

FONCTIONS HOSPITALIÈRES RÉGIONALES

SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX

SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

CONTINUITÉ

CORRIDORS DE SERVICES

ACCESSIBILITÉ

EFFICACITÉ - EFFICIENCE

**ÉTAT DE SITUATION DES SERVICES DE SANTÉ
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE**

**BILAN ET PERSPECTIVES EN PRÉVISION DES ENTENTES AVEC
LE RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ MCGILL**

QUALITÉ

AUTONOMIE RÉGIONALE

Version préliminaire

Octobre 2006

HIÉRARCHISATION DES SOINS ET SERVICES

Adopté par le conseil d'administration le _____ ou
Adopté par le président-directeur général le _____

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de
l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : (819) 764-3264
Télécopieur : (819) 764-5705

Rédaction

Direction régionale des services de santé

Collaboration

Direction régionale des services de santé

Lorraine Charlebois, agente de planification
Ghyslaine Charron, chef d'équipe, Services préhospitaliers d'urgence
Alain Couture, agent de planification
Marcel Daudelin jr, agent de planification
Roland Lord, directeur
Marie-José Racicot, agente de planification
Ginette Racine, agente de planification
Annie Rivet, technicienne en administration

Direction des affaires médicales

Dr Réal Lacombe, directeur

Direction générale adjointe

André Bélanger, agent de recherche
Nicole Berthiaume, agente de recherche

Direction du personnel réseau et de l'Agence

Marie-Josée Perron-Gagné, superviseure aux ressources humaines
Annie Tremblay, technicienne en gestion des ressources humaines

Direction de santé publique

Sylvie Bellot, agente de recherche

Les membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de l'A.-T.

Les membres du comité exécutif de la Commission régionale médicale de l'A.-T.

Les membres du comité de direction de la Commission infirmière régionale de l'A.-T.

Les directrices et directeurs des services professionnels des centres de santé et de services sociaux et centres de réadaptation de la région

Mise en page

Kathleen Baldwin, secrétaire
Direction régionale des services de santé

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1	9. LA FORMATION	3-8
SECTION 1 - ÉTAT DES LIEUX	1-1	9.1 Programme de formation médicale décentralisée	3-8
1. TERRITOIRE ET POPULATION.....	1-1	9.2 Programme de formation continue.....	3-9
2. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET ÉTAT DE SANTÉ.....	1-2	9.3 Nursing.....	3-9
2.1 Déterminants de la santé.....	1-2	SECTION 4 - DESCRIPTION DES SERVICES	4-1
2.2 État de santé.....	1-3	10. SANTÉ PHYSIQUE	4-1
SECTION 2 - DESCRIPTION DU RÉSEAU SOCIO SANITAIRE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	2-1	10.1 Plan d'organisation des services médicaux de base et spécialisés.....	4-1
3. LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES	2-1	10.2 Périnatalité	4-2
4. LES ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX	2-1	10.3 Bassins de desserte.....	4-2
5. LES PRINCIPAUX PARTENAIRES.....	2-2	10.4 Consommation de services et productivité	4-3
5.1 La main-d'œuvre médicale	2-2	10.5 Listes d'attente	4-5
5.2 Les organismes communautaires	2-3	10.6 Les services d'urgence des CSSS	4-5
SECTION 3 - LES RESSOURCES	3-1	10.7 Les hospitalisations jugées évitables	4-6
6. LES EFFECTIFS MÉDICAUX.....	3-1	10.8 L'efficacité des établissements (volet centre hospitalier)	4-7
6.1 Services médicaux de première ligne	3-1	10.9 Les soins palliatifs en fin de vie	4-7
6.2 Services médicaux spécialisés	3-2	11. SANTÉ MENTALE	4-8
6.3 Accessibilité aux services médicaux.....	3-3	11.1 Clientèles visées.....	4-8
6.4 Mesures incitatives négociées et non négociées et rémunération de l'effectif médical.....	3-4	11.2 Orientations régionales	4-8
7. LES RESSOURCES HUMAINES	3-5	11.3 Priorités régionales en santé mentale.....	4-8
7.1 Les ressources humaines du réseau	3-5	11.4 Quelques données régionales.....	4-9
7.2 Les secteurs en pénurie de personnel	3-6	11.5 Effectifs.....	4-9
8. ÉQUIPEMENT ET TECHNOLOGIE	3-7	12. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	4-10
8.1 Équipements médicaux	3-7	12.1 Transferts inter et intrarégionaux.....	4-10
8.2 Télésanté.....	3-8	12.2 Traumatologie.....	4-11
		12.3 Information régionale sur les traumatismes.....	4-13
		13. LES CORRIDORS DE SERVICES MÉDICAUX EXISTANTS	4-13
		13.1 Corridors intrarégionaux.....	4-13
		13.2 Corridors extrarégionaux.....	4-13



SECTION 5 - LES TRAVAUX EN COURS 5-1

14. LA HIÉRARCHISATION DES SOINS ET SERVICES 5-1

15. LUTTE À LA PANDÉMIE D'INFLUENZA 5-1

16. LES PROJETS CLINIQUES..... 5-1

17. HARMONISATION DES SERVICES DES RÉGIONS 08, 10 ET 18 5-2

18. LES PRIORITÉS RÉGIONALES POUR 2006-2007 5-2

SECTION 6 - PRIORITÉS D'ACTION ET DE COLLABORATION 6-1

19. L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX 6-1

20. LE SOUTIEN REQUIS PAR LES RESSOURCES MÉDICALES DES CSSS..... 6-2

 20.1 Les axes de soutien et de développement prioritaires aux spécialités
 médicales 6-2

 20.2 Les spécialités de base..... 6-3

 20.3 Les spécialités régionales..... 6-6

 20.4 Les activités para médicales..... 6-10

21. LES BESOINS DE SOUTIEN À LA PRATIQUE MÉDICALE 6-11

SECTION 7 - LES PERSPECTIVES ET LES PISTES D'ACTION 7-1

CONCLUSION 1

ANNEXE A LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE
L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE A-1

ANNEXE B LES ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX EN ABITIBI-
TÉMISCAMINGUEB-1

ANNEXE C LES CLINIQUES MÉDICALES ET LES GROUPES DE
MÉDECINE DE FAMILLE.....C-1

ANNEXE D DONNÉES COMPLÉMENTAIRES SUR LES EFFECTIFS
MÉDICAUX D-1

ANNEXE E DONNÉES COMPLÉMENTAIRES SUR LES RESSOURCES ..E-1

ANNEXE F DONNÉES COMPLÉMENTAIRES SUR LA
CONSOMMATION ET LA PRODUCTION DE SERVICES... F-1

ANNEXE G DÉFINITIONS DES NIVEAUX DE SOINS EN
PÉRINATALITÉ.....G-1

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 1	Population de la région Abitibi-Témiscamingue selon les réseaux locaux de services, 2005	1-1
Tableau 2	Population autochtone de la région Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de réseaux locaux de services, 2005.....	1-2
Tableau 3	Nombre de naissances, espérance de vie à la naissance et vieillissement de la population, région Abitibi-Témiscamingue et Québec.....	1-3
Tableau 4	Informations liées au découpage géographique de la région Abitibi-Témiscamingue, 2006	2-1
Tableau 5	Répartition des cliniques médicales et des groupes de médecine de famille en Abitibi-Témiscamingue, au 30 septembre 2006.....	2-2
Tableau 6	Répartition de l'effectif médical selon le lieu de pratique, au 30 septembre 2006	2-2
Tableau 7	Évolution de l'effectif médical, 2003-2006.....	3-1
Tableau 8	Taux d'atteinte du PREM en médecine générale, 2004 à 2006.....	3-1
Tableau 9	Croissance des activités médicales générales et spécialisées.....	3-2
Tableau 10	Frais de séjours des médecins itinérants et dépanneurs assumés par les établissements, 2003-2006	3-3
Tableau 11	Accessibilité aux spécialités médicales locales, au 30 septembre 2006.....	3-3
Tableau 12	Accessibilité aux spécialités médicales régionales, au 30 septembre 2006.....	3-4
Tableau 13	Titre d'emploi en pénurie de main-d'œuvre en Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2004	3-6
Tableau 14	Équipements médicaux spécialisés en place au 1er septembre 2006	3-7
Tableau 17	Courte durée physique – Estimation du nombre de lits et de berceaux consommés, 2004-2005.....	4-3
Tableau 18	Spécialités régionales - Estimation du nombre d'équivalent-lits, 2004-2005.....	4-4
Tableau 19	Listes d'attente régionales - Chirurgies avec hospitalisation, au 30 août 2006.....	4-5
Tableau 20	Listes d'attente régionales - Chirurgies de jour, au 30 août 2006.....	4-5
Tableau 21	Listes d'attente régionales ciblées dans le cadre des ententes de gestion, au 30 août 2006.....	4-5
Tableau 22	Nombre de visites à l'urgence, 2002-2003 à 2005-2006.....	4-6
Tableau 23	Séjour sur civières à l'urgence, période 3, 2006-2007	4-6
Tableau 24	Efficience des établissements (volet centre hospitalier), 2001-2002 à 2006-2007	4-7
Tableau 25	Nombre d'inscription au registre des traumatismes.....	4-13
Figure 1	Réseaux locaux de services intégrés en fonction des territoires de CLSC pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue	2-1
Figure 2	Évolution de l'effectif médical spécialisé en Abitibi-Témiscamingue, au 30 septembre 2006.....	3-2
Figure 3	Répartition de la main-d'œuvre par catégorie de personnel en Abitibi-Témiscamingue, au 31 mars 2005	3-5
Figure 4	Répartition des mois-stages effectués par universités, 2005-2006	3-8



LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACCRONYMES

AMP	Activités médicales particulières	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	OASIS	Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires
CAUAT	Centrale de réception des appels d'urgence de l'Abitibi-Témiscamingue	PACS	Picture Archiving and Communications Systems (système de transport et de stockage d'images)
CDJ	Chirurgie d'un jour	PEM	Plan d'effectifs médicaux
CH	Centre hospitalier	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
CHU	Centre hospitalier universitaire	RAIDDAT	Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires	RLS	Réseaux locaux de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
CMR	Commission médicale régionale de l'Abitibi-Témiscamingue	SOC	Soutien aux organismes communautaires
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	Table des chefs ...	Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée
CRLM	Centre de réadaptation La Maison	TCC	Traumatisé craniocérébral
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	TED	Troubles envahissants de développement
DHCEU	Diplômés hors Canada et États-Unis	TROCASMAT	Table régionale des organismes communautaires autonomes en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue
DRG	Diagnostic related groups	UMF	Unité de médecine familiale
DRMG	Département régional de médecine générale	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
ERCP	Cholangio-pancréatographie rétrograde		
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
ETP	Équivalent temps plein		
ÉVAQ	Évacuations aéromédicales du Québec		
FFAPAMM	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale		
GMF	Groupe de médecine de famille		
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada		
MRC	Municipalité régionale de comté		

INTRODUCTION

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est un vaste territoire avec une population de 145 097 personnes où le maintien de la couverture des services en santé et services sociaux doit se faire dans un cadre particulier étant assujettie à la difficulté de recrutement des ressources médicales et aussi pour d'autres types de professionnels.

Depuis avril 2004, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence) actualise un modèle d'organisation basé sur la création de six réseaux locaux de services intégrés. Ce modèle propose des mécanismes de coordination afin de faire valoir et de mettre à contribution les compétences du réseau pour améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services.

En mai 2004, le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill a été désigné comme étant le réseau universitaire responsable de soutenir l'organisation et la prestation des services de santé en Abitibi-Témiscamingue ainsi que la formation médicale décentralisée.

Étant donné les liens déjà établis (de longue date dans certains cas) avec des centres hospitaliers et des médecins du RUIS de l'Université de Montréal, les médecins et les administrateurs du réseau de la santé de l'Abitibi-Témiscamingue souhaitent assurer le maintien et la consolidation des acquis, avant de tisser de nouveaux liens avec le personnel du réseau McGill.

Les facultés de médecine des universités de Sherbrooke, de Montréal et McGill marginalement, offrent déjà des stages et de la formation en Abitibi-Témiscamingue. Il est donc hasardeux de remettre en question ces collaborations puisque la formation médicale décentralisée a démontré, jusqu'à maintenant, être le moyen le plus efficace pour attirer de jeunes médecins à venir travailler en région.

En juin 2004, lors d'une rencontre de l'Agence avec tous les partenaires concernés, les fondements de la décision ministérielle ont été expliqués et des garanties quant au maintien des acquis ont été données. Le modèle d'organisation de services décentralisée de l'Abitibi-Témiscamingue ne prévoit pas sur son territoire un centre hospitalier régional. Le modèle reconnaît à chacun des réseaux locaux les spécialités de base et identifie les spécialités régionales au sein de quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS). Dans ce contexte de leadership renforcé, l'Agence doit faire preuve de créativité et d'innovation, tout en jouant un rôle accru dans la coordination des services de santé et des services médicaux.

Dans ce contexte, quatre principes directeurs sont retenus pour orienter les actions de l'Agence soit l'accessibilité, la continuité, la qualité dans la prestation des services de santé et des services sociaux et l'imputabilité populationnelle assumée collectivement

par l'ensemble des intervenants d'un réseau local. La hiérarchisation des soins et des services amenant une plus grande complémentarité, un système de soins et de services centré sur la personne et sa communauté est l'avenue privilégiée par les établissements.

C'est donc dans ce cadre, et en prévision des ententes de service à établir avec ces RUIS McGill, que l'Agence a préparé ce document qui présente les besoins et les attentes internes de soutien et l'offre de service qu'elle considère essentielle au maintien de son autonomie régionale.

Section 1 - État des lieux

1. TERRITOIRE ET POPULATION¹

Avec ses quelques 58 000 km² de superficie (terres seulement), l'Abitibi-Témiscamingue est l'une des plus vastes régions du Québec. Les distances à parcourir y sont importantes; ainsi, il faut compter plus de 400 km de route pour relier la municipalité de Senneterre au nord-est, à celle de Témiscaming au sud-ouest. Avec un total estimé en 2005 à 145 097 habitants, la région affiche une faible densité de population, environ 3 habitants au km² comparativement à 6 pour l'ensemble de la province du Québec et près de 3 700 dans la région de Montréal. Elle figure ainsi parmi les régions les moins peuplées du Québec.

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est divisée en six territoires de réseaux locaux de services² (RLS) dont la taille de la population varie. Les territoires les plus peuplés sont ceux de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui comptent respectivement 30 % et 27 % de la population régionale. Les territoires d'Abitibi et d'Abitibi-Ouest rassemblent, pour leur part, 17 % et 15 % des Témiscabitiens. Quant aux territoires les moins peuplés, ceux de Ville-Marie et de Témiscaming, ils regroupent respectivement 9 % et 3 % des habitants de la région. Ajoutons que la population de l'Abitibi-Témiscamingue représente 1,9 % de celle du Québec.

La population témiscabitiennne peut être considérée comme mi-urbaine, mi-rurale. En effet, la moitié des personnes résident dans un des six pôles urbains qui caractérisent chacun des territoires de réseaux locaux de services. L'importance de ces pôles est néanmoins variable puisqu'on y retrouve entre 2 900 et 26 000 habitants³. Le reste de la population peut être considérée comme rurale et se répartit officiellement dans près d'une soixantaine de municipalités et dix territoires non organisés. Ces communautés sont pour la plupart de petite taille puisque les trois quarts de celles-ci comptent moins de 1 000 habitants et aucune plus de 4 000 personnes.

1. La plupart des informations de cette section proviennent des documents suivants : Sylvie BELLOT, Guillaume BEAULÉ. Tableau de bord : Indicateurs socio-sanitaires – Territoires des CSSS – Région Abitibi-Témiscamingue – Québec. Édition 2006. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, mai 2006.
Sylvie BELLOT, Guillaume BEAULÉ. Région de l'Abitibi-Témiscamingue. Portrait de santé. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, novembre 2005.
2. Pour plus de détails, se référer au tableau 4 à la Section 2.
3. Bien que les nouvelles villes de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or comptent un nombre supérieur d'habitants en raison des regroupements municipaux effectués avec les municipalités environnantes, seule la partie véritablement urbaine a été considérée ici.

Territoires de RLS	Population autochtone	
	N	%
Témiscaming	3 679	3 %
Ville-Marie	13 507	9 %
Rouyn-Noranda	39 404	27 %
Abitibi-Ouest	21 130	15 %
Abitibi	24 354	17 %
Vallée-de-l'Or	43 023	30 %
Région Abitibi-Témiscamingue	145 097	100 %

Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2005, produites en décembre 2005.

Bien que, comme au Québec, le processus de vieillissement de la population soit déjà enclenché, globalement la population de l'Abitibi-Témiscamingue s'avère un peu plus jeune que celle du Québec : les jeunes de moins de 15 ans sont relativement un peu plus nombreux et inversement on recense un peu moins de personnes âgées de 65 ans et plus.

Contrairement au Québec dont la population continue de s'accroître lentement, la région a amorcé une période de décroissance depuis la fin des années 90 et une baisse de 4,2 % de la population a été observée entre 2000 et 2005. Ce déclin s'explique surtout par le départ de nombreux résidents de la région.

Autre particularité, la région compte en 2005 un peu plus de 6 000 autochtones qui représentent 4 % de la population. Ceux-ci résident principalement dans quatre réserves et trois établissements⁴ autochtones, situés dans trois des cinq municipalités régionales de comté (MRC) de la région. Bien qu'elle soit peu nombreuse, la population autochtone se distingue du fait qu'elle est très jeune, qu'elle compte très peu de personnes âgées de 65 ans et plus et qu'elle connaît une bonne croissance démographique (hausse de 10 % entre 2000 et 2005).

Territoires de RLS	Population autochtone	
	N	%
Témiscaming	697	12 %
Ville-Marie	2 549	42 %
Rouyn-Noranda	0	0 %
Abitibi-Ouest	0	0 %
Abitibi	836	14 %
Vallée-de-l'Or	1 929	32 %
Région Abitibi-Témiscamingue	6 011	100 %

Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, Registre des indiens, données en date du 31 décembre 2005.

4. Les établissements autochtones sont des lieux désignés par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) où un groupe indépendant d'autochtones habite de façon plus ou moins permanente. Deux réserves (Kebaowek et Timiskaming) et deux établissements indiens (Hunter's Point et Winneway) sont situés sur le territoire de la MRC de Témiscamingue. La MRC d'Abitibi compte pour sa part une réserve, Pikogan. Quant à la MRC de la Vallée-de-l'Or, elle comprend une réserve indienne, Lac-Simon, et un établissement indien, Kitchisakik.

2. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET ÉTAT DE SANTÉ

L'état de santé d'une population est largement influencé par différents facteurs de l'environnement physique, économique et social. C'est pourquoi il est question d'abord des déterminants de la santé avant d'aborder l'état de santé proprement dit.

2.1 Déterminants de la santé

MODE DE VIE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

Bien que la population témiscabitiébienne suit l'ensemble des tendances observées au Québec pour ce qui est du mode de vie en général, elle présente aussi encore certaines caractéristiques propres à des milieux moins urbanisés :

- le nombre moyen d'enfants est légèrement plus élevé qu'au Québec;
- les familles de trois enfants ou plus sont relativement un peu plus nombreuses;
- on retrouve davantage de familles biparentales et moins de familles monoparentales;
- la proportion de personnes vivant seules est légèrement inférieure.

ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Quelques notes positives pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue :

- La proportion de personnes consacrant plus de 30 % de leur budget au logement est moindre que dans l'ensemble du Québec, ce qui reflète probablement les coûts de logement plus abordables dans la région.
- En 2000, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est moins élevé qu'il ne l'était en 1995.

Malgré ces quelques éléments positifs, la région de l'Abitibi-Témiscamingue affiche plusieurs difficultés sur le plan économique comparativement au Québec :

- La population est dans l'ensemble moins scolarisée.
- Le taux de chômage demeure toujours un peu plus élevé dans la région.
- La région se démarque avec certains secteurs d'activités économiques plus développés (agriculture, foresterie, extraction minière, services publics, commerce de détail, etc.). Toutefois, l'économie étant basée en partie sur l'exploitation des ressources naturelles, elle est plus fragile car dépendante de facteurs extérieurs.
- La proportion d'adultes prestataires de l'assistance-emploi de même que le pourcentage de ceux qui en bénéficient depuis 10 ans ou plus est relativement plus nombreux.

