Thomas, l'accessibilité à des services de santé est une mesure de concordance entre les caractéristiques des fournisseurs de services de santé et les caractéristiques et attentes des utilisateurs; elle est donc intrinsèquement liée à la satisfaction des utilisateurs (et utilisateurs potentiels) et à leurs attentes. L'accessibilité se décline en cinq dimensions inter-relées : la disponibilité (*availability*), l'accessibilité géographique (*accessibility*), la commodité (*accommodation*), le coût (*affordability*), et l'acceptabilité (*acceptability*)⁵⁶

Accès et qualité des soins

« Accessibilité » et « qualité des soins » sont deux concepts apparentés, puisqu'ils sont tous deux créés par l'interaction d'un système de soins et d'une clientèle. Par contre, les deux concepts diffèrent de par leurs perspectives respectives.

Selon Donabedian, la qualité des soins peut être évaluée à trois niveaux, soit dans la structure du système de santé, dans les processus du système de santé, et dans les résultats (effets au

sens large, incluant la satisfaction des usagers)⁵⁷. L'idéal poursuivi par la qualité des soins concerne donc le système lui-même et se résume à incarner et à produire *quelque chose* d'utile.

Le modèle de l'accessibilité proposé par Penchansky et Thomas relie, quant à lui, de façon équitable la perspective de la clientèle et les caractéristiques du système de soins. Les cinq dimensions de l'accessibilité peuvent être documentées en fonction d'un idéal de cohérence, entre ce que le système produit et ce que chaque personne recherche. Comme ce modèle n'impose pas d'idées préconçues sur les résultats attendus au niveau de la production de services ou de santé, il est par conséquent très intéressant pour une recherche exploratoire en milieu autochtone.

2.5.2 Accessibilité aux services de santé buccodentaire chez des peuples autochtones à travers le monde

Il existe des problématiques particulières d'accessibilité aux services de santé buccodentaire pour plusieurs groupes autochtones à travers le monde. Certains thèmes sont décrits dans la littérature, tels la non-disponibilité des services et le manque d'acceptabilité des services.

En Alaska et en Australie, notamment, la pénurie de dentistes a entraîné un manque de disponibilité des services dans certaines communautés autochtones. Aux États-Unis, l'accroissement démographique de la population autochtone accentue la problématique de non-disponibilité des services.⁵⁸ En réponse au problème de non-disponibilité des services,

certaines initiatives ont été mises de l'avant : la mise en place d'un réseau de support aux activités cliniques dans les localités isolées,^{59, 60} l'organisation de stages pour étudiants en médecine dentaire afin de pallier temporairement à une pénurie de ressources,⁶¹ et le déploiement d'une offre de service durable par des thérapeutes dentaires.^{53, 62, 63}

Le modèle d'offre de services qui inclut les thérapeutes dentaires est intéressant à plusieurs niveaux, tout d'abord parce qu'il s'agit d'une solution pratique et innovante à des problèmes de répartition des effectifs de dentistes,⁵³ ensuite parce qu'il pourrait permettre d'améliorer l'acceptabilité des services pour les groupes autochtones par une meilleure connexion culturelle.⁶³

2.5.3 État des connaissances sur l'accessibilité aux services de santé

buccodentaire chez les Cris

Il existe actuellement peu de renseignements qui peuvent nous éclairer à propos de l'accessibilité aux services de santé buccodentaire chez les Cris. En plus des rapports administratifs sur l'utilisation des services, nous disposons également de quelques données qui nous renseignent sur les perceptions de la population.

Ces données administratives comprennent l'état des listes d'attentes et les statistiques annuelles qui décrivent notamment le nombre de visites, de patients différents, et de rendez-vous manqués. Des données plus détaillées par rapport au type de traitements offerts et la répartition des services par communauté sont également disponibles.⁶⁴ Malheureusement, ces

données de nature quantitative ne permettent pas d'élaborer une compréhension des dynamiques sous-jacentes à l'utilisation et à la non-utilisation des services, ni de dresser un portrait plus général de l'accessibilité aux services.

Dans le cadre d'une étude menée en 2005, des informations sur les besoins perçus ont été recueillies à l'aide de questionnaires auprès d'un échantillon de la population Cri de 12 ans et plus. À la lumière des données de cette étude, les besoins perçus par les Cris pourraient être très différents des besoins identifiés par les professionnels et par les gestionnaires du système de soins. En effet, les bénéficiaires cris n'identifieraient pas les listes d'attentes comme une barrière importante à l'accessibilité aux soins, même si 33,9% d'entre eux avaient une perception négative de la disponibilité des services dentaires. D'autre part, les visites au cabinet dentaire étaient considérées souvent « non-nécessaires » par ceux qui n'avaient pas consulté le dentiste depuis plus de 3 ans.⁶⁵

Selon une autre enquête auprès des Premières Nations du Canada, 53,2% des adultes de 20 ans et plus considèrent qu'ils ont des besoins pour des traitements dentaires, alors que 83,1% d'entre eux ont des besoins « réels », tels que définis par les examinateurs.³³ L'écart entre ces deux valeurs marque bien la différence de perception des besoins entre les autochtones adultes et les professionnels dentaires, en ce qui concerne les traitements dentaires eux-mêmes.

En considérant certaines particularités propres aux communautés étudiées, notamment l'identité culturelle des habitants, et l'absence apparente de contraintes financières et physiques dans l'accessibilité aux services, l'état actuel des connaissances ne permet donc pas

de se faire une idée précise sur la qualité de l'accessibilité aux services de santé buccodentaire dans la région, notamment au niveau de la disponibilité, de la commodité et de l'acceptabilité (Tableau II).

Tableau II – Sommaire de l'état des connaissances sur l'accessibilité aux services de santé buccodentaire en Eeyou Istchee, en 2010

Dimension de l'accessibilité ⁵⁶	Qualité de l'accès aux services de santé buccodentaire	Connaissances suffisantes?
Disponibilité (<i>availability</i>) « Volume et type de services existants, en fonction du volume et du type de besoins identifiés par les clients »	Le niveau d'accessibilité est inconnu. Explication : les données sont contradictoires. Nous disposons effectivement de données administratives sur l'utilisation des services et nous savons que des services existent. ⁴⁴ Nous savons aussi que des personnes ont une perception négative de la disponibilité des services existants. ⁶⁵	Non.
Accessibilité géographique (<i>accessibility</i>) « Lieu du service et lieu du domicile des clients, en prenant en considération les ressources en transport, le temps, la distance et le coût »	Le niveau d'accessibilité semble adéquat à première vue. Toutefois, une partie de la population pourrait être mal servie par le service actuel, pour les personnes qui vivent dans la forêt, par exemple. Explication : Une clinique dentaire existe dans un rayon de 5 km de chaque résidence permanente.	Peut-être. En explorant les autres dimensions de l'accessibilité, il sera possible de développer une meilleure compréhension de l'accessibilité géographique et de nouvelles connaissances pourraient être mises en évidence.

Dimension de l'accessibilité ⁵⁶	Qualité de l'accès aux services de santé buccodentaire	Connaissances suffisantes?
<p>Commodité (<i>accommodation</i>) « La façon dont les fournisseurs de services sont organisés pour accepter des clients, incluant systèmes de rendez-vous, heures d'ouverture, cliniques sans rendez-vous, service téléphonique et la capacité des clients à s'accommoder de ces facteurs et la perception des clients sur l'idée qu'ils soient appropriés »</p>	<p>Le niveau d'accessibilité est inconnu. Explication : aucune donnée disponible.</p>	<p>Non.</p>
<p>Coût (<i>affordability</i>) « Prix des services, conditions du fournisseur de services et capacité de payer du client, en incluant la perception de la valeur relative des coûts totaux »</p>	<p>Le niveau d'accessibilité semble bon à première vue si l'on examine ce seul critère, sans se soucier des autres dimensions. Explication : Les services dentaires sont en principe gratuits pour la clientèle autochtone (du moins ceux qui y sont offerts actuellement).</p>	<p>Peut-être. En explorant les autres dimensions de l'accessibilité, une meilleure compréhension du facteur coût et de nouvelles connaissances pourraient être mises en évidence.</p>
<p>Acceptabilité (<i>acceptability</i>) « Attitude des clients envers les caractéristiques personnelles et caractéristiques de la pratique du fournisseur et attitude du fournisseur par rapport aux caractéristiques acceptables du client »</p>	<p>Le niveau d'accessibilité est inconnu. Explication : aucune donnée n'est disponible pour les Cris. Toutefois, dans d'autres provinces les thérapeutes dentaires peuvent peut-être améliorer l'acceptabilité des soins, s'ils sont issus de la même culture.</p>	<p>Non.</p>

2.6 Sommaire de l'état des connaissances

Les données sur l'utilisation des services dentaires au sein de la population cri de la Baie James révèlent des problèmes d'accessibilité. En effet, alors que plusieurs services de santé dentaire sont offerts gratuitement et de manière régulière au sein même de chaque village cri, l'utilisation des services dentaires ne se fait pas de façon optimale : le recours aux services dentaires est fréquemment évité, avec un très grand nombre de rendez-vous manqués, et se réalise très souvent en situation d'urgence.

Toutefois, certaines dimensions de l'accessibilité aux services dentaires restent très mal comprises pour la population cri, notamment la disponibilité, l'acceptabilité et la commodité des services. Par conséquent, il est important de mener des recherches qui viseront à comprendre la manière dont les Cris de la Baie James perçoivent les services de santé buccodentaire, et quelles sont leurs attentes à ce sujet.

3. Objectifs

Cette étude vise à mieux comprendre le recours à des services de santé dans des localités autochtones du Nord du Québec, chez les Cris de la Baie James. Spécifiquement, elle s'intéresse aux questions suivantes :

1. Quelles sont les attentes des résidants des localités autochtones en matière de services de santé buccodentaire?
2. Les services de santé buccodentaire répondent-ils aux attentes des résidants des localités autochtones?

Le but de cette étude est de générer des connaissances qui permettront de guider le développement de services buccodentaires mieux adaptés aux besoins d'une population autochtone du Nord du Québec. Les résultats pourraient aussi permettre d'explorer de nouvelles avenues dans d'autres domaines de la santé (par exemple : le suivi des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète), dans d'autres localités autochtones ou dans d'autres milieux défavorisés.

4. Méthodes

4.1 Approche méthodologique et positionnement du chercheur

L'approche méthodologique est de type qualitatif descriptif et s'articule autour d'une analyse thématique.⁶⁶ La méthodologie retenue est comparable à celle menant à la « théorie ancrée » qui se construit et s'affine grâce aux itérations entre collecte de données et analyse.⁶⁷ Toutefois, à la différence de la théorisation ancrée, je n'ai pas l'intention de définir une théorie, et c'est pourquoi je parle plutôt d'une approche de type qualitatif descriptif. Tel que mentionné précédemment, je cherche à décrire et à mieux comprendre les attentes pour les services dentaires au sein d'une population autochtone.

Ma position épistémologique est celle d'un chercheur post-positiviste. J'estime que les attentes pour les services dentaires existent objectivement, et donc qu'il est possible d'approximer et de cerner ce qu'elles sont, mais toutefois de façon imparfaite. Je reconnais également qu'il y a subjectivité tant dans les objectifs de cette recherche et dans ma perspective comme chercheur.

Pour ces raisons, j'estime que l'analyse thématique dans une approche qualitative descriptive est appropriée. Cette méthode permet de mettre à profit ma propre subjectivité pour appréhender le mieux possible ce qu'il y a à découvrir sur le sujet.

4.2 Déroulement de la recherche

Les deux premières étapes de cette recherche étaient de nature préparatoire. Les travaux de recherche ont tout d'abord impliqué la prise de contact avec les localités et avec des organisations régionales et locales, telles que le CCSSSBJ et certains Conseils de bande. Par la suite, il y a eu sélection des localités où allait se dérouler la collecte de données.

Plus tard, il y a eu l'échantillonnage et le recrutement, la tenue des entrevues semi-structurées et l'analyse thématique des données. Lors de la collecte de donnée, l'analyse a permis d'ajuster la grille d'entrevue et d'orienter le recrutement des participants. Par conséquent, l'analyse eu un impact sur les caractéristiques de l'échantillon qui a été constitué. Elle s'est poursuivie jusqu'à la production d'un rapport final.

4.2.1 Prise de contact avec le milieu

Ce projet faisait suite à mon expérience dans la région, comme dentiste et comme gestionnaire des services dentaires. J'estimais cette nouvelle étude nécessaire pour pouvoir améliorer les services dans la région. Dès 2008, après discussion avec mes directeurs de recherche, l'idée du projet a été soumise et approuvée par le comité de recherche du CCSSSBJ.

Le comité de recherche était alors composé de représentants de chaque village, d'un représentant clinique (médecin de la région) et d'un gestionnaire de la direction de santé publique, qui assurait le bon fonctionnement du comité. Ces personnes ont examiné et commenté le projet, avant même qu'il ne soit présenté de manière formelle à l'Université de Montréal. Grâce aux recommandations émises par les membres du comité, les formulaires de consentement ont été modifiés pour améliorer la clarté du texte et ajuster le niveau de langue.

Il est important de préciser que le comité de recherche du CCSSSBJ n'est pas un comité d'éthique. Le comité de recherche appuie un projet de recherche donné sous réserve de l'approbation éthique provenant d'un comité d'éthique universitaire. Ainsi, en 2010, le comité de recherche du CCSSSBJ a émis une lettre d'appui au projet, en fonction de l'approbation du projet par le Comité d'Éthique à la Recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal.

Plusieurs gestionnaires du CCSSSBJ ont aussi été consultés, notamment le chef du département régional de médecine dentaire à Oujé-Bougoumou et les administrateurs de la direction régionale de santé publique, à Mistissini et à Montréal. Les commentaires et suggestions recueillis ont été utiles au développement de ce projet. Ils ont permis entre autres d'assurer un dédommagement pour les frais encourus par les participants et d'établir des bases de collaboration pour la diffusion des résultats de l'étude. En ce sens, il a été convenu dès le départ qu'un rapport succinct serait produit et destiné aux gestionnaires des services de santé de la région. Il a également été convenu que les résultats seraient présentés aux dentistes de la région.

4.2.2 Choix des localités

Les Cris habitent neuf villages autochtones dans le Nord du Québec. Ces agglomérations sont réparties dans un vaste territoire, et comptent chacune entre 350 et 4000 résidants.

Les localités de Chisasibi et de Mistissini, les plus peuplées de la région, ont été choisies pour le recrutement des participants à l'issue d'une rencontre avec mes directeurs de recherche. Deux facteurs principaux expliquent ce choix. Le premier facteur concerne les caractéristiques

particulières des services dentaires offerts dans ces localités, et le deuxième est une question de faisabilité pour la tenue des entrevues dans un délai et à un coût raisonnables.

Les cliniques dentaires de Chisasibi (4000 habitants) et Mistissini (3000 habitants) offraient à l'été 2010, et ce depuis plusieurs années, des services buccodentaires diversifiés, prodigués par des dentistes généralistes, des hygiénistes dentaires, et des dentistes spécialistes en endodontie, en orthodontie et en chirurgie buccale. Un tel amalgame de services n'était offert à l'époque que dans ces deux communautés. Depuis, les services dentaires ont continué à se développer dans la région, et certains villages offrent aujourd'hui des services qui n'étaient auparavant offerts qu'à Mistissini et Chisasibi. Toutefois, si l'on se rapporte à l'été 2010, au moment de procéder aux entrevues, la décision de sélectionner les deux seuls villages qui avaient un historique de services dentaires constants et variés depuis de nombreuses années avait été prise afin de pouvoir sélectionner des participants parmi un vaste bassin d'individus qui utilisent des services dentaires régulièrement et d'autres qui ne les utilisent pas ou qui les évitent. Dans les villages où les services étaient moins bien développés, il aurait sans doute été difficile de recruter des personnes utilisant les services régulièrement.

Le choix de ces deux localités répondait aussi à des impératifs de faisabilité et de contraintes budgétaires. Les entrevues pouvaient plus facilement être organisées dans les deux villages qui étaient déjà ciblés pour le déploiement du plan d'action régional en santé dentaire publique. J'envisageais de toute façon des visites périodiques dans ces localités, dans le cadre de mon travail comme dentiste-conseil en santé publique. Ce choix permettait d'éviter les coûts

associés au transport dans le cas de ce projet et permettait aussi la réalisation des entrevues à l'intérieur de quelques mois.

4.2.3 Échantillonnage et recrutement

En cohérence avec le devis de recherche et mes questions de recherche, j'ai choisi de retenir un mode d'échantillonnage par choix raisonné à variation maximale.⁶⁸ L'échantillonnage par choix raisonné vise à développer les propriétés théoriques des unités de sens, plutôt qu'à atteindre une représentativité populationnelle.⁶⁹ Ainsi, pour arriver à détailler les attentes pour les services de santé buccodentaire au sein de localités cibles, il fallait recruter certaines personnes souhaitant participer à la recherche. Il fallait aussi s'assurer de choisir des participants qui représentaient un large éventail d'expériences dans l'utilisation des services dentaires, de façon à recueillir des données riches et pertinentes.

