

Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Abitibi-Témiscamingue

L'Abitibi-Témiscamingue est confrontée depuis plusieurs années à une pénurie de travailleurs et de travailleuses. Dans cette note, nous étudions les impacts que ce manque de personnel exerce sur l'accès aux services de santé dans la région. Nous déterminons que la population d'Abitibi-Témiscamingue possède des besoins particuliers en matière de santé. Le manque de ressources se traduit par un accès diminué aux services de première ligne, poussant la population à se rabattre sur les urgences. On observe également un accès diminué aux services de seconde et de troisième lignes, alors que le manque de ressources et de personnel concentre les soins spécialisés dans un nombre limité d'hôpitaux, imposant aux résidents d'importants déplacements.

KRYSTOF BEAUCAIRE, *chercheur associé*

BERTRAND SCHEPPER, *chercheur*

Faits saillants

01. L'espérance de vie de la population des MRC de l'Abitibi (79,5 ans) et de La Vallée-de-l'Or (79,2 ans) est nettement plus faible que la moyenne québécoise (82,5 ans). Cela révèle que l'Abitibi-Témiscamingue a des besoins particuliers en santé.

02. Le ratio de personnel infirmier par millier d'habitant-e-s (7,8) est inférieur à celui des régions similaires, comme la Côte-Nord (8,4) et la Gaspésie (9,3). Ce déficit de personnel a entraîné d'importantes coupures de service, telles que la fermeture de salles d'urgence la nuit.

03. La faible densité de population nécessite un nombre important d'installations (comme les CLSC) pour desservir une population peu nombreuse et répartie sur un grand territoire. Cette réalité

demande un plus grand nombre de ressources par habitant-e que dans les régions plus densément peuplées du Québec.

04. Les services de première ligne peinent à répondre aux besoins de la population alors qu'une grande proportion des visites aux urgences de l'Abitibi-Témiscamingue (72,8 %) ont un faible degré d'urgence (priorités 4 et 5) comparativement à l'ensemble du Québec (53 %).

05. Les ratios de médecins spécialistes par millier d'habitant-e-s dans les MRC de Témiscamingue (0,57) et d'Abitibi-Ouest (0,34) sont nettement inférieurs à la moyenne régionale (1,35). Ces deux territoires sont ainsi grandement sous-desservis en ce qui a trait aux soins de deuxième et de troisième lignes.

Dans cette note, nous évaluerons l'accessibilité des soins de santé en Abitibi-Témiscamingue. Pour ce faire, nous présenterons d'abord un portrait socioéconomique de la région. Ensuite, un bref retour sur des événements récents liés à l'accessibilité des soins de santé permettra de mieux cerner la situation particulière de la région. Un portrait de l'accessibilité des soins de première, de deuxième et de troisième lignes ainsi que des subventions en prévention complétera cette note. Nous en concluons que l'accès aux soins de santé en Abitibi-Témiscamingue est profondément affecté par le manque de personnel, situation d'autant plus difficile qu'elle touche une population qui a des besoins plus importants que la moyenne en matière de santé.

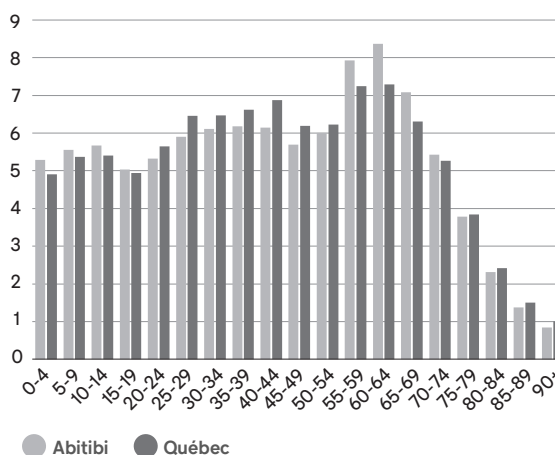
Portrait socioéconomique de l'Abitibi-Témiscamingue

Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la région de l'Abitibi-Témiscamingue comptait en 2021 une population de 148 242 personnes, correspondant à 1,7 % de la population totale du Québec. Cela la place au quatrième rang des régions les moins peuplées du Québec. Le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue s'étend sur 64 651 km², ce qui en fait la quatrième région administrative du Québec en superficie^a. Comme on peut le voir à la figure 1, la région est découpée en cinq municipalités régionales de comté (MRC), soit : Abitibi, Abitibi-Ouest, La Vallée-de-l'Or, Rouyn-Noranda^a et Témiscamingue. L'occupation du territoire se concentre autour des principaux centres urbains de chaque MRC (Rouyn-Noranda, Val-d'Or, Amos, La Sarre et Ville-Marie). Ces municipalités hébergent chacune un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés fournissant la majorité des soins spécialisés du secteur. Les 44 centres locaux de services communautaires (CLSC) offrent de surcroît un accès local à des professionnel-le-s de la santé dans les municipalités de la région.