- Le revenu personnel moyen disponible est moins élevé qu'au Québec.
- On recense relativement plus d'aînés touchant à la fois une pension de vieillesse et le supplément de revenu garanti.

FACTEURS DE RISQUE ET COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ

Parmi les divers facteurs de risque associés à la naissance, la population témiscabitiébienne se démarque de la population québécoise uniquement sur deux points : les naissances survenant chez des mères faiblement scolarisées ainsi que chez des jeunes mères ayant moins de 20 ans sont relativement plus nombreuses.

Pour ce qui est des habitudes de vie ou des comportements liés à la santé tels que l'excès de poids, l'obésité, la consommation quotidienne de fruits et de légumes, l'usage du tabac et la pratique de l'activité physique, une enquête menée en 2003 révèle que la population régionale ne se différencie pas de la population québécoise en général.

ADAPTATION SOCIALE

Bien qu'on dispose de peu d'informations pour cette dimension, la région se démarque du Québec avec un taux supérieur de jeunes de 12 à 17 ans contrevenant au Code criminel et aux lois fédérales et provinciales.

SOINS ET SERVICES

En ce qui a trait à l'accessibilité aux soins et aux services, le portrait n'est pas exhaustif bien qu'il fournisse des indications intéressantes sur certaines particularités régionales :

- Concernant le Programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, la région se distingue avec un taux de participation nettement supérieur au taux provincial.
- La région affiche un taux d'hospitalisation jugée évitable plus élevé que le taux québécois ce qui traduit certaines difficultés d'accès à des services de santé de première ligne.
- La proportion d'aidants naturels dans la population se révèle relativement un peu plus élevée en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble du Québec.

2.2 État de santé

SANTÉ GÉNÉRALE, BIEN-ÊTRE ET SANTÉ MENTALE

Au chapitre de la santé générale et du bien-être, comparativement au Québec, on recense en Abitibi-Témiscamingue une proportion un peu plus élevée de personnes percevant leur santé générale moyenne ou mauvaise. Pour la santé mentale, les quelques données disponibles ne révèlent pas de particularités dans la région comparativement à l'ensemble de la population québécoise.

Tableau 3 Nombre de naissances, espérance de vie à la naissance et vieillissement de la population, région Abitibi-Témiscamingue et Québec		
	Abitibi-Témiscamingue	Québec
Nombre de naissances		
2003	1 456	73 916
1993	2 208	92 322
Variation 1993 à 2003	-34,1 %	-19,9 %
Espérance de vie à la naissance		
1998-2002	77,3 ans	78,9 ans
1994-1998	76,6 ans	77,9 ans
Variation 1994-1998 à 1998-2002	+0,9 %	+1,3 %
% Population de 65 ans ou plus		
1996	9,7 %	12,0 %
2005	12,5 %	13,8 %
Projection pour 2016	18,5 %	18,4 %
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fichier des naissances. MSSS, fichier des décès. Statistique Canada, estimations démographiques pour 2005 et 1996. Institut de la statistique du Québec, projections de 2016 pour le compte du MSSS produites en février 2005.		

SANTÉ PHYSIQUE

Les données sur la santé physique sont par contre plus éloquentes bien qu'elles ne soient pas non plus exhaustives.

- Bien que la région ne se distingue pas du Québec concernant l'incidence du cancer pour tous les sièges confondus, on observe des différences pour des sièges en particulier. Ainsi, le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon se révèle relativement plus élevé dans la région et, inversement, on recense relativement moins de nouveaux cas de cancer du sein.
- Même si la proportion de personnes souffrant de diabète dans la région s'avère similaire à celle observée au Québec, on recense un peu moins d'hommes touchés par cette maladie en Abitibi-Témiscamingue mais davantage de femmes.
- La région se démarque avec un taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée supérieur à celui du Québec, notamment pour des maladies de l'appareil circulatoire, des maladies de l'appareil respiratoire et des maladies de l'appareil digestif. Par contre, les hospitalisations pour des tumeurs et des traumatismes non intentionnels sont relativement moins nombreuses.
- Au chapitre des maladies à déclaration obligatoire, comparativement au Québec, on dénombre davantage de cas déclarés de chlamydie. Pour ce qui est de l'hépatite C, la situation s'avère cependant comparable.

INCAPACITÉ

Les données les plus récentes sur l'incapacité ne sont pas disponibles à l'échelle de la région, elles se rapportent à l'ensemble du Québec. On ne peut donc en tirer de conclusions pour la région seulement.

MORTALITÉ

L'espérance de vie est un peu moins longue en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec. Par ailleurs, l'écart existant entre les hommes et les femmes, en matière d'espérance de vie, s'observe dans la région, au même titre qu'au Québec et dans la plupart des pays occidentaux.

En ce qui a trait aux principales causes de mortalité, la région ne se distingue pas du Québec. Seule différence observable, les décès causés par des traumatismes non intentionnels ainsi que les suicides sont relativement plus nombreux en Abitibi-Témiscamingue. Ces résultats se répercutent d'ailleurs en ce qui a trait aux années potentielles de vie perdues. De fait, la mortalité prématurée (survenue avant l'âge de 75 ans) est significativement plus importante en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble du Québec. En outre, les traumatismes non intentionnels tout comme les suicides se distinguent comme deux causes pour lesquelles la région enregistre un taux significativement plus élevé d'années potentielles de vie perdues comparativement au Québec.

Section 2 - Description du réseau sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue

3. LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

Avec l'avènement des réseaux locaux de services, l'Abitibi-Témiscamingue a été subdivisée en six sous-régions correspondant aux territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC). Sur chaque territoire les établissements ayant des missions CLSC, centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centres hospitaliers (CH) ont été regroupés sous le vocable de centre de santé et de services sociaux (CSSS). L'annexe A présente les informations détaillées sur les services offerts au sein de chacun des CSSS de la région.

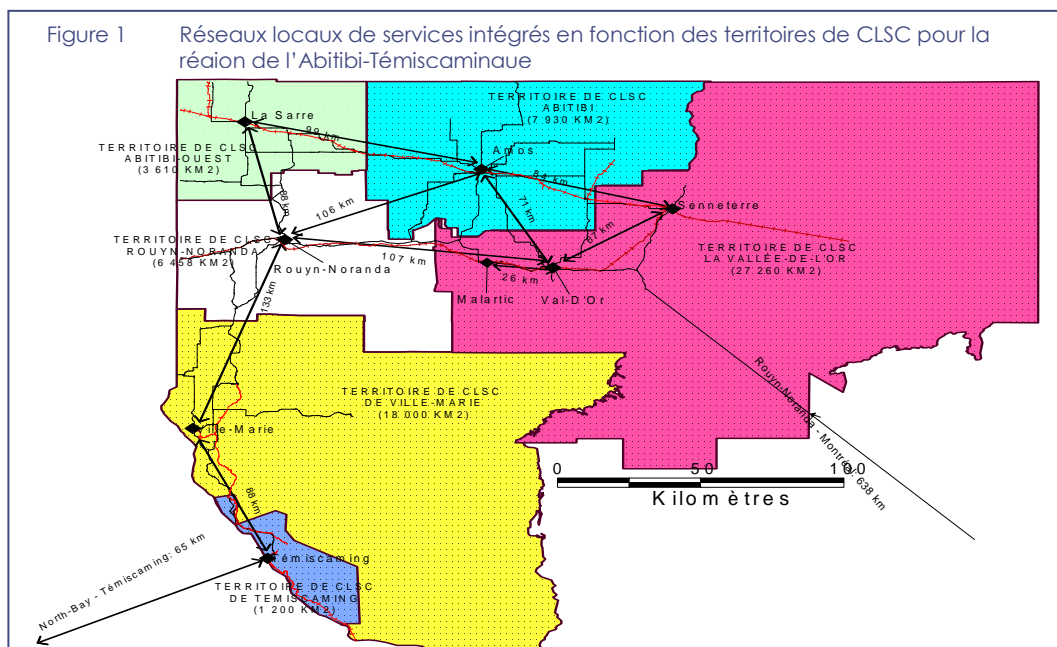
Ces établissements sont responsables de la dispensation des services de base sur leur territoire. Cependant, certains se sont vus confier des mandats régionaux concernant des services médicaux spécialisés.

MRC	Territoires de RLS	Établissements	Villes principales
Témiscamingue	Témiscaming	CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	Témiscaming
Témiscamingue	Ville-Marie	CSSS du Lac-Témiscamingue	Ville-Marie
Rouyn-Noranda	Rouyn-Noranda	CSSS de Rouyn-Noranda	Rouyn-Noranda
Abitibi-Ouest	Abitibi-Ouest	CSSS des Aurores-Boréales	La Sarre
Abitibi	Abitibi	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Amos
Vallée-de-l'Or	Vallée-de-l'Or	CSSS de la Vallée-de-l'Or	Val-d'Or

4. LES ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX

Il existe quatre établissements régionaux ayant pour mandat de donner des services spécialisés dans les programmes jeunes en difficultés d'adaptation, dépendance, déficience physique et déficience intellectuelle. L'annexe B énumère la mission et les services offerts par chacun des établissements régionaux de la région.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue



5. LES PRINCIPAUX PARTENAIRES

5.1 La main-d'œuvre médicale

On retrouve 27 cliniques médicales privées sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue et les services offerts à la population consistent principalement en la prise en charge et au suivi de la clientèle.

Il est estimé qu'environ 117 médecins de famille pratiquent en clinique médicale privée. Un groupe de médecins du territoire du CSSS du Lac-Témiscamingue est à formuler un projet d'offre de service en prévision d'une demande d'accréditation pour devenir un groupe de médecine de famille (GMF). Au 1^{er} décembre 2006, l'Agence prévoit que 60 médecins omnipraticiens de la région, parmi les 160 installés, pratiqueront selon l'approche privilégiée par les GMF.

Tableau 5 Répartition des cliniques médicales et des groupes de médecine de famille en Abitibi-Témiscamingue, au 30 septembre 2006

Établissements	Cliniques en établissement	CLINIQUES MÉDICALES PRIVÉES		TOTAL CLINIQUES	GMF	
		Médecine familiale	Médecine spécialisée		En place	Projet retenu
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	1			1	1	
CSSS du Lac-Témiscamingue		3		3		1
CSSS de Rouyn-Noranda		10	1	11		
CSSS des Aurores-Boréales		4		4	1	
CSSS Les Eskers de l'Abitibi		3		3	1	
CSSS de la Vallée-de-l'Or	2	4		8	1	
Total	3	24	1	28	4	1

Tableau 6 Répartition de l'effectif médical selon le lieu de pratique, au 30 septembre 2006

Établissements	OMNIPRATICIENS				SPÉCIALISTES				TOTAL MÉDECINS
	Établissement seulement	Cabinet et établissement	Cabinet seulement	TOTAL	Établissement seulement	Cabinet et établissement	Cabinet seulement	TOTAL	
Agence / Santé publique	5			5	3			3	8
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	4			4				-	4
CSSS du Lac-Témiscamingue	7	5		12	2			2	14
CSSS de Rouyn-Noranda	6	31	6	43	31	3	1	35	78
CSSS des Aurores-Boréales	6	19		25	7			7	32
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	5	27	1	33	31			31	64
CSSS de la Vallée-de-l'Or	10	23	5	38	39			39	77
Total	43	105	12	160	113	3	1	117	277

Au cours des dernières années, des groupes de médecins ont participé à des travaux visant la création de GMF. Depuis juillet 2003, deux GMF de la région ont été accrédités par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il s'agit du GMF du Centre de santé (CS) de Témiscaming et celui des Aurores boréales. Un troisième GMF a reçu son accréditation au sein du territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Celui-ci a démarré ses activités au printemps 2006. Un quatrième GMF, soit celui situé à Val-d'Or, a reçu son accréditation le 21 août 2006.

En date du 1^{er} septembre 2006, le GMF du CS de Témiscaming compte quatre médecins partenaires et 2 461 personnes inscrites. Les personnes vulnérables inscrites représentent environ 15 % de leur clientèle. Au cours de l'année, le GMF a déployé l'application du prescripteur pharmacologique ainsi que l'application des résultats de laboratoire.

En date du 30 septembre 2006, le GMF des Aurores boréales est composé de 17 médecins partenaires. Le nombre de personnes inscrites au GMF est de 6 503 personnes au 1^{er} septembre 2006. Les personnes vulnérables inscrites sont estimées à 27 % de leur clientèle.

Pour sa part, le GMF Les Eskers d'Amos, qui regroupe 15 médecins, compte 7 450 patients inscrits depuis le début de ses activités en mai 2006.

Finalement, le GMF de la Vallée-de-l'Or, qui débutera ses activités en décembre 2006, devrait inscrire 12 000 patients au cours des trois prochaines années.

5.2 Les organismes communautaires

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), l'Agence subventionne plus de 125 organismes communautaires ayant une mission en santé et services sociaux en 2006-2007. De plus, l'Agence collabore avec des organismes pour la réalisation d'activités spécifiques dans les programmes clientèles touchant la santé physique et la santé mentale.

CONFIGURATION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ PHYSIQUE

Pour 2006-2007, l'Agence reconnaît et finance des organismes communautaires impliqués auprès des personnes dans différents domaines tels l'oncologie, l'accompagnement des personnes en fin de vie, la fibromyalgie, la sclérose en plaque, le diabète et la maladie d'Alzheimer.

Un organisme ayant une mission régionale intervient auprès des personnes atteintes du VIH-SIDA en collaboration avec la clinique régionale de soutien et de suivi clinique du CSSS de Rouyn-Noranda.

Des organismes en maintien à domicile contribuent également de façon significative à l'accessibilité aux services de santé grâce à l'organisation de

transports offerts par des bénévoles. L'Agence compte 28 organismes communautaires répartis au sein des six territoires de santé et de services sociaux de la région. Ces organismes offrent également des services de soutien aux personnes à la suite d'une hospitalisation, lors de périodes de convalescence et pour du soutien aux familles des personnes.

CONFIGURATION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ MENTALE

Pour 2006-2007, l'Agence soutient 27 organismes communautaires oeuvrant en santé mentale en Abitibi-Témiscamingue. Parmi ces organismes, on compte sept comités locaux de prévention du suicide et un centre régional de prévention du suicide. Cinq des six territoires locaux peuvent compter sur un organisme communautaire d'hébergement, de soutien en milieu de vie et d'aide aux familles et proches d'une personne ayant une problématique de santé mentale. À ces ressources s'ajoutent des organismes d'entraide, de défense de droits et de concertation.

Finalement, la région compte trois maisons de soins palliatifs situées dans les territoires des CSSS de la Vallée-de-l'Or, de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi.

Section 3 - Les ressources

6. LES EFFECTIFS MÉDICAUX

La situation des effectifs médicaux en Abitibi-Témiscamingue s'améliore progressivement depuis quelques années. Au 30 septembre 2006, la population de l'Abitibi-Témiscamingue a accès à 277 médecins sur des besoins estimés à 345 postes équivalents temps plein (ETP). Globalement, ce sont ainsi 83 % des besoins qui sont comblés comparativement à 73 % en 2003. Cette hausse progressive peut être occasionnée par le resserrement des règles de gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) qui favorisent une répartition équitable des ressources médicales entre les régions, mais surtout par les efforts consentis par les établissements de la région pour le recrutement et le maintien des effectifs médicaux.

Tableau 7 Évolution de l'effectif médical, 2003-2006

Établissements	2003 à 2005			2006				
	2003-11	2004-11	2005-11	Besoins	Autorisés	En place 2006-09	Taux d'atteinte	
							Comparé au PREM	Comparé aux besoins
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	5	5	4	6	6	4	67%	67%
CSSS du Lac-Témiscamingue	15	14	14	22,6	18	14	83%	66%
CSSS de Rouyn-Noranda	78	76	81	103,2	92	86	96%	85%
CSSS des Aurores-Boréales	28	29	27	49,6	41	32	85%	71%
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	64	64	65	68,6	71	64	90%	93%
CSSS de la Vallée-de-l'Or	60	69	79	95	90	77	87%	82%
Total	250	257	270	345	318	277	89%	82%

Note : Les effectifs oeuvrant en santé publique au sein de l'Agence sont comptabilisés au PEM du CSSS de Rouyn-Noranda, soit 5 omnipraticiens et 3 spécialistes en santé communautaire.

6.1 Services médicaux de première ligne

Les services médicaux de première ligne sont actuellement assurés par 160 omnipraticiens installés alors que les besoins représentent plus de 185 ETP. L'atteinte de notre objectif en termes de besoins en médecine générale est passée de 74 % en 2003 à 86 % en 2006. Au 30 septembre 2006, 13 avis de conformité ont été émis sur une cible autorisée de 17, ce qui représente un taux d'atteinte de 76,5 %. Une telle performance au niveau du recrutement en omnipratique place ainsi l'Abitibi-Témiscamingue dans une situation favorable comparativement à d'autres régions désignées. Les données présentées dans le tableau 8 démontrent une tendance à la hausse depuis l'année 2004, soit une augmentation de 12,4 % en 2005 comparativement à 2004 ainsi qu'une augmentation significative de près de 30 % en 2006 par rapport à 2005.

Tableau 8 Taux d'atteinte du PREM en médecine générale, 2004 à 2006

Établissements	2004			2005			2006		
	Cible autorisée	Avis émis	Taux atteinte (%)	Cible autorisée	Avis émis	Taux atteinte (%)	Cible autorisée	Avis émis	Taux atteinte (%)
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	1	0	0,0	1	0	0,0	2	0	0,0
CSSS du Lac-Témiscamingue	3	0	0,0	4	1	25,0	3	2	66,7
CSSS de Rouyn-Noranda	3	3	100,0	4	6	150,0	3	2	66,7
CSSS des Aurores-Boréales	4	2	50,0	3	0	0,0	5	6	120,0
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	1	0	0,0	1	1	100,0	1	1	100,0
CSSS de la Vallée-de-l'Or	8	2	25,0	6	1	16,7	3	2	66,7
Total	20	7	35,0	19	9	47,4	17	13	76,5

Malgré une augmentation des effectifs en médecine de famille entre 2002 et 2005, l'offre de service et la prise en charge médicale de 1^{re} ligne sont demeurées presque inchangées. Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), l'offre en ETP était de 159 en 2002 et de 157,7 en 2005. Il est noté cependant que l'offre de service des médecins de famille en centre hospitalier est passée de 80,6 ETP à 87,7 ETP, avec une diminution correspondante en cabinet (51,1 ETP à 44,4 ETP). L'offre de service en cabinet correspond ainsi à 28,1 % des activités des médecins de famille alors que la consommation attendue est de 42,4 %. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs, tels :

- l'application de l'entente sur les activités médicales particulières (AMP) qui priorise les activités en centre hospitalier (urgence, hospitalisation, obstétrique);
- la pénurie d'effectifs dans les spécialités médicales;
- les changements de pratique des nouveaux médecins qui préfèrent la pratique hospitalière à la prise en charge en cabinet.

Cependant, la mise en place de groupes de médecine de famille et d'équipes interdisciplinaires de lutte aux maladies chroniques, notamment à Val-d'Or, nous indique déjà une amélioration de la prise en charge en 1^{re} ligne, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables.