Pour y arriver, j'ai utilisé deux stratégies complémentaires de recrutement : les informateurs clés et la technique « boule de neige » dirigée.

Informateurs clés

Tout d'abord, les informateurs clés ont permis de constituer une liste initiale de participants. Par le fait même, il s'agit d'une stratégie qui permet la participation de personnes de la communauté dans le processus de recherche.⁷⁰ Les informateurs clés ont agi comme lien entre leur communauté et le chercheur. D'un point de vue logistique, il s'agissait d'un point de

départ pour l'échantillonnage, et c'était aussi un atout important pour la tenue de la recherche en milieu autochtone, notamment pour les raisons des différences de langues et de cultures.

Les deux informateurs clé ont été recrutés parmi les employés du CCSSSBJ, à Mistissini et à Chisasibi. Les deux personnes choisies étaient autochtones et étaient en contact avec le public de façon régulière dans le cadre de leur travail. Elles connaissaient des individus qui pouvaient être intéressés à partager leurs expériences en lien avec les services dentaires.

Technique « boule de neige » dirigée

La technique « boule de neige », quant à elle, a été utilisée pour compléter l'échantillonnage, alors que les listes fournies par les informateurs clé s'épuisaient. À la fin de chaque entrevue, je pouvais demander au participant s'il connaissait quelqu'un avec certaines caractéristiques, et qui serait intéressé à participer à une entrevue. Certains participants ont aussi suggéré spontanément, en cours d'entrevue, le nom de personnes à contacter. Même si la technique « boule de neige » tend à recruter des personnes qui se ressemblent, j'ai tenté à chaque occasion de choisir des participants avec de nouveaux attributs et qui présentaient des expériences distinctes des autres personnes rencontrées jusqu'alors.

Critères d'inclusion

Trois critères d'inclusion étaient prévus : 1- pouvoir s'exprimer en français ou en anglais, 2- avoir 25 ou plus, et 3- avoir habité au moins 20 ans dans une communauté autochtone du nord du Québec.

Justification des critères d'inclusion :

Usage de l'anglais ou du français

Ce critère d'inclusion en est un de commodité. L'usage de l'anglais ou du français me permettait de communiquer directement avec les participants, sans avoir à recourir à un interprète. De cette façon, les verbatims pouvaient refléter directement ce qui avait été dit lors des entrevues. Il est à noter que pratiquement tous les individus adultes habitant les communautés étudiées peuvent s'exprimer en anglais, et une minorité peut aussi s'exprimer en français.^{5, 7} La langue anglaise est la langue de travail commune dans la plupart des institutions locales (conseils de bande, écoles, services de santé).

L'âge des répondants égal ou supérieur à 25 ans

J'ai fixé une borne inférieure à l'âge des participants à 25 ans, parce que je préférais rencontrer des personnes matures, avec une expérience de vie de quelques années en tant qu'adulte, et avec qui je pouvais discuter plus en profondeur des services dentaires.

Avoir habité au moins 20 ans dans un village autochtone du nord du Québec

Ce critère d'inclusion permettait de restreindre l'échantillonnage à des personnes qui avaient une intime connaissance des services publics (qui incluent les services de santé), au sein d'une communauté autochtone du nord du Québec.

Dans le respect de ces critères d'inclusion, le recrutement des participants visait à explorer le maximum de variation dans certaines caractéristiques des participants (âge, sexe, mode de vie, liens familiaux) et aussi en fonction de l'utilisation des services dentaires (régulière ou irrégulière), en fonction des données déjà recueillies chez les autres participants.

Selon les principes de l'échantillonnage théorique à variation maximale, les critères d'échantillonnage ont été précisés au fil des entrevues, à cause de la redondance de certaines caractéristiques des participants et la nécessité d'explorer certains thèmes plus en profondeur. Après les cinq premières entrevues, mes directeurs de recherche et moi avons constaté que les entrevues s'étaient déroulées chez des adultes assez jeunes, qui consultaient de temps à autre le cabinet dentaire. Il a été décidé de tenter de recruter aussi des aînés et des personnes qui allaient très rarement chez le dentiste, dans le but d'enrichir notre compréhension du recours aux services dentaires dans ces groupes de personnes.

L'échantillonnage et le recrutement ont cessé lorsque l'analyse préliminaire des données a permis de déterminer qu'il y avait saturation des thèmes et que, par conséquent, les principales notions issues de l'analyse étaient assez bien définies pour ne pas nécessiter l'ajout de nouvelles données.

Tableau III – Caractéristiques principales des participants (n=13)

Caractéristique	Nombre
Age (années)	
25-39	4
40-59	6
60-79	3
Sexe	
Homme	3
Femme	10
Localité	
Chisasibi	4
Mistissini	9
Statut autochtone	
Oui	12
Non	1
Temps écoulé depuis la dernière visite à la clinique dentaire	
2 ans ou moins	6
Plus de 2 ans	7
Emploi principal actuel	
Santé et services sociaux	8
Autre emploi	2
Retraité	3

L'échantillon est constitué d'utilisateurs réguliers des services dentaires et d'autres personnes qui ont plus rarement recours à ces services (Tableau III). Une personne a mentionné ne pas avoir visité la clinique dentaire depuis près de 10 ans.

Un seul participant n'est pas un Indien inscrit au sens de la loi fédérale, mais habite depuis plus de 30 ans dans un village autochtone cri. Ce participant rencontre par conséquent tous les critères d'inclusion qui étaient prévus pour cette étude.

La majorité des participants ont un emploi au conseil régional de santé et des services sociaux. Deux participants ont déjà travaillé brièvement à la clinique dentaire, dans le cadre de remplacement du personnel régulier de la clinique médicale et dentaire. Toutefois, aucun des deux n'a travaillé à la clinique dentaire au cours des trois années précédant l'entrevue.

Certains participants étaient impliqués ou avaient travaillé dans le passé au sein d'autres institutions locales, comme le conseil de bande et l'école. Par ailleurs, trois participants étaient retraités au moment de l'entrevue.

4.2.4 Entrevues semi-structurées

Le lieu et l'heure de la rencontre étaient déterminés avec les participants. Je communiquais avec eux au préalable par téléphone ou bien l'informateur clé s'en occupait. Il s'agissait la plupart du temps d'un local à l'intérieur d'un édifice appartenant au CCSSSBJ, et parfois du bureau ou du domicile du participant. Chaque entretien durait entre 45 et 100 minutes.

Les participants étaient invités à lire le formulaire de consentement qui leur avait été remis, et à poser toute question avant de débiter l'entrevue. Les entretiens se sont tous déroulés en anglais et ont été enregistrés à l'aide de deux dispositifs distincts d'enregistrement vocal, pour

parer à une perte accidentelle des données. Mon rôle, en tant qu'interviewer au cours des entrevues semi-structurées, était de guider la conversation pour favoriser l'émergence libre de thèmes pertinents aux questions de recherche. Le guide d'entrevue définitif (Annexe III) était composé de questions assez générales qui référaient à l'usage de services dentaires dans la communauté, et qui permettaient l'émergence de thèmes liés aux attentes envers les services de santé buccodentaire. La première question se rapportait aux expériences passées à la clinique dentaire. Les questions suivantes exploraient la satisfaction, et éventuellement les attentes pour les services dentaires. Ensuite, il y avait une mise en situation avec douleur dentaire chez un enfant, puis une dernière question portait sur la perception de la santé dentaire.

En cours d'entrevue, d'autres questions étaient formulées pour relancer le discours du participant à partir des idées qu'il avait fournies (technique du *probing*). Voici quelques exemples de ces questions dites de « *probing* » :

- *You didn't like that, to feel [répétition], eh?*
- *You mentioned it was long. How long could it be?*
- *How can you tell these dentists are [répétition] ?*

L'analyse des thèmes abordés par les participants au cours des cinq premières entrevues a permis d'améliorer le guide d'entrevue initial (Annexe II) et de produire la version définitive (Annexe III). Par exemple, nous avons constaté que la formulation de la première question était beaucoup trop rigide, alors qu'elle pouvait être remplacée par une formule plus souple et

aussi plus simple. Mes directeurs de recherche et moi avons aussi jugé qu'il était parfois difficile de décrire les attentes pour les services et la perception de la santé dentaire par les participants à partir des questions qui étaient prévues dans le guide. Nous avons donc décidé d'ajouter deux questions abordant directement les attentes pour les services dentaires et une autre question spécifique sur la perception de la santé dentaire, en fin d'entrevue.

4.2.5 Analyse thématique

L'analyse thématique des données est une méthode qui permet d'identifier, d'analyser et de rapporter des thèmes à travers un corpus de données, en fonction de ce que le chercheur veut découvrir.⁶⁶ Par conséquent, il convient d'exposer et de clarifier le plus possible les intentions du chercheur. Dans la présente étude, j'ai choisi de procéder à une analyse thématique en adoptant une approche inductive-déductive. Le processus est d'abord inductif parce que les thèmes découlent en premier lieu des données elles-mêmes, sans qu'aucun cadre d'analyse n'ait été choisi *a priori*. Je précise que l'approche est inductive-*déductive* car l'analyse s'est faite dans un deuxième temps en fonction d'un cadre théorique inspiré de Grembowki⁴⁸. Ce choix de cadre déductif a été fait en tenant compte des thèmes issus de la première analyse, il a donc été guidé par des données empiriques.

Plutôt qu'une étape terminale, distincte et isolée, l'analyse thématique s'est amorcée dès la fin de la première entrevue, lorsque j'ai consigné mes premières impressions dans mon journal de bord. Il s'agissait d'un processus itératif et progressif en six phases⁶⁶ : familiarisation avec les

données, génération du codage initial, recherches de thèmes, revue des thèmes, définition et désignation des thèmes et production du rapport.

4.2.5.1 Familiarisation avec les données

Dans le cadre de cette étude, j'ai eu le privilège de collecter les données moi-même en dirigeant chacune des entrevues. J'ai pris des notes durant les entrevues pour ne pas oublier certaines choses qui me sont venues à l'esprit en discutant avec les participants. J'ai aussi tenu un journal dans lequel j'ai consigné mes impressions après chaque séance, dans le but de pouvoir m'y référer plus tard. Le journal permettait de laisser des traces sur mes intentions et réflexions en cours de recherche, et ces informations pouvaient servir ultérieurement lors des prochaines étapes de l'analyse. J'ai par la suite eu l'occasion d'approfondir ma connaissance du corpus en transcrivant verbatim les entrevues. Les fichiers audio de chacune des entrevues ont été transcrits sur des fichiers informatiques séparés. Malgré mon inexpérience en recherche qualitative, cette proximité avec les données offrait une assise solide aux étapes subséquentes de l'analyse.

4.2.5.2 Génération du codage initial

Suite à la transcription verbatim des premières entrevues, j'ai isolé des idées pour la formulation de codes. La formulation de ces idées était influencée par mon expérience d'interviewer, et aussi par la lecture des notes et impressions consignées dans mon journal. J'ai ensuite utilisé le logiciel QDA Miner pour générer une première liste de codes attribués à des segments précis des verbatims.

4.2.5.3 Recherche de thèmes

La recherche de liens entre les codes a permis de définir des thèmes qui avaient un sens plus large que les codes initiaux. Cet exercice de regroupement des codes a permis aussi de diminuer le nombre d'unités de sens, selon le principe de réduction des données.

Pour y arriver, la liste initiale de codes a été examinée, lors d'une rencontre avec mon directeur de recherche. Le codage initial révélait des idées très variées, certaines assez précises, d'autres plus générales. Nous avons alors trouvé des liens de parenté entre plusieurs idées. Par exemple, les codes initiaux suivants ont été regroupés sous le thème « accueil et accompagnement humain » (Tableau IV):

Tableau IV – Exemple de regroupement des idées en cours d'analyse : création du thème « accueil et accompagnement humain ».

Codage initial	→ Thème
<ul style="list-style-type: none">• Attitude du professionnel, communication et capacité d'écoute• Respect du client• Bon dentiste / bon hygiéniste : « caring »• Qualité du suivi• Niveau de confiance• Dentiste « rough », non attentif à la douleur• Traitements adéquats pour enfants (dimension humaine)• Choisir dentiste doux pour les enfants	Accueil et accompagnement humain

La nouvelle grille thématique était constituée de sept thèmes et a par la suite été attribuée à l'ensemble du corpus à l'aide du logiciel QDA Miner** et d'une revue minutieuse de chaque segment (Tableau V).

Tableau V – Liste des thèmes (structure d'analyse intermédiaire)

Thèmes
1- Obtenir un rendez-vous
2- Accueil et accompagnement humain
3- Peurs
4- Offre de services cliniques
5- Prévention et environnement de vie
6- Culture
7- Santé dentaire

4.2.5.4 Revue des thèmes

La revue des thèmes composant la structure d'analyse intermédiaire a permis d'évaluer la qualité de l'attribution des thèmes. Elle s'est déroulée en deux étapes consécutives. La première étape a consisté à effectuer un codage inverse, et la deuxième a impliqué la production de tableaux sommaires et de matrices de regroupement des thèmes.

Le codage inverse impliquait l'examen de tous les segments attribués à chacun des thèmes. J'ai ainsi pu vérifier le niveau de cohérence de l'ensemble des citations attribuées à un même

** Le logiciel QDA Miner 3.2 a été produit par Provalis Research (2004-2009).

thème. Cette stratégie a permis de vérifier également si un thème avait été attribué par erreur à un mauvais extrait, et donnait l'occasion de faire toutes les corrections qui s'imposaient.

Des tableaux sommaires ont ensuite été produits pour chaque entrevue. À l'intérieur de ces tableaux, un résumé pour chaque thème a été consigné et des extraits ont été placés en guise d'exemple.

Finalement, ces treize tableaux ont été résumés dans une matrice.⁷¹ Il s'agit en fait d'un tableau synthèse qui comportait les sept thèmes en abscisse et les treize entrevues en ordonnée. La matrice a permis de dégager des similitudes et différences entre les entrevues, et a permis aussi de mettre en valeur les grandes lignes de chaque entrevue, pour chacun des thèmes qui avaient été identifiés.

4.2.5.5 Définition et désignation des thèmes

L'utilisation de matrices dans l'étape précédente a permis de procéder à la définition et à la désignation des thèmes et à les intégrer dans un tout cohérent.

Pour y arriver, j'ai utilisé un cadre logique, inspiré du modèle de Grembowski⁴⁸. Ce cadre permettait de présenter les thèmes dans un parcours d'utilisation des services.

Un bilan détaillé des résultats a ainsi été rédigé, en tentant de définir le mieux possible des thèmes pertinents aux questions de recherche. Il décrit en détails chacun des thèmes identifiés à l'étape d'analyse, et pave la voie à la rédaction de rapports qui permettent de diffuser les résultats à différents auditoires

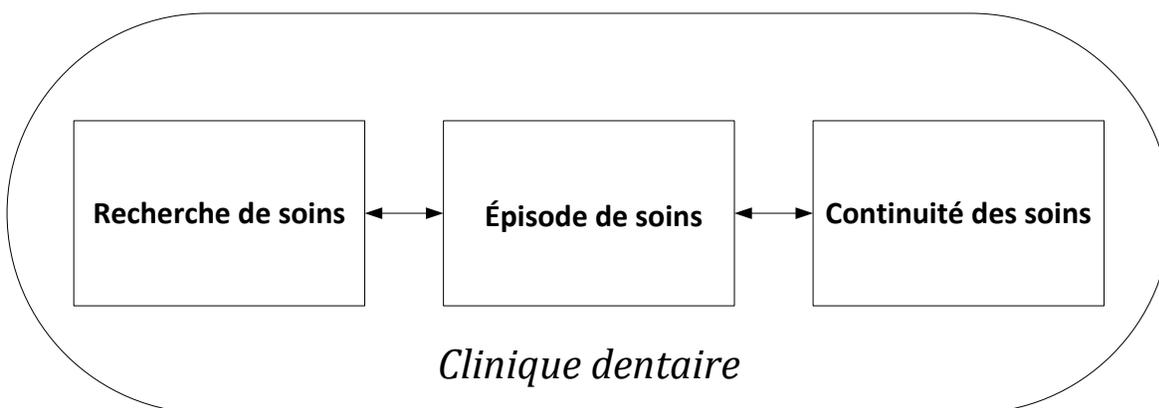
4.2.5.6 Production du rapport

La production d'un rapport dépasse la simple description des données. Il doit mettre en évidence un fil conducteur, développer un argumentaire cohérent avec les questions de recherche et répondre aux besoins du groupe de diffusion visé. Dans le cadre de cette étude, un rapport sommaire sera produit pour les gestionnaires régionaux de services de santé et un autre sera produit pour la communauté scientifique sous la forme d'un article scientifique.