Sur le plan démographique, la population totale de l'Abitibi-Témiscamingue a connu une légère croissance équivalant à un taux de +0,4 % de 2017 à 2021², ce qui situe la région nettement sous le taux québécois de +3,6 %. Cette relative stagnation s'explique par un taux migratoire net de -0,1 %³, que seul compense un taux de naissance un peu plus vigoureux que la moyenne québécoise (à 10,9 naissances par 1000 habitant-e-s contre 9,7 pour l'ensemble du Québec). La population y est également plus âgée que dans le reste du Québec. Comme on peut le voir au graphique 1, la population de l'Abitibi-Témiscamingue se retrouve en plus grande proportion dans les groupes des 55 à 74 ans et en plus faible proportion dans les groupes de 20 à 54 ans.

a Rouyn-Noranda est effectivement un territoire équivalent (TE), une municipalité qui se voit attribuer les mêmes compétences administratives qu'une MRC, permettant de fusionner les compétences locales aux compétences relevant des MRC de façon à gérer le tout sur un même palier.

Graphique 1
Répartition de la population selon le groupe d'âge (%), Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2021



SOURCES : Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, Population totale selon le groupe d'âge, MRC de l'Abitibi-Témiscamingue, 2021, www.observat.qc.ca/tableaux-statistiques/demographie/population/population-totale-selon-le-groupe-dage-mrc-de-labitibi-temiscamingue-2021p. Calculs des auteurs.

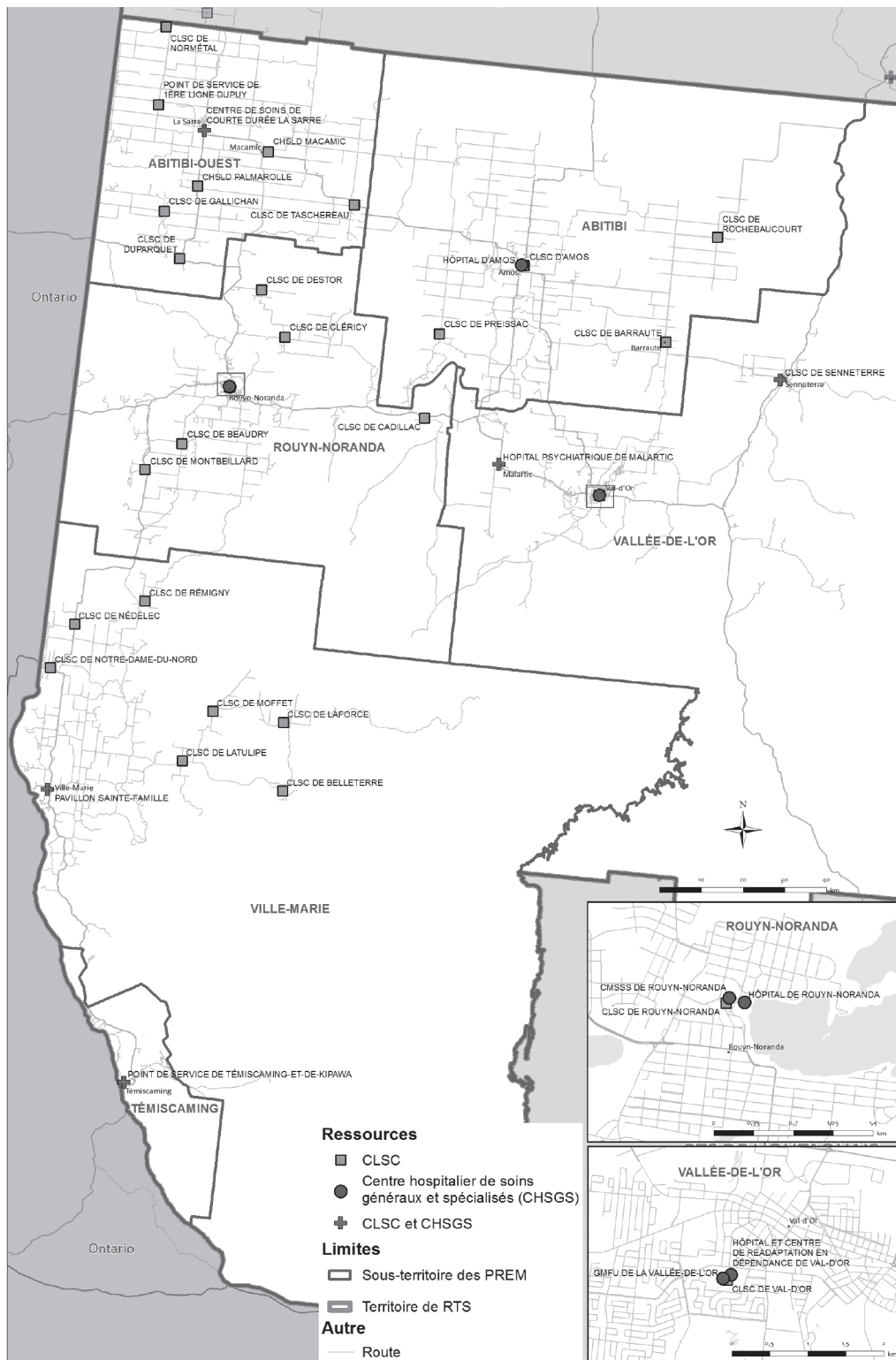
On peut ainsi dire que, dans la mesure où la région possède une population active proportionnellement moins grande que dans le reste du Québec, les enjeux découlant du vieillissement de la population se font sentir plus durement en Abitibi-Témiscamingue. Le tableau 1 présente la répartition des résident-e-s de l'Abitibi-Témiscamingue selon leur MRC. On constate que près de 60 % de la population de l'Abitibi-Témiscamingue habite l'une ou l'autre des deux

Tableau 1
Population de l'Abitibi-Témiscamingue par MRC, 2021

	Population	% A.-T.	% Qc
Abitibi	24 943	16,8 %	0,3 %
Abitibi-Ouest	20 580	13,9 %	0,2 %
La Vallée-de-l'Or	43 765	29,5 %	0,5 %
Rouyn-Noranda	43 053	29,0 %	0,5 %
Témiscamingue	15 901	10,7 %	0,2 %
Abitibi-Témiscamingue	148 242	100,0 %	1,7 %

SOURCES : Institut de la statistique du Québec (ISQ), Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions, « Abitibi-Témiscamingue, Toutes les MRC », statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/o8 et « Le Québec », statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region.