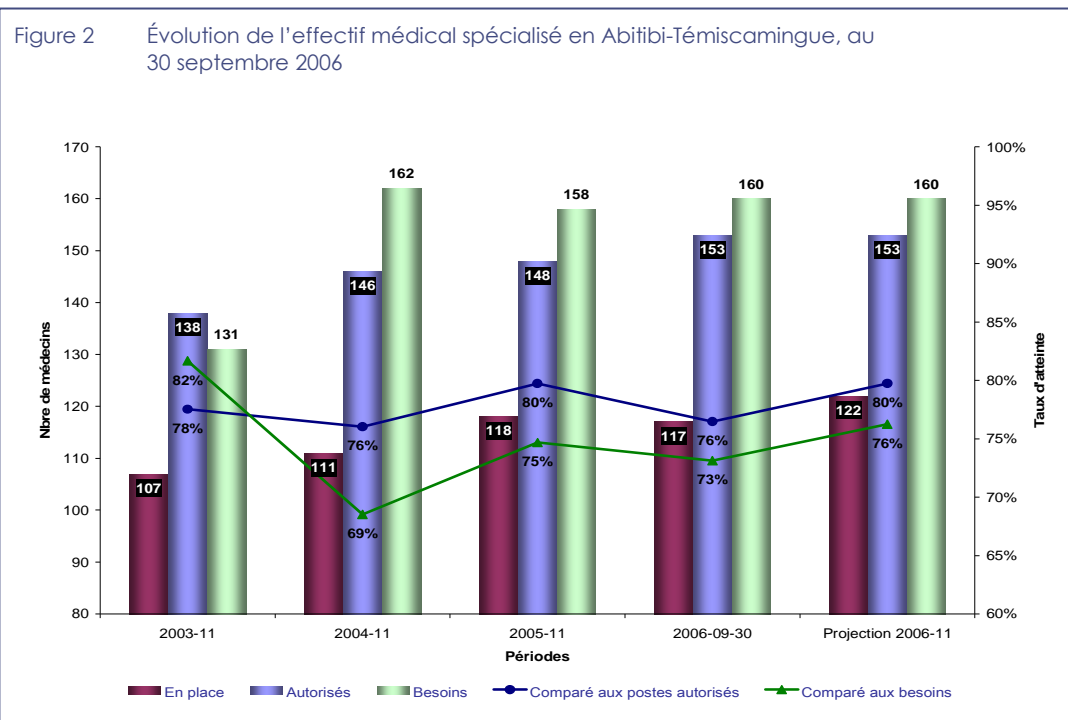
6.2 Services médicaux spécialisés

Au 30 septembre 2006, la région compte 117 médecins spécialistes installés sur 153 postes autorisés au PREM en spécialité 2006, soit un taux d'atteinte de 78 %. Les besoins identifiés correspondent à 162 postes et sont présentement comblés à 74 %.

L'Abitibi-Témiscamingue est l'une des seules régions du Québec à ne pas avoir d'hôpital régional. Les spécialités chirurgicales locales et les fonctions hospitalières régionales sont donc réparties dans les quatre pôles principaux, soit aux CSSS de Rouyn-Noranda, des Aurores-Boréales, Les Eskers de l'Abitibi et de la Vallée-de-l'Or. À ce titre, l'Agence doit se prévaloir d'un mécanisme permettant à chacun des CSSS d'assurer leur mandat auprès de toute la population de la région.

	2002	2005	Variation
Actes	831 333	852 743	+ 21 410
Actes laboratoire	123 065	220 310	+ 97 245
Total actes	954 398	1 073 053	+ 118 655
Salaires (heures)	44 451	42 234	- 2 217
Forfaits (heures)	128 108	142 997	+ 14 889
Total heures rémunérées	172 559	185 231	+ 12 672

Figure 2 Évolution de l'effectif médical spécialisé en Abitibi-Témiscamingue, au 30 septembre 2006



6.3 Accessibilité aux services médicaux

Étant donné que les établissements doivent composer avec des effectifs médicaux limités, des impacts sont constatés quant à l'accessibilité aux services. Comme conséquences sur l'organisation de la pratique médicale en région, on dénote, entre autres, l'essoufflement et la démotivation des médecins face à la lourdeur et l'ampleur de la tâche, la fragilisation des équipes médicales par manque d'échanges, de collaboration et de soutien ainsi que le manque de disponibilité pour la prise en charge de la clientèle. Plus particulièrement, les tableaux 10 et 12 illustrent l'état de l'accessibilité dans les diverses spécialités locales et régionales au 30 septembre 2006.

Or, pour maintenir l'accès aux services prioritaires tels les services d'urgence et d'hospitalisation et assurer une couverture dans les diverses spécialités, les CSSS ont recours au mécanisme de dépannage en omnipratique et aux médecins spécialistes itinérants. Un tel recours aux médecins extérieurs entraîne des coûts pour les établissements de la région représentant un montant de plus de 530 000 \$ annuellement, et ce, sans compter les dépenses assumées par la RAMQ. Le tableau 11 décrit les sommes versées par chacun des établissements pour le maintien des services médicaux au cours des dernières années.

Établissement	2003-2004	2004-2005	2005-2006
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	0	0	0
CSSS du Lac-Témiscamingue	63 288	105 876	153 474
CSSS de Rouyn-Noranda	116 902	125 897	108 215
CSSS des Aurores-Boréales	182 410	114 884	114 575
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	46 226	61 149	88 899
CSSS de la Vallée-de-l'Or	86 469	50 863	65 608
Total	495 295 \$	458 669 \$	530 771 \$

Source : Rapport financier annuel (AS-471) des établissements (page 331, ligne 27 pour 2003-2004 et 2004-2005, ligne 28 pour 2005-2006).
Coûts assumés pour les médecins omnipraticiens et spécialistes.

Afin d'assurer l'accessibilité aux services médicaux généraux et spécialisés, l'Agence soutient les établissements dans le recrutement et diverses actions sont aussi mises en œuvre pour contrer le manque d'effectifs. Le déploiement de groupes de médecine de famille, le développement d'unités de médecine familiale et le maintien des activités de promotion et de recrutement sont tous des objectifs à atteindre. L'Agence appuie également les établissements pour le recrutement de médecins diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU). Depuis le 21 décembre 2005, le MSSS défraie une partie des coûts reliés aux démarches d'obtention d'un permis restrictif et l'Agence encourage les établissements à avoir recours à cet apport précieux que peut représenter les médecins étrangers sous permis restrictif. Au 30 septembre 2006, 16 médecins étrangers pratiquent en région avec un permis restrictif alors que 30 parrainages sont en cours, majoritairement en spécialité. Le tableau 6 de l'annexe D énumère la répartition dans chacune des spécialités.

Spécialités locales	CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	CSSS du Lac-Témiscamingue	CSSS de Rouyn-Noranda	CSSS des Aurores-Boréales	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	CSSS de la Vallée-de-l'Or
Anatomopathologie	⊙	⊙	◆	⊙	■	◆
Anesthésiologie		◆	◆	■	■	■
Chirurgie générale		◆	■	■	■	◆
Médecine générale	■	■	◆	◆	◆	■
Médecine interne	⊙	⊙	■	■	◆	●
Obstétrique-gynécologie	⊙	⊙	■	●	◆	◆
Pédiatrie	⊙	⊙	■	■	◆	■
Psychiatrie	⊙	◆	◆	◆	◆	◆
Radiologie diagnostique	⊙	⊙	■	●	■	■
Services de laboratoire	◆	◆	◆	◆	◆	◆

Légende :
 ⊙ Services assurés par un autre établissement
 ● Services présents, mais sans effectif en place
 ■ Services présents avec effectif(s) en place, mais équipe non complète
 ◆ Services assurés sur place avec équipe complète

6.4 Mesures incitatives négociées et non négociées et rémunération de l'effectif médical

Notre région est un territoire désigné comme étant insuffisamment pourvu d'effectifs médicaux et les médecins qui s'installent et pratiquent à temps plein dans l'un ou l'autre des établissements de la région peuvent bénéficier de certaines mesures incitatives négociées et non négociées.

Selon les secteurs désignés, les médecins inscrits au Plan d'effectifs médicaux (PEM) des établissements ont droit à une majoration de leur rémunération en plus de bénéficier de primes d'installation et de maintien. Ces primes varient entre 10 000 \$ et 15 000 \$ par année selon le lieu de pratique. Le tableau 7 de l'annexe D résume les diverses mesures incitatives négociées et non négociées dont bénéficient les médecins qui pratiquent en Abitibi-Témiscamingue et diverses bourses de formation et de perfectionnement sont aussi disponibles.

Tableau 12 Accessibilité aux spécialités médicales régionales, au 30 septembre 2006

Spécialités régionales	CSSS de Rouyn-Noranda	CSSS des Aurores-Boréales	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	CSSS de la Vallée-de-l'Or
Cardiologie				■
Chirurgie buccale et maxillo-faciale			■	
Chirurgie orthopédique			■	
Chirurgie plastique			■	
Chirurgie thoracique et vasculaire périphérique			■	
Cytopathologie				◆
Dermatologie		⊙		✓
Gastro-entérologie				◆
Hématologie				⊙
Médecine nucléaire				●
Néphrologie-dialyse				●
Neurologie	◆		✓	
Ophthalmologie	■		✓	
Oto-rhino-laryngologie	◆		✓	✓
Pédiatrie (soins intensifs)	■			
Cancérologie pédiatrique	■			
Périnatalogie	■			
Physiatrie		●		
Pneumologie	✓			◆
Psychiatrie de longue durée				◆
Psychiatrie médico-légale				◆
Pédopsychiatrie				◆
Rhumatologie		⊙	✓	
Traumatologie secondaire			■	
Urologie	◆			✓

Légende :

- Établissement ayant la vocation régionale dans cette spécialité
- ⊙ Services assurés par un autre établissement
- Services présents, mais sans effectif en place
- Services présents avec effectif(s) en place, mais équipe non complète
- ◆ Services assurés sur place avec équipe complète
- ✓ Services présents dans l'établissement qui n'a pas la vocation régionale

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 Les ressources humaines du réseau

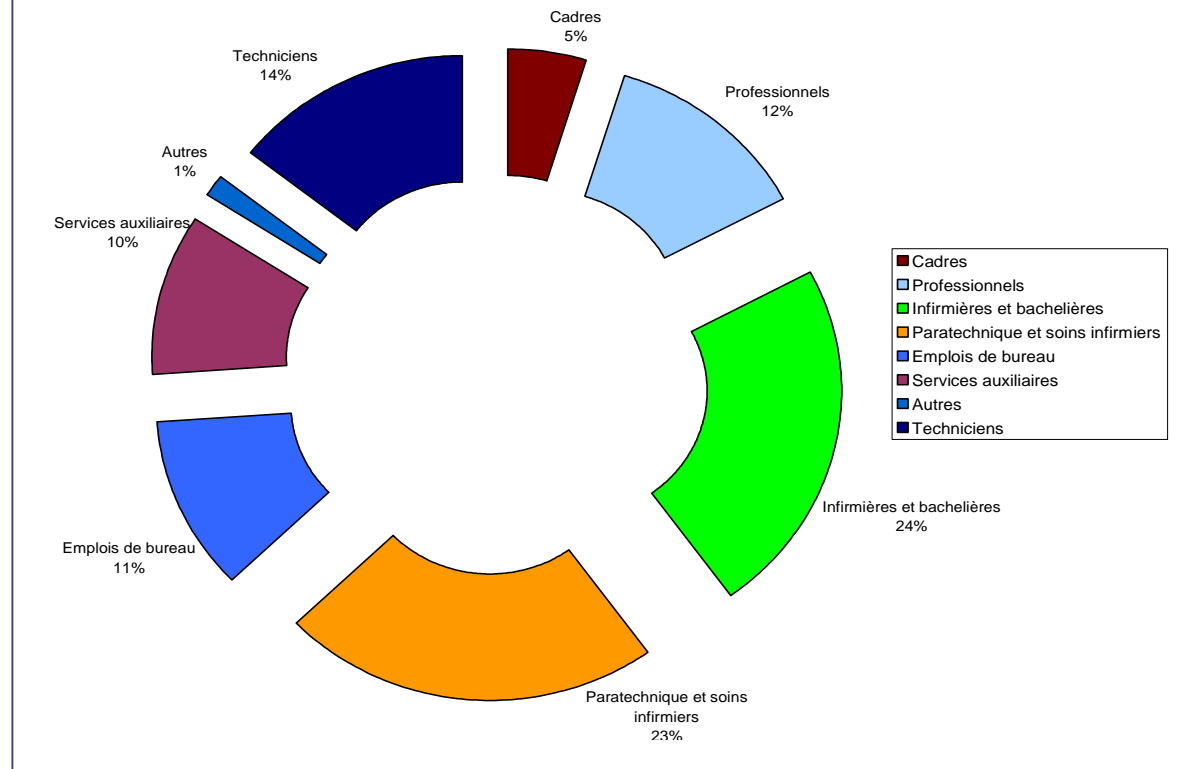
Les établissements de la région comptaient 5 161 employés au 31 mars 2005. Les infirmières et les infirmiers représentent un groupe d'employés fort important avec 1 173 personnes dont 194 détiennent une scolarité de niveau universitaire. Le deuxième groupe d'employés le plus important est composé de personnel paratechnique, d'infirmières et infirmiers auxiliaires, pour un total de 1 173 personnes.

Le réseau des établissements compte près de 290 gestionnaires et 567 employés de bureau. Les autres catégories d'emploi sont entre autres composées de professionnels et d'intervenants sociaux avec environ 800 personnes qui travaillent en majorité dans les établissements à vocation régionale. Dans une moindre proportion on compte un peu plus d'une centaine de personnes qui occupent des postes de pharmaciens, inhalothérapeutes et d'auxiliaires familiales.

Les CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda sont les deux établissements ayant le plus gros volume de personnel avec respectivement 1 216 et 1 023 employés au 31 mars 2005. Les quatre autres CSSS cumulent pour leur part 2 031 employés. Les quatre établissements ayant une vocation régionale comptent près de 891 employés.

La grande proportion des employés des établissements se retrouve dans les établissements ayant une mission touchant les services de santé. Il est constaté que près de 25 % du personnel provient des services infirmiers et que 39 % travaille dans les services techniques tels les services de laboratoire, de radiologie et d'inhalothérapie.

Figure 3 Répartition de la main-d'œuvre par catégorie de personnel en Abitibi-Témiscamingue, au 31 mars 2005



7.2 Les secteurs en pénurie de personnel

Les établissements font face à des difficultés de recrutement qui engendrent une pénurie de main-d'œuvre importante dans certains secteurs d'activités.

La pénurie est importante au niveau des catégories de professionnels qui font surtout partie de la mission de centre de santé et de services sociaux. Ces emplois sont jugés par l'Agence comme étant les plus touchés par la pénurie. Ainsi la région requiert des audiologistes, des orthophonistes, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des infirmières, des nutritionnistes et des psychologues. Plusieurs secteurs touchant les services techniques sont également en besoin pour compléter les équipes de travail.

On note un besoin significatif d'archivistes médicaux, d'inhalothérapeutes, de techniciens en hygiène du travail, de technologues en médecine nucléaire, de techniciens en génie biomédical et de technologues en radio-diagnostique. Finalement, le recrutement du personnel pour des postes d'infirmier auxiliaire et de secrétariat médical connaît des difficultés depuis quelques années.

TITRE D'EMPLOI	SEXE		TOTAL	PROV.	%
	M	F			
Professionnels					
Audiologiste-orthophoniste	2	8	10	884	1,13%
Audiologiste	0	1	1	128	0,78%
Ergothérapeute	2	25	27	2811	0,96%
Orthophoniste	0	5	5	485	1,03%
Pharmacien	5	16	21	1332	1,58%
Physiothérapeute	6	16	22	2084	1,06%
Psychologue	14	31	45	1939	2,32%
Infirmières					
Infirmier ou infirmière	66	725	791	41793	1,89%
Techniciens et assimilés					
Archiviste médical	0	17	17	1041	1,63%
Inhalothérapeute	12	44	56	2791	2,01%
Technicien en hygiène du travail	10	1	11	219	5,02%
Technologue en médecine nucléaire	0	5	5	399	1,25%
Technicien en génie bio-médical	6	1	7	227	3,08%
Technologue en radiodiagnostique	7	44	51	1887	2,70%
Assistants techniciens					
Infirmier auxiliaire	20	227	247	13862	1,78%
Employés de bureau					
Secrétaire	0	140	140	4400	3,18%
Secrétaire médicale	1	86	87	3789	2,30%

8. ÉQUIPEMENT ET TECHNOLOGIE

8.1 Équipements médicaux

Depuis les dernières années, les établissements rehaussent le niveau des équipements de façon à ce que la région puisse atteindre un niveau d'autonomie passablement élevé. Le processus de priorisation des équipements médicaux spécialisés effectué au cours de l'exercice 2005-2006 a permis à la région d'obtenir plus de 3,8 M \$ en budget. En plus des sommes octroyées par le MSSS, les investissements provenant des fondations hospitalières ont également permis à certains établissements de se procurer des équipements de haute technologie qu'ils n'auraient pu acquérir sans leur support. Le tableau 14 identifie les principaux équipements médicaux spécialisés présentement disponibles sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Le processus d'analyse des besoins des établissements pour l'exercice 2006-2007 est présentement en cours afin de déterminer les équipements requis au sein de chaque territoire.

Actuellement, la région travaille de façon prioritaire sur le projet d'acquisition d'un système PACS. L'informatisation des services d'imagerie médicale, un prérequis à l'implantation d'un tel système, est en cours depuis que les budgets ont été octroyés en 2003-2004. En 2005, avec la contribution financière d'Info-Route Canada, le MSSS s'est engagé à déployer les PACS au sein des quatre RUIS québécois. Les RUIS Montréal et McGill se sont alors associés pour proposer le déploiement d'un PACS conjoint. De nombreux professionnels de la région participent activement au sein des divers comités pour évaluer tous les impacts du projet. La phase préparatoire s'est terminée au printemps 2006 avec le dépôt de l'analyse des besoins. Depuis, tout a été mis en œuvre pour déposer aux fournisseurs concernés les appels d'offres. L'ouverture des soumissions est prévue pour la fin octobre 2006 pour un déploiement au sein des RUIS concernés au début de l'année 2007.

La couverture des services en radiologie, sur un territoire aussi vaste que l'Abitibi-Témiscamingue, représente un défi majeur pour notre population. Étant donné l'importance d'assurer une autonomie régionale à long terme, l'acquisition et le déploiement du PACS demeure un outil essentiel afin d'offrir à la population un service efficace, en plus de faciliter l'organisation de la garde régionale dans ce secteur d'activités en pénurie d'effectifs médicaux.

Tableau 14 Équipements médicaux spécialisés en place au 1^{er} septembre 2006

	CSSS de Témiscaming- et-de-Kipawa	CSSS du Lac- Témiscamingue	CSSS de Rouyn- Noranda	CSSS des Aurores- Boréales	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	CSSS de la Vallée-de-l'Or
Imagerie médicale						
Résonance magnétique mobile			✓	✓	✓	✓
Tomodensitomètre (scan)			✓	✓	✓	✓
Tomodensitomètre (multibarettes)		✓				✓ ¹
Radiographie numérique						✓
Radioscopie numérique		✓	✓	✓	✓	
Radioscopie mobile C-ARM			✓		✓	✓
Angiographie					✓	
Mammographie - dépistage		✓	✓	✓	✓	✓
Table de stéréotaxie			✓			
Échographe cardiaque		✓	✓		✓	✓
Échographe	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Système informatisé en radiologie -SIR	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Médecine nucléaire						✓
Dictée centrale	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Laboratoires						
Requêtes/résultats	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SilATH	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Polysomnographie						✓
Hémodialyse			✓ (9 app.)	✓ (7 app.)		✓ (12 app.)
Néonatalogie et soins intensifs pédiatriques			✓			
Chambre à pression négative						✓
Monitoring cardiaque			✓		✓	✓
1. En processus d'acquisition						

8.2 Télésanté

La région de l'Abitibi-Témiscamingue effectue diverses activités de Télésanté avec des établissements des RUIS Montréal et McGill, le tout basé sur des considérations historiques. Tous les CSSS de la région possèdent des équipements de vidéoconférence à l'exception du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa en raison d'une problématique associée au réseau RTSS actuel. Le tableau 11 de l'annexe E dresse le sommaire des activités de Télésanté qui ont présentement cours en région ainsi que les projets en développement.

Par ailleurs, la région participe activement au projet de CSSS virtuel du RUIS McGill. Ce projet consiste à mettre en place des services de téléconsultation, de télédiagnostic et de téléformation entre divers établissements du RUIS McGill, dans des spécialités telles la téléoncologie, la télécardiologie, la téléobstétrique et la télépsychiatrie. Ce projet est actuellement en phase 1 (processus de planification) qui vise à déployer une infrastructure pour organiser le processus de l'offre de service en fonction de la demande des partenaires des centres distants. Les centres impliqués sont donc à déterminer leurs besoins en ce qui concerne les centres référants et l'offre de service pour les centres receveurs. Comme le projet de CSSS virtuel respecte la hiérarchisation des soins, l'infrastructure clinique qui sera déployé prendra en considération les services de première et deuxième ligne en place et partagera son infrastructure et son expertise avec les leaders en région qui offriront des services spécialisés. Ceci est notamment le cas du CSSS de la Vallée-de-l'Or qui prévoit agir à titre de centre receveur (champion) dans les spécialités de télé-obstétrique, télécardiologie et télé-psychiatrie.

Le dépôt du document final de la phase 1 est prévu pour le fin décembre 2006.