5. Résultats

Cette étude visait à documenter le recours à des services dentaires au sein de communautés autochtones du nord du Québec, à partir d'entrevues semi-structurées effectuées à l'été et à l'automne 2010. L'analyse des données a permis de décrire les attentes, les sources de satisfaction ou d'insatisfaction, ainsi que des pistes de solutions proposées par les participants. Pour bien mettre en valeur les principaux points de l'analyse, nous présentons les résultats en trois segments du parcours de soins buccodentaires : la recherche de soins, l'épisode de soins, et la continuité des soins.

Figure 3 – Modèle contextuel de recours aux services



Cette classification est basée sur l'analyse des données, et s'inspire également des grandes lignes du modèle de Grembowski⁴⁸ qui a déjà été utilisé pour décrire le recours aux services de santé dentaire par une clientèle vulnérable du Québec.⁷² La recherche de soins, l'épisode de soins, et la continuité des soins permettent de situer les attentes pour des services qui sont ou pourraient être fournis par la clinique dentaire. Il est important de préciser que les attentes sont toutes inter-reliées. Pour cette raison les double-flèches indiquent par exemple que ce qui est vécu dans « l'épisode de soins » peut influencer « la recherche de soins ».

Le tableau VI, présenté ci-dessous, décrit nos principaux résultats sous une forme synthétique. Il indique, pour chacun des trois segments du parcours de soins buccodentaires, les attentes des participants, leurs sources de satisfaction et d'insatisfaction, et les solutions qu'ils proposent pour que les services répondent mieux à leurs attentes.

Tableau VI – Attentes, sources de satisfaction et d'insatisfaction, solutions proposées

Contexte	Attentes	Sources de satisfaction et d'insatisfaction	Solutions proposées
1-La recherche de soins	1.1 Consultation rapide en cas de besoin	Source d'insatisfaction : <ul style="list-style-type: none"> • Délais longs ou indéterminés, incertitudes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de professionnels • Améliorer la gestion de l'horaire
	1.2 Accueil courtois et attentionné	Sources d'insatisfaction : <ul style="list-style-type: none"> • Personnel parfois brusque • Non-respect par le personnel des préférences exprimées • Injustices dans l'octroi de rendez-vous 	<ul style="list-style-type: none"> • Former les employés en service à la clientèle
2-L'épisode de soins	2.1 Soins adaptés aux besoins propres et faits dans le respect de l'usager	Sources de satisfaction : <ul style="list-style-type: none"> • Connaître le dentiste ou l'hygiéniste dentaire <ul style="list-style-type: none"> • Habileté avec enfants • Gestion des craintes Sources d'insatisfaction : <ul style="list-style-type: none"> • Dentiste pressé • Dentiste brusque • Explications incompréhensibles ou inquiétantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des visites de familiarisation aux enfants • Recruter des dentistes spécialisés pour les enfants • Limiter l'usage de la contention physique (papoose) • Encourager la présence des parents pendant le traitement dentaire
	2.2 Compétence technique des intervenants	Source de satisfaction et d'insatisfaction : <ul style="list-style-type: none"> • Habileté et expérience des intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> • Recruter des intervenants expérimentés • Développer de l'expertise dentaire chez des membres de la communauté
	2.3 Locaux adéquats	Sources d'insatisfaction : <ul style="list-style-type: none"> • Problème de propreté des lieux • Manque de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> • Aménager les locaux en fonction des besoins des enfants • Offrir des salles de consultation privées
3-La continuité des soins	3.1 Planification du suivi et large gamme de services offerts	Sources d'insatisfaction : <ul style="list-style-type: none"> • Suivi pas assez fréquent (examens de rappel périodiques) • Exécution des services proposés dans des délais non raisonnables • Non-disponibilité de certains services 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer des examens de rappels périodiques • Améliorer la cohérence du suivi • Moderniser le système de confirmation des rendez-vous • Étendre la gamme de services offerts

5.1 La recherche de soins

5.1.1 Consultation rapide en cas de besoin

5.1.1.1 Attentes

Les participants s'attendent à pouvoir consulter un professionnel dentaire rapidement en cas de besoin. Selon eux, la décision de recourir aux services buccodentaires dépend de la nature du problème dentaire, de la vulnérabilité de la personne qui a les symptômes, et de la possibilité d'accéder à des services dentaires satisfaisants au moment opportun.

La nature du problème d'ordre dentaire, les symptômes ressentis

Chez les participants, la douleur est un critère majeur dans la décision de consulter : sa présence justifie le recours aux services dentaires et, inversement, son absence légitime le non-recours aux services. Les participants s'attendent à une prise en charge rapide s'ils ressentent des douleurs intenses ou qui risquent de se prolonger. En l'absence de symptômes, plusieurs participants ont tendance à éviter les services dentaires.

Extrait de l'entrevue #3:

*When I go there, when I go... it's when I have my toothache. I have to go! [rises]
That's when I go.
That's when you go to see the dentist, when you have a toothache?
Yeah. That's how bad I think about going there.*

Extrait de l'entrevue #12:

*Because I don't have toothaches, and I haven't... really went that often. You know?
Like... when I need to go, I go, but... I've been busy for myself; I've been very busy in the past 4 years...*

La vulnérabilité de la personne qui a les symptômes et la possibilité d'accéder à des services dentaires satisfaisants au moment opportun.

Les participants sont préoccupés par la possibilité d'accéder rapidement à des services dentaires adéquats et satisfaisants lorsqu'une personne particulièrement vulnérable vit un épisode de douleur. Les participants désirent qu'il soit possible de consulter un professionnel dentaire dans un court délai à partir du moment où la douleur se déclare, pour éviter que la personne ne souffre inutilement.

Extrait de l'entrevue #11:

When we have emergencies on weekends, I have my son who had that toothache, he was only, I think, about 6 years old at that time and... there is no way that you can make a child stop crying because of toothache, you know... There is no medication that will help the child except for Aspirin so... you know... my son is also allergic to penicillin and... a little bit of aspirin, you know... So I think, like I said, weekend doctors or weekend services would be also... be good.

Les participants identifient les jeunes enfants et les aînés comme des personnes vulnérables, car ils ne sont pas en mesure de prendre rendez-vous et de se déplacer par eux-mêmes à la clinique dentaire.

Extrait de l'entrevue #3:

I don't know about the elders. My mom never... I don't know when she went to the dental... Because them, they can't make their appointments themselves... Like we could have somebody check on the elders for their teeth...

5.1.1.2 Source d'insatisfaction

Presque tous les participants estiment que les délais sont souvent trop longs pour obtenir une consultation à la clinique dentaire. Ils n'apprécient pas les incertitudes qui entourent deux éléments distincts : la prise en charge de leur problème et le délai d'attente lui-même. Ils n'aiment pas être privés d'un accès rapide au service dentaire lorsqu'ils en ressentent le besoin et détestent être placés sur une liste d'attente.

Extrait de l'entrevue #10:

That's what they tell me... "oh, there's a waiting list. I'll call you if there's an opening, or somebody doesn't show up." But she did call me... this was a few years ago... but I wasn't available at that time, I was out of town.

Extrait de l'entrevue #12:

Well I... I was a little frustrated. You know? I kept telling the person "well, this is a child, and I don't think this child needs to suffer". If the weekend is coming up and he won't be able to go, it's not like the kid... started a toothache on a Thursday or Friday, you know? And then the weekend is coming up, he's going to live with that? So she said "well, I'll call you back." And I said "well, make sure you call me back!"

5.1.1.3 Solutions proposées

Pour favoriser un accès rapide aux services dentaires, les participants proposent d'augmenter le nombre de professionnels dans leur communauté et d'améliorer la gestion des horaires.

Augmenter le nombre de professionnels

Plusieurs participants estiment que l'ajout de professionnels dentaires entraînerait une diminution des délais d'attentes. Ils pensent également que cela permettrait de traiter davantage de patients, et d'étendre les heures d'ouverture de la clinique, pour offrir de meilleurs services d'urgence le soir et la fin de semaine. Certains participants ont mentionné que les médicaments distribués par l'infirmerie ne constituaient pas toujours des services adéquats en réponse à un problème d'ordre dentaire. Ils souhaiteraient plutôt, en ces circonstances, consulter un dentiste qui s'occuperait mieux de la source de leur problème.

Extrait de l'entrevue #12:

Well for the population of our community, I find... the service is good, but for... you know, I find the waiting list sometimes is long, you know? I mean sometimes you'll call, and... I'll give you an example. One of my grandchildren had a toothache, and... I couldn't take him in right away, they said it's full, it... You know? And I didn't feel good ... for the young kid to suffer, you know? That's when I felt that they should be more... personnel services in there.

Améliorer la gestion de l'horaire

Certains participants proposent de mieux gérer l'horaire au quotidien afin de mieux servir leur communauté, en offrant des services en continu et en limitant la perte de temps liée aux rendez-vous manqués. À cet effet, un participant suggère des procédures plus strictes et plus rapides en cas de retard aux rendez-vous, afin de ne pas tolérer de retard et d'offrir immédiatement la plage horaire à une autre personne en attente pour des services. D'autres suggèrent d'augmenter les heures d'ouverture de la clinique dentaire afin d'offrir des services dentaires d'urgence là où ils font actuellement défaut, les soirs et la fin de semaine, pour les raisons indiquées précédemment.

Extrait de l'entrevue #2:

It should be ran like a business... either that or hire 5 or 6 for [nom du village]. Because it's not... for me, it's not... are we ever [going to] have the cost-effective side of this service for... not getting our bang for our buck! We have two dentists, yeah. But they see the amount of one dentist per day, if they're lucky... and it's not their fault, it's because people don't show up. And who likes to go see the dentist?

Extrait de l'entrevue #11:

All my visits to the local dentist were all very good. I only thought... my own concern at that time was it was a week end when I had a toothache, and I needed an extraction. And... because of the fact that it was a week end, I was asked to come back on Monday, and the pain was excruciating, it was really bad and I really wanted to... get my tooth pulled out, but the week end services were not available. So I think maybe in the future, week end services should be made available to people that are on the emergency list, you know... or having emergency case.

5.1.2 Accueil courtois et attentionné

5.1.2.1 Attentes

Les participants s'attendent à un service courtois et attentionné lorsqu'ils communiquent avec la clinique dentaire, que ce soit en personne ou au téléphone. Ils souhaitent aussi que leurs choix et préférences soient respectés, notamment lorsqu'ils choisissent un dentiste particulier ou lorsqu'ils donnent leurs disponibilités pour un prochain rendez-vous.

La qualité de l'accueil offert par le personnel de la clinique est d'une importance capitale pour certains participants. Ceux-ci estiment que la qualité de l'accueil prédispose naturellement les gens à fréquenter la clinique dentaire. Ils s'attendent à un accueil courtois et empreint de savoir vivre.

Extrait de l'entrevue #7:

To be courteous. First of all, first and foremost... because if people don't feel welcome there, they're not going to bother calling about their appointments if they have a problem with their appointment, you'll have a no-show again. And the other thing too is maybe to... be well organized.

5.1.2.2 Sources d'insatisfaction

Certains participants se montrent insatisfaits de l'accueil à la clinique dentaire pour trois principales raisons : lorsque le personnel se montre brusque ou impoli, quand les préférences qu'ils expriment ne sont pas suivies, et lorsqu'ils perçoivent des injustices dans la gestion de l'horaire.

Personnel parfois brusque

Peu de participants ont mentionné avoir eu affaire à un service brusque ou impoli en communiquant avec la clinique dentaire. Toutefois, ceux qui l'ont fait ont expliqué qu'une telle expérience était fort désagréable, et pouvait les décourager de fréquenter la clinique dentaire.

Extrait de l'entrevue #6:

It's very off putting that to call, and there is always somebody who's going to be all snappy with you... rather than if you talk to somebody that's polite...

Non-respect par le personnel des préférences exprimées

Certains participants sont également insatisfaits du service offert par le secrétariat de la clinique lorsqu'ils expriment des préférences qui ne sont pas suivies. Il peut s'agir du choix d'un dentiste en particulier ou bien d'une plage horaire.

Injustices dans l'octroi de rendez-vous

Les participants s'attendent enfin à un service juste et équitable. Ils ont l'impression que le service est inéquitable quand une personne en douleur est forcée d'attendre son tour comme les autres, ou bien lorsqu'un rendez-vous a été déplacé sans évidence de raison valable, ou pour favoriser une autre personne, à leur détriment.

Extrait de l'entrevue #13:

I went to the clinic to call... and they said there's somebody else there, and I really wanted to see who it was that was there? And I found out it was the [membre de la famille] of the worker that they bumped me for...

5.1.2.3 Solutions envisagées

Quelques participants recommandent qu'une formation en service à la clientèle, axée sur la courtoisie et la politesse, soit offerte aux employés de la clinique dentaire. De plus, cette formation viendrait combler certaines lacunes qui leur apparaissent évidentes dans le travail d'un employé en particulier. Certains participants suggèrent aussi une meilleure utilisation des nouvelles technologies (cellulaires, messagerie texte) afin de communiquer immédiatement les ouvertures dans l'horaire aux personnes en attente de services.

5.2 L'épisode de soins

5.2.1 Soins adaptés aux besoins propres et faits dans le respect de l'utilisateur

5.2.1.1 Attentes

Les participants s'attendent à ce que leurs besoins, et ceux de leurs proches, soient pris en considération par les membres de l'équipe dentaire. Bien que ces besoins varient d'une personne à l'autre et d'une situation à l'autre, les participants souhaitent que les professionnels dentaires expriment de l'empathie et soient sensibles à ce qu'ils ressentent. Plusieurs participants font état de craintes envers les dentistes ou les services dentaires eux-mêmes. Ils souhaitent que leurs craintes soient reconnues par les dentistes et le personnel de la clinique, et qu'elles soient gérées convenablement. Ils estiment aussi que certaines personnes, comme les enfants et les personnes âgées, ont des besoins spécifiques d'accompagnement physique et émotif. Aux yeux des participants, ce rôle d'accompagnement peut être assuré conjointement par le personnel de la clinique et par les membres de la famille qui accompagnent ces personnes ayant des besoins spécifiques.

Extrait de l'entrevue #7:

I don't know what the dentists go through. Like do they ever have a meeting, a conference, on how to improve? Your relationships between your... not relationship... you know, how you approach people, how you approach your clients and what do you do to make them feel comfortable and what do you do to inform people... your clients on what the procedures are. I don't know if they ever go through that.

It would be a good idea, because there are some that are... The dentists... What I noticed, with the professionals, is the longer the professionals stay in once place, the more careless they seem to be. Well... not careless, but the more they think they know. Better than the client?

But if you have a refresher, or a conference, or something... to remind them that the client knows what they're feeling, not you, as a professional.

And the new ones, they want to try... whatever's available, so they can attempt to push things or... I don't know if they know how to inform people, what are they going to be doing, and they probably don't have the proper methods of communication.

Les craintes

Les participants s'attendent à ce que les professionnels s'adaptent aux craintes associées aux services dentaires, et utilisent souvent l'expression *to be afraid of the dentist*. Pour les participants, les craintes sont issues d'expériences antérieures, vécues par eux-mêmes ou par des membres de leur entourage. Les participants souhaitent généralement éviter la répétition de ces mauvaises expériences antérieures. Ils souhaitent notamment ne pas ressentir de douleur en cours de procédure dentaire. Ils veulent aussi que le dentiste et les employés de soutien de la clinique les aident à gérer leurs craintes. Les participants croient que l'expression du dentiste, son attitude et la qualité du lien de confiance qu'ils établissent avec lui peuvent contribuer à estomper leurs craintes, ou bien à les empirer, selon le cas.

Extrait de l'entrevue #9:

The first thing when you see a dentist is that white suit, eh? That white suit sets you off [rire] Couldn't they dress a little bit better than... have it all white! White thing, you know?

As soon as you go, and... what you smell at the dentist office... Yeah... that smell [stinks].

You have that grinding motor hiiiiii [rire] You know that hiiiiiiiiiiiiiiii [imite bruit du moteur de pièce] ... The drill! It makes you shiver! I wish they would have some music.

Certains participants mentionnent que leurs craintes peuvent aussi être amplifiées dans certaines circonstances particulières. Ainsi, la détresse psychologique liée à un événement personnel récent et la douleur intense peuvent exacerber certaines craintes préexistantes pour

les rendre difficilement contrôlables. En de telles circonstances de fragilité émotionnelle, ces participants estiment qu'ils ont un besoin particulier d'accompagnement pour mieux vivre leur visite au cabinet dentaire.

Extrait de l'entrevue #3:

When I last went there, I went there because I had my tooth pulled out, so the first thing they did was... because that was the following day.... because I guess I was in the stage of emotional and this day I was... my anxieties were very strong, so... I was more emotional at that time, because that was the day before the funeral of my father. So they knew what my situation was.

So right away, they asked to come in to inside, so nobody could see me or... they didn't... tell me to wait in a waiting room.

So right away I went in.

So... because I was emotional... first, they calmed me down. So... because I was in pain, too. I was struggling that day. But I had to go for my appointment, because I was sick at the same time. So, they knew how to handle me, so they... they called my sister... They told me "do you want your sister with you?" So, they gave me the pills, and they waited about an hour. So, I stayed in that room. But they... didn't leave me. They stayed with me.