Figure 1
Découpage des MRC et établissements et principales installations de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2022*



* À noter que cette carte ne présente pas la totalité des CLSC en activité dans la région.

SOURCE : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille, www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/besoins-prioritaires-region-08/.

Tableau 2

Différents indicateurs du revenu ou du patrimoine (\$), MRC de l'Abitibi-Témiscamingue

	Revenu d'emploi médian 25-64 ans projeté (2019)	Revenu disponible par habitant-e (2020)	Taux MFR* (2018)	Valeur foncière résidence unifamiliale (2021)
Abitibi	48 494 \$	32 277 \$	5,7 %	203 863 \$
Abitibi-Ouest	46 202 \$	29 090 \$	6,8 %	147 648 \$
La Vallée-de-l'Or	51 196 \$	32 873 \$	7,4 %	243 807 \$
Rouyn-Noranda	50 159 \$	31 973 \$	5,3 %	263 312 \$
Témiscamingue	43 810 \$	28 341 \$	8,9 %	147 860 \$
Abitibi-Témiscamingue	n. d.	31 501 \$	6,7 %	n. d.
Québec	n. d.	30 721 \$	9,3 %	n. d.

*La mesure de faible revenu détermine la valeur sous laquelle un ménage est considéré comme étant à faible revenu. Elle équivaut à 50 % du revenu québécois médian et prend en compte la taille du ménage.

SOURCES : ISQ, Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions, « Abitibi-Témiscamingue, Toutes les MRC », statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/o8, Taux de faible revenu, selon le type de famille, MRC et ensemble du Québec, statistique.quebec.ca/fr/document/mesure-du-faible-revenu-par-region-administrative-et-par-mrc/tableau/taux-de-faible-revenu-selon-le-type-de-famille-mrc-et-ensemble-du-quebec#tri_coln1=5&tri_coln2=5 et Taux de faible revenu, selon le type de famille, régions administratives et ensemble du Québec, https://statistique.quebec.ca/fr/document/mesure-du-faible-revenu-par-region-administrative-et-par-mrc/tableau/taux-de-faible-revenu-selon-le-type-de-famille-regions-administratives-et-ensemble-du-quebec#tri_coln1=5&tri_coln2=5.

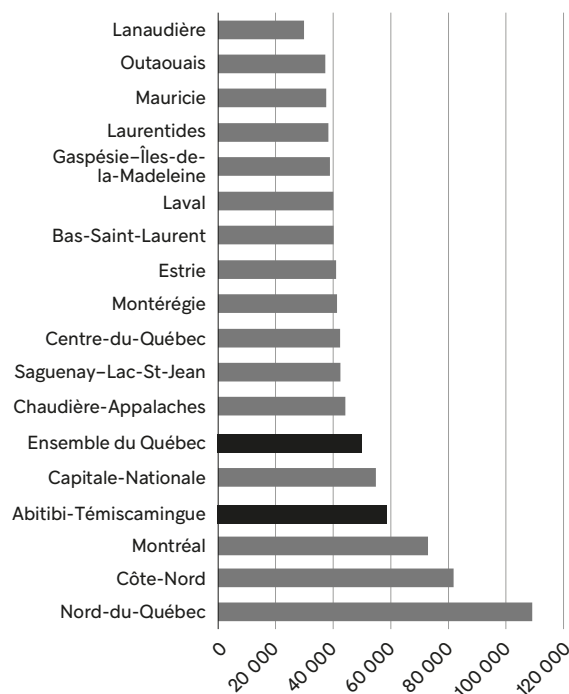
MRC situées au centre de la région, soit Rouyn-Noranda et La Vallée-de-l'Or, qui correspondent aux plus importants centres urbains de la région.

Sur le plan économique, le produit intérieur brut (PIB) de l'Abitibi-Témiscamingue se chiffrait à 8,7 milliards de dollars⁴ en 2019, soit environ 2,1 % du PIB de l'ensemble du Québec, estimé à 408 milliards⁵. Comme le montre le graphique 2, le PIB par habitant de l'Abitibi-Témiscamingue est légèrement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec et arrive même en quatrième position après ceux du Nord-du-Québec, de la Côte-Nord et de Montréal.

Suivant les indicateurs de revenus, présentés au tableau 2, l'Abitibi-Témiscamingue se situe légèrement au-dessus de la moyenne québécoise et possède un taux de ménages à faible revenu nettement inférieur (6,7 % contre 9,3 % pour tout le Québec), ce qui la situe parmi les régions possédant les taux de faibles revenus familiaux les plus bas de la province⁶. Il existe en outre une relative disparité entre les MRC. Le revenu d'emploi médian des personnes âgées de 25 à 64 ans est de 51 196 \$ dans La Vallée-de-l'Or contre 43 810 \$ dans le Témiscamingue. Le revenu disponible par habitant-e dans l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue est de 31 501 \$.