9. LA FORMATION

9.1 Programme de formation médicale décentralisée

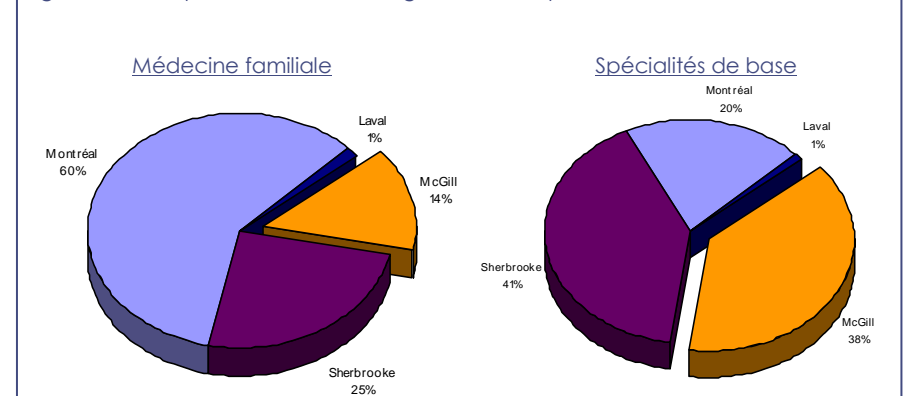
Depuis plusieurs années les établissements de la région offrent des stages de résidence en médecine familiale et en spécialité de base dans le cadre du Programme de formation médicale décentralisée des facultés de médecine des universités québécoises.

Afin d'optimiser le nombre de résidents en formation en région, l'Agence a approuvé en juillet 2005 la mise en place de l'Unité de médecine familiale (UMF) Amos-La Sarre. Réparti sur deux sites, ce projet a été réalisé grâce à la collaboration des omnipraticiens des CSSS des Aurores-Boréales et Les Eskers de l'Abitibi, avec l'appui des médecins spécialistes. Depuis son inauguration officielle en septembre 2005, l'UMF reçoit pour une période de douze mois des résidents provenant du Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Un projet d'UMF sur le territoire de la Vallée-de-l'Or, affilié à l'Université McGill, a été déposé au MSSS en juin 2006 en prévision de la phase de démarrage en 2006-2007. L'Agence est actuellement en attente de l'acceptation du projet par le MSSS.

Des discussions sont également en cours avec le CSSS de Rouyn-Noranda pour le renforcement de son Programme de formation décentralisée en médecine de famille. La figure 4 suivante démontre la répartition des mois-stages effectués en région par des résidents provenant des différentes facultés de médecine du Québec.

Figure 4 Répartition des mois-stages effectués par universités, 2005-2006



La mise en place de ces UMF suscite beaucoup d'intérêt chez les médecins omnipraticiens et spécialistes de la région et l'Agence souhaite développer des stages sur tout le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Tous reconnaissent que la formation des étudiants et des résidents a un impact majeur pour solutionner le manque de main-d'œuvre médicale en région. En effet, comme le démontre la récente mise en place de l'UMF Amos-La Sarre, la formation médicale décentralisée s'avère la mesure par excellence pour le recrutement de futurs médecins puisque les cinq résidents ayant effectué leur stage au sein de cette UMF ont tous optés de pratiquer en région.

Le tableau 10 de l'annexe E décrit le nombre de mois-stages de résidence en médecine de famille et en spécialité de base effectués entre 2002 et 2006 dans le cadre du Programme de formation médicale décentralisée.

9.2 Programme de formation continue

La formation s'adressant aux effectifs médicaux est sous la responsabilité des conseils de médecin, pharmaciens et dentistes (CMDP) de chaque CSSS.

En règle générale, les CMDP recensent les besoins de formation de leurs membres et établissent les priorités sur une base annuelle.

9.3 Nursing

Dans le cadre de l'application de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de Loi 90) qui redéfinit les rôles des professions dans le secteur de la santé, les services infirmiers représentent le secteur qui est davantage interpellé dans la prise en charge des patients.

Les médecins et le personnel en soins infirmiers des CSSS établissent des modalités de collaboration notamment en regard des ordonnances collectives. Il est visé que les infirmières de la région qui sont spécifiquement formées et habilitées puissent assurer un rôle accru auprès des personnes ayant une maladie chronique telle que le diabète ou l'hypertension artérielle. Il est également visé que les infirmières puissent initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, comme la contraception hormonale chez les jeunes femmes ou le traitement du muguet chez les nouveau-nés.

Les secteurs où les soins infirmiers sont particulièrement développés sont très variés et adaptés aux besoins spécifiques de chaque CSSS. Considérant que les CSSS ont des spécialités médicales régionales, les services en soins infirmiers doivent nécessairement ajuster leurs niveaux d'expertise et de connaissance. À titre d'exemple, les services régionaux des CSSS en hémodialyse, en neurologie, en clinique VIH-SIDA, en urologie et en pédiatrie peuvent compter sur du personnel en soins infirmiers ayant une formation spécifique pour répondre aux besoins de la clientèle.

Au niveau local, les CSSS de la région ont mis de l'avant plusieurs projets novateurs avec la contribution du personnel médical. Parmi les projets qui suscitent l'intérêt notons qu'au CSSS de Rouyn-Noranda, les soins infirmiers initient la contraception orale. Le personnel infirmier fait également le dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang. L'établissement implique également les soins infirmiers dans le suivi des personnes en prévention secondaire pour les maladies cardiaques, en oncologie, en clinique jeunesse, en soins palliatifs, en planning familial et pour des interventions auprès des enfants atteints de fibrose kystique. Pour sa part, le CSSS des Aurores-Boréales mise sur l'expertise des soins infirmiers en prévention des maladies chroniques, pour le fonctionnement du guichet unique de services intégrés, le suivi systématique et la gestion des lits « 48 heures » à l'urgence.

On note une bonne collaboration entre les CMDP et le personnel infirmier des CSSS pour le partage de certains actes. À Rouyn-Noranda, cette collaboration fait l'objet d'une entente pour la mise en place de liens tant sur le plan administratif que clinique en prévision de la reconnaissance par le MSSS des infirmières praticiennes de première ligne. À ce titre, l'Agence croit qu'un rôle accru des infirmières auprès de la population favorise l'accessibilité aux services. À ce jour, plusieurs expériences démontrent que les services infirmiers peuvent répondre à de nombreux besoins dans le cadre des services de première ligne que ce soit au niveau des GMF, des équipes en maladies chroniques, en services de santé courante et en périnatalité. Il est également constaté que le personnel infirmier « pivot » joue un rôle clinique important notamment en oncologie et en prévention des infections. L'apport de soins infirmiers est de plus en plus remarqué dans l'organisation des services offerts par les groupes de médecine de famille. Au 1^{er} septembre 2006, cinq infirmières oeuvrent au sein des GMF de La Sarre, Amos et Témiscamingue Sud. Deux autres infirmières à Val-d'Or seront en place en décembre 2006.

Au niveau de la formation académique, l'Agence appuie sans réserve le partenariat établi entre l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et l'Université McGill pour la formation d'infirmière praticienne de première ligne. L'organisation d'un programme de soins de santé primaires tel l'infirmière praticienne constitue une forme de garantie pour une formation adaptée à la région. Il est reconnu par plusieurs établissements que l'infirmière praticienne de 1^{re} ligne permettra de répondre à un besoin réel surtout en milieu rural.

LES BESOINS DES SOINS INFIRMIERS

Les CSSS de la région ciblent des besoins qui favorisent le développement des soins infirmiers dans le contexte du projet de loi 90 et du soutien à la pratique professionnelle. Les besoins suivants ont été exprimés par l'ensemble des CSSS et se traduisent comme suit :

- le recours au modèle McGill pour les plans de services individualisés et les plans d'intervention;
- le soutien requis par la mise en place des équipes interdisciplinaires;
- l'actualisation de la loi Loi 90 et l'élaboration d'ordonnance collective;
- le support dans l'application des programmes de prévention des infections;
- l'aide dans l'identification de moyens visant la diminution des erreurs médicamenteuses;
- la formation et la création de liens pour le soutien clinique dans les secteurs telles la cardiologie, la psycho-gériatrie, la réadaptation, l'hémodialyse, la pédiatrie, la psychiatrie et l'oncologie;
- le support pour l'utilisation d'équipements spécialisés;
- la reconnaissance du rôle de l'infirmière praticienne.

LA RELÈVE EN SOINS INFIRMIERS

Le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue anticipe que 48 étudiants finiront leur scolarité en mai 2007. Par ailleurs, une vingtaine d'étudiants de la première cohorte DEC/BAC de l'UQAT devraient graduer en avril 2007.

Section 4 - Description des services

10. SANTÉ PHYSIQUE

10.1 Plan d'organisation des services médicaux de base et spécialisés

Le 20 décembre 1994, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue adoptait un Plan d'organisation des services médicaux de base et en spécialités.

Ce plan n'identifie pas de centre hospitalier régional, mais plutôt une organisation de services décentralisée. On y reconnaît huit spécialités essentielles dans chacune des MRC (spécialités locales) ainsi que certaines spécialités régionales dans l'un ou l'autre des établissements concernés.

Les effectifs médicaux requis ainsi que les budgets sont répartis selon les spécialités reconnues dans chacune des MRC. Les spécialités régionales sont exclusives et sont sous la responsabilité d'un seul centre hospitalier de la région. L'établissement à qui est dévolue une spécialité régionale a la responsabilité de desservir, dans cette discipline, toute la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Le tableau suivant présente la répartition des spécialités au sein de chaque CSSS.

Les établissements n'ayant pas d'effectifs sur place pour dispenser les spécialités locales, dites « essentielles », prennent des ententes de service avec les centres situés le plus près de leur territoire.

Les spécialités, comme l'oncologie, l'allergie-immunologie et l'endocrinologie, ne sont pas reconnues comme des spécialités régionales. Cependant, certains spécialistes en place offrent ces services dans leur territoire et demeurent disponibles pour des consultations.

ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALITÉS RÉGIONALES	SPÉCIALITÉS LOCALES
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Néphrologie-dialyse, Médecine nucléaire, Cytopathologie, Cardiologie, Pneumologie, Gastro-entérologie, Hématologie	Médecine générale, Gynécologie-obstétrique, Anesthésie-réanimation, Chirurgie générale, Médecine interne, Pédiatrie, Psychiatrie, Anatomopathologie, Radiologie diagnostique, Services de laboratoire
Pavillon Malartic	Psychiatrie de longue durée, Pédopsychiatrie, Psychiatrie médicolégale	
CSSS de Rouyn-Noranda	Périnatalogie, Cancérologie pédiatrique, Pédiatrie (soins intensifs), Ophtalmologie, Urologie, Oto-rhinolaryngologie, Neurologie	Médecine générale, Gynécologie-obstétrique, Anesthésie-réanimation, Chirurgie générale, Médecine interne, Pédiatrie, Psychiatrie, Anatomopathologie, Radiologie diagnostique, Services de laboratoire
CSSS des Aurores-Boréales	Dermatologie, Physiatry, Rhumatologie	Médecine générale, Gynécologie-obstétrique, Anesthésie-réanimation, Chirurgie générale, Médecine interne, Pédiatrie, Psychiatrie, Anatomopathologie, Radiologie diagnostique, Services de laboratoire
CSSS du Lac-Témiscamingue		Médecine générale, Gynécologie-obstétrique, Anesthésie-réanimation, Chirurgie générale, Médecine interne, Pédiatrie, Psychiatrie, Anatomopathologie, Radiologie diagnostique, Services de laboratoire
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Orthopédie, Chirurgie buccale et maxillo-faciale, Chirurgie plastique, Chirurgie thoracique et vasculaire périphérique, Traumatologie secondaire	Médecine générale, Gynécologie-obstétrique, Anesthésie-réanimation, Chirurgie générale, Médecine interne, Pédiatrie, Psychiatrie, Anatomopathologie, Radiologie diagnostique, Services de laboratoire

Des services d'hémodialyse sont accessibles dans trois centres différents soit à Rouyn-Noranda, à Val-d'Or et à La Sarre. Les patients du secteur d'Amos doivent se déplacer vers le CSSS de la Vallée-de-l'Or pour recevoir ces services. Des démarches sont actuellement en cours pour développer un centre satellite à Ville-Marie puisque ces personnes reçoivent présentement leurs services au CSSS de Rouyn-Noranda.

Une entente de service signée en 1992 avec l'Hôpital de North Bay en Ontario autorise la clientèle rattachée au CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa d'y recevoir tout service médical spécialisé qui n'est pas offert à ce CSSS.

En imagerie médicale, les examens supraspécialisés comme les coronographies, les angiographies spécifiques ou la résonance magnétique monitorée ne sont pas disponibles dans notre région.

Des services de garde régionale sont en place en ophtalmologie, en neurologie et en radiologie. Des démarches pour implanter un système de garde pour la psychiatrie et l'urologie sont présentement en cours.

L'Agence travaille en collaboration avec les directions des services professionnels des CSSS et du centre de réadaptation en déficience physique de la région (comité de coordination régionale) et les instances médicales concernées afin d'assurer le respect de la complémentarité interétablissements par l'intermédiaire de corridors de services.

10.2 Périnatalité

Depuis plus de vingt ans, la région bénéficiait du service d'une unité de néonatalogie de niveau 3^e au sein du CSSS de Rouyn-Noranda. Au cours de l'année 2002-2003, l'établissement perdit une bonne partie de ses effectifs médicaux et ne pu continuer d'assurer les services de néonatalogie. En mars 2005, le service de néonatalogie fut officiellement fermé mettant ainsi fin à ce service tertiaire en région.

Depuis, les CSSS Les Eskers de l'Abitibi, de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda offrent des soins périnataux de niveau 2A. Face à la nécessité et à la pertinence d'une hiérarchisation des services spécialisés en périnatalité dans le but d'augmenter l'accessibilité et la qualité des services ainsi que l'efficience et l'efficacité de ceux-ci, une organisation régionale des services spécialisés en périnatalité a été mise en place.

L'objectif de cette organisation de soins et services vise à faire en sorte que la région maintienne un niveau de qualité optimale des services spécialisés d'après les critères reconnus des autorités médicales pour les soins aux nouveau-nés et aux parturientes. Ainsi, le CSSS de Rouyn-Noranda a manifesté son intérêt à s'engager dans un travail

visant le maintien et le développement de son expertise en périnatalité. L'établissement entreprendra au cours des prochains mois des démarches visant l'offre de soins périnataux de niveau 2B.

10.3 Bassins de desserte

L'ensemble des établissements de l'Abitibi-Témiscamingue déclare avoir dressé 322 lits de courte durée physique en 2005-2006 incluant 7 lits de gériatrie active. De plus, 64 lits ont été dressés en psychiatrie, 28 en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et 697 lits en CHSLD incluant 39 lits attribués à la déficience intellectuelle.

Tableau 16 Lits dressés selon les établissements par catégorie, 2005-2006

Établissements	COURTE DURÉE PHYSIQUE			LONGUE DURÉE		
	Gériatrie active	Autres	TOTAL	Psychiatrie	CHSLD	URFI
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	0	6	6	0	14	0
CSSS du Lac-Témiscamingue	0	27	27	0	69	2
CSSS de Rouyn-Noranda	0	68	68	14	159	6
CSSS des Aurores-Boréales	2	46	48	8	182	15
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	2	82	84	8	98	2
CSSS de la Vallée-de-l'Or	3	86	89	34	175	3
Abitibi-Témiscamingue	7	315	322	64	697	28

5. Les définitions des niveaux de soins en périnatalité dont décrites à l'annexe G.

En excluant les soins psychiatriques internes du CSSS de la Vallée-de-l'Or situés à Malartic, 6,6 % des jours-présences consommés en Abitibi-Témiscamingue en hospitalisation de courte durée l'ont été, en 2004-2005, par des résidants provenant de la région du Nord-du-Québec, notamment des territoires situés juste au nord de La Sarre, de Matagami, et de Lebel-sur-Quévillon ainsi que des territoires cris.

En outre, plus des trois quarts des jours d'hospitalisation en courte durée ont été consommés dans trois établissements soit aux CSSS de la Vallée-de-l'Or, de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi. En raison des spécialités régionales qui leur ont été confiées, deux de ces trois établissements, soit les CSSS de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi, attirent davantage des clientèles résidant à l'extérieur du territoire où ils sont situés.

10.4 Consommation de services et productivité

Les données les plus récentes (2004-2005) démontrées indiquent que 87,2 % des jours d'hospitalisation (santé physique excluant les nouveau-nés) des résidants de l'Abitibi-Témiscamingue sont consommés dans des établissements de la région (2,6 % hors Québec et 10,2 % au Québec hors région). La durée moyenne de séjour de courte durée au Québec est de 8,1 jours par cas contre 6,9 pour les résidants de l'Abitibi-Témiscamingue.

Cependant, le taux brut d'hospitalisation⁶ au Québec des résidants de la région est de 9,8 cas (santé physique excluant les nouveau-nés) pour 100 habitants, soit 24 % plus élevé que le taux provincial (7,9 cas pour 100 habitants).

La consommation hospitalière médicale est divisée en trois catégories, soit les spécialités de base qui se retrouvent dans chacun des CSSS de la région, les spécialités régionales et enfin les spécialités suprarégionales qui ne peuvent être offertes en région. La plupart des spécialités régionales se retrouvent dans les CSSS de la Vallée-de-l'Or, de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi.

En 2005-2006, 22,1 % des lits dressés et des berceaux en santé physique ont été consommés en spécialités régionales (en excluant les lits de courte durée occupés par la clientèle en longue durée). Ce sont les CSSS de la Vallée-de-l'Or et Les Eskers de l'Abitibi qui utilisent le plus de lits pour des spécialités régionales.

6. Le taux brut d'hospitalisation est égal au nombre de cas d'hospitalisation au Québec des résidants de la région divisé par la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 17 Courte durée physique – Estimation du nombre de lits et de berceaux consommés, 2004-2005

Établissements	Spécialités de base et suprarégionales ¹		Spécialités régionales	TOTAL	
	Équivalent-lits ²	Équivalent-berceaux	Équivalent-lits	Équivalent-lits	Équivalent-berceaux
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	3,4	0	0,7	4,1	0
CSSS du Lac-Témiscamingue	16,2	1,0	2,6	18,8	1,0
CSSS de Rouyn-Noranda	56,7	5,1	9,8	66,5	5,1
CSSS des Aurores-Boréales	26,5	1,7	4,7	31,2	1,7
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	45,6	4,5	30,7	76,3	4,5
CSSS de la Vallée-de-l'Or	56,8	8,0	15,3	72,1	8,0
Abitibi-Témiscamingue	205,2	20,3	63,8	269³	20,3
TOTAL LITS ET BERCEAUX	225,5		63,8	289,3	
	77,9 %		22,1 %	100 %	

1. Il s'agit de la partie correspondant aux spécialités suprarégionales présentes avant transfert.
 2. Les équivalent-lits et berceaux se calculent ainsi : nombre de jours d'hospitalisation divisé par 365 jours et ensuite divisé par 0,85, soit le taux d'occupation recherché en Abitibi-Témiscamingue.
 3. Il faut noter que ce nombre est significativement moins élevé que le nombre de lits dressés en courte durée physique (322 lits). Cette différence est due à un manque de ressources budgétaires et à la façon dont les établissements gèrent ce manque.

Il faut noter la concentration importante de la consommation hospitalière en spécialités régionales au CSSS Les Eskers de l'Abitibi, surtout en orthopédie et en chirurgies thoracique et vasculaire. Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi atteint 30,7 % de la consommation en spécialités régionales.

Ayant confirmé en mars 2005 la fin du service de néonatalogie au CSSS de Rouyn-Noranda, des situations concernant les grossesses à risque et bébés prématurés (moins de 34 semaines) sont transférées vers les centres tertiaires de soins.

Enfin, les résidants de l'Abitibi-Témiscamingue hospitalisés à l'extérieur de la région le sont souvent pour des problèmes reliés à des spécialités suprarégionales tels des pontages coronariens, des chirurgies sur les valvules, des chirurgies cardiovasculaires percutanées et des troubles circulatoires. Ces chirurgies ont lieu à Montréal, en majeure partie à l'Institut de cardiologie, au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal⁷.

Cependant, au CHUM et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal des résidants de la région sont également hospitalisés pour des craniotomies, des problèmes reliés à la moelle épinière, des tumeurs du système nerveux et des chirurgies sur la rétine⁸.