Besoins spécifiques pour enfants et personnes âgées

Par ailleurs, les participants s'attendent aussi à un accompagnement spécial pour les enfants et les personnes âgées, notamment à cause de la barrière des langues. Plusieurs enfants et personnes âgées, en effet, ne peuvent s'exprimer en anglais ou en français et ont donc besoin d'un interprète pour communiquer avec le professionnel dentaire. Ces personnes ont également besoin d'être accompagnées physiquement pour pouvoir se déplacer à la clinique.

Certains participants estiment que les enfants ont besoin de services doux et calmes car ils risquent de développer des traumatismes, s'ils vivent et cumulent de mauvaises expériences au cabinet dentaire.

Extrait de l'entrevue #1:

For elders. It's hard for elders, older people, or people who didn't go to school much. It's hard for them to understand. Sometimes, you need a translator, or... it's good to have a Cree dental assistant... they can translate what the dentist said to the patient when he speaks English.

Extrait de l'entrevue #7:

If you love your kids, you won't want anything to harm that... and by being scared... of a dentist... you don't want to... let them be afraid of the dentist so bad that they don't want to go, you want to avoid that, because first and foremost, you want to avoid going to the dentist by brushing your teeth and taking care of them. And if you have to go through, if you have to go see the dentist, then... dentist is somebody who'll take care of you. That's the message you want to put through to the kids.

5.2.1.2 Sources de satisfaction et d'insatisfaction

Sources de satisfaction

Connaître le dentiste ou l'hygiéniste dentaire

Plusieurs participants émettent des commentaires positifs sur le service qu'ils reçoivent d'un dentiste ou d'hygiéniste dentaire qu'ils connaissent d'un point de vue professionnel, et qu'ils savent habile dans certaines circonstances, comme pour traiter des enfants, pour le contrôle de la douleur et des craintes. Les participants connaissent les dentistes par leur rapport professionnel avec eux, ou avec leur entourage. Certains participants estiment qu'ils sont davantage prédisposés à fréquenter le cabinet dentaire lorsqu'ils connaissent le dentiste professionnellement (expérience personnelle ou de l'entourage).

Extrait de l'entrevue #8:

Try to avoid [nom d'un dentiste]. He seemed to be always there. [rire] And he was not too gentle, he hurt. That's what I heard... patients^{††} say. But when you know a dentist is good, then you make more trips to the dentist office.

Habilitéte avec les enfants

Les participants croient que certains dentistes et hygiénistes dentaires ont des habilités particulières pour traiter les enfants. Ils savent reconnaître ces habilités : une combinaison judicieuse d'aptitudes techniques et humaines. Ces intervenants réussissent à travailler en douceur et ne donnent pas l'impression d'être pressés par le temps. Ils savent rassurer les enfants ainsi que leurs parents. En ce sens, ils accueillent la présence des parents dans la salle de traitements. Ils fournissent des explications honnêtes, simples et claires, qui permettent aux parents et aux enfants de mieux comprendre ce qui se passe, tout en gérant habilement et patiemment leurs craintes.

Extrait de l'entrevue #5:

The only person I would let touch my kids is [nom d'un dentiste], because I know she's gentle. I know she's very good with the needle, because kids, first of all, are very scared, and ...

Extrait de l'entrevue #2:

It's just the point of understanding and knowing what's going on... So... I think the thing is the honesty part for the one there... little and hung up. I found that with [nom d'un dentiste] it was a lot better. They know the size the needle was, they know where it was going... It was... "Yeah, it's going to hurt a little bit, but after that, it was going to be ok"... so after that they were ok. [...] In another way, I noticed too, with the ones that are good, you don't hear a lot of screaming coming out of the dental office [rires].

^{††} Note de transcription : cette personne utilise le mot *patients* pour désigner des personnes de son entourage qui avaient fréquenté la clinique dentaire.

Gestion des craintes

Les participants sont satisfaits de transiger avec un professionnel dentaire connu avec qui ils ont eu une expérience antérieure positive, et avec qui ils ont appris à mieux gérer leurs craintes. Ils savent que ce dentiste ou cet hygiéniste dentaire utilisera un traitement pharmacologique pour contrôler leur anxiété, ou portera une attention particulière à ce qu'ils vivent et ressentent, en les écoutant et en assurant le calme autour d'eux dans l'aire de traitements.

Extrait de l'entrevue #3:

The last time I saw the dentist was in 2006, I think. He knew... my situation. So, he gave me the pill [...] how to handle me. So, it was ok. Because once you get to know the dentist, he knows you... but when they change a lot, so that's the problem we have too, here.

Sources d'insatisfaction

Les participants trouvent que trop souvent, des intervenants dentaires se montrent brusques ou fâchés, ou semblent pressés par le temps. Ils sont insatisfaits de leur visite à la clinique dentaire dans de telles circonstances et veulent éviter que ces situations se reproduisent. Ils n'aiment pas non plus que les dentistes expliquent mal les procédures dentaires, et ne s'occupent pas bien de leurs craintes.

Dentiste pressé : soins de moins bonne qualité

Plusieurs participants rapportent de mauvaises expériences au cabinet dentaire alors qu'ils sentaient que le dentiste était pressé. Ainsi, ils n'aiment pas lorsque les intervenants dentaires sont préoccupés par le temps, et que leur attention n'est pas suffisamment concentrée sur les besoins propres du client, notamment le contrôle de la douleur en cours de procédure.

Extrait de l'entrevue #6:

Anyways, because when I first went in, when she was doing the filling and everything, she seemed like she was rushing to do it... and she kept looking at the door behind her... and it's like if you're working on somebody's mouth, then I don't think you need to rush, I think you should take your time... and do it right.

Extrait de l'entrevue #2:

He's in a rush. He's always in a rush. Because he pulled out... Two of my kids had teeth pulled out by him and both of them complained he was... in such a big hurry, he didn't wait for the freezing to take effect.

Dentiste brusque ou fâché : à éviter pour traiter les enfants

Quelques participants rapportent de mauvaises expériences par exemple lorsqu'ils voyaient un dentiste agir brusquement ou semblait fâché en soignant un enfant. Ils ne comprennent pas pourquoi le dentiste agissait ainsi, mais ils estiment toutefois que ces comportements sont inacceptables, et inappropriés en fonction de leur système de valeurs. Ils ne veulent pas que des enfants soient réprimés lorsqu'ils bougent ou expriment des cris ou des pleurs. Ils désirent aussi éviter le recours à la contention physique (papoose board) pour éviter d'amplifier les

crainces qui existent déjà chez ces enfants, et provoquer des séquelles psychologiques à plus long terme.

Extrait de l'entrevue #4:

I was working with one lady... She just got out of school. And the kid was scared and pulling things and I noticed she was almost... I guess it was shocking to her... that the kid was doing that... she seemed a little frustrated. Because I don't know how it is... maybe it's different with people down south, especially kids... they probably react differently than kids here... I don't know... because everybody is different... in the nationalities and stuff like that... they react differently when they're scared... So, I guess maybe if ... the dentist here tell them what could happen... you know, the kids here... I don't know if it's right to do that, especially when you're a dentist or a doctor, to be angry with someone else's kid. [...]

Explications incompréhensibles ou inquiétantes

Les participants rapportent que, parfois, les dentistes expliquent mal les procédures dentaires.

Ils sont insatisfaits des explications fournies par les dentistes pour deux principales raisons :

1- lorsque les explications sont incomplètes, bâclées ou communiquées d'une manière incompréhensible, et 2- quand les explications ne parviennent pas à les rassurer en fonction de leurs craintes.

Extrait de l'entrevue #11:

I got the wrong dentist. I really think that a dentist should have feelings for patients. To have feelings for your patients means that you have to respect the person, the patient, regardless of color, race, the height, the stature of the patient, you know? Some people are afraid to go to dentist because of bad experiences, and that... was one bad experience that I had. But I knew that there were other dentists that were very nice, very good, and they explained everything. But... I just happened to... have a bad day that day!
But then again, there are some accidents... your tooth breaks... I had that in Quebec City, they were very professional... they told me what happened, and how they are going to fix it, and I feel... having the right information makes a patient feel comfortable.

Extrait de l'entrevue #7:

I just... told him what... like I asked him... eh... "I don't want to have to come back for this tooth ever again". I just told him that, and I said "ok, if you're going to insist on that root canal, I want... to have a guarantee that's it's not going to ever hurt again". Because the way it was hurting, I didn't want to keep it.

But... if the dentist reassured me, that the procedure would be less painful, and more easier, then maybe I would have gone... through it, but he didn't...

"Ok, we're going to save the tooth, and we're going to take this thing out, and... I said "take it out, what? You're going to drill into my tooth and take everything out?" He should have been more... let's say... he should have at least said "... you're not going to feel any pain when I do this, and..." and he made it sound so dramatic?

And that's when I got... I said "no, no, I'm not going to put myself through that. I want this over, I'm done with", I told the dentist. And I didn't want to offend him, at the same time, because I was going to let him take my tooth out, I didn't want him yanking it out [rires] so at the same time I had to be... I felt I had to be nice to the dentist.

5.2.1.3 Solutions proposées

Visites de familiarisation pour les enfants

Un participant suggère d'organiser de courtes séances de familiarisation pour permettre aux enfants de découvrir la clinique dentaire dans une ambiance détendue et d'interagir librement avec le personnel de la clinique. La séance serait dédiée entièrement à la familiarisation, et permettrait de préparer l'enfant en vue d'une séance de traitements dentaires.

Extrait de l'entrevue #4:

If a kid needs a tooth removed, maybe they should bring him there like a pre-visit, just to talk to them and... just show them things... so that they don't get scared on their visit... maybe that could be helpful... Explain to them why they need to remove the tooth. If they don't, they're going to get sick and ... that maybe would be helpful... Not even an appointment, maybe to show them around... I don't know if they would have time to do that, but maybe that would help. [...] That would be good, like few minutes, get an appointment and just go there, 10-15 minutes and show them around, and show

them the little things, and just explain how it's used and... you know the way you should talk to a kid... [rire] Like a fun way.

Dentistes spécialisés pour les enfants

Quelques participants proposent que des dentistes spécialistes puissent s'occuper des enfants, principalement pour les mettre à l'aise et estomper leurs craintes. Ainsi, ils proposent que les dentistes qui œuvreront à l'avenir auprès des enfants soient formés pour bien communiquer avec eux, et soient spécialement sélectionnés pour leur capacité à agir doucement et avec calme, pour ne pas les effrayer.

Extrait de l'entrevue #5:

I don't know if it's like that down south. Is there one that's specifically just for kids, or... That would be... something good, especially if that... where kids wouldn't feel scared to go there... Maybe sometimes that's what causes these problems, maybe these kids are scared to go see the dentist, you know what I mean?

Limiter l'usage de la contention physique

Certains participants ont mentionné qu'ils étaient inconfortables avec l'usage de la contention physique chez les enfants. Ils s'opposent à ce que le dispositif « papoose board »^{‡‡} soit utilisé chez leurs enfants. Compte tenu que plusieurs enfants ont, à la base, déjà peur du dentiste, ils sont convaincus qu'une telle restriction aux mouvements de l'enfant peut provoquer des conséquences psychologiques néfastes à long terme. Par conséquent, ils préféreraient que le dentiste s'abstienne d'utiliser la « papoose » lors de procédures dentaires et que celui-ci adopte

^{‡‡} Il s'agit d'une de planche matelassée, recouverte de quelques bandes velcro. Elle permet d'immobiliser le corps et la tête d'un enfant pour éviter les blessures physiques lors d'une procédure dentaire. Ce dispositif ne doit en principe être utilisé que dans des situations d'urgence extrême où la santé de l'enfant est en danger.

donc d'autres stratégies pour contrôler le comportement de l'enfant, comme d'envisager des traitements sous anesthésie générale, par exemple.

Extrait de l'entrevue #4:

They call it "papoose", I think? And I don't want my kid to go through that... You know what I'm talking about... I didn't like that. I don't want them to do that to my son. Because when... you're a kid, and something happens... you're really scared and... you feel like nobody is helping you and everybody is against you... you know... that can't be good! Like as you... grow up, from having that experience.

I guess we all know that... you have an experience that was really scary for you, and you remember that... and you can have something like... I don't know... a disorder or something when you're older.

Présence des parents pendant le traitement dentaire

Un participant suggère que les parents soient encouragés à être présents durant les séances de leurs enfants, plutôt que d'en être empêchés par le dentiste. Plusieurs autres participants mentionnent qu'ils ont l'habitude d'être présents en de telles circonstances. En demeurant au côté de leur enfant, ces personnes estiment qu'elles peuvent contribuer à la qualité des soins : elles peuvent servir d'interprète pour l'enfant qui s'exprime en cri et le dentiste qui parle anglais; elles peuvent aussi fournir une présence rassurante pour l'enfant durant la procédure dentaire.

Extrait de l'entrevue #9:

To have the parent beside that little kid that you are going to have... that you are going to extract a tooth from is very helpful, eh?

It is very useful. A parent should be allowed to go in there and hold... kid's hand and... not all the children understand what the dentist says, but you're there for translation purposes. And you're there because every child trusts their parents. And to have your parent besides you holding your hand is a big comfort, you know?

5.2.2 Compétence technique des intervenants

5.2.2.1 Attentes

Les participants s'attendent à des intervenants dentaires qui démontrent une aisance et une compétence clinique suffisante pour être à l'aise dans leur rôle de soignants. Ils souhaitent que ceux-ci comprennent et soient capables de répondre aux besoins propres définis à la section 5.2.1. Les participants veulent aussi que ces dentistes aient plusieurs années d'expérience et soient capables d'accomplir aisément le travail technique requis. Ils souhaitent établir avec eux un lien de confiance, sentir leur empathie et leur respect. Enfin, ils veulent que les dentistes les rassurent et leur fournissent des explications claires.

Extrait de l'entrevue #13:

When I go to the hygienist or the clinic, I always look for... the walls where you hang your certificate, or your diploma, you know? That you finished... I always look for those, like... just to have a little... Are you sure this person is qualified to do what he's about to do, or? And I look around, like... just to look for those... that hang on the wall... and it gives you... like to be able to trust that person, I guess. [...] And then I check, make sure ... everything is clean, and no package is open already... They consider of your health and make sure... they wear their gloves. That's what I do if I go... if I see something, then I say... "is that...?" I just... to be safe, I guess.

5.2.2.2 Sources de satisfaction et d'insatisfaction

La satisfaction des intervenants est en fonction de deux critères principaux qui sont souvent inter-reliés : l'habileté et l'expérience des intervenants.

Les participants évaluent l'habileté des intervenants en fonction de plusieurs critères, dont certains ont déjà été énumérés et décrits dans la section 5.2.1, puisqu'ils se rapportent aussi à la satisfaction des besoins propres de l'individu dans une consultation.

Quelques participants expliquent qu'ils sont insatisfaits des services qu'ils reçoivent lorsque le dentiste est nouveau ou manque d'expérience, et semble avoir peu d'aisance dans son travail. Ainsi, ils ont moins confiance en les aptitudes des jeunes gradués.

Quelques participants mentionnent également qu'ils reconnaissent et apprécient l'expertise des membres de leur communauté qui travaillent à la clinique dentaire et qui développent des connaissances en santé dentaire. À leur point de vue, ces personnes pourraient bien un jour devenir des dentistes ou hygiénistes dentaires.

Extrait de l'entrevue #6:

They are in school for a while before they come up, or? That's what I question, because the girl that messed up my tooth, apparently, she was practicing for a couple of years. I think of someone practices a couple of years, they would not have made that mistake in the first place.

The ones that I had good appointments with... you can tell they'd been practicing for a while. The ones that have been... when I had quite a few crappy appointments, and it's always been... [soupir] the ones that look that they're just fresh... in their... [rire] they need more of a bedside manner as well...

5.2.2.3 Solutions proposées

Les participants suggèrent que l'on recrute plus souvent des intervenants expérimentés qui, selon eux, offriraient des services plus satisfaisants. Les dentistes expérimentés possèderaient

des habiletés humaines et techniques plus développées. Ils seraient ainsi plus à l'aise dans leur rôle de soignant, dégageraient moins d'insécurité avec les aspects techniques et relationnels de leur travail. Ils sauraient aussi mieux communiquer avec leurs clients, en montrant une bonne capacité d'écoute et en fournissant des explications claires et rassurantes. Les participants souhaitent aussi que l'on rende accessible à des jeunes autochtones des formations pour des professions en santé dentaire, dans une perspective de développement et d'autonomie pour la communauté.

Extrait de l'entrevue #6:

Listen to your patient. Explain what you're going to do, before you do it. I want to know what someone is doing before they dig in my mouth, so I know what to expect.

And... Learn some manner with the front line staff...

Extrait de l'entrevue #11:

And we also need people at the clinic... from the community. I know a lady who works there, she's very good with patients, eh? She's a dental assistant, from our community. she knows what she's doing, because she's working with a professional, [that] explains very well what the responsibilities are for the dental assistant.