La répartition des plus bas revenus ne suit pas totalement les autres indicateurs de revenus. La MRC de Témiscamingue, qui connaît le plus faible revenu d'emploi médian et le plus bas revenu disponible de la région, compte également le plus haut taux de ménages à faible revenu, alors que 8,9 %

Graphique 2
PIB au prix de base par habitant-e (\$), régions administratives et ensemble du Québec, 2019



SOURCE : ISQ, Panorama des régions du Québec, Édition 2021, novembre 2021, p. 51.

Tableau 3
Espérance de vie (années), MRC de l'Abitibi-Témiscamingue, 2022

	Espérance de vie			Différence avec la moyenne québécoise		
	H	F	Moy.	H	F	Moy.
Abitibi	77,4	81,7	79,5	-3,2	-2,6	-3
Abitibi-Ouest	78,3	82,5	80,3	-2,3	-1,8	-2,2
La Vallée-de-l'Or	77,4	81,2	79,2	-3,2	-3,1	-3,3
Rouyn-Noranda	79,4	83,4	81,4	-1,2	-0,9	-1,1
Témiscamingue	78,6	82,7	80,6	-2	-1,6	-1,9
Abitibi-Témiscamingue	78,3	82,2	80,2	-2,3	-2,1	-2,3
Québec	80,6	84,3	82,5			

Sources : ISQ, *Espérance de vie à la naissance selon le sexe, par région administrative, Québec, 1980-1982 à 2017-2019*, statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/esperance-de-vie-a-la-naissance-selon-le-sexe-par-region-administrative-quebec et Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, *Espérance de vie à la naissance, MRC de l'Abitibi-Témiscamingue et Québec*, www.observat.qc.ca/tableaux-statistiques/demographie/esperance-de-vie-a-la-naissance-mrc-de-labitibi-temiscamingue-et-quebec#.Ysc7zHbMKUk.

de la population vit sous le seuil de la pauvreté. Par contre, bien qu'elle compte le plus haut revenu d'emploi médian et le plus important revenu disponible, c'est la MRC de La Vallée-de-l'Or qui occupe le second rang des plus hauts taux de ménages à faible revenu de la région, à 7,4 %.

On constate que la disparité de richesses en termes de patrimoine est la plus apparente si l'on examine la valeur foncière moyenne des résidences. Alors que les trois MRC les mieux nanties affichent toutes une valeur foncière moyenne au-dessus de 200 000 \$, celle-ci est de 147 648 \$ pour l'Abitibi-Ouest et de 147 860 \$ pour le Témiscamingue.

Les indicateurs socioéconomiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue suggèrent que, bien que le PIB par habitant y soit parmi les plus élevés du Québec, l'ensemble de la population ne tire pas nécessairement profit de cette réalité. En effet, alors que le PIB par habitant est 17,2 % plus élevé que la moyenne du Québec, l'écart du revenu disponible par habitant n'est que de 2,5 %.

Qui plus est, on remarque au tableau 3 que l'Abitibi-Témiscamingue et ses MRC enregistrent une espérance de vie considérablement inférieure à la moyenne québécoise (82,5 ans), et ce, invariablement du revenu moyen disponible. La moyenne régionale (80,2 ans) est ainsi inférieure de 2,3 ans à la moyenne provinciale. Alors qu'on pourrait anticiper une corrélation entre le revenu et l'espérance de vie, on constate ici une déconnexion notable entre la santé de la population et son contexte socioéconomique. En effet, l'espérance de vie moyenne d'Abitibi-Ouest (80,3 ans) et de Témiscamingue (80,6 ans), les deux MRC aux revenus les plus faibles, demeure supérieure à celle de la MRC d'Abitibi (79,6 ans). Bien que la MRC de La Vallée-de-l'Or possède les indicateurs économiques les plus élevés de la région, elle enregistre également la plus faible espérance de vie (79,2 ans).

Pour examiner plus avant les inégalités entre différentes localités, il est utile de faire appel à l'indice de défavorisation matérielle et sociale (IDMS), calculé par l'Institut national de santé publique du Québec à partir des données du recensement canadien^a. Cet indice a pour objectif d'offrir une analyse plus fine des inégalités en combinant une série de données pour des territoires particuliers. L'indice est obtenu en jumelant une composante sociale de la défavorisation (représentant le fait de vivre seul, d'être divorcé ou d'être en situation de monoparentalité) à une composante matérielle (décrivant la scolarité, le statut d'emploi et le revenu moyen). Dans le cas qui nous intéresse, l'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue a calculé un IDMS pour la région et réparti par MRC. Les résultats, compilés dans le tableau 4, présentent la proportion de population de chaque MRC appartenant au quintile^b le plus défavorisé de l'Abitibi-Témiscamingue.

Ainsi, en 2016, 43,9 % de la population de la MRC d'Abitibi-Ouest avait un indice de défavorisation matérielle élevé. En comparaison, dans les MRC plus prospères de La Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda, une proportion plus faible de la population faisait l'expérience de conditions matérielles défavorables, soit 17,1 et 11 % respectivement. Inversement, on remarque que les populations

^a Le calcul de l'IDMS emploie l'aire de diffusion (AD), une petite unité géographique regroupant de 400 à 700 personnes. Les données recueillies sont compilées de manière à former un indice attribuant une valeur à l'AD.