Il est à noter que l'Hôpital Sainte-Justine reçoit des usagers provenant de la région, mais que ceux-ci ne sont pas reliés en grande partie aux spécialités suprarégionales. Plusieurs sont des situations concernant la néonatalogie ou des problèmes ayant trait au foie, aux voies biliaires, au pancréas, aux reins et à l'appareil urinaire. Quelques situations d'affections réticulo-endothéliales ou immunitaires et de fusion vertébrale, dorsale ou lombaire sont aussi présentes. Il y a aussi de simples cas de soins de surveillance⁹.

Spécialités	Équivalent-lits ¹	Équivalent-lits consommés par les résidants à l'extérieur ²	Note
Cardiologie	3,5	0,2	Dans tous les établissements
Chirurgie buccale, maxillo-faciale et traumatologie secondaire	2,0	1,1	En grande partie au CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire	12,1	2,3	Surtout au CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Chirurgie plastique	0,8	0,1	En grande partie au CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Dermatologie	0,3	0,0	Dans tous les établissements
Gastro-entérologie	6,3	0,8	Dans tous les établissements
Néphrologie	2,7	0,5	Dans tous les établissements
Neurologie	1,3	0,2	Dans tous les établissements
Ophthalmologie	0,6	0,1	La chirurgie d'un jour se fait surtout au CSSS de Rouyn-Noranda
ORL	1,5	0,5	Surtout au CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Orthopédie	23,9	2,4	En grande partie au CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Périnatalogie	0,4	0,5	Dans tous les établissements
Physiatrie et rhumatologie	0,6	0,2	Dans tous les établissements
Pneumologie	3,6	0,1	Dans tous les établissements
Urologie	4,0	1,0	Surtout au CSSS de Rouyn-Noranda
1. Équivalent-lits consommés dans les établissements situés en Abitibi-Témiscamingue. 2. Équivalent-lits consommés par des résidants de l'Abitibi-Témiscamingue à l'extérieur de l'Abitibi-Témiscamingue, mais dans des établissements du Québec.			

7. Codes de DRG : 103 à 109, 111, 112 et 126.

8. Codes de DRG : 1, 2, 4, 9, 10 et 36.

9. Codes de DRG : 465, 40, 201, 202, 204, 205, 207, 304, 331, 398, 755 et 650 à 678.

10.5 Listes d'attente

Au 30 août 2006, 424 personnes étaient en attente d'une chirurgie avec hospitalisation. Parmi ces personnes, 147 étaient en attente depuis plus de 6 mois dont 90 pour une chirurgie en orthopédie. Étant donné que 537 personnes attendaient une chirurgie au 31 mars 2003, il est constaté que les CSSS de la région ont grandement amélioré la situation pour l'ensemble des activités en chirurgie.

Pour ce qui est des chirurgies d'un jour (CDJ), les CSSS de la région cumulent 257 personnes en attente depuis plus de 6 mois comparativement à 448 au 31 mars 2003. Au total, 1 038 personnes attendaient une chirurgie d'un jour au 30 août 2006 et les spécialités qui avaient le plus grand nombre de patients étaient la chirurgie générale et l'orthopédie. En comparaison avec le 31 mars 2003 qui affichait 1 511 personnes en attente, les CSSS démontrent une amélioration importante du nombre de patients en attente au niveau des délais de plus de 6 mois et du nombre de chirurgies à effectuer.

La liste d'attente des patients pour une chirurgie de la cataracte est passée de 750 personnes au 31 mars 2003 à 253 au 30 août 2006. En ce qui concerne les chirurgies de la hanche, la liste d'attente a baissé de 38 à 18 personnes entre mars 2003 et août 2006. Finalement, la situation pour les chirurgies aux genoux a également connu une baisse avec 62 personnes en attente au 31 mars 2003 comparativement à 35 en août 2006.

10.6 Les services d'urgence des CSSS

Le nombre de visites à l'urgence des CSSS a augmenté depuis l'année 2002-2003 jusqu'au 31 mars 2006. Il est constaté pour la région, une hausse de 7 357 visites sur une période de quatre ans. La hausse la plus importante est au niveau du CSSS de la Vallée-de-l'Or qui a vu son volume de visites augmenté de 11 563 entre 2002-2003 et 2005-2006. La hausse de la fréquentation au CSSS de la Vallée-de-l'Or pourrait s'expliquer par la présence de deux services d'urgence, soit ceux de Senneterre et Val-d'Or. De plus, les particularités de la clientèle autochtone et la disponibilité des effectifs médicaux pour la prise en charge de la clientèle semblent influencer le recours à ce service de première ligne. La diminution la plus significative se situe au CSSS du Lac-Témiscamingue avec 3 681 visites de moins, soit 18 992 visites en 2005-2006 comparativement à 22 673 en 2002-2003.

Tableau 19 Listes d'attente régionales - Chirurgies avec hospitalisation, au 30 août 2006

Types chirurgie	2003-03		2006-03		2006-08	
	TOTAL	Hors délai > 6 mois	TOTAL	Hors délai > 6 mois	TOTAL	Hors délai > 6 mois
Dos	34	24	32	26	32	23
Générale	112	28	120	54	44	10
Vasculaire	24	7	20	4	17	2
Gynécologique	106	23	83	17	86	15
ORL	20	15	16	5	18	4
Orthopédique	160	38	148	73	187	90
Urologie	81	9	50	5	40	3
Total en attente¹	537	144	469	184	424	147

1. Excluant les hanches et les genoux

Tableau 20 Listes d'attente régionales - Chirurgies de jour, au 30 août 2006

Types chirurgie	2003-03		2006-03		2006-08	
	TOTAL	Hors délai > 6 mois	TOTAL	Hors délai > 6 mois	TOTAL	Hors délai > 6 mois
Générale	324	59	313	46	281	33
Gynécologique	136	12	141	21	138	8
ORL	265	118	232	105	134	43
Orthopédique	403	154	284	163	244	118
Urologie	145	9	165	34	141	30
Vasculaire	37	14	38	17	31	18
Autres chirurgies	201	82	148	68	69	7
Total en attente¹	1 511	448	1321	454	1 038	257

1. Excluant les cataractes

Tableau 21 Listes d'attente régionales ciblées dans le cadre des ententes de gestion, au 30 août 2006

Types chirurgie	2003-03		2006-03		2006-08	
	TOTAL	Hors délai > 6 mois	TOTAL	Hors délai > 6 mois	TOTAL	Hors délai > 6 mois
Cataracte	750	211	235	0	253	0
Hanche	38	19	22	7	18	7
Genou	62	28	47	13	35	8

Concernant les séjours des patients couchés sur civière, les établissements rencontrent tous les objectifs depuis le début de l'exercice 2006-2007. En septembre 2006, le CSSS de la Vallée-de-l'Or affichait une amélioration notable avec un séjour moyen de 8,82 heures comparativement à 15,1 heures en 2005-2006. Les CSSS de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi affichaient pour leur part une légère hausse comparativement à la même période avec respectivement 7,74 heures et 9,10 heures de séjour moyen. Ces résultats répondent à l'objectif régional de 10,9 heures, mais les efforts sont néanmoins maintenus afin d'améliorer l'accès aux services d'urgence et respecter les cibles ministérielles.

10.7 Les hospitalisations jugées évitables

Pour les années 2002-2003 à 2004-2005, la région présente une moyenne annuelle de 833 hospitalisations jugées évitables, ce qui se traduit par un taux annuel moyen de 57 hospitalisations jugées évitables pour 10 000 personnes. Ce résultat est significativement supérieur au taux québécois d'hospitalisation jugée évitable qui s'établit à 47 pour 10 000 personnes pour la même période. Ces hospitalisations concernent les personnes ayant été hospitalisées pour des conditions médicales spécifiques selon des groupes d'âge définis.

Pour la clientèle de 18 ans et plus, on remarque les diagnostics touchant l'insuffisance cardiaque, la gangrène, les maladies évitables par immunisation, la pyélonéphrite, les hernies abdominales en occlusion, la cellulite, le diabète, la hypokaliémie, l'hypertension maligne, les ulcères perforés ou avec hémorragie et les phlébites sans embolie pulmonaire. Les pneumonies et l'asthme concernent davantage les personnes de 5 à 49 ans tandis que les appendices rompus visent tous les âges.

Ces indicateurs reflètent les difficultés d'accès aux services médicaux de première ligne qui pourraient prévenir l'aggravation de la condition physique. Les hospitalisations jugées évitables sont souvent reliées à des situations cliniques ayant développé des complications qui nécessitent une hospitalisation.

Établissements	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	3 210	3 596	3 528	3 544
CSSS du Lac-Témiscamingue	22 673	20 488	19 468	18 992
CSSS de Rouyn-Noranda	38 215	38 706	39 154	38 133
CSSS des Aurores-Boréales	24 503	25 112	23 935	22 684
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	30 223	31 138	30 934	31 265
CSSS de la Vallée-de-l'Or	34 604	37 244	47 214	46 167
Total	153 428	156 284	164 233	160 785

Établissements	% de séjour ≥ 24 heures	% de séjour ≥ 48 heures	Séjour moyen global (heures)	Séjour moyen patients hospitalisés (heures)
CSSS de Rouyn-Noranda				
2003-2004	9	0	8,8	10,1
2004-2005	6	0	8	8,9
2005-2006	9	0	8,3	9,3
2006-2007	4,85	0	7,74	9,26
CSSS Les Eskers de l'Abitibi				
2003-2004	6	2	8	5,9
2004-2005	9	2	9,7	9
2005-2006	7	1	7,9	8
2006-2007	7,77	0,63	9,10	10,92
CSSS de la Vallée-de-l'Or				
2003-2004	16	5	13,9	18,3
2004-2005	17	2	11,9	14,5
2005-2006	21	6	15,1	22,6
2006-2007	6,99	0,24	8,82	8,99
Objectifs 2005-2006	15%	1%	10,9	12

10.8 L'efficacité des établissements (volet centre hospitalier)

Tous les CSSS sont efficaces pour le volet centre hospitalier sauf le CSSS de Rouyn-Noranda à raison de 949 482 \$ en 2006-2007. Depuis 2001-2002, le CSSS le plus constant est le CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Dans l'ensemble, on peut conclure que l'efficacité des CSSS est relativement satisfaisante depuis les sept dernières années.

Établissements	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
CSSS du Lac-Témiscamingue						306 293 \$
CSSS de Rouyn-Noranda	(755 070 \$) ¹	(1 242 431 \$)	(175 039 \$)	(859 981 \$)	(1 485 398 \$)	(949 482 \$)
CSSS des Aurores-Boréales	1 005 480 \$	147 669 \$	376 435 \$	(117 385 \$)	11 880 \$	724 740 \$
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	4 491 883 \$	1 816 908 \$	2 682 571 \$	1 717 339 \$	2 773 724 \$	2 724 837 \$
CSSS de la Vallée-de-l'Or	2 973 199 \$	931 827 \$	1 176 039 \$	(154 646 \$)	778 237 \$	368 930 \$
Total	7 715 492 \$	1 653 973 \$	4 060 006 \$	585 327 \$	2 078 443 \$	3 175 318 \$
1. Efficacité (non efficacité)						

10.9 Les soins palliatifs en fin de vie

Les établissements de la région ont accordé au cours des dernières années une attention particulière à l'organisation des services et des soins palliatifs aux personnes en fin de vie.

Les CSSS offrent des services en soins palliatifs à la population en respect avec les choix et la volonté des personnes et de leurs familles. La plupart des personnes peuvent recevoir des services à domicile.

La majorité des CSSS offre un service de garde 24/7 pour des soins infirmiers. Les services médicaux sont variables d'un CSSS à l'autre selon la disponibilité des effectifs médicaux. En référence avec le Plan d'action ministériel, il appert que les établissements de la région soient dans la bonne voie en regard des soins à domicile pour les personnes requérant des soins en fin de vie.

Les CSSS offrent également des soins en centre hospitalier. Les CSSS des Aurores-Boréales, de Rouyn-Noranda, Les Eskers de l'Abitibi et du Lac-Témiscamingue disposent de chambres aménagées spécifiquement pour les personnes en soins palliatifs. Malgré le fait qu'il n'y ait pas de chambres dédiées pour cette clientèle, les autres établissements mettent en place des moyens pour adapter les soins et les services aux besoins des personnes. Tous les établissements peuvent compter sur des ressources humaines et médicales pour répondre aux particularités et aux besoins spécifiques des personnes qui requièrent des soins de fin de vie. La population de l'Abitibi-Témiscamingue est de plus en plus vieillissante tout comme pour l'ensemble du Québec et, par conséquent, il est constaté que les soins de fin de vie sont de plus en plus demandés.

Au cours des dernières années, trois maisons en soins palliatifs furent implantées à Amos, Rouyn-Noranda et Val-d'Or. Ces maisons sont issues de l'initiative de la communauté et reçoivent, en partenariat avec l'Agence, un soutien financier des CSSS en respect avec la politique ministérielle en soins palliatifs de fin de vie. Au cours de la prochaine année, les CSSS concernés devront convenir d'ententes avec ces ressources afin que soient assurés des services de qualité et respectueux des besoins des personnes. Ces ententes devront, entre autres, prévoir des modalités de collaboration et de dispensation de services professionnels tels les soins infirmiers et les services médicaux et psychosociaux.

Bien que les services en soins palliatifs de fin de vie soient relativement bien organisés pour l'ensemble du territoire, il s'avère primordial que chaque territoire puisse compter sur des ressources en quantité suffisante pour répondre aux demandes sans cesse grandissantes. À ce titre, la mise en place d'équipes spécialisées en soins palliatifs au sein de chaque territoire est nécessaire. Ces équipes formées de différents professionnels et bénévoles, dédiées aux soins palliatifs de fin de vie, permettraient de mieux soutenir les effectifs médicaux en place.

11. SANTÉ MENTALE

Une démarche d'analyse de l'organisation des services de santé mentale (OASIS) est présentement en cours dans les régions du Québec. La démarche OASIS soutiendra les choix d'investissement visant à consolider l'organisation des services ainsi que les ajustements à y apporter. Le processus de révision tient compte à la fois des orientations ministérielles du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, des priorités régionales et des besoins de la population. Les travaux de révision s'inscrivent en continuité avec la mise en œuvre des projets cliniques et organisationnels de chaque CSSS.

11.1 Clientèles visées

Les personnes qui présentent des troubles mentaux graves, associés à une détresse psychologique, et les personnes qui vivent des troubles mentaux modérés représentent une importante proportion de la clientèle à desservir. Depuis les dernières années, les personnes dont la santé mentale est menacée et celles qui présentent un potentiel suicidaire important font partie des préoccupations de l'ensemble des intervenants et des médecins. La clientèle du champ de la santé mentale inclut également les personnes ayant un potentiel suicidaire et les personnes en crise qui nécessitent des services adaptés au sein des six territoires. De plus, les familles et les proches des personnes ayant à charge une personne atteinte d'une maladie mentale font partie de la clientèle à desservir dans les activités du programme de santé mentale.

Bien que la majeure partie de la clientèle desservie soit des adultes, la situation des jeunes de moins de 18 ans présentant des problèmes de santé mentale requiert des services spécifiques. Cette clientèle âgée de moins de 18 ans présente de nombreuses problématiques reliées, entre autres, à leur adaptation et leur intégration sociale qui nécessitent des niveaux de traitement adaptés à leur situation et celle de leur famille.

11.2 Orientations régionales

Les orientations régionales s'inspirent en grande partie du Plan d'action ministériel. À ce titre, l'Agence cible un accroissement des actions de promotion et de prévention, l'établissement de liens fonctionnels entre les services psychosociaux et médicaux ainsi que l'accès et la continuité à des soins et des services d'évaluation et de traitement de première et deuxième ligne dans les délais requis.

Pour ce faire, des orientations sont prévues pour que soient consolidés les liens fonctionnels entre les CSSS et les partenaires des réseaux locaux de services dont les organismes communautaires.

Un renforcement des services d'évaluation et de traitement offerts aux jeunes est prioritaire, notamment pour les situations cliniques complexes. À cet égard, l'accès à des services médicaux spécialisés en psychiatrie (pédopsychiatrie) pour les enfants et les jeunes est une orientation prioritaire. Une orientation est également prévue pour que soient renforcés le soutien et l'aide aux familles et aux proches des personnes qui présentent des troubles mentaux. Les services de soutien offerts à la personne qui présente des troubles mentaux sont également inclus dans les orientations visant le développement des compétences des personnes. Des activités d'intégration sociale, dont le logement autonome avec soutien et l'intégration aux études et au travail, sont ciblées pour les personnes présentant des troubles mentaux complexes.

11.3 Priorités régionales en santé mentale

En premier lieu, l'Agence entend prioriser la consolidation des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes par la mise en place d'équipes interdisciplinaires (jeunesse, santé mentale et toxicomanie).

En ce qui a trait aux services médicaux, l'Agence priorisera l'établissement de corridors de services pour offrir des soins et des services en psychiatrie 24/7. Les CSSS, en collaboration avec les instances médicales concernées, déposeront un plan de services médicaux hiérarchisés qui identifiera la contribution des omnipraticiens, des pédiatres, des psychiatres et des pédopsychiatres. Pour ce faire, des ententes de service et des mécanismes de collaboration entre les partenaires sont envisagés pour répondre aux situations de crise suicidaire et autres crises psychiatriques. Compte tenu de l'ampleur que connaît la problématique du suicide en Abitibi-Témiscamingue, l'Agence entend définir un plan d'action régional en santé mentale incluant la problématique du suicide qui tiendra compte des responsabilités et de l'expertise de l'ensemble des intervenants du réseau. À cet égard, la contribution des médecins omnipraticiens et des psychiatres sera précisée selon les services prévus à la gamme de services requis par le plan d'action.

Enfin, l'Agence procède actuellement à une démarche de révision du modèle d'organisation des services en prévention du suicide, laquelle prévoit des changements aux rôles et responsabilités des organismes ainsi qu'une redistribution financière des ressources.

11.4 Quelques données régionales

- Population estimée de personnes ayant des troubles mentaux graves (2 à 3 %) : 2 906 à 4 360 en 2004.
- Les services d'évaluation et de traitement en santé mentale offerts dans les CSSS ont rejoint 3 648 personnes, soit :
 - Moins de 18 ans : 900 (495 en 1^{re} ligne et 405 en 2^e ligne)
 - 18 ans et plus : 2 748 (1 361 en 1^{re} ligne et 1 387 en 2^e ligne)
- Au cours des dernières années (1998-2002), on a enregistré dans la région en moyenne 40 décès par suicide par année. La tendance à la hausse observée en Abitibi-Témiscamingue au début des années 90 semble s'être stabilisée. De 1996 à 1999, le taux s'est maintenu aux alentours de 28 décès par suicide pour 100 000 personnes.
- La mortalité par suicide est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Dans la région, de 1997 à 1999, 84 % des décès par suicide sont survenus chez des hommes.
- Dans la région, en 2000-2001, 10,3 % des personnes âgées de 15 ans et plus (environ 10 900 personnes) présentaient une probabilité de détresse.
- Le nombre de personnes de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté de la part des établissements se situe à 241 en 2005-2006.
- Le nombre d'adultes ayant reçu des services d'accompagnement et de soutien en milieu de vie par des organismes communautaires se situe à 484 en 2005-2006.
- Le nombre de personnes en attente de services externes de psychiatrie et de santé mentale au 31 mars 2006 est de 48 pour les moins de 18 ans et de 133 pour les adultes.
- La moyenne hebdomadaire des lits occupés au CSSS de la Vallée-de-l'Or (Malartic) en 2004-2005 en psychiatrie légale est de 6,7 et de 10,6 en longue durée.
- Les hospitalisations de courte durée pour un diagnostic principal en psychiatrie pour la clientèle en provenance de la région en 2005-2006 est de 624 cas âgés de 18 ans et plus.

11.5 Effectifs

Les effectifs médicaux oeuvrant en santé mentale auprès des moins de 18 ans se situaient, en date du 31 mars 2005, à environ 26 jours par mois pour quatre territoires de CSSS. Les CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa ne comptent pas d'effectif spécifique pour cette clientèle.

Pour la clientèle adulte, tous les CSSS sauf celui de Témiscaming-et-de-Kipawa cumulent l'équivalent de 9,9 équivalent temps complet (ETC) en psychiatrie et

3,4 ETP médecins omnipraticiens en psychiatrie. Les CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda n'ont pas de médecins omnipraticiens ayant une pratique exclusive en santé mentale.