So for me, I'm happy to see people involved in that field, from our community, even though they haven't gone in school yet, but they have enough education to be... to take up the field of being a dental assistant.

I believe that each community should be self supportive, in many ways, you know? If... we can start our own businesses and support our community in that sense, and that we should also be working in getting doctors and dentists and... nutritionists, and so... it's just like every other community, you know? [...] we look... to have people that we're proud of, too, you know?

5.2.3 Locaux adéquats

5.2.3.1 Attentes

Les participants aimeraient des locaux offrant un environnement propice aux soins dentaires, et adaptés aux différentes clientèles. Ils souhaitent notamment que la configuration des lieux préserve leur intimité, dans un endroit calme et à l'abri du regard d'autrui.

5.2.3.2 Sources de satisfaction et d'insatisfaction

Problème de propreté des lieux

Une participante mentionne qu'elle est insatisfaite du manque d'entretien des locaux de la clinique dentaire. Elle estime que le manque de propreté des lieux l'indispose. Les locaux lui apparaissent négligés et impropres à l'usage auquel ils sont destinés.

Extrait de l'entrevue #4:

I don't find it's really clean... Yeah, the floor is really dirty and... like the garbage is like full all the way at the top and... and you know, it's not closed.

Manque de confidentialité

Des participants se disent insatisfaits de l'intense va-et-vient autour d'eux lorsqu'ils sont au fauteuil du dentiste. Ils n'aiment pas que des gens circulent à proximité de l'aire de soins, et n'apprécient pas l'actuelle disposition des salles de traitement. En effet, certaines de ces salles hébergent deux fauteuils dentaires, séparés entre eux par des demi-cloisons. Les participants n'apprécient pas qu'on puisse entendre ce qui se passe d'une aire de traitement à l'autre, et qu'ils puissent être aperçus allongés sur un fauteuil, par des gens circulant dans le corridor de la clinique médicale.

Extrait de l'entrevue #3:

*Yeah, I don't like it. The area where they are working, because it's too small. So...
Oh... The privacy. People walk by. They see you sleeping. [rires]
But they don't close the door, eh?*

5.2.3.3 Solutions proposées

Adapter l'espace aux besoins des enfants

Des participants suggèrent que certaines salles de traitement soient décorées pour permettre aux enfants de se détendre en cours de traitement. Ils proposent d'installer des images au plafond, de décorer les murs et même d'installer des téléviseurs destinés à capter l'attention des enfants en cours de traitement.

Extrait de l'entrevue #2:

*The other things for kids, it's like cartoons that have... a thing above for the cartoons,
TV show for them to watch, to distract them, keep their minds...*

*Because I've seen in a dentist office in Montreal, it was like that... they had flat screen
TVs in the ceiling for that little... it was one for kids... they picked their cartoon and...*

Offrir des salles de consultation privées

Quelques participants suggèrent que les salles de consultation soient fermées, de manière à respecter la confidentialité des usagers et à offrir un environnement plus calme.

Extrait de l'entrevue #13:

*I understand it's a small building... Like me, when I hang upside down at the dentist
office, I'm not too comfortable with somebody else walking by or coming over [...] maybe,
in the future, I don't know if... what kind of building they're going to have [...] make it
more confidential, more private.*

5.3 La continuité des soins

5.3.1 Planification du suivi et large gamme de services offerts

5.3.1.1 Attentes

Les participants s'attendent à une planification de soins adaptée à leurs besoins propres et à leurs attentes individuelles.

Les attentes individuelles au niveau de la continuité des soins varient considérablement parmi les 13 participants à cette étude. Tous ne s'attendent pas à recevoir des services planifiés ni élaborés. Ainsi, certains souhaitent pouvoir accéder à un service ponctuel en cas de besoin, et désirent déterminer eux-mêmes comment ils s'adresseront aux services dentaires, au moment voulu. Ceux-ci ne formulent donc pas d'attente particulière pour la continuité des soins. D'autres participants veulent s'assurer de recevoir à leur clinique dentaire locale tous les services qu'ils jugent utiles et que le dentiste leur suggère. Ces services incluent les examens et nettoyages périodiques, des traitements élaborés de prothèse fixée et d'orthodontie. Ainsi, plusieurs participants souhaitent que la clinique dentaire assure à leur égard un suivi proactif de leurs besoins qui s'accorde à leur vision d'un service dentaire idéal. Certains estiment que la clinique doit améliorer son offre de services et offrir par exemple les soins sous anesthésie générale et les traitements de blanchiment des dents.

5.3.1.2 Sources de satisfaction et d'insatisfaction

Certains participants sont insatisfaits lorsqu'ils ne bénéficient pas de rappels périodiques, lorsqu'ils n'ont pas accès aux traitements proposés dans un délai raisonnable, et lorsqu'un service qu'ils désirent utiliser n'est pas offert dans la communauté.

Examens de rappel périodiques

Plusieurs participants mentionnent qu'ils sont insatisfaits de ne pas pouvoir bénéficier de visites annuelles ou semestrielles au cabinet dentaire, pour un examen et un nettoyage dentaire. Quelques participants expliquent que dans le passé, la clinique les appelait à chaque année pour leur offrir ce service et qu'ils doivent dorénavant appeler eux-mêmes. L'absence de suivi les amène à négliger les visites au cabinet du dentiste.

Extrait de l'entrevue #5:

Lately, I don't visit regularly the dentist. I don't know, they used to call me every 6 months, and then it stopped, so I called them and I said "eh..." ... Like I have to call them, I think it's probably... what's supposed to be done. Normally, before, they used to call me for cleaning, but now I make my own appointment which is ok, but I think I neglected it a little bit.

Extrait de l'entrevue #6:

I got a call like a year later "oh, it's time for you, you got a check-up" or... I've been 2 years without going to the dentist, and they say "oh, yeah, it's time for your annual check-up". I thought annual check was yearly. They never gave me calls. I don't think about it because I don't like going to the dentist.

Exécution des services proposés dans des délais non-raisonnables

De manière générale, les participants qui s'attendent à un suivi proactif de la part de la clinique trouvent que le système manque de cohérence en fonction de leurs besoins : ils se

plaignent de ne pas recevoir les services qui leur ont été proposés à la clinique dans un délai raisonnable. Ils critiquent aussi l'opacité de la planification de leurs traitements dentaires et le manque de communication entre le dentiste et la personne en charge d'organiser le suivi. Des participants expliquent qu'ils se sentent frustrés lorsqu'ils n'arrivent pas à convaincre la secrétaire de leur octroyer un rendez-vous en fonction des recommandations du dentiste.

Extrait de l'entrevue #5:

They said I needed a crown.

So that part, I'm not happy because I waited too long for that. Yeah. Probably 2 years, or more, at least 2 years, I would say. They're lucky I don't have problems with it, if I had a problem with it, I would probably would have... ended up at the dentist and expressed it more, but since I don't have any problem with it, I cannot elude with it.

You have any idea why you had to wait so long, for that?

I don't know. Usually, [nom d'un dentiste] is very good. I know she's very professional, but... she's the one I go see all the time. I don't know what her reason is for not calling me. I don't blame her. I don't know if maybe, they forgot about me, but I made a few calls there to leave messages, to ask them if they are going to do it. All I know is that they told me it's a very long process...

To me, it sounded like they're not really looking forward to doing it.

Non-disponibilité de certains services sur place

Certains participants ne veulent plus être obligés de se déplacer pour obtenir certains services dentaires, comme ceux prodigués sous anesthésie générale. Ils souhaiteraient plutôt accéder à ces services sur place, dans leur localité. Ils considèrent que les soins sous anesthésie générale sont essentiels pour le bien-être de leurs enfants, qui ont souvent peur du dentiste.

Une participante souhaiterait aussi pouvoir accéder à un service de blanchiment des dents dans son village. Elle ne comprend pas pourquoi elle doit se déplacer dans une clinique privée à

l'extérieur de la région pour obtenir le service, alors qu'elle serait prête à payer les mêmes honoraires pour que ce service soit disponible sur place. Elle estime que le blanchiment des dents serait bénéfique pour elle, en fonction de sa conception de la santé dentaire.

5.3.1.3 Solutions proposées

En réponse à leurs insatisfactions, les participants recommandent d'offrir des examens de rappel périodiques planifiés, et d'améliorer la qualité du suivi en améliorant l'information transmise à la secrétaire de la clinique, laquelle établira la séquence de rendez-vous. De plus, ils suggèrent d'augmenter la gamme de services offerts à la clinique dentaire.

Planifier les examens de rappel périodiques

Plusieurs participants considèrent qu'ils n'arrivent pas à recevoir des examens de rappel à la fréquence qu'ils souhaitent, soit à tous les six mois ou à chaque année. Ils suggèrent que des examens périodiques soient planifiés convenablement par la clinique dentaire, avec une fréquence de visite prédéfinie, en fonction de leur préférence. Ils suggèrent aussi que la clinique assure le suivi des besoins de certaines personnes vulnérables comme les enfants et les personnes âgées qui ne bénéficient pas actuellement d'examens de rappel périodiques. Selon eux, il s'agit là d'une responsabilité partagée par la clinique dentaire locale et la famille immédiate de ces personnes.

Extrait de l'entrevue #3:

My mom never... I don't know when she went to the dental... Because them, they can't make their appointments themselves... Like we could have somebody check on the elders for their teeth ... because my mom never was asked to come to the clinic for the dental... for cleaning. But now she has only one tooth left, so the dentist doesn't even know how many tooth left she has [rires], so she never went to the dental... But you have to make your own... or do they tell you "you have an appointment"?

Améliorer la cohérence du suivi

Les participants estiment que la qualité du suivi pourrait être améliorée par une meilleure communication entre le dentiste et le personnel clérical de la clinique. Ils suggèrent que le dentiste transmette directement à la secrétaire leurs besoins en termes de rendez-vous, dans le but de faciliter l'exécution du plan de traitement proposé par le dentiste.

Extrait de l'entrevue #4:

The dentist there, when he was done, he told me "ok, just make an appointment with the lady in the front", you know, and ... if he knows that it was important, to get what I needed to be fixed, he should have told the lady... put her on the list. Because if I say it, she's going to put me on... the waiting...[list]. That's what I know because, from working there... [rires légers] So it's better if he told... the lady "ok, put her on this This day" then you know ... Instead of me going and waiting like a long, long time.

So you would have appreciated if the dentist went to tell the secretary and... like... rushed the appointment, or?

Not rush it, but at least... to make another appointment, instead of just putting me on the waiting list, you know like... to wait, wait 6 months or a year.

Moderniser le système de confirmation des rendez-vous

Des participants suggèrent d'améliorer la communication avec les habitants du village à l'aide de nouvelles technologies, par exemple pour confirmer les rendez-vous. Les moyens de communication identifiés sont les téléphones cellulaires (appels vocaux et messagerie texte) et les courriels. Les participants souhaitent que la secrétaire de leur clinique dentaire locale apprenne à confirmer leurs rendez-vous à travers ces technologies. Ils soulignent que l'internet et les téléphones portables les suivent mieux dans leurs déplacements que le répondeur de leur ligne téléphonique résidentielle.

Extrait de l'entrevue #2:

The other thing is the new way to get people to have appointments ... Because if you call home, at my house, nobody is going to answer, because nobody is there. Or [nom d'un membre de la famille] might answer, and he's never going to tell anybody the message because he doesn't remember, he's only 8. So there has to be a new way to get information out to people. There's emails, if they're working. Texting them, and that's cheap.

Étendre la gamme de services offerts

Des participants demandent que certains services tels que les traitements dentaires sous anesthésie générale et les blanchiments des dents soient offerts dans les communautés. Un participant propose que les services de blanchiment soient offerts sur une base payante, et les fonds amassés pourraient être utilisés pour financer des activités dans la communauté.

Extrait de l'entrevue #5:

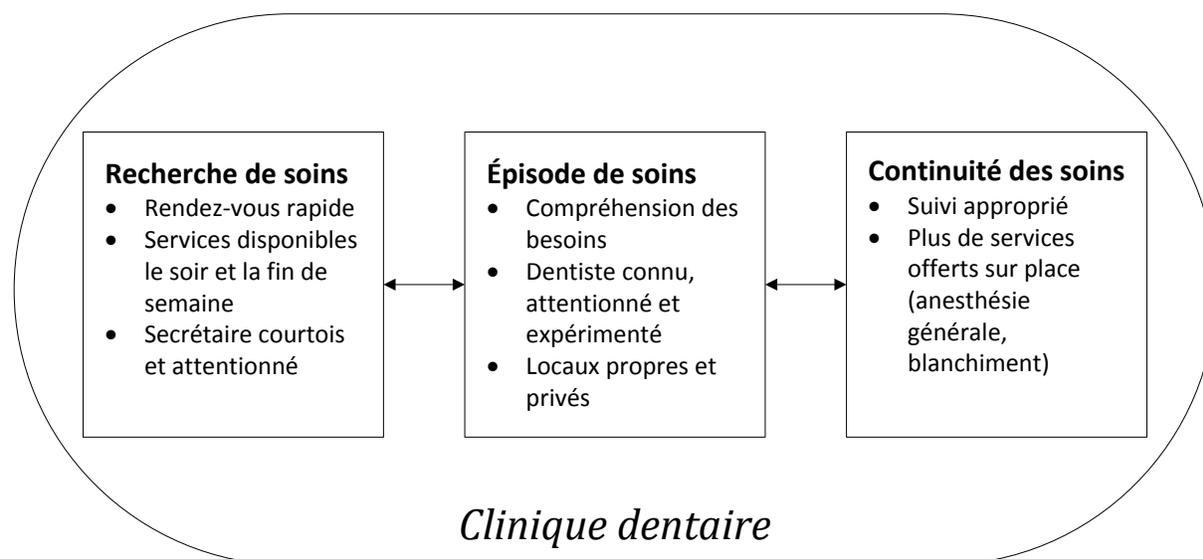
I know the Cree Health Board doesn't pay for the whitening thing, because I asked, because I had an insurance where I worked before, and they paid for it. And I think it's more a personal thing, to get your teeth whitened and I don't know if that's suggested all the time [...] It should be an option for them, if they want to take it or not. I would suggest... well... for the Cree Health Board to have it, but if they don't want to pay for it, the services all the time, give that option for people like me, to pay for it. They can make money out of it. Like that would be something good they could put towards finding some solutions with the kids, you know what I mean? Put the money in good use, so?

6. Discussion

6.1 Retour sur les résultats

Cette étude réalisée dans deux localités crie du nord du Québec permet de décrire un portrait inédit des attentes à l'égard des services de santé buccodentaire (Figure 4). Les résultats révèlent, hélas, que ces attentes ne sont pas régulièrement satisfaites. Ils permettent également de décrire certaines caractéristiques essentielles d'un service dentaire idéal, qui répondrait davantage aux besoins de la population locale.

Figure 4 – Sommaire des résultats : attentes à l'égard des services de santé buccodentaire



Recherche de soins

Les participants veulent accéder rapidement aux services dentaires lorsqu'ils en ressentent le besoin, y compris les soirs et les fins de semaine. Lorsqu'ils communiquent avec le secrétariat de la clinique, ils souhaitent une réponse courtoise et attentive à leurs besoins. Ils veulent

généralement être rassurés et connaître précisément les délais d'attente qu'ils doivent envisager, si les services ne sont pas disponibles immédiatement.

Épisode de soins

Les participants souhaitent recevoir des services dentaires dans leur langue et de manière conforme à leur culture. Ils souhaitent transiger avec des dentistes qui savent reconnaître leurs besoins, et qui peuvent les aider à mieux gérer leurs craintes. Ces dentistes seraient connus, attentionnés et expérimentés. Ils possèderaient plusieurs qualités : travailleraient avec douceur, auraient une bonne capacité d'écoute et fourniraient des explications claires et rassurantes. À l'opposé, les participants évitent les dentistes qui n'ont pas suffisamment d'expérience, qui se montrent pressés ou impatients avec les enfants. Ils veulent également limiter l'usage du *papoose board*, un dispositif de contention physique. Finalement, ils souhaitent que les locaux soient propres et assurent la confidentialité de la consultation.

Continuité des soins

Plusieurs participants souhaitent des examens de rappel réguliers. Ils souhaitent aussi que le secrétariat assure un meilleur suivi de leurs traitements en cours. En outre, ils estiment que les soins sous anesthésie générale devraient être disponibles sur place, tout comme les couronnes et le blanchiment des dents.

6.2 Signification des résultats

Cette recherche permet de dresser un portrait général des attentes des participants, et de montrer que leurs attentes ne sont pas satisfaites dans leur ensemble. Il convient de discuter ici de ce que les résultats révèlent au sujet de l'utilisation et de l'accessibilité aux services.