^b Le calcul par quintile consiste à diviser une population en cinq parts égales regroupant des caractéristiques similaires. Cette division permet ainsi de comparer les groupes selon ces mêmes caractéristiques. Dans le cas qui nous concerne, une division a été effectuée selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale.

Tableau 4

Répartition de la population dans le 5^e quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (%), MRC d'Abitibi-Témiscamingue, 2016

	Typ de défavorisation		
	Matérielle	Sociale	Combinée
Abitibi	19,5 %	9,7 %	13,3 %
Abitibi-Ouest	43,9 %	13,5 %	28,9 %
La Vallée-de-l'Or	17,1 %	23,8 %	24,8 %
Rouyn-Noranda	11,0 %	26,7 %	14,9 %
Témiscamingue	22,4 %	18,5 %	24,8 %

SOURCE : Mariella Collini, *Pauvreté et inégalités : caractère bidimensionnel de la pauvreté*, Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, www.observat.qc.ca/publications/bulletins/2019/10/octobre-novembre-2019/caractere-bidimensionnel-de-la-pauvrete/#.YkzkrclMIPZ.

de La Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda, qui sont les plus favorisées matériellement, sont aussi les plus défavorisées socialement.

La combinaison des indices de défavorisation matérielle et de défavorisation sociale permet de nous informer de manière plus complète sur la situation particulière de chaque MRC. Ainsi, on constate que, malgré un faible taux de personnes en situation de défavorisation sociale, la MRC d'Abitibi-Ouest possède la plus importante proportion de personnes appartenant au quintile le plus défavorisé de l'IDMS combiné (28,9 %).

Le portrait général qu'on peut ainsi faire de l'Abitibi-Témiscamingue est celui d'une région en apparence fortunée, mais où un PIB par habitant élevé ne se traduit pas directement en revenu moyen des ménages élevé. Dans les municipalités se côtoient ainsi prospérité et pauvreté, posant les bases de multiples inégalités suivant les facteurs de défavorisation de l'IDMS. Cela n'empêche toutefois pas l'ensemble des MRC de se rejoindre sur le plan de la santé. La faible espérance de vie comparativement à la moyenne provinciale souligne les besoins particuliers en termes d'accès aux services de santé dans la région. Inversement, des difficultés d'accès rendent d'autant plus grave une situation de santé défavorable.

À partir des données recueillies par le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT) pour l'année 2020, il nous est possible de faire un portrait plus précis des pratiques de la population de l'Abitibi-Témiscamingue en ce qui concerne la santé et les habitudes de vie.

Observant d'abord la proportion de personnes fumant régulièrement, on constate que la population de l'Abitibi-Témiscamingue fume dans des proportions identiques à la moyenne québécoise (18 %), et ce, autant chez les hommes

(20 %) que chez les femmes (16 %)7. En ce qui concerne la consommation excessive d'alcool, on constate que 32 % de la population masculine consomme une fois ou plus par mois des quantités excessives d'alcool, contre 26 % pour l'ensemble du Québec. Cette habitude n'est pas aussi fréquente dans la population féminine, mais cette dernière consomme tout de même un peu plus que la moyenne québécoise (20 % contre 18 %)8.

Dans la période 2017-2018, le taux de population en situation d'obésité (25 %) était supérieur à la moyenne provinciale (19 %) dans toutes les MRC9. On remarque toutefois que ce sont les MRC de Témiscamingue et de La Vallée-de-l'Or qui connaissent les plus forts écarts par rapport à la moyenne québécoise, avec respectivement 26 et 24 %a de leur population présentant de l'obésité.

En termes d'habitudes de consultation médicale, une donnée notable est le taux de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage du cancer du sein. Ce dernier dépasse nettement la moyenne québécoise (59,7 %) dans les MRC d'Abitibi-Ouest (65,3 %) et de La Vallée-de-l'Or (63,7 %) et s'approche même de l'objectif de 70 % visé par le gouvernement québécois dans les MRC de Rouyn-Noranda (68,8 %) et d'Abitibi (66,6 %)10. L'exception notable à cette règle est la MRC de Témiscamingue. Alors que le taux du secteur de Ville-Marie s'élevait à 59 %, celui du secteur de Témiscamingue était de seulement 26,7 %.

Soins de santé : des ressources insuffisantes pour répondre aux besoins

Dans le sillage de la crise sanitaire de la COVID-19, le système de santé québécois, déjà mis à mal depuis des années, a vu ses ressources exploitées au maximum. En date de janvier 2022, les pressions imposées par la pandémie avaient entraîné l'absence de plus de 20 000 employé·e·s de la santé à travers le Québec11. Alors que la capacité hospitalière de la province était très faible comparativement à de nombreux pays de l'OCDEb, les établissements québécois avaient rapidement dû accueillir un flot inhabituel de patient·e·s combiné à une baisse massive de personnel soignant.