En excluant les ressources médicales pour les services externes en santé mentale et en psychiatrie, la région compte un total d'employés équivalent à 58,5 ETP. De ce total, 54,6 postes proviennent de la mission des centres hospitaliers et 3,9 postes de la mission CLSC. Les psychologues sont les plus nombreux à raison de 22,9 postes suivis des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux et des infirmières qui ont un total d'intervenants variant entre 9,5 et 10,9 postes à temps plein. Les autres ressources se composent d'infirmières auxiliaires, d'ergothérapeutes et d'éducateurs spécialisés.

Ces ressources externes représentent, au 31 mars 2005, 12,8 postes à temps complet pour la clientèle âgée de moins de 18 ans dont 6,5 psychologues. Pour la clientèle de 18 ans et plus, la région compte 45,7 postes à temps complet dont 16,4 psychologues dans les six CSSS de la région.

Au 31 mars 2005, la région avait 44 lits dressés dans les unités de courte durée des CSSS de la Vallée-de-l'Or, de Rouyn-Noranda, des Aurores-Boréales et Les Eskers d'Abitibi. Pour offrir les services à la clientèle admise, les quatre unités de soins cumulent un total de 28,3 postes en services infirmiers, 10,1 en services de préposés et 3,7 postes d'assistants au chef infirmier. La clientèle des CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue reçoit les services d'hospitalisation au CSSS de Rouyn-Noranda.

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or est mandaté pour offrir les services régionaux d'hospitalisation de longue durée à partir d'une unité de soins de 12 lits et les services de psychiatrie légale avec 8 lits. Les ressources non médicales consacrées à ces unités de soins se situent à 10,7 postes pour les hospitalisations de longue durée et 8,5 postes pour la psychiatrie légale. La majorité de ces postes sont dévolus à des services infirmiers et à des préposés aux personnes.

Les services d'hospitalisation offerts par les CSSS s'adressent exclusivement aux adultes, puisque la région n'a pas de lit consacré à la pédopsychiatrie.

12. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

La mission des services préhospitaliers d'urgence (SPU) vise à organiser et encadrer les services en phase préhospitalière, c'est-à-dire de l'événement lui-même jusqu'au moment où la personne est prise en charge par l'établissement.

En phase préhospitalière, les demandes de soins sont multiples avec différent degré d'urgence et nécessitent plusieurs niveaux de compétences chez les intervenants. Le système de réponse reconnaît l'intervention du grand public puisqu'il est souvent le premier arrivé sur la scène d'un événement. En ce sens, l'intervention des premiers répondants formés et capables d'intervenir avant l'arrivée des secours plus spécialisés prend énormément d'importance. L'Agence considère qu'il est donc essentiel qu'un plus grand nombre de personnes possible soient formées en secourisme, en réanimation cardiorespiratoire (RCR) avec accès public à la défibrillation et, enfin, au service 9-1-1, au soutien à l'appelant par le centre de communication santé (CCS). Tous ces éléments font partie de la chaîne d'intervention avec les services d'ambulance représentée à la figure 3 de l'annexe F.

Le SPU a mis en place un système intégré de soins préhospitaliers d'urgence ainsi qu'une chaîne d'intervention coordonnée. Cette chaîne assure une réponse rapide et efficace aux situations d'urgence. L'implantation de tous les éléments de la chaîne est cruciale pour améliorer l'ensemble des soins à la population et diminuer la mortalité et la morbidité lors de situation de détresse.

Des formations pour les techniciens ambulanciers sont données chaque année afin de faire face aux nouvelles exigences et responsabilités engendrées par les actes délégués par le Collège des médecins telles la défibrillation, l'intubation et l'administration de cinq médicaments.

Les techniciens ambulanciers sont formés pour réanimer, stabiliser les victimes et les transporter rapidement vers les établissements de santé désignés. L'orientation optimale des victimes est assurée par un triage sur le site. La prise en charge hospitalière est bonifiée grâce au préavis que les ambulanciers donnent au service d'urgence vers lequel ils se dirigent et permet une préparation préalable des ressources hospitalières en vue de l'arrivée de l'ambulance.

Les interventions cliniques des techniciens ambulanciers sont dictées par des protocoles uniformes sur la totalité du territoire. Les actions des techniciens ambulanciers sur le terrain, dont la chronométrie, font l'objet d'un encadrement clinique et sont soumises à un programme d'amélioration continue de la qualité géré par l'Agence.

12.1 Transferts inter et intrarégionaux

TRANSPORTS AMBULANCIERS

En Abitibi-Témiscamingue, six entreprises ambulancières sont réparties dans treize zones. Chaque zone assure la présence de services ambulanciers à la population et permet une réponse en un temps maximum de 30 minutes dans des conditions normales de circulation routière. Le nombre de zones est basé sur un découpage en fonction du temps réponse. Les ressources ambulancières sont réparties en région selon la superficie du territoire et le nombre d'habitants. Le découpage des zones ne correspond pas au découpage des MRC ou des territoires de CLSC. La localisation des ambulances respecte un rayon d'intervention de 30 minutes, comme par exemple Belleterre, Notre-Dame-du-Nord, Ville-Marie et Témiscamingue sud.

En fonction de la répartition de la population et de la superficie du territoire, 20 véhicules ambulanciers couvrent le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue selon le découpage par zone ambulancière et par territoire de CSSS. On compte environ 120 techniciens ambulanciers ayant reçu une formation et qui sont sous la responsabilité du directeur médical du SPU.

Pour la période du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 10 598 transports, dont 7 731 proviennent de la population et 2 867 d'une demande du réseau de la santé. Lorsqu'on inclut les transports multiples, le nombre de personnes ayant utilisé le service d'ambulance s'élève à 10 924.

L'implantation du Centre d'appels urgents de l'Abitibi-Témiscamingue (CAUAT) en mai 2005 et l'intégration des six entreprises ambulancières ont permis d'optimiser l'utilisation des ressources ambulancières en centralisant les appels à un même endroit. Ce centre multiservices (9-1-1, services incendies, services ambulanciers) permet d'améliorer le temps de réaction et d'intervention des services d'urgence, d'assurer pour les appels de la santé, un contrôle accru de la qualité par un encadrement médical et technique, d'améliorer la couverture du territoire par un déploiement optimal des ressources ambulancières et d'améliorer la coordination de tous les transports ambulanciers. Depuis octobre 2005, le centre a instauré des modalités de priorisation des appels pour mieux répondre aux appels urgents et maintenir, dans chaque zone où il y a plus d'un véhicule, une ambulance pour les appels de la population. Bientôt, le centre d'appel pourra apporter un soutien téléphonique à l'appelant en attendant l'arrivée des secours et offrir une assistance médicalisée à la population.

L'Agence réitère l'importance du programme de premiers répondants, de secouristes désignés et d'accès à la défibrillation pour la région. L'objectif d'instaurer un programme d'intervenants désignés dans une communauté est d'offrir une intervention rapide aux citoyens en détresse lors d'événements difficiles ou tragiques.

DÉPLACEMENTS À PLUS DE 250 KILOMÈTRES

Les usagers de la région peuvent être obligés de se déplacer à l'extérieur pour recevoir des soins qui ne sont pas offerts ou disponibles au CSSS de leur territoire. Pour faciliter le déplacement des usagers vers un établissement en mesure de fournir les soins ou les services requis, l'Agence applique les règles portant sur le déplacement des cas électifs. Pour 2005-2006, plus de 6 700 déplacements ont été effectués par des usagers pour des services offerts à plus de 250 km de leur résidence. Ces déplacements concernent en grande partie des établissements de la région de Montréal et de l'Outaouais.

L'Agence accorde une attention particulière aux besoins de la clientèle lors des déplacements aériens vers des établissements hors région. Lorsque requis, les CSSS assurent l'accompagnement des patients lors de ces déplacements. Toutefois, il est constaté que des patients peuvent rencontrer des difficultés lors de leur arrivée dans les établissements receveurs ou lors de l'organisation de leur retour en région. Des mécanismes sont donc à mettre en place pour assurer le soutien requis aux personnes recevant des services hors région.

TRANSFERTS AÉRIENS

Depuis la fermeture du transporteur Inter-Canadien en décembre 1999, les établissements de la région ont connu des difficultés à transférer les patients couchés sur civière vers un établissement à l'extérieur de l'Abitibi-Témiscamingue.

En effet, le transporteur Air Canada n'accepte que des patients assis avec des problèmes légers et sans oxygène, à moins d'une négociation entre les médecins de notre région et les médecins d'Air Canada. Dans ces circonstances, le patient ne peut jamais être admis par le transporteur avant 24 heures.

Pour les cas urgents ou de soins intensifs, l'avion du gouvernement Évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) est disponible. Le problème se situe principalement pour les transferts semi-urgents ou pour des patients couchés sur civière. Entre décembre 1999 et juillet 2000, la seule alternative pour les établissements pour transférer un patient sur civière était de nolisier un avion de la compagnie Propair à raison de 4 000 \$ du voyage ou d'utiliser les ambulances, ce qui avait pour conséquence de découvrir une zone pour une longue période.

À la suite des interventions de l'Agence et des établissements, une navette régionale a été installée par les services aériens du gouvernement. La navette « Dash 8 » desservait la région de l'Abitibi-Témiscamingue et les régions de la Côte-Nord et des Îles-de-la-Madeleine en alternance trois jours et deux jours par semaine. Le « Dash 8 » passait d'abord par Montréal pour ramener les patients de notre région qui avaient reçu leur congé des hôpitaux de Montréal. Cet avion pouvait transporter en même temps sept patients. Le service aérien gouvernemental est allé récemment en appel d'offres au secteur privé et c'est une autre compagnie qui a obtenu le contrat.

ÉVACUATIONS AÉROMÉDICALES DU QUÉBEC (ÉVAQ) ET NAVETTE RÉGIONALE

L'Abitibi-Témiscamingue a utilisé 421 fois les services ÉVAQ au cours de l'année 2004-2005 pour des évacuations urgentes. Pour sa part, le service de navette aérienne a transporté 374 malades de la région, soit des patients stables sur civière ou assis.

Selon le rapport annuel 2004-2005 d'ÉVAQ, il est constaté, pour la première fois depuis la création d'ÉVAQ en 1981, que le nombre de cas transportés par l'avion hôpital n'a pas augmenté par rapport à l'année précédente. Cette stabilisation du nombre de malades urgents a été réalisée grâce à l'amélioration de la disponibilité des services de navette depuis le 1^{er} avril 2004.

Cette diminution provinciale se reflète exactement aux données régionales qui démontrent une plus grande utilisation de la navette régionale dans le Nord-Ouest québécois depuis avril 2004 et une diminution de l'utilisation d'ÉVAQ pour 2004-2005.

12.2 Traumatologie

Le programme régional de traumatologie prévoit les actions à poser en vue d'améliorer continuellement la performance et la qualité des services offerts aux victimes de traumatismes.

Des outils ont été développés pour organiser les services entre les diverses ressources et définir les étapes d'interventions. La mise en place des corridors de services intra et interrégionaux a été formalisée par la signature d'ententes respectant le contenu défini par le Ministère.

CRITÈRES DE DÉSIGNATION

En vertu de la nomenclature des services actuellement en vigueur au Programme québécois de traumatologie, les services offerts aux victimes de traumatismes sont répartis à l'intérieur des catégories suivantes :

- centre tertiaire de traumatologie
- centre secondaire de traumatologie
- centre primaire de traumatologie
- service de stabilisation médicale

Centre de traumatologie de niveau tertiaire

Le centre de traumatologie de niveau tertiaire constitue le centre de référence suprarégional et, de ce fait, doit recevoir tous les traumatisés graves référés par les autres établissements du réseau de traumatologie. Il doit dispenser des services spécialisés, surspécialisés en traumatologie et en neurotraumatologie. Il dispose d'un plateau technique à la fine pointe de la technologie médicale lui permettant d'offrir la gamme complète des services nécessaires aux traumatisés majeurs (neurochirurgie, chirurgie thoracique, etc.).

Dans notre région, il n'existe pas de centre de traumatologie tertiaire. Des ententes sont conclues depuis octobre 2003 avec deux centres hospitaliers de Montréal. Ces établissements assument les responsabilités dévolues à un centre de traumatologie de niveau tertiaire. Ce sont l'Hôpital Ste-Justine pour la clientèle pédiatrique (moins de 16 ans) et l'Hôpital du Sacré-Cœur pour la clientèle adulte (16 ans et plus).

Centre de traumatologie de niveau secondaire

Le centre de traumatologie de niveau secondaire désigné en Abitibi-Témiscamingue est le CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Ce CSSS prend en charge et prodigue tous les soins requis pour la grande majorité des traumatisés à risque. Il répond aux services de stabilisation et aux centres primaires pour le transfert de tous les traumatisés à risque pour la stabilisation, la prise en charge ou lors d'un transfert vers un centre tertiaire. Le centre secondaire accueille les victimes dont la condition nécessite un plateau technique moins sophistiqué que celui des centres de niveau tertiaire ou universitaire. Cet établissement est le centre de référence régional et, dans certains cas, interrégional en traumatologie. Il dispense certaines activités de formation ou de perfectionnement aux autres centres de la région.

Enfin, le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) La Maison dispense les services de réadaptation précoce aux personnes traumatisées cranio-cérébrales (TCC) via son équipe régionale de neurotraumatologie, puisque les CSSS n'ont pas développé ce type de ressource professionnelle.

Centre de traumatologie de niveau primaire

Les centres de traumatologie de niveau primaire disposent d'un plateau technique de base et doivent assurer en tout temps une couverture en anesthésie et en chirurgie générale. Ils doivent effectuer une stabilisation chirurgicale du blessé avant de le référer à un centre de niveau secondaire ou tertiaire lorsque nécessaire. L'évaluation et la stabilisation initiales de la victime à l'urgence doivent se faire en moins de 30 minutes et le marqueur est 60 minutes pour l'orientation définitive (salle d'opération, hospitalisation et transfert).

En région, les établissements désignés de niveau primaire sont les CSSS de la Vallée-de-l'Or, de Rouyn-Noranda, des Aurores-Boréales et du Lac-Témiscamingue.

Services de stabilisation médicale

Par définition, un service de stabilisation médicale est offert dans les localités isolées, distantes à plus de 30 minutes (en transport urgent) d'un centre de traumatologie de plus haut niveau. Le service de stabilisation médicale en traumatologie dispose d'un plateau technique minimal et n'offre aucun service de chirurgie, il n'a qu'un minimum d'équipements et aucune investigation radiologique ou aucun examen de laboratoire n'y est effectué pour des blessés sévères.

Le rôle du service de stabilisation consiste à stabiliser médicalement les traumatisés graves (indice préhospitalier égal ou supérieur à 4) et effectuer les techniques vitales initiales afin de transférer le patient dans un centre de traumatologie désigné de plus haut niveau. Ces techniques devraient être effectuées le plus rapidement possible sur civière de l'ambulance (idéalement en moins de 10 minutes). Les soins doivent être limités à la stabilisation des fonctions vitales. Pour notre région, le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa est le seul centre désigné service de stabilisation.

Depuis 2003, l'Agence a mis en place des comités de suivi régional et local incluant les services préhospitaliers et de réadaptation. L'approche retenue est celle d'un système intégré multidisciplinaire et des ententes en ce sens ont été signées. Un suivi est assuré par l'Agence et par chaque établissement pour diminuer les délais de transfert, en évitant les rétentions indues et en utilisant des marqueurs de performance comparatifs. Un processus de contrôle, d'autoévaluation et d'amélioration de la qualité est mis en place par chaque partenaire.

La plus grande difficulté pour notre région demeure le déplacement des personnes dans des délais très courts (moins de 2 heures) des patients semi-urgents ou couchés sur civière vers les services spécialisés ou ultraspecialisés.

12.3 Information régionale sur les traumatismes

Le registre sur les traumatismes complété par les établissements ayant un statut de centre de traumatologie primaire et secondaire permet de comparer la situation de la région pour 2004-2005 et 2005-2006 avec l'ensemble du Québec.

Établissement	2004-2005	2005-2006
CSSS du Lac-Témiscamingue	0	3
CSSS de Rouyn-Noranda	43	37
CSSS des Aurores-Boréales	24	36
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	472	484
CSSS de la Vallée-de-l'Or	31	46
Total pour la région	570	606
Au Québec	16 802	15 923

Comme le démontre le tableau 25, le nombre de cas inscrits au registre des traumatismes pour l'Abitibi-Témiscamingue est de 606 pour la période 2005-2006, comparativement à 560 pour la période 2004-2005. Le pourcentage d'augmentation des cas inscrits au registre entre les deux années de référence correspond à 3,06 %. Au Québec, on remarque 2,69 % de diminution de cas inscrits au registre.

13. LES CORRIDORS DE SERVICES MÉDICAUX EXISTANTS

Les corridors de services sont un ensemble d'activités coordonnées entre les établissements qui assurent à la population une accessibilité adéquate aux services les plus appropriés possibles, incluant des services de réadaptation précoce dispensés par le CRDP. Les principes inhérents aux corridors de services sont, entre autres, de :

- maximiser la rapidité d'accès aux services spécialisés ;
- assurer une équité dans l'accessibilité aux services spécialisés ;
- favoriser le traitement de la personne le plus près possible de son milieu naturel ;
- favoriser l'efficacité et l'efficience.

13.1 Corridors intrarégionaux

Le CSSS ayant une vocation régionale a l'obligation de dispenser ses services à toute la population de l'Abitibi-Témiscamingue, ce qui implique un déplacement des spécialistes vers les établissements des autres MRC. Cependant, dans la réalité, les usagers doivent se déplacer dans le CSSS ayant les spécialités régionales afin de recevoir les soins nécessaires à leur état de santé. Pour certaines spécialités de base, des CSSS doivent s'entendre avec d'autres établissements.

Par contre, des ententes informelles sont négociées selon le nombre de spécialistes disponibles pour offrir les services. La disponibilité des spécialistes, les distances entre chaque municipalité ainsi que les ruptures ponctuelles de services jouent un rôle déterminant dans les services offerts à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Le Comité de coordination régionale veille à ce que les corridors de services soient identifiés et respectés. Toute discussion ou litige est apporté aux instances concernées et le comité fait également des recommandations quant aux améliorations à apporter à l'organisation des services médicaux en région. L'accessibilité aux services spécialisés dans les MRC est validée à toutes les rencontres du comité et consignée dans un tableau de bord (voir les tableaux 23 à 26 de l'annexe F).

13.2 Corridors extrarégionaux

Les corridors de services dans les différentes disciplines sont surtout établis avec des établissements de la région de Montréal.

Il s'agit de liens ayant été créés au cours des dernières années par l'intermédiaire de contacts personnels entre les médecins de notre région et ceux des centres tertiaires. Les principaux établissements impliqués sont l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital général de Montréal et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

En majorité, les ententes convenues entre les CSSS de la région et les établissements hors région relèvent du RUIS de l'Université de Montréal pour les adultes et Réseau mère-enfant de l'Hôpital Sainte-Justine pour la clientèle pédiatrique. Ces centres sont à la fois sollicités pour des transferts de patients ou pour des hospitalisations. De plus, les CSSS peuvent compter sur une desserte de médecins au sein même des CSSS. La plupart des ententes des CSSS avec les médecins spécialistes et les établissements sont informelles et leur durée est variable selon les spécialités.

Il y a toutefois des ententes formelles comme celle entre l'Hôpital du Sacré Cœur et le CSSS Les Eskers de l'Abitibi pour la traumatologie.

Les informations disponibles sur les services tertiaires et les hospitalisations surspécialisées en 2002-2003 démontrent que les patients de l'Abitibi-Témiscamingue ont reçu leurs services en grande partie par des établissements qui relèvent du RUIS de l'Université de Montréal¹⁰. À ce titre, il est constaté que les établissements du RUIS de l'Université de Montréal recueillent 81 % des 736 hospitalisations surspécialisées comparativement à près de 4 % pour les centres relevant du RUIS McGill. La répartition de ces hospitalisations est de 571 pour des adultes et de 165 pour des enfants. Les figures présentées à l'annexe X illustrent d'autres données relatives à la consommation des services surspécialisés

Quant aux autres hospitalisations enregistrées, soit environ une centaine, elles concernent surtout l'Hôpital du Sacré Coeur et l'Institut de cardiologie de Montréal.