6.2.1 Utilisation

Nous pouvons étudier les résultats sous l'angle de l'utilisation, tout en gardant en tête que l'étude documente aussi la non-utilisation des services. Selon le modèle original d'Andersen des années 1960,⁴⁹ l'utilisation des services de santé est alimentée par des besoins, qui sont eux-mêmes influencés par des facteurs habilitants, qui dépendent eux-mêmes de facteurs de prédisposition

Besoins

Les résultats sont tout à fait cohérents avec ce modèle, qui place les besoins perçus et réels à la source même de la dynamique d'utilisation des services. En effet, cette étude révèle que des membres de la communauté crie éprouvent des besoins auxquels les services dentaires ne répondent pas adéquatement. Par conséquent, pour améliorer le service, les dentistes et les autres membres de l'équipe de soins dentaires doivent apprendre à mieux détecter et comprendre ces besoins.

Les « besoins perçus » qui sont documentés dans notre étude ne concernent pas que les procédures dentaires elles-mêmes, mais aussi la façon dont elles sont réalisées, et les caractéristiques de la personne et son entourage. Notre approche méthodologique permettait

d'explorer ces aspects. Comme l'indique Blaxter,⁷³ le contexte de vie, le stress lié à l'expérience de la maladie, la famille et l'entourage viennent aussi, en temps opportun, influencer la perception du recours aux services de santé.

D'autres études ne rapportent qu'une partie des besoins perçus : ceux qui se rapportent aux traitements dentaires eux-mêmes.^{33, 74} Pour illustrer ce point, rappelons qu'en 2009-2010, une enquête auprès de Premières Nations du Canada documentait les besoins perçus pour les traitements dentaires à l'aide d'une question : « Quelle(s) condition(s) dentaire(s) non-traitée(s) croyez-vous avoir? »^{§§} L'étude concluait que 53,2% des adultes autochtones de 20 ans et plus éprouvaient des besoins pour des traitements dentaires, alors que 83,1% d'entre eux avaient des besoins de traitement « réels », tels qu'évalués par les examinateurs.³³ Ainsi, l'écart entre les valeurs de besoins de traitements « perçus » et « réels » décrivait le fossé entre les conceptions des autochtones et des examinateurs sur ce qu'est une « condition non-traitée ». Il s'agit de besoins perçus, certes, mais qui font abstraction du contexte dans lequel les soins sont ou devraient être livrés.

Facteurs habilitants

Les résultats de cette étude indiquent que chez nos participants cris, la famille et la communauté ont un rôle important à jouer pour soutenir l'utilisation des services dentaires, et qu'il faut en tenir compte dans l'organisation des services. Les enfants et les personnes âgées, selon les participants, ont besoin de soutien pour utiliser les services dentaires. La famille, les

^{§§§§} Texte original en langue anglaise : “*What untreated condition(s) do you think you have?*”
Référence: FNOHS 2009-2010

amis et les membres de la communauté peuvent contribuer à la logistique (transport) et à la traduction lors des consultations. Par ailleurs, les expériences antérieures au cabinet dentaire et les croyances en santé qui sont partagées dans les familles et les villages cris influencent les comportements d'utilisation. Ces résultats sont tout à fait cohérents avec la littérature qui soutient que les dynamiques sociales ont une influence importante dans les comportements d'utilisation de services de santé.⁷⁵

Facteurs de prédisposition

Cette recherche permet de mieux comprendre comment l'identité culturelle et la question des croyances en santé influencent l'utilisation des services dentaires. Les participants à cette étude ont leur propre perception de la santé dentaire qui est probablement bien différente de celle des professionnels de la santé dentaire.

La relation des Cris avec leurs services de santé est indissociable de leur histoire et de leur culture. Les Cris ont accès à des services dentaires sur une base régulière depuis quelques décennies seulement.⁷⁶ Auparavant, à défaut d'avoir accès à ces services, ils géraient leurs symptômes de douleur dentaire de manière autonome, au sein de leurs communautés. Pour y arriver, ils avaient parfois recours à des remèdes traditionnels.

Cette question de l'autonomie est centrale dans la culture crie traditionnelle. Le concept autochtone qui traduit la santé et le bien-être, le *miyupimaatisiun*, exprime aussi la force, le savoir ancestral et l'identité culturelle.⁷⁷

*Ils étaient Miyupimaatisiiu parce qu'ils vivaient de la manière amérindienne, qui était bonne pour eux. ... Et les gens disaient que c'était la raison pour laquelle ils étaient forts et en santé parce qu'ils n'utilisaient rien de l'homme blanc. ... C'est pourquoi ils étaient forts et miyupimaatisiiu, et les aînés savaient cela. Ces gens-là, même s'ils n'avaient pas grand-chose, savaient quand même ce qu'ils devaient faire pour rester bien et forts dans leurs vies. ... Et voici comment c'était, avant que l'homme blanc n'arrive.*⁷⁸[Traduction personnelle]

À quelques reprises, les participants ont soulevé la question de l'autonomie autochtone face au professionnel de la santé non-autochtone. Cette relation dentiste-patient est construite par deux oppositions : d'une part culturelle (non-autochtone / autochtone) et d'autre part fonctionnelle (professionnel / patient). La distance entre ces pôles est grande à l'heure actuelle, mais il est possible de remédier à la situation en se donnant des outils pour mieux se comprendre de part et d'autre.

Dans un monde idéal, des dentistes autochtones seraient issus la même culture que leurs clients. Mais comme les dentistes actuels ne sont pas de la même culture, ils doivent impérativement développer leur compétence culturelle⁷⁹ : apprendre à créer des environnements de soins qui évitent les stéréotypes et les préjugés, et où les patients autochtones se trouvent respectés dans leurs coutumes et croyances. À l'heure actuelle, les dentistes qui sont embauchés par le CCSSSBJ ne reçoivent aucune formation, ni sur la culture, ni sur l'histoire, avant leur entrée en fonction.

Il existe également une deuxième solution qui pourrait être combinée à la première : former des thérapeutes dentaires parmi les membres de la communauté. Ailleurs au Canada et dans le monde, la pénurie de dentistes en régions éloignées (notamment dans des communautés autochtones) a conduit à l'émergence de cette nouvelle profession dentaire qui travaille en

étroite collaboration avec les dentistes.^{53, 62, 63} Cette solution permettrait du même coup de créer des conditions favorables à une meilleure connexion culturelle, entre patients et fournisseurs de services issus d'une même communauté.

Du point de vue fonctionnel, l'opposition de statut entre professionnels et patients a un potentiel dommageable pour l'autonomie des personnes : ces rôles stigmatisent le pouvoir des dentistes et la vulnérabilité des patients.⁷³ Pour y remédier, les dentistes peuvent apprendre à faire équipe et à préserver l'autonomie de leurs clients grâce aux approches de soins centrées sur le patient (ASCP). Par exemple, l'approche décrite par Stewart en médecine⁸⁰ inclut six composantes essentielles : 1- explorer conjointement la maladie et l'expérience du malade, 2- comprendre la personne comme un tout, 3- trouver un terrain d'entente, 4- intégrer la prévention et la promotion de la santé, 5- développer la relation avec le patient et 6- être réaliste. À notre point de vue, si les dentistes développaient leurs habiletés avec les ASCP et les appliquaient dans leur travail quotidien, ils amélioreraient grandement leur capacité à communiquer efficacement avec leur clientèle et découvriraient de nouvelles opportunités afin d'améliorer l'expérience de soins.

6.2.2 Accessibilité

L'accessibilité aux services de santé, telle que définie par Penchansky et Thomas,⁴⁸ est une mesure de concordance entre les caractéristiques des fournisseurs de services de santé et les caractéristiques et attentes des usagers, et est donc intrinsèquement liée à la satisfaction des usagers (et usagers potentiels) et à leurs attentes. L'accessibilité se décline en cinq dimensions

inter-reliées : la disponibilité (*availability*), l'accessibilité géographique (*accessibility*), la commodité (*accommodation*), le coût (*affordability*) et l'acceptabilité (*acceptability*).

Les nouvelles connaissances qui découlent de notre étude permettent de mieux comprendre comment les différentes dimensions de l'accessibilité aux soins s'articulent chez les Cris en relation avec leurs services de santé dentaire (Tableau VII).

Tableau VII – Nouvelles connaissances sur l'accessibilité aux services de santé buccodentaire chez les Cris de la Baie James

Dimension de l'accessibilité ⁵⁶	Nouvelles connaissances
<p>Disponibilité (<i>availability</i>) « Volume et type de services existants, en fonction du volume et du type de besoins identifiés par les clients.</p>	<p>La disponibilité des services ne correspond pas toujours aux besoins perçus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En urgence • Pour les examens et nettoyages dentaires périodiques • Pour certains services particuliers, tels que les soins sous anesthésie générale, les couronnes et le blanchiment des dents.
<p>Accessibilité géographique (<i>accessibility</i>) « <i>Lieu du service et lieu du domicile des clients, en prenant en considération les ressources en transport, le temps, la distance et le coût</i> »</p>	<p>L'accessibilité géographique des services ne correspond pas adéquatement aux besoins de certaines personnes peu mobiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées • Les familles nombreuses, ou monoparentales
<p>Commodité (<i>accommodation</i>) « La façon dont les fournisseurs de services sont organisés pour accepter des clients, incluant systèmes de rendez-vous, heures d'ouverture, cliniques sans rendez-vous, service téléphonique et la capacité des clients à s'accommoder de ces facteurs et la perception des clients sur l'idée qu'ils soient appropriés »</p>	<p>La commodité des services ne correspond pas adéquatement aux besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la rigidité de l'horaire (pas de clinique sans rendez-vous) • Parce que les services ne sont pas disponibles le soir et les weekends • Parce que l'accueil est parfois déficient (service à la clientèle)
<p>Coût (<i>affordability</i>) « Prix des services, conditions du fournisseur de service et capacité de payer du client, en incluant la perception de la valeur relative des coûts totaux »</p>	<p>Comme les services disponibles sont tous gratuits, il n'y a pas de problématique liée au coût. Certaines personnes seraient même prêtes à payer pour pouvoir accéder à certains services dans leur localité (blanchiment).</p>
<p>Acceptabilité (<i>acceptability</i>) « Attitude des clients envers les caractéristiques personnelles et caractéristiques de la pratique du fournisseur et attitude du fournisseur par rapport aux caractéristiques acceptables du client »</p>	<p>L'acceptabilité des services ne correspond pas adéquatement aux besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour consulter un professionnel de la santé dentaire reconnu compétent par la communauté crie • Pour l'usage de la contention physique (<i>papoose board</i>) • Pour la malpropreté et le manque de confidentialité des lieux. • Pour la dimension culturelle

Disponibilité

Les résultats révèlent que les services dentaires d'urgence ne correspondent pas aux besoins identifiés par les participants, car ils ne sont pas toujours accessibles rapidement en cas de besoin. Dans les villages cris, un service d'urgence médicale est offert en tout temps. Toutefois, les soirs et les week-ends, il n'existe pas de service d'urgence dentaire. Les personnes souffrant de problème dentaire sont reçus par l'infirmier pour y recevoir des médicaments contre la douleur. Aux yeux des participants et conformément à ce qui a déjà été documenté dans la littérature,⁸¹ il s'agit là d'un service incomplet qui n'offre pas de solution à la source de leur problème. Les visites en urgence sont en principe acceptées durant les heures régulières de la clinique dentaire. Les participants estiment toutefois que ces services sont insuffisants, puisqu'il faut souvent attendre plusieurs heures pour y accéder. Ils souhaiteraient aussi pouvoir accéder à des examens et nettoyages périodiques à fréquence régulière, mais ils n'y arrivent pas à l'heure actuelle. D'autres services que les participants désirent sont non-disponibles à l'heure actuelle à leur clinique dentaire locale : traitements sous anesthésie générale, blanchiment des dents, couronnes.

Accessibilité géographique

Les services dentaires actuels ne sont pas facilement accessibles pour les personnes âgées, et les familles nombreuses qui ont besoin d'aide pour s'y rendre. Certains habitent aussi dans leur territoire de chasse, à bonne distance des localités autochtones. À l'image des populations rurales, ces personnes peuvent avoir plus de difficultés à accéder aux services de santé dentaire.⁸²

Commodité

Les participants n'apprécient pas la rigidité de la gestion de l'horaire de la clinique dentaire et soulignent qu'ils ont de la difficulté à consulter en urgence. Les personnes qui ont l'habitude de se présenter en urgence ne sont pas bien servies par les services actuels, qui valorisent trop la planification des soins et les rendez-vous déjà intégrés à l'horaire, au détriment des besoins pour des soins en urgence. Une clinique sans rendez-vous pourrait permettre de mieux répondre aux attentes pour les services d'urgence, et également de diminuer les délais d'attente pour ces services. À l'extérieur des heures d'ouverture de la clinique, un service d'urgence dentaire pourrait être établi, comme c'est le cas d'ailleurs dans certaines villes du Québec, et en France.^{83,84}

Acceptabilité

Les résultats indiquent que les participants apprécient la compétence des dentistes qui possèdent plusieurs années d'expérience, savent exécuter le travail dentaire (aisance technique) et qui savent écouter et donner des explications claires et rassurantes. Les dentistes qui sont considérés compétents pour traiter de jeunes enfants travaillent en douceur et arrivent à diminuer leurs craintes. Par ailleurs, des participants estiment que l'usage de la planche d'immobilisation de type *papoose board* n'est pas acceptable pour eux puisqu'elle restreint la liberté de mouvement de l'enfant et qu'elle pourrait entraîner des traumatismes. La littérature rapporte que plusieurs parents n'approuvent pas l'usage du dispositif.⁸⁵⁻⁸⁷ L'Ordre des dentistes du Québec a émis des lignes directrices en 2009 qui précisent que la mesure doit être utilisée exceptionnellement, pour des traitements « urgents et essentiels ».⁸⁸

Les participants ont également souligné la malpropreté des locaux. Il est intéressant de noter que ce résultat présageait de la fermeture de la clinique dentaire de Mistissini pour cause d'insalubrité. En effet, quelques mois après la tenue des entrevues en 2010, la clinique a été fermée pour une période prolongée. La mauvaise qualité de l'air, causée par des moisissures, avait affecté la santé de certains employés. Une nouvelle clinique a été construite depuis, et a été inaugurée en juillet 2013.

Finalement, cette recherche a permis de découvrir que les services dentaires ne sont pas toujours acceptables d'un point de vue culturel, pour deux principales raisons : 1- étant donné la distance qui sépare le professionnel de son patient (culture, statut), et 2- étant donné le manque de points de repères qui pourraient permettre aux deux parties de mieux se comprendre. Les dentistes doivent développer leur compétence culturelle, et comprendre que des personnes différentes vivent aussi de façon distincte leur identité autochtone. La compétence culturelle, c'est aussi accepter que certaines personnes autochtones n'adhèrent pas aux coutumes des membres de leur communauté.⁷⁹ Les dentistes doivent également apprendre à trouver dans leur pratique de nouveaux repères pour mieux discerner et comprendre les besoins de leurs patients. Pour y arriver, les approches de soins centrées sur le patient⁸⁰ (ASCP, page 94) pourrait être utiles, et aiderait également les dentistes à mieux respecter l'autonomie des personnes.

6.3 Limites et forces

6.3.1 Limites

Les limites de cette étude sont tributaires de la méthode choisie et des caractéristiques du chercheur.

Méthode

Cette recherche a fait appel à un échantillonnage par choix raisonné plutôt que statistiquement représentatif de la population des Cris de la Baie James. Le but n'était pas de généraliser les résultats, mais plutôt d'explorer des concepts en profondeur. D'importants efforts ont été déployés en vue d'assurer une grande variation dans l'échantillonnage. Toutefois, il faut reconnaître que la méthode n'a peut-être pas permis d'explorer tous les types d'expériences de recours aux services dentaires.

Tout d'abord, il y a le choix des localités, qui s'est arrêté sur les deux agglomérations les plus peuplées. Le choix des deux villages visait à favoriser le recrutement de participants ayant des expériences et des habitudes d'utilisation qui étaient variées. Des impératifs logistiques et budgétaires ont guidé ce choix, tel qu'expliqué dans la section décrivant les méthodes. Ces villages possèdent des différences notables au niveau géographique, historique et linguistique (les dialectes de langue autochtone sont différents). Par contre, les deux localités choisies ont aussi des ressemblances frappantes, qui ne sont pas partagées par aucun des sept autres villages de la région. En effet, ils ont une taille similaire, disposent de services dentaires semblables et constituent les deux principaux centres administratifs de la région.

Concernant les critères d'inclusion des participants, il est possible que la borne inférieure prévue pour l'âge (25 ans) ait pu nuire à la variation de l'échantillonnage. Nous reconnaissons que des participants plus jeunes auraient sans doute pu participer à cette étude, et contribuer avec leurs idées à la définition des grands thèmes qui ont été décrits. Nous estimons tout de même que cette décision était justifiée par l'objectif de rejoindre des personnes matures avec qui il était possible de discuter en profondeur de leurs expériences.