En Abitibi-Témiscamingue, cette situation a entraîné des défis particulièrement difficiles à relever. En effet, la région connaissait depuis plusieurs années des interruptions temporaires de service, que ce soit pour cause d'infrastructures désuètes12 ou par manque de personnel13. Contrairement à d'autres régions du Québec, la COVID-19 a relativement peu touché l'Abitibi-Témiscamingue pendant

a Données pour la période 2014-2015.

b Avec 1865 lits dressés par million d'habitant·e·s, le Québec se situe bien en arrière de la moyenne canadienne de 2500 et encore plus loin derrière des pays comme la France (5800), l'Allemagne (7900) ou le Japon (12 800). Pour plus de détails, consulter Vincent BROUSSEAU-POULIOT, « Capacité hospitalière : Le Québec en queue de peloton du G7 », *La Presse*, 20 janvier 2022, www.lapresse.ca/covid-19/2022-01-20/capacite-hospitaliere/le-quebec-en-queue-de-peloton-du-g7.php.

les deux premières années de la pandémie ; il importe donc de garder en tête que le manque critique de personnel soignant en Abitibi-Témiscamingue se distingue de la pénurie de personnel dans le reste du Québec, car il dépend beaucoup moins de la situation pandémique. Or, malgré les efforts concertés du CISSS-AT et les mesures spécifiques aux régions éloignées adoptées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour recruter plus de personnel soignant¹⁴, un nombre important d'infirmiers et d'infirmières et d'employé-e-s de soutien manquent toujours à l'appel dans la région¹⁵.

Pour faire face à ces problèmes, un plan de contingence a été préparé en avril 2021 par des membres du réseau de la santé, puis adopté par le CISSS-AT avec l'appui du MSSS. Ce plan visait à redistribuer le personnel de la santé afin de réduire le nombre de quarts de travail et donc le nombre d'heures supplémentaires demandées. Cette réduction répondait à la fatigue généralisée du personnel soignant, fatigue qui ne permettait plus d'offrir des services sécuritaires et satisfaisants. En procédant à une réduction des heures de service dans les CLSC de la région, incluant quelques établissements qui assuraient jusqu'à ce moment un service, le CISSS-AT espérait offrir des soins plus sécuritaires à la population et de meilleures conditions de travail à ses employé-e-s. Depuis, deux plans supplémentaires se sont succédé de manière à composer avec des changements de situation, telle l'embauche de nouveau personnel.

Le plan de contingence a entraîné la fermeture de nombreux services durant la nuit, la population étant alors redirigée vers les centres hospitaliers de la région. Or, même ces derniers peinent à assurer un service 24 heures sur 24.

Par exemple, depuis le début de 2022, il est prévu que les urgences du point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa seront partiellement ou totalement fermées sur plus de 80 jours (entre le 1^{er} janvier et le 12 septembre 2022). Durant cette période, le CISSS-AT redirigeait les citoyen-ne-s vers l'hôpital de Ville-Marie¹⁶, un déplacement d'environ une heure. Le transfert vers Ville-Marie implique également d'emprunter une route forestière peu éclairée, pratiquement dénuée de réseau cellulaire, glissante en hiver et où la présence faunique demande une attention supplémentaire¹⁷.

De plus, dans le secteur de Ville-Marie, en 2021, le service d'obstétrique a dû fermer ses portes pendant près de cinq mois, d'avril à novembre¹⁸, forçant le transfert des accouchements à Rouyn-Noranda, à 1 h 30 de voiture de Ville-Marie. Ces déplacements imposent de nombreuses pressions sur les personnes requérant des soins. Pour éviter d'avoir à se déplacer au moment de l'accouchement, certaines personnes ont préféré se loger temporairement à Rouyn-Noranda ou encore ont choisi de provoquer leur accouchement avant la fin du terme¹⁹.

C'est dans ce contexte de coupures de service que Richard Genest, un homme de Senneterre âgé de 65 ans, est décédé le 30 novembre 2021 d'une rupture d'anévrisme²⁰. Incapable

d'accéder aux urgences du CLSC de Senneterre, qui étaient fermées la nuit depuis la mi-octobre^a, il lui a fallu patienter cinq heures et visiter deux hôpitaux pour accéder à un bloc opératoire. Il était alors trop tard et les médecins n'ont pu que constater son décès.

Cet événement est venu aviver les craintes de la population, aux prises avec les conséquences réelles d'une réorganisation diminuant l'accès aux soins de santé. Dans son rapport d'enquête, le bureau du coroner du Québec concluait que, dans le cas précis de M. Genest, la fermeture du CLSC de Senneterre n'avait pas joué de rôle déterminant dans son décès, car son ouverture n'aurait pas accéléré sa prise en charge²¹. Or, dans le rapport, de nombreuses questions demeurent sans réponse et de nombreux enjeux sont présentés, étrangement, comme de simples faits immuables.

En effet, la coroner, M^e Geneviève Thériault, reconnaît qu'une prise en charge plus rapide par un-e chirurgien-ne vasculaire aurait pu être salvatrice, mais refuse de spéculer, car « il y a beaucoup trop de variables en jeu²² ». Pour la coroner, le faible nombre d'ambulances dans la région, qui a retardé de plus d'une heure l'accès de M. Genest à un hôpital, n'est pas à remettre en cause. De même, le fait qu'un seul hôpital de la région ait accès à un-e chirurgien-ne vasculaire n'est pas remis en question. En effet, ces éléments relèvent de l'organisation du CISSS-AT, dimension que la coroner refuse explicitement de commenter. Ainsi, si le CISSS-AT n'a pas à être tenu responsable du décès de M. Genest, c'est parce que le manque de ressources réduisant ses capacités à fournir des soins ne relève pas de son contrôle.