À la lumière de ces informations, force est de constater que les habitudes de collaboration ont surtout été développées avec des centres reliés avec le RUIS de l'Université de Montréal.

10. Source : *Document d'aide à la réflexion – Les services tertiaires*, RUIS Université de Montréal, Février 2004, Révision mars 2004.

Section 5 - Les travaux en cours

14. LA HIÉRARCHISATION DES SOINS ET SERVICES

Le principe de hiérarchisation des services repose sur la primauté des soins primaires (services de 1^{re} ligne) et suggère que l'accès aux ressources les plus rares et les plus dispendieuses soit fait seulement sur référence du niveau primaire et ensuite au niveau secondaire et quaternaire. La hiérarchisation des services s'inscrit dans les grands objectifs de la réorganisation du système de santé, notamment en respect avec les principes de l'accessibilité, la continuité, la qualité, l'efficacité et l'imputabilité populationnelle.

Par l'intermédiaire de la hiérarchisation des services de santé, l'Agence vise une meilleure articulation des niveaux de services pour faciliter le cheminement des demandes de services des usagers en fonction des besoins, que ce soit pour des soins généraux, spécialisés ou ultraspecialisés. Le partage d'une vision commune des services permet une complémentarité et une plus grande cohérence entre les niveaux de services. Pour ce faire, l'arrimage des rôles et des responsabilités entre les établissements doit être consolidé, particulièrement en l'absence d'un centre hospitalier régional. Il s'agit essentiellement de développer des mécanismes de coordination pour améliorer l'accessibilité aux services et la prise en charge des patients. La mise en place de tels mécanismes pourrait faciliter l'implantation de systèmes de garde, la circulation d'information clinique, l'échange d'expertise, etc.

Dans cette optique, l'Agence doit assurer une coordination efficace des activités des différentes instances médicales et consultatives. En plus d'assurer la coordination des activités médicales, l'Agence considère qu'un lien entre les médecins et l'administration des CSSS doit être mis en place afin d'harmoniser les travaux de concertation.

Dans ce contexte l'orientation de l'Agence consiste à instaurer un comité directeur régional dont le mandat serait, entre autres, de proposer un plan sur les fonctions hospitalières régionales et à les intégrer dans les ententes avec le RUIS McGill. De plus, le comité directeur se verrait confier la responsabilité d'intégrer les préoccupations des établissements et des médecins. Ce comité servirait, dans un premier temps, de lieu d'échange et d'appropriation des orientations ministérielles. Finalement, le comité directeur exercerait son mandat en respect avec le rôle et les responsabilités du Département régional de médecine générale (DRMG) et la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée (Table des chefs).

15. LUTTE À LA PANDÉMIE D'INFLUENZA

À l'instar des autres régions de la province, l'Abitibi-Témiscamingue a procédé à la préparation de son plan de lutte à une éventuelle pandémie d'influenza.

Déposé tel que requis le 31 mai 2006, l'Agence s'est ensuite affairée à supporter les établissements dans leurs travaux de préparation des plans locaux. Ceux-ci seront déposés pour avis de conformité le 31 octobre prochain.

Les actions tant régionales que locales des établissements étant étroitement conjuguées, elles pourront permettre de lutter efficacement contre ce fléau appréhendé. Toutefois, pour y arriver, l'Agence est d'avis qu'il y aurait lieu d'ajouter l'expertise du RUIS pour compléter et consolider les services de notre région.

16. LES PROJETS CLINIQUES

En suivi aux attentes signifiées par le MSSS, l'Agence a entrepris une démarche visant l'élaboration de projets cliniques et organisationnels en collaboration avec les CSSS et les établissements régionaux.

Le plan de travail de l'Agence prévoit des activités qui favorisent le soutien auprès des CSSS, l'accompagnement des responsables des projets cliniques, l'harmonisation des projets de chaque réseau local et la création de mécanismes de concertation. Plus précisément, l'Agence a prévu une structure régionale d'animation et de concertation afin d'orienter la démarche des CSSS selon les objectifs déterminés par le concept d'intégration des services dans le cadre des projets cliniques.

Les objectifs des projets cliniques se résument comme suit :

- offrir des services plus accessibles, mieux coordonnés et sans rupture;
- assurer une meilleure prise en charge des personnes;
- agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population;
- rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent;
- consolider le partenariat avec les acteurs concernés par la distribution de services;
- donner aux gestionnaires des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme;
- impliquer et mobiliser les cliniciens à l'organisation des services;
- encourager l'engagement des partenaires.

Dans le cadre de ces objectifs, l'Agence a réalisé un bilan de l'ensemble des opérations effectuées par les CSSS dans le cadre des projets cliniques. Il en résulte que les CSSS sont confrontés à plusieurs enjeux tant sur le plan administratif que sur les plans du fonctionnement, du partenariat et de l'intégration des activités cliniques.

L'exercice du bilan a permis d'associer le modèle régional du projet clinique et organisationnel qui comprend les champs d'activités suivants : la participation citoyenne, le continuum de services d'interventions et la transformation de la pratique. Les prochaines discussions vont porter sur l'identification des étapes pour assurer la poursuite des projets cliniques et la détermination de priorités concernant les activités à réaliser à court terme et à moyen terme.

Dans l'optique d'impliquer les effectifs médicaux de la région, le comité de direction du DRMG est régulièrement informé de l'avancement des travaux au sein de chaque CSSS. De plus, selon les territoires, les médecins sont consultés et invités à participer aux travaux des comités mis en place. Il est toutefois constaté que les disponibilités des ressources médicales sont limitées pour participer activement aux activités d'élaboration des projets cliniques.

17. HARMONISATION DES SERVICES DES RÉGIONS 08, 10 ET 18

Les représentants des agences et des établissements des régions de l'Abitibi-Témiscamingue (08), du Nord-du-Québec (10) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) conviennent de l'importance de formaliser et de mieux organiser les corridors et ententes de service pour le bénéfice de la clientèle desservie par les CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Un comité de travail est formé pour établir des mécanismes de coordination selon un modèle de hiérarchisation des soins et des services. Déjà, en psychiatrie et en pédiatrie, les régions concernées ont établi des corridors de services directs et les besoins actuels pour d'autres spécialités requièrent la mise en place d'un modèle de collaboration.

Étant donné que le RUIS McGill est impliqué dans le modèle de coordination suggéré, les représentants des agences et des établissements feront appel aux représentants du Bureau RUIS pour formaliser les corridors de services envisagés par les régions.

18. LES PRIORITÉS RÉGIONALES POUR 2006-2007

Les priorités d'action de l'Agence pour 2006-2007 sont établies à partir de six cibles dans lesquelles se retrouvent des sujets touchant l'organisation des services de santé et médicaux. Les priorités d'action se résument comme suit :

LE DÉVELOPPEMENT DE SERVICES :

- l'amélioration de l'organisation des services offerts à la population par la mise en place d'un modèle intégré de lutte aux maladies chroniques au sein de chaque réseau local de services;
- la mise en place et la consolidation des équipes interdisciplinaires en oncologie;

- l'organisation de mécanismes permettant d'améliorer l'accès à un médecin de famille en ayant recours à des modèles de soins tels les groupes de médecine de famille;
- l'actualisation d'un plan pour faire face au vieillissement;
- l'application du Plan d'action ministériel en santé mentale;
- l'identification et la mise en place d'un plan de communication concernant la promotion de la santé;
- la préparation d'un plan de lutte à la pandémie d'influenza;
- l'implantation d'un centre de communication santé et la mise en place de premiers répondants dans chaque municipalité;
- la mise en place d'une unité de médecine familiale sur les territoires de CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda.

L'AMÉLIORATION DU FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU :

- l'établissement de corridors de services avec le RUIS McGill;
- l'organisation territoriale des services de biologie médicale en Abitibi-Témiscamingue;
- l'analyse du fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire de lutte aux maladies chroniques implantée au CSSS de la Vallée-de-l'Or;
- l'élaboration d'une stratégie pour obtenir la reconnaissance du MSSS en regard de la performance des établissements dans les services en santé physique;
- l'amélioration de la productivité, notamment au niveau des plateaux techniques;
- la réduction du nombre de personnes en liste d'attente pour des chirurgies;
- l'identification de moyens tels le transport, l'hébergement et l'accompagnement de la clientèle dans le cadre du fonctionnement des corridors de services intrarégionaux et interrégionaux selon les spécialités;
- l'organisation des fonctions hospitalières régionales par une meilleure coordination des spécialités médicales et la mise en place d'un comité directeur sur la hiérarchisation des services de santé;
- l'identification d'une orientation concernant le budget régional rendu disponible à la suite de la fermeture du Service de néonatalogie au CSSS de Rouyn-Noranda;
- la consolidation et l'assurance de la pérennité des services en hématologie;
- l'organisation intra et extrarégionale des services de périnatalité;
- la mise en place de la robotisation des pharmacies au sein des CSSS.

LES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS :

- l'accessibilité aux services de radio-oncologie;
- l'hémodialyse au CSSS Lac-Témiscamingue;
- le PACS;
- l'élaboration d'ententes de service avec les régions 10 et 18.

LE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ (RLS) ET DE SERVICES SOCIAUX :

- la diffusion aux RLS du portrait de santé de la région et la consommation des services;
- la satisfaction des usagers à l'égard des services;
- la mise en œuvre des projets cliniques;
- les travaux d'équité intra et interrégionale;
- les activités de développement des ressources humaines.

LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU :

- les projets touchant les systèmes d'information (SIGDU, PACS, laboratoire, Med-Écho, Index ADT, etc.);
- l'équilibre budgétaire du réseau;
- la planification et l'organisation de stages pour des professionnels ;
- le recrutement de ressources humaines;
- l'analyse du portrait de main-d'oeuvre;
- le transfert de connaissances dans la mise en place des services prioritaires.

LE DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL :

- l'actualisation du plan d'organisation de l'Agence;
- la supervision du cycle de réalisation;
- le suivi de la planification stratégique.

Section 6 - Priorités d'action et de collaboration

19. L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

L'organisation des services médicaux de l'Abitibi-Témiscamingue est basée sur la volonté des établissements à offrir une gamme de services la plus complète que possible au sein des RLS et au niveau régional.

Toutefois, il est requis et indispensable de faire appel à des ressources ayant différents niveaux d'expertise en provenance de l'extérieur de l'Abitibi-Témiscamingue. Pour ce faire, les établissements et les effectifs de la région ont donc convenu de modalités de collaboration avec des centres hospitaliers situés hors région.

Les ententes actuellement en vigueur sont établies en fonction des besoins de la population, des ressources disponibles, des spécialités médicales de base disponibles dans chaque établissement et des fonctions hospitalières régionales. Au fil des ans, les médecins spécialistes et les établissements ont convenu d'ententes permettant de compléter les services pour des situations cliniques complexes. Bien que ces ententes répondent aux besoins actuels, les CSSS identifient des besoins spécifiques pour lesquels l'intervention et l'implication du RUIS McGill sont nécessaires.

Afin de cibler les besoins de la population, les CSSS ont présenté à l'Agence les services requis selon les spécialités médicales dans le contexte où le RUIS McGill peut soutenir la région pour compléter et consolider les services. L'exercice d'identification des besoins des CSSS s'inscrit dans un processus d'organisation des services médicaux, et ce, du niveau local au niveau suprarégional. Pour ce faire, un consensus se dégage sur une série de principes permettant une autonomie régionale dans l'organisation des services, lesquels se résument comme suit :

1. Offrir à la population des services sur une base locale qui respectent les fonctions hospitalières des CSSS.
2. Établir des mécanismes régionaux de collaboration permettant le maintien des spécialités de base au sein de chaque CSSS lors de pénurie d'effectifs médicaux.
3. Maintenir les ententes et les corridors de services déjà existants avec les établissements hors région.
4. Respecter le mandat des CSSS ayant des fonctions hospitalières pour des spécialités médicales régionales.
5. Confier la responsabilité aux CSSS ayant le mandat d'une spécialité régionale de convenir avec le RUIS McGill d'ententes permettant de compléter ou de consolider la gamme de services requis par la population.
6. Organiser les services au sein de chaque territoire de CSSS en tenant compte des services médicaux, de réadaptation et professionnels requis pour les besoins de la population.

Étant donné la volonté de maintenir les ententes qui sont en cours, des modalités doivent quand même être prévues pour répondre aux situations suivantes :

1. Assurer la relève d'une entente qui prend fin entre un CSSS de la région et un centre hospitalier hors région.
2. Offrir des services à une clientèle en attente.
3. Pallier au manque de disponibilité des médecins spécialistes.
4. Comblent l'interruption d'un service.
5. Répondre à de nouveaux besoins.

Afin de respecter les spécialités médicales régionales confiées à chaque CSSS, l'Agence reconnaît que ces mandataires sont les mieux positionnés pour établir des ententes avec le RUIS McGill. Selon les besoins et le contexte, les établissements mandataires peuvent s'associer avec les autres CSSS concernés par les services d'une spécialité. À ce titre, des mécanismes de communication doivent être confirmés et respectés dans la perspective d'une coordination efficace des fonctions hospitalières. Pour soutenir l'arrimage des travaux des CSSS, le Comité de coordination régionale, formé des directeurs des services professionnels des établissements, peut assumer le suivi requis et convenir des orientations de manière à ce que les fonctions et les responsabilités de chaque CSSS soient respectées.

20. LE SOUTIEN REQUIS PAR LES RESSOURCES MÉDICALES DES CSSS

La situation des effectifs médicaux au sein des CSSS est variable selon les spécialités et dépend de la disponibilité offerte par les médecins qui assurent les services en itinérance. L'Agence et les CSSS visent à éviter toute rupture de services en raison d'un manque d'effectifs. Le défi réside dans la capacité de la région à maintenir un plan d'effectifs permettant de répondre aux demandes de soins pour chaque spécialité tout en prévoyant des mesures de relève lorsqu'un secteur n'a pas de couverture médicale. À cet égard, le soutien et l'engagement du RUIS McGill est requis, voire indispensable.

Les CSSS de la région ont traduit leurs besoins en regard des effectifs que requièrent l'actualisation et la couverture des services pour les spécialités régionales dont ils sont mandataires. Ces besoins peuvent évoluer en fonction des ressources médicales en place et des possibilités de recrutement. À ces besoins, s'ajoutent, pour certaines disciplines, le soutien que des CSSS pourraient nécessiter dans l'éventualité de départ de médecins spécialistes dans des secteurs en précarité, de la fin d'ententes de service avec des établissements hors région ou encore d'interruption temporaire d'un corridor de services.

La réponse aux besoins prioritaires des CSSS vise donc à ce que soient assurés sur place les services dans les spécialités de base. Pour les spécialités régionales, les CSSS jugent qu'en plus d'une présence sur place, une disponibilité à distance peut répondre à certains besoins. La description des besoins concerne les spécialités qui nécessitent un soutien prioritaire compte tenu de la situation qui prévaut à ce jour en région.

Les besoins et les attentes identifiés par les CSSS se distinguent du fait que quatre établissements sont mandataires de spécialités régionales selon les fonctions hospitalières régionales convenues. Un bref portrait de la situation actuelle permet de cibler les besoins sur une base régionale et de façon plus spécifique pour certaines spécialités de base au sein des CSSS concernés. Les besoins et les attentes énumérés

peuvent évoluer selon la disponibilité des ressources médicales ou la modification des ententes en cours avec les centres hospitaliers hors région. Le soutien requis par les CSSS peut être sous différentes formes, que ce soit par la présence sur place de ressources médicales, le soutien à distance, le transfert d'usagers ou l'échange d'expertise.

Pour chaque spécialité médicale, un bilan des besoins et des attentes envers le RUIS McGill est présenté conformément aux attentes exprimées par les CSSS de la région depuis le printemps 2005 et qui ont fait l'objet d'une mise à jour entre juillet et septembre 2006.

20.1 Les axes de soutien et de développement prioritaires aux spécialités médicales

Le bilan réalisé par l'Agence sur la situation des spécialités médicales au sein des CSSS identifie des besoins prioritaires qui ont un lien direct avec l'accessibilité et la continuité des services. Les besoins ciblés sont directement reliés à la disponibilité des médecins spécialistes ainsi qu'aux différents niveaux d'intervention clinique pour répondre à la population de la région. Les attentes se distinguent en fonction de deux niveaux d'intervention et d'implication du RUIS McGill. Le premier niveau concerne le développement des soins et le second concerne le soutien nécessaire à l'accessibilité aux services médicaux.

Pour chaque spécialité médicale, une description des besoins permet de situer les actions requises dans le cadre des ententes de collaboration avec le RUIS McGill.

20.2 Les spécialités de base

L'anesthésiologie

La plupart des CSSS rencontrent des problèmes fréquents et réguliers dans la couverture des services d'anesthésiologie. Plus particulièrement, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi doit assurer une couverture constante en raison de son mandat régional en traumatologie et en chirurgie thoracique. Ce CSSS doit donc compter sur un nombre suffisant d'anesthésiologues. Les CSSS des Aurores-Boréales et du Lac-Témiscamingue sont également en situation de précarité et doivent faire appel à des effectifs médicaux en itinérance pour assurer la couverture à certaines périodes de l'année.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> Établir un corridor de services avec le RUIS McGill pour que soit offert un support téléphonique lors de problématiques complexes; Établir un corridor de services avec le RUIS McGill pour assurer la continuité des services lors de risques de rupture. 	<ul style="list-style-type: none"> Compléter le Plan régional d'effectifs médicaux en anesthésiologie avec la collaboration du RUIS McGill dans le cadre des activités de recrutement.

La chirurgie générale

Les CSSS souhaitent recevoir du support lors de risques de rupture de services dans cette spécialité. À ce titre les besoins des CSSS sont variables. Quelques CSSS font appel à des centres hospitaliers de la région de Montréal pour des chirurgies plus complexes telles les cholangio-pancréatographies rétrogrades (ERCP) et les chirurgies hépatobiliaires. Finalement il est souligné par quelques CSSS des besoins spécifiques quant à des chirurgies pédiatriques.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> Établir avec le RUIS McGill des corridors de services formels pour les chirurgies complexes telles les ERCP et les chirurgies hépatobiliaires; Établir avec le RUIS McGill des corridors de services formels pour des chirurgies pédiatriques. 	<ul style="list-style-type: none"> Compléter le Plan régional d'effectifs médicaux en chirurgie générale avec la collaboration du RUIS McGill dans le cadre des activités de recrutement.

La médecine interne

La médecine interne est une spécialité qui occupe une place importante au sein des CSSS. Que ce soit pour la prise en charge ou le suivi de la clientèle, les internistes interviennent dans plusieurs secteurs d'activités dont l'oncologie. Par ailleurs les besoins des CSSS sont variables et réfèrent surtout au manque d'effectifs. Il est entre autres souhaité par les CSSS que des corridors de services soient mis en place avec le RUIS McGill en dermatologie, microbiologie, cardiologie, oncologie et en médecine vasculaire. Un soutien est également requis pour l'organisation des soins en dépannage afin d'éviter des ruptures de services. Quelques CSSS requièrent du soutien sur place et à distance pour des consultations cliniques et médicales.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir des corridors de services avec le RUIS McGill en dermatologie, microbiologie, cardiologie, oncologie et en médecine vasculaire; ▪ Organiser avec le RUIS McGill des mesures de dépannage lors de risques de rupture de services en médecine interne; ▪ Établir avec le RUIS McGill des mécanismes permettant l'accès à des consultations cliniques et médicales en obtenant le soutien d'internistes sur place dans les CSSS ou à distance. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter le Plan régional d'effectifs médicaux en médecine interne avec la collaboration du RUIS McGill dans le cadre des activités de recrutement.

L'obstétrique-gynécologie

Bien que cette spécialité puisse compter sur une couverture de services relativement satisfaisante, certains CSSS de la région sont souvent confrontés à des risques de rupture de services. Dans ce contexte, les CSSS de la région parviennent à répondre aux besoins de la population grâce à des ententes intrarégionales qui permettent d'avoir recours à des obstétriciens et des gynécologues pour assurer les services.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser avec le RUIS McGill des mesures de dépannage lors de risques de rupture de services en obstétrique-gynécologie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter le Plan régional d'effectifs médicaux en obstétrique-gynécologie avec la collaboration du RUIS McGill dans le cadre des activités de recrutement.