Par ailleurs, huit des treize participants à cette étude travaillaient pour le Conseil cri de la santé. Nous pouvons nous demander si cette caractéristique de l'échantillon était en contradiction avec la stratégie d'échantillonnage à variation maximale. Toutefois, nous avons tenté de recruter davantage de participants ne faisant pas partie du domaine de la santé, mais c'était une tâche difficile. Il était difficile de pénétrer les autres milieux parce qu'il n'y avait qu'un seul informateur clé par village et aussi à cause de la barrière culturelle pour l'étudiant chercheur. Malgré tout, les participants, même ceux qui sont issus du domaine de la santé, présentent des expériences d'utilisation des services dentaires très variées, conformément à la stratégie employée.

Caractéristiques du chercheur

Cette étude s'appuie beaucoup sur les aptitudes du chercheur, dentiste et étudiant à la maîtrise en santé communautaire. L'étudiant et ses directeurs de recherche ont convenu que l'étudiant procéderait à la collecte de données à l'aide d'entrevues semi-structurées et analyserait ensuite les données. Lors des entrevues, son manque d'expérience pourrait avoir provoqué des

réponses complaisantes de la part des participants. Il s'agit là d'un risque potentiel de biais de désirabilité sociale. Ceci dit, les résultats tels qu'exprimés par les participants sont loin d'être complaisants à l'égard des dentistes, et indiquent que s'il y a eu un tel biais, il reste probablement limité.

Dans cette étude qualitative, un autre risque était, pour l'interviewer, de ne pas relever des informations utiles, par manque d'expérience et d'habileté à poser les bonnes questions au bon moment. Il est donc possible que les résultats n'aient pas toute la profondeur souhaitée.

Il faut aussi parler de la longueur du processus de recherche, qui s'est échelonné sur trois années. L'étudiant-chercheur a consacré beaucoup de temps et d'énergie à apprendre les méthodes qualitatives (codage, débriefing, texte sommaire narratif) et à exécuter ces tâches. Pour mener à bien cette recherche, il a concentré ses efforts à certaines périodes, en fonction de ses obligations familiales et professionnelles.

6.3.2 Forces

La principale force de cette étude est d'avoir permis de présenter des données originales, riches et détaillées qui n'auraient pas pu être produites par une approche méthodologique de type « quantitatif », ni dans un contexte différent. Les résultats permettent de mieux comprendre le recours aux services de santé buccodentaire chez les Cris, parce qu'ils sont issus de l'analyse rigoureuse et systématique d'entretiens avec une variété de participants.

Cette étude qualitative s'inscrit dans une démarche scientifique valide; dans les prochains paragraphes, nous aborderons les questions de crédibilité et de transférabilité qui caractérisent la scientificité de notre travail.

Crédibilité

En recherche qualitative, le critère de validité interne, garant de la qualité de la mesure, peut être remplacé par des critères de crédibilité. La crédibilité s'appuie sur une rigueur et un ensemble d'actions qui renforcent la plausibilité des résultats, aussi bien chez les personnes qui participent à la recherche que chez celles qui prennent connaissance des résultats.⁸⁹

Nous avons décrit au tableau VIII certaines démarches qui soutiennent la plausibilité de nos résultats.

Tableau VIII – Exemples de démarches qui assurent la crédibilité de cette recherche

Démarches générales ⁸⁹	Description
Engagement prolongé du chercheur	L'étudiant chercheur a été présent dans la région des Cris de la Baie James pendant plus de dix ans, et continue à ce jour à travailler avec les Cris pour le développement et l'évaluation des services de santé buccodentaire.
Prendre en considération l'effet de l'interaction entre le chercheur et les participants (journal, séances de débriefing)	Nous avons déterminé que l'étudiant chercheur procéderait lui-même aux entrevues pour avoir une meilleure connexion avec les données. Nous sommes conscients que l'interaction avec les participants a pu faire en sorte qu'une partie des données soit attribuable directement à sa contribution. Toutefois, il a consigné ses observations et réflexions lors de la collecte de données. Lors de l'analyse de données, il s'est questionné à propos de son impact sur le discours des participants. Des séances régulières avec le directeur de recherche ont permis d'échanger et de recentrer ses réflexions, et de structurer le travail à faire pour cartographier les idées de manière présentable.
Triangulation des données	Les données administratives émanant de la gestion des services, les données tirées de la littérature scientifique et les données issues de cette recherche constituent 3 sources différentes qui se complètent et permettent de mieux appréhender le recours aux services de santé buccodentaire chez les Cris. Ainsi, la triangulation des sources permet de mieux comprendre ce qui est connu par la mise en commun des perspectives. Il y a eu aussi triangulation dans l'interprétation, puisque deux personnes différentes, l'étudiant et son directeur de recherche, ont participé à l'analyse des données. Par ailleurs, les matrices ont permis de comparer le contenu des entrevues en fonction de thèmes précis, il s'agit encore ici de triangulation dans l'interprétation.
Vérification des interprétations	Cette vérification s'est faite en deux temps. Les résultats ont été présentés à des membres de la communauté crie, à des dentistes, à des gestionnaires de services de santé et à des chercheurs. Les commentaires recueillis ont servi à raffiner les interprétations. Le travail de rédaction a pu progresser. Ensuite, il y a eu un nouveau retour sur le terrain, pour valider à nouveau les interprétations, auprès des mêmes clientèles.
Codage rigoureux des données	Le codage a été effectué de manière rigoureuse et systématique.

Transférabilité

Nous invitons le lecteur à la prudence dans l'interprétation de nos résultats. La transférabilité permet d'évaluer si les conclusions d'une étude ont une signification plus large et peuvent ainsi s'intégrer à d'autres contextes.⁹⁰ Ainsi, la description rigoureuse et systématique de ce qui s'est passé dans le cadre de cette étude permet d'assurer la transférabilité des conclusions de l'étude.⁹¹ Nous avons tenté de décrire le mieux possible le milieu unique dans lequel la recherche s'est déroulée, et comment elle s'est produite. Nous avons détaillé le processus de recherche, le contexte, la population, les localités et les services dentaires dont il est question. En définitive, il revient au lecteur de ce mémoire de déterminer ce qui pourrait être applicable dans un autre milieu, à la lecture des résultats et du contexte dans lequel ils ont été produits.

6.4 Recommandations

Cette étude permet de faire trois principales recommandations pour améliorer la prestation de services de santé buccodentaires dans la région. Ces recommandations portent sur l'accès aux soins, la formation des professionnels de la santé buccodentaire, et le développement des services. L'application des recommandations repose sur certaines stratégies qui sont détaillées à la fin de cette section.

6.4.1 Recommandation 1 : Améliorer l'accès aux services dentaires, avec une attention accrue à la demande en urgence

À la lumière de cette étude, la première priorité des services de santé buccodentaire doit être de mieux accueillir la demande qui se manifeste en situation d'urgence. Les résultats confirment que les services dentaires sont régulièrement perçus comme un dernier recours et que paradoxalement, en de telles circonstances, le service recherché n'est souvent pas disponible rapidement.

Les personnes qui tardent à recourir aux services et tendent à consulter en urgence sont déjà accablées par un ou plusieurs problèmes d'ordre dentaire. Elles cherchent de l'aide et ressentent des besoins spécifiques. En réponse à ces situations, les cliniques dentaires doivent faire preuve d'ouverture et de flexibilité pour mieux accueillir et accompagner ces personnes.

En dehors des heures normales d'opération des cliniques dentaires, les services offerts par les infirmiers et médecins sont restreints étant donné leur formation limitée en santé dentaire.⁸¹

Nous proposons d'établir un horaire de garde pour les dentistes, qui assureraient ainsi un service en urgence les soirs et les fins de semaine.

En résumé, cette recommandation peut être mise en application de la manière suivante :

- Établir un registre des appels en urgence qui consigne le suivi de tous ces appels.
- Former les secrétaires pour améliorer leur capacité d'écoute, et leur apprendre aussi à mieux répondre aux urgences.
- Établir un horaire stable pour les urgences, à chaque jour. Établir des plages horaires quotidiennes, pour une clinique sans rendez-vous (*walk-in clinic*).
- Établir un service de garde pour répondre aux urgences dentaires qui se manifestent à l'extérieur des heures d'ouverture des cliniques.

6.4.2 Recommandation 2 : Développer des services centrés sur la personne

Comme cette étude montre que des utilisateurs se sentent incompris par les professionnels dentaires, nous proposons que ces derniers soient mieux préparés à soigner les communautés cibles. Plus précisément, nous invitons les gestionnaires, dentistes et hygiénistes dentaires et employés de la clinique dentaire à s'organiser pour offrir des services qui cadrent mieux avec les préoccupations des personnes. Nous invitons les dentistes et hygiénistes dentaires à trouver de meilleures bases de communication avec leurs patients, et à favoriser des approches impliquant mieux ces derniers dans l'établissement du plan de traitement et des objectifs de suivi. Nous recommandons notamment que les cliniciens adoptent des approches cliniques de soins centrées sur le patient.⁹² Ces approches, comme celle décrite par Stewart en médecine, permettent aux professionnels d'établir des bases de communication communes avec les

personnes qu'ils reçoivent. Ainsi, ils arrivent à mieux comprendre l'expérience de maladie, le contexte et les caractéristiques individuelles de leurs patients. Lorsqu'employée, cette méthode permet du même coup d'améliorer la satisfaction des personnes, des cliniciens, mais aussi elle favoriserait aussi l'adhésion des patients à leur traitement et pourrait même améliorer leur bilan de santé.⁸⁰

Dans un contexte interculturel, les services doivent également être organisés d'une manière conforme aux valeurs de la culture crie, tel que prévu dans le plan stratégique régional établi par le Conseil cri de la santé.⁹³ Il est primordial de transmettre aux dentistes des compétences en culture crie, et que ces compétences leur soient transmises dans un contexte qui revêt un sens pour eux, et également pour les Cris. Ainsi, nous proposons que les dentistes se préparent à assumer leur rôle social de soignant auprès de leur clientèle en ayant l'occasion d'apprendre et de réfléchir sur l'histoire des Cris.

*Dentists should have a training so that they know what the people went through.*⁹⁴

La transmission de ce savoir pourrait être facilité ou complété par un séjour chez des familles cries, étant donné que la culture se vit au sein des familles et à travers les activités traditionnelles.⁹⁵

En résumé, cette recommandation peut être mise en œuvre de la manière suivante :

- Structurer et mettre en place une formation en approche centrée sur le patient⁹² pour les dentistes et hygiénistes dentaires.
- Structurer et mettre en place une formation en histoire et en culture crie, qui pourrait inclure un séjour chez des familles autochtones.

6.4.3 Recommandation 3 : Entretenir le dialogue avec les résidants des localités criées pour mieux développer et évaluer les services

Pour répondre encore davantage aux attentes de la communauté, les services de santé buccodentaire doivent continuer à se développer. Nous proposons d'ajouter de nouveaux services, et de mieux assurer leur qualité.

Bien sûr, il faut être conscient que ces services, en eux-mêmes, ne peuvent avoir qu'une influence limitée sur la santé de la population.

Les enseignements de cette recherche qualitative descriptive, autant méthodologiques que théoriques, peuvent être utiles pour mieux développer et évaluer des services dentaires. D'un point de vue méthodologique, cette recherche peut servir d'assise pour développer un agenda de recherche centré sur le dialogue avec la population locale. Le dialogue doit se poursuivre pour permettre une meilleure appropriation des services par la population. D'un point de vue théorique, la contribution de la communauté est essentielle pour que le développement des services s'organise en harmonie avec leur culture et leur système de valeurs. Pour mieux encadrer le processus, nous recommandons donc une recherche-action visant le développement de meilleurs services de santé buccodentaire.

En résumé, cette recommandation peut être mise en œuvre de la manière suivante :

- Accroître la capacité du service en étudiant la gestion de l'horaire et en engageant le personnel nécessaire (clinique et non-clinique)
- Adopter un agenda de recherche-action qui sollicite la contribution des résidants des villages criés pour améliorer les services de santé buccodentaire, conformément à leurs valeurs et à leur culture.

6.4.4 Sommaire des recommandations

Nous recommandons d'améliorer l'accès aux services dentaires, notamment pour mieux s'adapter aux besoins exprimés en situation d'urgence. Ensuite, nous proposons de développer des services centrés sur la personne et d'améliorer les connaissances et habiletés des professionnels dentaires (dentistes et hygiénistes dentaires) afin qu'ils puissent mieux comprendre leur clients. Finalement, nous recommandons une recherche-action qui favorisera la poursuite du dialogue avec la population locale pour permettre le développement, l'implantation et l'évaluation des services dentaires conformes aux valeurs des Cris.

6.4.5 Stratégies d'application

Nous avons prévu des stratégies pour diffuser, disséminer et implanter nos recommandations.

Ces stratégies sont décrites dans le tableau IX.

Tableau IX – Stratégies d'application des recommandations

	Diffusion	Dissémination	Implantation
Stratégies déjà amorcées au cours des derniers mois	<ul style="list-style-type: none">• Conférences téléphoniques• Présentations	<ul style="list-style-type: none">• Retour sur les formations avec certaines personnes clés, rétroaction active.	<ul style="list-style-type: none">• Communication avec les structures locales et régionales de décision
Stratégies à venir	<ul style="list-style-type: none">• Rapport succinct destiné aux autorités locales et régionales crises• Article soumis à une revue scientifique	Reposent sur une recherche action	

Ces stratégies de diffusion, qui visent à exposer le processus de recherche, les résultats et les recommandations, ciblent des gestionnaires, professionnels de santé publique, des dentistes, et hygiénistes dentaires de la région. Elles incluent des conférences téléphoniques et des présentations orales. Nous diffuserons également un rapport succinct destiné aux décideurs locaux et publierons un article scientifique, pour le bénéfice de la communauté scientifique.

Par la suite, la dissémination consistera en des échanges et rencontres avec plusieurs personnes impliquées dans l'organisation régionale des services de santé buccodentaire; cette phase fera suite aux premières stratégies de diffusion. Ces activités impliqueront l'échange de points de vue et permettront de paver la voie à l'implantation des recommandations, grâce à une approche qui respecte les structures régionales de décision.

Finalement, nous prévoyons poursuivre la dissémination et l'implantation des recommandations au moyen d'une recherche action. Celle-ci favorisera un dialogue constructif en vue de renouveler l'offre de services dentaires dans la région.

7. Conclusion

Cette étude qualitative génère de nouvelles connaissances et permet de mieux comprendre comment les Cris de la Baie James souhaitent recourir aux services de santé buccodentaire. Les résultats montrent que leurs attentes pour ces services varient considérablement et qu'elles sont, hélas, rarement satisfaites dans leur ensemble.

Par conséquent, nous formulons trois recommandations. 1- Nous proposons d'améliorer l'accès aux services dentaires, notamment pour mieux s'adapter aux besoins exprimés en situation d'urgence. 2- Ensuite, nous proposons de développer des services centrés sur la personne et d'améliorer les connaissances et habiletés des professionnels dentaires (dentistes et hygiénistes dentaires) afin qu'ils puissent mieux comprendre leurs clients. 3- Nous recommandons une recherche-action qui favorisera la poursuite du dialogue avec la population locale pour permettre le développement, l'implantation et l'évaluation des services dentaires conformes aux valeurs des Cris.

Nous avons réalisé cette recherche pour permettre à des personnes habitant des villages autochtones isolés de participer à l'amélioration de leurs services de santé buccodentaire. Cette démarche n'est pas vaine, car nous espérons que nos recommandations seront appliquées aux services dentaires locaux.

La présente étude fournit de nouveaux repères pour les gestionnaires, dentistes et autres professionnels de la santé qui œuvrent en milieu autochtone ou auprès d'autres groupes ethniques. En intégrant ces connaissances, nous souhaitons que ces personnes renouvellent leur enthousiasme à travailler avec ces clientèles.