Ici, il vaut la peine de dépasser le mandat du coroner. Les employé-e-s du CISSS-AT n'ont effectivement pas manqué à leur devoir et ont offert à M. Genest les meilleurs services possibles dans le contexte. De la même manière, on ne peut reprocher au service d'obstétrique de Ville-Marie d'avoir fermé ses portes à de nombreuses reprises, dans la mesure où le manque de personnel rendait le service inopérable. Mais ces exemples nous indiquent à quel point l'accès diminué aux soins de santé en Abitibi-Témiscamingue cause à sa population du stress et des souffrances qui pourraient être évités si la situation de la région était prise au sérieux. Cette question est explorée plus en détail dans la section suivante.

Accessibilité des soins de santé : comment les différents secteurs de l'Abitibi-Témiscamingue se comparent-ils ?

Dans cette section, nous proposons de vérifier l'accessibilité des soins généraux de première ligne ainsi que des soins spécialisés de deuxième et de troisième lignes en Abitibi-Témiscamingue. Nous examinerons également le niveau d'inégalité dans l'accès aux services. Afin de mesurer le niveau de services sociaux et de santé reçus par la

a Les urgences de Senneterre ne rouvriront finalement qu'en mars 2022.

population de l'Abitibi-Témiscamingue, nous utiliserons différents indicateurs du système de santé, en regard d'autres régions comparables. Les données de l'Abitibi-Témiscamingue seront par conséquent comparées à celles des autres régions « éloignées » telles que définies par le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, soit la Côte-Nord et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ainsi qu'à la moyenne québécoise lorsque possible.

Les soins de première ligne correspondent aux soins curatifs de base les plus courants (médecine de famille, accueil psychosocial et intervention, etc.) ainsi qu'aux services de promotion de la santé et de prévention des maladies (vaccination, programmes de promotion des saines habitudes de vie, etc.). Les organisations qui offrent ce type de services (cliniques médicales, groupes de médecine de famille [GMF], CLSC) sont généralement considérées comme la porte d'entrée du système de santé.

Les soins de deuxième et de troisième lignes correspondent aux soins spécialisés et surspécialisés qui visent à répondre à des problèmes de santé complexes nécessitant une prise en charge plus lourde que celle offerte en première ligne. Ces services (suivis de grossesse à risque, psychiatrie, radiologie, chirurgie, etc.) sont généralement offerts dans les centres hospitaliers à la suite d'une référence médicale (sauf dans le cas des soins dispensés par

les services d'urgence des hôpitaux).

Pour établir nos indicateurs, nous avons utilisé les données, disponibles publiquement, des crédits budgétaires et des rapports statistiques annuels du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Nous avons également obtenu des documents internes à la suite de demandes d'accès à l'information.

La division géographique de l'Abitibi-Témiscamingue en MRC s'apparente à celles des réseaux locaux de service (RLS), les divisions sociosanitaires créées à la suite de la réforme de 2004. En se référant à ces RLS, il nous est possible de comparer les services offerts sur chaque territoire et d'évaluer leur accessibilité pour les populations des différentes MRC.

Le tableau 5 présente les équivalences entre les MRC, les RLS et les principales installations qui les desservent.

ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Les soins de première ligne reposent d'abord et avant tout sur le travail des médecins de famille et des omnipraticien-ne-s offrant leurs services en clinique et en CLSC. Il est donc utile de décrire la répartition de ces installations en Abitibi-Témiscamingue. Le tableau 6 présente la

Tableau 5
Territoires des MRC et des RLS et principaux centres hospitaliers qui les desservent en Abitibi-Témiscamingue

MRC	RLS	Principaux centres hospitaliers
Abitibi-Ouest	Abitibi-Ouest	Centre de soins de courte durée La Sarre
Abitibi	Abitibi	Hôpital d'Amos
Rouyn-Noranda	Rouyn-Noranda	Hôpital de Rouyn-Noranda
La Vallée-de-l'Or	La Vallée-de-l'Or	Hôpital et CRD* de Val-d'Or
		Hôpital psychiatrique de Malartic
Témiscamingue	Territoire du CLSC de Ville-Marie	Pavillon Sainte-Famille
	Territoire du CLSC de Témisca- ming-Kipawa	Point de service de Témisca- ming-et-de-Kipawa

*Centre de réadaptation en dépendance.

SOURCES : MSSS, Installations : lieux physiques, « Abitibi-Témiscamingue », mo2.pub.msss.rtss.qc.ca/Mo2ListeInstall.asp?cdRss=08&CodeTri=&Install= et Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille, www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/besoins-prioritaires-region-08/.

Tableau 6
CLSC et GMF de l'Abitibi-Témiscamingue

MRC	CLSC	GMF	Installations par GMF	Total
Abitibi	17	GMF Les Eskers d'Amos	2	20
Abitibi-Ouest	9	GMF des Aurores Boréales	5	13*
La Vallée-de-l'Or	3	GMF de la Vallée-de-l'Or	4	7
Rouyn-Noranda	6	GMF de Rouyn-Noranda	9	14*
Témiscamingue	9	GMF du Centre de santé de Témiscaming	1	10

*À noter que certains GMF se situent à même un CLSC. Ces derniers ont été déduits du total.