La pédiatrie

Les services de pédiatrie des CSSS parviennent à assurer une réponse adéquate à la clientèle malgré le manque d'effectifs. Les pédiatres de la région ont toutefois besoin d'avoir accès à des soins tertiaires pour les situations cliniques complexes. À ce titre, il est noté l'importance d'avoir accès à des soins médicaux en ophtalmologie, en oncologie et pour des chirurgies pédiatriques. L'accès aux services d'investigation rapide pour des consultations médicales est également identifié par les CSSS.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir des corridors de services avec le RUIS McGill permettant l'accès aux soins tertiaires, particulièrement pour les situations cliniques complexes; ▪ Établir des corridors de services avec le RUIS McGill pour des soins médicaux en ophtalmologie, oncologie et pour des chirurgies pédiatriques; ▪ Prévoir des mécanismes de consultation et d'investigation médicales entre les CSSS et le RUIS McGill. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter le Plan régional d'effectifs médicaux en pédiatrie avec la collaboration du RUIS McGill dans le cadre des activités de recrutement.

La radiologie diagnostique

Cette spécialité fait face à une pénurie importante d'effectifs en région, et ce, depuis plusieurs années. La couverture des services est assurée à la fois par des radiologistes installés en région et des radiologistes en itinérance. Tous les CSSS de la région ont connu des risques de rupture au cours de la dernière année. En ce sens, tous les CSSS souhaitent bénéficier d'une couverture en radiologie dans le contexte de l'implantation du PACS.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir des corridors de services avec le RUIS McGill pour les échographies cardiaques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévoir l'accès à la Téléradiologie (PACS) pour tous les CSSS de la région; ▪ Compléter le Plan régional d'effectifs médicaux en radiologie diagnostique avec la collaboration du RUIS McGill.

20.3 Les spécialités régionales

La cardiologie

Cette discipline répond à la majorité des besoins grâce à un corridor de services établi entre les CSSS, le CSSS de la Vallée-de-l'Or et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or souhaite toutefois recevoir un soutien spécifique de cardiologues sur place afin de consolider les services. En plus du corridor de services avec l'Hôpital du Sacré-Cœur, les CSSS de la région ont mis en place des mécanismes de collaboration avec d'autres établissements de la région de Montréal. Un projet de Télésanté est en voie de réalisation entre le CSSS du Lac-Témiscamingue et le CSSS de la Vallée-de-l'Or. Aux CSSS des Aurores-Boréales et de Rouyn-Noranda, des internistes assurent des services en cardiologie. Le CSSS de Rouyn-Noranda a établi des ententes avec l'Hôpital juif de Montréal et l'Hôpital Sainte-Justine pour les échographies cardiaques. La cardiologie nécessite tout de même la mise en place de corridors de services formels pour des examens spécifiques telles les échographies et l'hémodynamie.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir avec le RUIS McGill des mécanismes d'accès à des examens cardiaques en médecine nucléaire; ▪ Établir un corridor de services avec le RUIS pour des échographies cardiaques afin de soutenir la vocation régionale du CSSS de la Vallée-de-l'Or; ▪ Mettre en place un mécanisme d'accès au RUIS McGill pour des examens d'arythmologie; ▪ Mettre en place des moyens permettant d'avoir accès aux rapports d'hémodynamie en français. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir un corridor de services avec le RUIS McGill pour les chirurgies et les investigations hémodynamiques.

La gastroentérologie

Cette spécialité dont le CSSS de la Vallée-de-l'Or est mandataire risque d'avoir besoin d'un soutien dans l'éventualité d'une pénurie de gastroentérologues en région. En plus des services offerts par le CSSS de la Vallée-de-l'Or, les CSSS de la région ont établi au fil des années des ententes de service avec le CHUM (Pavillon St-Luc) et l'Hôpital juif de Montréal. Afin de consolider les services en gastroentérologie, la région requiert un soutien pour des chirurgies spécifiques et certains types d'examen qui ne peuvent offerts en région lors de situations urgentes.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir un corridor de services avec le RUIS McGill pour l'hospitalisation de personnes ayant une situation clinique complexe; ▪ Rendre disponible un corridor de services avec le RUIS McGill pour des ERCP et les ligatures oesophagiennes; ▪ Établir un corridor de services avec le RUIS McGill pour des échographies endoscopiques. 	

Oncologie

L'oncologie est une spécialité qui requiert un soutien particulier en raison des nombreux besoins de la clientèle et le nombre limité d'effectifs médicaux limités en région. Les CSSS de la région parviennent à assurer le suivi de la clientèle grâce à l'apport de médecins omnipraticiens et d'internistes. Les CSSS ont tous des liens avec les établissements offrant des services de radiothérapie, notamment le CSSS de la Vallée de Gatineau, l'Hôpital du Sacré-Cœur, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le RUIS McGill. La présence d'une équipe d'oncologues rattachée à notre région permettrait de soutenir les effectifs médicaux en place. La consolidation de la gamme de services doit nécessairement être envisagée par un soutien aux équipes médicales des CSSS. Ce soutien se traduit par des corridors de services pour des traitements spécifiques et des consultations cliniques ainsi que l'accès aux services de radiothérapie et de chimiothérapie.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> Identifier avec le RUIS McGill des moyens permettant la supervision des services laboratoires notamment lors des tests diagnostiques rares. 	<ul style="list-style-type: none"> Compléter le Plan régional d'effectifs médicaux en recrutant un spécialiste en hématologie-oncologie avec la collaboration du RUIS McGill; Développer avec le RUIS McGill un corridor de services pour la tomographie par émission de positrons (PETSCAN); Établir avec le RUIS McGill des mécanismes d'accès formels pour les hospitalisations lors de traitement de chimiothérapie et de radiothérapie; Mettre en place un comité multidisciplinaire pour l'évaluation des médicaments en oncologie avec la collaboration du RUIS McGill; Développer avec le RUIS McGill un corridor de services structuré pour les services de radiothérapie; Établir un corridor de services avec le RUIS McGill pour les interventions de greffes de moelle et de biopsies osseuses.

La médecine nucléaire

Cette discipline est confiée au CSSS de la Vallée-de-l'Or à titre de mandataire régionale dans le cadre des fonctions hospitalières. Les principaux besoins se situent au niveau des examens urgents pour les diagnostics de cardiologie et pour les métastases squelettiques osseuses. Ce service présente une liste d'attente importante en raison du volume de la clientèle référée pour des examens en médecine nucléaire. Le PACS devrait apporter un soutien significatif à cette spécialité.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> Établir un corridor de services avec le RUIS McGill pour l'accès à des examens urgents en médecine nucléaire pour les diagnostics en cardiologie et les métastases squelettiques osseuses. 	<ul style="list-style-type: none"> Rendre accessible le PACS pour les services de médecine nucléaire.

La périnatalité

Cette spécialité est en voie de se doter d'un modèle régional en périnatalité. Le CSSS de Rouyn-Noranda est le mandataire régional et la collaboration des autres CSSS de la région permettra d'actualiser le modèle d'organisation des services. À ce jour, il est prévu que les CSSS réfèrent vers l'Hôpital Sainte-Justine les mères ayant des grossesses à terme de moins de 34 semaines, et celles entre 34 et 36 semaines, vers le CSSS Rouyn-Noranda.

Soutien	Développement
	<ul style="list-style-type: none"> Identifier le soutien requis par le CSSS de Rouyn-Noranda pour la mise en œuvre et l'actualisation du modèle régional en périnatalité.

La néphrologie

Les services de néphrologie sont assurés par des effectifs de garde à distance et par la présence de néphrologues itinérants à raison de quelques jours par mois. Les CSSS des Aurores-Boréales, de Rouyn-Noranda et de la Vallée-de-l'Or offrent des services d'hémodialyse. La région requiert la présence de néphrologues au sein des CSSS afin de consolider le suivi clinique de la clientèle. L'ajout d'effectifs représente donc un besoin prioritaire. Les CSSS souhaitent également pouvoir bénéficier d'un corridor de services pour les transferts urgents et pour les situations cliniques complexes.

Soutien	Développement
	<ul style="list-style-type: none"> Établir avec le RUIS McGill un corridor de services pour les transferts urgents et les situations cliniques complexes; Compléter le Plan régional d'effectifs médicaux en néphrologie avec la collaboration du RUIS McGill.

L'orthopédie

Ce service compte actuellement cinq orthopédistes installés au CSSS Les Eskers de l'Abitibi, mais un départ est prévu en octobre 2006. Ce secteur est en constante fragilité en raison du manque d'orthopédistes. Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi assure le suivi requis par une longue liste d'attente. Bien que l'ajout d'un orthopédiste soit prévu à l'automne 2007, le CSSS doit établir des priorités dans les chirurgies à effectuer dans le cadre de son mandat régional. Les besoins sont donc essentiellement reliés au manque d'effectifs pour assurer la couverture requise par la population.

Soutien	Développement
	<ul style="list-style-type: none"> Compléter le nombre d'orthopédistes selon le Plan régional d'effectifs médicaux avec la collaboration du RUIS McGill. Mettre en place avec la collaboration du RUIS McGill une équipe multidisciplinaire pour les problèmes musculo-squelettiques.

La physiothérapie

La région compte sur les services d'un physiatre provenant du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau de Montréal. Ce dernier pourrait bientôt se retirer de la pratique médicale et le CSSS des Aurores-Boréales est en recrutement pour assurer la relève. Ce physiatre dessert la clientèle adulte tandis qu'un autre couvre les services s'adressant aux enfants. L'expertise de ces physiatres assure un suivi spécifique aux besoins de la clientèle ayant une déficience physique. Le suivi en physiothérapie permet, entre autres, de faire les prescriptions requises par la RAMQ pour les aides techniques et les clients de l'URFI. Or, étant donné que cette spécialité compte peu de physiatres au Québec, un soutien est requis pour faciliter le recrutement à court terme.

Soutien	Développement
	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir la collaboration du RUIS McGill pour le recrutement d'un physiatre.

La rhumatologie

Un rhumatologue est installé au CSSS Les Eskers de l'Abitibi et celui-ci prévoit s'absenter pour une année à compter de novembre 2006. À ce jour, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi est en recrutement pour assurer la couverture des services à partir de services de dépannage. La région compte un seul rhumatologue pour assurer les services.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> Obtenir la collaboration du RUIS McGill pour que soient recrutés des rhumatologues itinérants à compter de novembre 2006. 	

L'urologie

La région compte deux urologues installés au CSSS de Rouyn-Noranda et un autre au CSSS de la Vallée-de-l'Or. Un urologue du CSSS de Rouyn-Noranda quittera la région en décembre 2006 et le second pourrait réduire ses activités et annoncer son départ en juillet 2007. Cette discipline nécessitera le recours à des mesures de dépannage dès janvier 2007. Dans l'éventualité où le CSSS de Rouyn-Noranda aura suffisamment d'effectifs, il est envisagé de développer un modèle régional de services en collaboration avec les autres CSSS.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> Obtenir le soutien du RUIS McGill pour le recrutement d'urologues itinérants à compter de janvier 2007. 	

20.4 Les activités para médicales

Les services de laboratoire

Les CSSS de la région ont recours à des ressources externes pour compléter l'offre de service de laboratoire. Ils ont recours, entre autres, à des médecins biologistes et des microbiologistes pour des examens spécifiques. Quelques CSSS font également appel à des ressources spécialisées en hématologie pour des consultations. Pour compléter les services, la région requiert la présence d'un microbiologiste et les effectifs médicaux souhaitent pouvoir avoir accès à des consultations téléphoniques ponctuelles.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> Prévoir des mécanismes de communication permettant l'accès à des ressources du RUIS McGill pour des consultations en services de laboratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> Recruter un microbiologiste pour la région avec la collaboration du RUIS McGill.

La pharmacologie

Tous les CSSS de la région sont aux prises avec une pénurie de pharmaciens et doivent faire un recrutement intensif pour répondre aux besoins de leur établissement. Pour assurer la couverture des services, les CSSS font régulièrement appel à des mesures de dépannage. Au cours des dernières années, les pharmaciens de la région ont exprimé des besoins quant à la possibilité d'avoir accès aux protocoles de recherche, à des consultations cliniques et aux listes de médicaments. De plus, il est souhaité de pouvoir bénéficier de corridors de services pour des consultations touchant l'éthique et les différentes approches pharmacologiques.

Soutien	Développement
<ul style="list-style-type: none"> Établir un corridor de services avec le RUIS McGill permettant l'accès aux protocoles de recherche et aux listes de médicaments; Établir un corridor de services avec le RUIS McGill pour des consultations cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir la collaboration du RUIS McGill pour l'organisation des mesures de dépannage en pharmacie et pour le recrutement de pharmaciens.

La réadaptation

Les CSSS de la région maintiennent des liens étroits avec le Centre de réadaptation La Maison, dans le cadre du continuum des services en traumatologie, et la clientèle en déficience physique. La gamme de services prévoit des services médicaux en physiatrie et en rhumatologie. Toutefois, l'accès aux services de physiatrie est restreint en raison du fait que la région n'a pas de physiatre installé en région. Cette spécialité est d'autant plus importante pour la clientèle notamment en ce qui concerne la prescription des aides techniques à la RAMQ. À ce jour, un physiatre en itinérance assure la couverture de l'ensemble de la clientèle régionale.

Soutien	Développement
	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir l'appui et la collaboration du RUIS McGill pour le recrutement d'un physiatre.

21. LES BESOINS DE SOUTIEN À LA PRATIQUE MÉDICALE

Les CSSS de la région expriment des besoins de soutien à la pratique des médecins. Les besoins sont variés quant aux types d'activités qui peuvent être de la formation, l'accès à de la documentation ou à des moyens technologiques.

Les besoins de soutien se résument comme suit :

- reconnaissance et appui du RUIS McGill pour l'implantation d'UMF en Abitibi-Témiscamingue ;
- accès à des services de Télésanté;
- accès à la bibliothèque médicale de l'Université McGill;
- support aux comités d'éthique et de recherche;
- utilisation de guide ressources et de médicaments;
- stages de formation en milieu universitaire pour des médecins spécialistes notamment en anesthésiologie;
- organisation de milieux de stages d'évaluation pour les candidats en processus d'obtention d'un permis restrictif, en collaboration avec les CSSS, afin de soutenir le travail du Collège des médecins du Québec (CMQ);
- stages de perfectionnement pour les professionnels des CSSS, notamment pour les inhalothérapeutes, les techniciens en laboratoire et les services de nursing.

En plus des besoins de soutien à la pratique médicale, les CSSS souhaitent que des sujets soient pris en compte par le RUIS McGill quant à l'organisation des services, dont entre autres :

- la mise en œuvre du PACS au niveau régional;
- favoriser et participer à la création du dossier unique de l'utilisateur;
- la confirmation de la prise en charge par le RUIS McGill de la clientèle des régions du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18);
- organiser des hospitalisations de courte durée pour des investigations médicales lors de situations complexes.

Par-dessus tout, les médecins de l'Abitibi-Témiscamingue ont besoin de pouvoir communiquer avec leurs collègues du RUIS McGill en français, notamment :

- lors de consultations téléphoniques;
- pour les rapports de consultation écrits, y compris les rapports d'exams diagnostiques;
- pour les résumés de dossier d'hospitalisation.

Évidemment, ce besoin de communiquer en français s'applique également aux patients.

Section 7 - Les perspectives et les pistes d'action

L'étendue de la région et la population à desservir font en sorte qu'il sera toujours difficile de combler tous les besoins de la communauté avec des ressources au sein des CSSS.

La contribution du RUIS McGill s'avère donc d'une importance capitale pour combler les services requis et consolider ceux existants. Dans cette perspective, l'Agence vise une autonomie régionale avec un soutien et un accompagnement du RUIS afin de répondre aux principes d'accessibilité aux services, de continuité des soins, de qualité des interventions et d'imputabilité populationnelle.

L'approche populationnelle retenue pour l'organisation des soins et des services commande de tenir en compte les habitudes historiques de la population dans leurs recours aux services de santé. Le contexte d'organisation des services avec le RUIS McGill exige de prendre en considération les préférences linguistiques des citoyens dans l'optique de créer des liens de confiance et de favoriser la qualité des soins. La distance entre les établissements de la région et les différents sites de dispensation de services du RUIS McGill nécessite que soient prévues des mesures concrètes pour faciliter le transport et l'hébergement des personnes qui reçoivent des soins hors région.

Les ententes de service visant l'accès aux ressources médicales sont les principaux leviers pour garantir aux spécialités médicales jugées prioritaires le soutien et le développement des services de notre région à court et moyen terme. Pour ce faire, l'atteinte des objectifs fixés aux Plans régionaux d'effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité est l'un des moyens à privilégier afin que soit assurée à tous les CSSS une couverture adéquate des services. Ainsi, la mise en place d'actions concertées doit être convenue entre l'Agence, les établissements de la région et le RUIS McGill. À ce jour le maintien des corridors de services actuels permet d'assurer les services requis par la population. Le bilan de l'Agence et des établissements permet de cibler les spécialités et les services en besoin de soutien, surtout en ce qui concerne la couverture des spécialités en pénurie. À ce titre, il s'avère de plus en plus important de soutenir les médecins dans les spécialités de base et régionales afin d'éviter des ruptures de services ou une diminution des services en offrant du dépannage.

L'Agence est d'avis que la formation en région permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins des professionnels de la santé qui exerceront leur profession au sein du réseau d'établissements de la région. En plus de prévoir de la formation en région, il y a lieu d'envisager des mécanismes qui permettent le ressourcement de la main-d'oeuvre médicale en développant des stages de perfectionnement. Afin d'avoir accès aux ressources du RUIS McGill, l'utilisation de la visioconférence

représente un moyen de communication à exploiter davantage avec les professionnels et les médecins. L'organisation de stages d'observation et d'immersion pour préparer les candidats en processus d'obtention d'un permis restrictifs figure également comme étant une opportunité pouvant faciliter la formation en région. Finalement, la reconnaissance du partenariat entre l'UQAT et l'Université McGill pour la formation d'infirmière praticienne de première ligne mérite d'être soulignée autant pour la qualité du programme proposé que pour le souci d'adapter la pratique des soins infirmiers aux nouvelles réalités du réseau sociosanitaire.

La mise en place de mécanismes de communication favorisant la transmission de connaissances cliniques doit être favorisée pour rendre accessibles les ressources du RUIS McGill notamment pour les consultations cliniques. Le soutien à distance apporté par le RUIS McGill aux travaux de l'Agence et des établissements permet d'éviter des transferts d'usagers et d'offrir les services à la personne le plus près possible de son milieu de vie. L'accompagnement des autres professionnels des CSSS est également requis notamment en soins infirmiers.

CONCLUSION

Les établissements investissent sous différentes formes pour offrir à la population un réseau d'accessibilité et une gamme de services et de soins médicaux malgré les enjeux reliés à la pénurie de médecins, tant omnipraticiens que spécialistes.

Bien qu'il existe très peu d'ententes formelles intrarégionales, les ententes informelles négociées entre les établissements, la région parvient, avec le nombre de spécialistes disponibles, à offrir les services de qualité. La disponibilité des spécialistes, les distances à parcourir pour couvrir le territoire ainsi que les ruptures ponctuelles de services jouent un rôle déterminant dans la continuité des services offerts à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Concernant les corridors de services extrarégionaux, des ententes non formelles ont été créées avec des centres tertiaires, surtout de la région de Montréal, et ce, par l'intermédiaire de contacts personnels entre les médecins de la région et ceux des régions centres.

La principale préoccupation des usagers et des médecins est d'assurer la qualité des services, reçus en français, au sein du RUIS McGill.

L'assurance du maintien des acquis, comme la formation médicale décentralisée et les ententes de services avec le RUIS de Montréal, la formation médicale décentralisée avec le RUIS de Sherbrooke, et l'arrivée d'un joueur additionnel, le RUIS McGill, apparaissent désormais comme une opportunité qui contribuera à la résolution de certaines difficultés d'accès aux services médicaux généraux, spécialisés et ultraspecialisés. À cet égard, l'ouverture démontrée jusqu'à présent par le RUIS McGill, de par le support apporté aux équipes médicales dans les secteurs tels l'anesthésiologie, l'oncologie et la médecine de famille, a permis d'éviter des ruptures de services et de mettre en place des ententes pour des corridors de services. De telles actions permettent ainsi d'entrevoir l'avenir avec optimiste.

Enfin, l'engagement et la détermination de chacun des partenaires feront en sorte que des ententes formelles seront établies, et ce, dans le but d'assurer à la population de l'Abitibi-Témiscamingue tous les services qu'elle est en droit de recevoir.