Bibliographie

1. Bedos C, Brodeur JM, Boucheron L, Richard L, Benigeri M, Olivier M, et al. The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Soc Sci Med.* 2003 Dec;57(11):2089-99.
2. Aboriginal Peoples in Canada: First Nations People, Métis and Inuit. National Household Survey, 2011 Ottawa: Statistics Canada; 2013.
3. Amérindiens et Inuits, Portrait des nations autochtones du Québec. Gouvernement du Québec; 2009.
4. Dictionnaire Cri-Français-Anglais. School of Linguistics and Applied Language Studies, Carleton University [2012-01-11]; Available from: <http://www.eastcree.org/cree/fr/dictionary/>.
5. Chisasibi, TC, Quebec (Code 2499814) (table). National Household Survey (NHS) Profile. Ottawa: Statistics Canada 2013 [updated September 11, 2013.; cited December 16, 2013]; Available from: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>.
6. L'aménagement Robert-Bourassa. Hydro-Québec; [2012-01-12]; Available from: <http://www.hydroquebec.com/visitez/baie-james/bourassa.html>.
7. Mistissini, TC, Quebec (Code 2499804) (table). National Household Survey (NHS) Profile. Ottawa: Statistics Canada 2013 [updated September 11, 2013.; cited December 16, 2013]; Available from: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>.
8. Explorers : Radisson and des Groseilliers. Hudson's Bay Company; Available from: <http://www2.hbc.com/hbcheritage/history/people/explorers/radisson.asp>.
9. Rousseau J. Les voyages du Père Albanel au lac Mistassini et à la Baie James [2012-01-18]; Available from: <http://id.erudit.org/iderudit/801597ar>
10. Iiyiyuu Ihtuun - Traditional Ways. Oujé-Bougoumou: AANISCHAAUKAMIKW Cree Cultural Institute; 2012 [2013-05-23]; Available from: <http://www.creeculture.ca/?q=node/63>.
11. Maher P. A review of 'traditional' aboriginal health beliefs. *Aust, J Rural Health.* 1999;1999(Nov).
12. Adelson N. 'Being alive well' : health and the politics of Cree well-being. Toronto: University of Toronto Press; 2000.
13. Ottawa charter for health promotion. *Can J Public Health.* 1986 Nov-Dec;77(6):425-30.
14. Girard F. Notes personnelles, gestion du département de médecine dentaire de l'Hôpital de Chisasibi. Chisasibi2008.
15. Convention de la Baie-James et du Nord québécois et conventions complémentaires, édition 1998. Secrétariat aux affaires autochtones ed. Ste-Foy: Les Publications du Québec; 1998.
16. Jay-Rayon J-C. Le dossier Baie James. [Montréal]: Leméac; 1973.
17. Gnarowski M. I Dream of Yesterday and Tomorrow: A Celebration of the James Bay Cree. The Grand Council of the Crees ed. Ottawa: The Golden Dog Press; 2002.
18. Malouf A, Delisle AT, Québec (Province). Superior Court. La Baie James indienne : texte intégral du jugement du juge Albert Malouf; présentation de André Gagnon. Montréal,: Editions du Jour; 1973.
19. Hansard révisé, numéro 110, 39e législature, 2e session, le mercredi 11 juin 2008. Débats de la chambre des communes. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2008 [2012-02-18]; Available from:

<http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=3568890&Language=F&Mode=1&Parl=39&Ses=2>.

20. Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, Stage Three: Displacement and Assimilation. Ottawa: Gouvernement du Canada; 1996.
21. Stout MD, Kipling G. Aboriginal People, Resilience and the Residential School Legacy. Ottawa: The Aboriginal Healing Foundation; 2003.
22. Blacksmith G. The Intergenerational Legacy of the Indian Residential School System on the Cree Communities of Mistissini, Oujebougamaou and Waswanipi: An Investigative Research on the Experiences of Three Generations of the James Bay Cree of Northern Quebec. Montreal: McGill University; 2010.
23. Torrie JE, Lejeune P, Gangbè M, Penn A, Dannenbaum D, Robinson E, et al. Overview of the Health of the Population of Region 18. Montréal: Cree Board of Health and Social services of James Bay; 2013 [2013-07-19]; Available from: <http://www.creehealth.org/surveillance-data/population-health>.
24. Légaré G, Danenbaum D. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1 Iiyiyiu Aschii, 2003. Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James & Institut national de santé publique du Québec; 2008.
25. Suicide in Eeyou Istchee, An overview of the death and hospitalization statistics, 1985-2007. August 2010. Montreal: Cree Board of Health and Social Services of James Bay; [2013-07-20]; Available from: <http://www.creehealth.org/sites/default/files/Suicide%20factsheet.pdf>.
26. Le portrait de la santé du Québec et de ses régions 2006 : Deuxième rapport national sur l'état de la santé de la population. Les statistiques. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2006.
27. Irvine J, Holve S, Krol D, Schroth R. La carie de la petite enfance dans les communautés autochtones. Paediatr Child Health. 2011;16(6):358-64.
28. Véronneau J, Sirhan H. Rapport sur la santé dentaire crie en Eeyou Istchee (Nord du Québec). Montréal: Direction de la Santé publique, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James; 2002.
29. Brodeur JB, Olivier M, Benigeri M, Bedos C, Williamson S. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2001.
30. Payette M, l'Heureux, J.-B., Lepage, Y. Enquête santé dentaire Québec 1983-1984: Rapport complémentaire - volet provincial. Association des Hôpitaux du Québec – Division CH-DSC, Ministère de la Santé et des Services sociaux. ; 1987.
31. Payette M, Plante, R., Brodeur, J. M., Lepage, Y. Enquête sur la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans 1989-1990. Département de santé communautaire hôpital Saint-Luc, Réseau des départements de santé communautaire, Association des hôpitaux du Québec.; 1991.
32. Phipps KR, Ricks TL, Blahut P. Permanent first molar eruption and caries patterns in American Indian and Alaska Native children: challenging the concept of targeting second grade for school-based sealant programs. J Public Health Dent. 2013 Mar 13.
33. Report on the Findings of the First Nations Oral Health Survey (FNOHS) 2009-10. Ottawa: The First Nations Information Governance Centre.; [updated September 2012; cited 2013-07-02]; Available from: <http://oralhealth.circumpolarhealth.org/files/2013/05/FNOHS-National-Report.pdf>.

34. The 1999 Oral Health Survey of American Indian and Alaska Native Dental Patients : Findings, Regional Differences and National Comparisons. Rockville: Indian Health Service, Division of Dental Services; 2002.
35. Smith K, Kruger E, Dyson K, Tennant M. Oral health in rural and remote Western Australian indigenous communities: a two-year retrospective analysis of 999 people. *International Dental Journal*. 2007 Apr;57(2):93-9.
36. Arantes R, Santos RV, Frazao P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *International Dental Journal*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010 Jun;60(3 Suppl 2):235-40.
37. Australia's Health 2002. AIHW Cat. No. AUS 41. Canberra. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW); 2002.
38. King M. Commentary: About training Aboriginal health professionals in Canada. Edmonton2005 [2013-07-10]; Available from: http://www.neahr.ualberta.ca/en/Publications/~media/acadre/Documents/Publications/lega4e6b3e498bd0b-about_training_aboriginal_health_professionals_in_canada.pdf.
39. Dental Therapists Employment and Services Regulations, R.R.S. c. D-6.1 Reg. 1. Canadian Legal Information Institute; [2009-08-30]; Available from: <http://www.canlii.org/en/sk/laws/regu/rrs-c-d-6.1-reg-1/latest/rrs-c-d-6.1-reg-1.html>.
40. Uswak G, Keller-Kurysh E. Influence of Private Practice Employment of Dental Therapists in Saskatchewan on the Future Supply of Dental Therapists in Canada. *Journal of Dental Education*. 2012;76(8):1092-101.
41. Bevington attacks Aglukkaq over Inuit dental care - Nunatsiak News. NUNATSIAQ online; 2013 [2013-07-10]; Available from: http://www.nunatsiaqonline.ca/stories/article/65674bevington_attacks_aglukkaq_over_inuit_dental_care/.
42. Dental Hygiene Regulation : A Comparison. Canadian Dental Hygienists Association; 2013 [2013-07-10]; Available from: http://www.cdha.ca/pdfs/profession/RegulatoryComparisonCharts_final.pdf.
43. Lois et règlements, chapitre C-26, Code des professions. Québec: Éditeur officiel du Québec; 2013 [2013-07-10]; Available from: http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928dd8ec6f1def1284.
44. Papineau L. Annual Report 2009-2010, Dentistry Department. Oujé-Bougoumou: Cree Board of Health and Social Services of James Bay; 2010.
45. Laporte B. Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012. Québec: Gouvernement du Québec; 2006.
46. Feldstein PJ. Research on the demand for health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966 Jul;44(3):Suppl:128-65.
47. Bedos C. Demande et utilisation des services dentaires parmi les adultes québécois [Thèse de doctorat]. Montréal: Université de Montréal; 2000.
48. Grembowski D, Andersen RM, Chen M. A public health model of the dental care process. *Medical Care Review*. 1989;46(4):439-96.
49. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995 Mar;36(1):1-10.
50. Slater PJ. Patterns of access to public oral health care in Queensland by gender, indigenous status and rurality. *Australian Dental Journal*. 2001 Jun;46(2):122-33.

51. Teevale T, Denny S, Percival T, Fleming T. Pacific secondary school students' access to primary health care in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2013 May 31;126(1375):58-68.
52. Qiu Y, Ni H. Utilization of dental care services by Asians and native Hawaiian or other Pacific Islanders: United States, 1997-2000. *Advance Data*. [Comparative Study]. 2003 Jun 10(336):1-11.
53. Campbell D, Pollick HF, Lituri KM, Horowitz AM, Brown J, Janssen JA, et al. Improving the oral health of Alaska natives. *Am J Public Health*. [Comment Letter]. 2005 Nov;95(11):1880; author reply 1.
54. Brings Him Back-Janis M. A dental hygienist who's A Lakota Sioux calls for new mid-level dental providers. *Health Affairs*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011 Oct;30(10):2013-6.
55. Dental Department Treatment Statistics (2009-2010). Cree Board of Health and Social Services of James Bay; 2010.
56. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*. 1981;19(2):127-40.
57. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Arch Pathol Lab Med*. 1997 Nov;121(11):1145-50.
58. Niendorff WJ, Jones CM. Prevalence and severity of dental caries among American Indians and Alaska Natives. *Journal of Public Health Dentistry*. [Comparative Study]. 2000;60 Suppl 1:243-9.
59. Dyson K, Kruger E, Tennant M. Networked remote area dental services: a viable, sustainable approach to oral health care in challenging environments. *Australian Journal of Rural Health*. 2012 Dec;20(6):334-8.
60. Kruger E, Jacobs A, Tennant M. Sustaining oral health services in remote and indigenous communities: a review of 10 years experience in Western Australia. *International Dental Journal*. [Review]. 2010 Apr;60(2):129-34.
61. Bazen JJ, Kruger E, Dyson K, Tennant M. An innovation in Australian dental education: rural, remote and Indigenous pre-graduation placements. *Rural & Remote Health*. 2007 Jul-Sep;7(3):703.
62. Nash DA, Nagel RJ. Confronting oral health disparities among American Indian/Alaska Native children: the pediatric oral health therapist. *Am J Public Health*. 2005 Aug;95(8):1325-9.
63. Wetterhall S, Burrus B, Shugars D, Bader J. Cultural context in the effort to improve oral health among Alaska Native people: the dental health aide therapist model. *Am J Public Health*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011 Oct;101(10):1836-40.
64. Girard F. 2007-2008 Annual Report, Dentistry Department, Chisasibi Hospital. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay; 2008.
65. Bobet E, Gauthier J. Canadian Community Health Survey, Cycle 2.1, Cree Territory of James Bay, Use of Health Services. Montréal: Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James; 2006.
66. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77 - 101.
67. Charmaz K. *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE; 2006.

68. Patton M. *Designing Qualitative Studies, Purposeful sampling. Qualitative evaluation and research methods.* Beverly Hills, CA: SAGE; 1990. p. 169-86.
69. Charmaz K. Grounded theory methods in social justice research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE Handbook of Qualitative research.* Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2011. p. 359-80.
70. Brydon-Miller M, Kral M, Maguire P, Noffke S, Sbhlok A. Jazz and the banyan tree, Root and Riffs on Participatory Action Research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE Handbook of Qualitative research.* Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2011. p. 387-400.
71. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives.* Bruxelles: Éditions De Boeck Université; 2003. p. 176-9.
72. Bedos C, Brodeur JM, Benigeri M, Olivier M. Dental care pathway of Quebecers after a broken filling. *Community Dent Health.* 2004 Dec;21(4):277-84.
73. Blaxter M. *Health.* Cambridge, UK: Polity; 2004.
74. Fisher Owens S, Barker J, Adams S, Chung L, Gansky S, Hyde S, et al. Giving policy some teeth: routes to reducing disparities in oral health. *Health Affairs.* 2008;27(2):404-12.
75. Pescosolido BA. Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *American Journal of Sociology.* 1992;97(4):1096-138.
76. Atkinson HB, Magonet G, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux., Cree Board of Health and Social Services of James Bay., Montreal General Hospital. Northern Quebec Module. *L'expérience de la Baie James : guide pour les professionnels de la santé qui travaillent parmi les Cris du Nord québécois.* [Québec]: Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec, Direction des communications; 1990.
77. Adelson N. The embodiment of inequity: health disparities in aboriginal Canada. *Canadian journal of public health.* 2005;96 Suppl 2(2):S45-61.
78. Masty J. cité par Adelson N. dans : 'Being alive well' : health and the politics of Cree well-being. *Anthropological horizons ; 16.* Toronto: University of Toronto Press; 2000. p. 59.
79. O'Sullivan B. Considering culture in Aboriginal care. *CMAJ Canadian Medical Association Journal.* [News]. 2013 Jan 8;185(1):E27-8.
80. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000 Sep;49(9):796-804.
81. Cohen L, Harris S, Bonito A, Manski R, Macek M, Edwards R, et al. Low-income and minority patient satisfaction with visits to emergency departments and physician offices for dental problems. *The Journal of the American College of Dentists.* 2009;76(3):23-31.
82. Emami E, Feine J. Focusing on oral health for the Canadian rural population. *Canadian Journal of Rural Medicine.* 2008;13(1):36-8.
83. Service d'urgences dentaires Aubervilliers, France [cited 2013-12-17]; Available from: <http://www.aubervilliers.fr/article104.html#dents>.
84. Trouvez un dentiste d'urgence à Montréal. [cited 2013-12-17]; Available from: <http://www.sos-dentiste.ca/>.
85. Luis de Lean J, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ. Acceptance by Spanish parents of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry. *European archives of paediatric dentistry.* 2010;11(4):175-8.
86. Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatric dentistry.* 1999;21(3):201-4.

87. Scott S, Garcia-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *ASDC journal of dentistry for children*. 1998;65(2):128-31.
88. L'utilisation des mesures de contention. *Ordre des dentistes du Québec*; 2009.
89. Bedos C, Pluye P, Loignon C, Levine A. Qualitative research, dans *Statistical and methodological aspects of oral health research*. *Statistics in practice*. Chichester, West Sussex ; Hoboken: John Wiley & Sons; 2009. p. 113-29.
90. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université; 2003. p. 505-6.
91. Egon GG, Lincoln YS. *Epistemological and Methodological Bases of Naturalistic Inquiry*. *Educational Communication and Technology*. 1982;30(4):233-52.
92. Stewart M. *Patient-centered medicine : transforming the clinical method*. 2nd ed. Abingdon, U.K.: Radcliffe Medical Press; 2003.
93. Strategic Regional Plan to improve health and social services, MIYUPIMAATISIIUN, Building a strong and healthy Cree Nation. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay; 2004.
94. Girard F. Communication verbale avec M. Solomon Awashish, agent de planification et de programmation en santé publique au CCSSSBJ, le 13 septembre 2012. Mistissini2012.
95. Girard F. Communication verbale avec M. James Bobbish, président sortant du Conseil d'administration du CCSSSBJ. Chisasibi2012.

Annexes

Annexe I – Carte de la région des Terres cries de la Baie James (Eeyou Istchee)



Figure 5 – Carte de la région des Terres cries de la Baie James (Eeyou Istchee)

Source : Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2013.
Reproduction autorisée dans ce mémoire.

Annexe II – Guide d’entrevue (version initiale)

1 – I’m interested to know more about the experience of people who used dental services in the community. Did anything special happened when you visited the dental clinic, for you or to escort other family members? Would you be comfortable to share your experience with me?

2 – Would you say that you were happy with your visits to the dental clinic? Why?

3 – In your opinion, does the dental clinic offer good services? Why?

4 – In your opinion, does the dental clinic offer services that meet your needs?

5 – When you visited the dental clinic, can you remember if there were important things for you that did not seem to be as important for the staff over there? Would you be comfortable to tell me more about this?

6 – In your opinion, what could be done to ensure that dental services are better in the future, in your community?

7 – A 12 year old child lives near you. He/she had many problems with his/her teeth when he/she was younger. He/she often eats junk food, chips and soft drinks, and does not brush his/her teeth every day. He/she had a bad toothache this week, but the pain is gone. Today, it does not hurt anymore. He/she did not see the dentist for a long time. The child does not go to the dentist. What do you think could be done to help this child?

Annexe III – Guide d’entrevue (version définitive)

1 – What happened the last time you went at the dental clinic? When was it?

(Au besoin: Can you describe a positive / negative experience at the dental clinic?)

2 – Would you say that you were happy with your visits to the dental clinic? Why?

3 – In your opinion, does the dental clinic offer good services? Why?

4 – In your opinion, does the dental clinic offer services that meet your needs?

5 – When you visited the dental clinic, can you remember if there were important things for you that did not seem to be as much important for the staff over there? Would you be comfortable to tell me more about this?

6 – What are your expectations regarding dental services?

7 – In your opinion, what could be done to ensure that dental services are better in the future, in your community?

8 – A 12 year old child lives near you. He/she had many problems with his/her teeth when he/she was younger. He/she often eats junk food, chips and soft drinks, and does not brush his/her teeth every day. He/she had a bad toothache this week, but the pain is gone. Today, it does not hurt anymore. He/she did not see the dentist for a long time. The child does not go to the dentist. What do you think could be done to help this child?

9 – According to you, what do people expect from dental services, here in _____?

10 – How would you define dental health?