SOURCES : « Nous joindre », Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, www.ciasss-at.gouv.qc.ca/nous-joindre/, et Régie de l'assurance maladie du Québec, Brochure 1 des médecins omnipraticiens – Annexe 1, www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/maj-continu/33-EP_GME.pdf.

Tableau 7
Médecins omnipraticien-ne-s pratiquant-e-s
(par millier d'habitant-e-s), Abitibi-
Témiscamingue, 2021

	Médecins omnipraticien-ne-s (par 1000 hab.)
Abitibi	1,6
Abitibi-Ouest	1,5
La Vallée-de-l'Or	0,9
Rouyn-Noranda	1,1
Témiscamingue	1,3
Abitibi-Témiscamingue	1,2
Québec*	1,3

*Données de 2020 pour le Québec.

SOURCES : Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2020 – données historiques*, Ottawa, 2021, et Demande d'accès à l'information. Calcul des auteurs.

distribution des CLSC et des groupes de médecine de famille^a par MRC. Les GMF regroupent généralement les cliniques où travaillent les médecins de famille inscrit-e-s à un groupe. Ces informations nous permettent d'évaluer le nombre total d'installations par MRC, en plus des installations hospitalières (présentées au tableau 5), qui sont capables de fournir des soins de première ligne. Notons qu'un plus grand nombre d'installations n'est pas à lui seul indicateur d'une plus grande disponibilité de service.

En effet, à ce titre, il est plus éclairant de se pencher sur la distribution des médecins omnipraticien-ne-s. Le tableau 7 présente le nombre de médecins omnipraticien-ne-s par millier d'habitant-e-s pour chaque MRC en Abitibi-Témiscamingue et dans l'ensemble du Québec. Alors qu'en moyenne, au Québec, le ratio par 1 000 habitant-e-s est de 1,3²³, on constate que celui de l'Abitibi-Témiscamingue se situe à 1,2. Notons toutefois que l'accès à un-e médecin de famille est un enjeu partout au Québec²⁴ et que le fait de s'approcher de la moyenne québécoise n'est aucunement un signe d'une bonne accessibilité des services.

La MRC d'Abitibi fait figure d'exception dans la région. Le nombre de médecins omnipraticien-ne-s par millier d'habitant-e-s y est considérablement plus élevé que la moyenne québécoise. On constate de plus, au tableau 8, que peu de personnes habitant la MRC d'Abitibi sont en attente d'un-e

a Les GMF sont des regroupements de médecins de famille permettant aux personnes inscrites de consulter plus facilement un-e médecin ou d'autres professionnel-le-s de la santé, augmentant en théorie l'accès aux médecins pour la population.

Tableau 8
Nombre de patient-e-s en attente au
guichet d'accès à un-e médecin de famille
en Abitibi-Témiscamingue

	Nombre	Ratio par 1000 hab.
Abitibi	162	7,9
Abitibi-Ouest	1 053	42,2
La Vallée-de-l'Or	4 991	115,9
Rouyn-Noranda	4 163	95,1
Témiscamingue	1 610	101,3
Abitibi-Témiscamingue	11 979	80,8
Québec	724 022	84,1

SOURCES : Commission de la santé et des services sociaux, *Étude des crédits budgétaires 2021-2022, CSSS-071, question 96 et ISQ, Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions, « Abitibi-Témiscamingue, Toutes les MRC », statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/08*.

médecin de famille. Avec un ratio de 7,9 personnes en attente au guichet d'accès par millier d'habitant-e-s contre une moyenne régionale de 80,8, l'Abitibi est dans une meilleure position que les autres MRC de la région. Ces données indiquent que la population de la MRC d'Abitibi a un meilleur accès à des médecins omnipraticien-ne-s que le reste de l'Abitibi-Témiscamingue.

C'est aussi ce qui ressort en observant les autres MRC. Les deux MRC les moins peuplées possèdent un ratio de médecins de famille par millier d'habitant-e-s supérieur à la moyenne québécoise (1,5 en Abitibi-Ouest et 1,3 au Témiscamingue).

Les MRC de Rouyn-Noranda et de La Vallée-de-l'Or enregistrent pour leur part un très faible ratio de médecins omnipraticien-ne-s par millier d'habitant-e-s (1,1 et 0,9, respectivement). Ainsi, ces deux MRC se situent nettement en dessous de la moyenne québécoise, ce qui se reflète également dans le grand nombre de personnes en attente d'un-e médecin de famille (4 163 et 4 991, respectivement).

Le tableau 8 nous donne donc une meilleure compréhension de l'état de la demande de services. Effectivement, dans les MRC de Rouyn-Noranda et de La Vallée-de-l'Or, le faible nombre de médecins de famille par millier d'habitant-e-s se traduit par un grand nombre de personnes inscrites au guichet (environ une personne sur dix).

Ici, la MRC de Témiscamingue se distingue, car le ratio de patient-e-s en attente, comparable à ceux des MRC de Rouyn-Noranda et de La Vallée-de-l'Or, contraste avec le ratio de médecins de famille par millier d'habitant-e-s, qui est pourtant supérieur à la moyenne régionale. La faible densité de population de la MRC est sans doute un facteur qui limite la capacité des médecins pratiquant-e-s à desservir adéquatement la totalité de la population.

Tableau 9

Nombre de visites dont la priorité de triage est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) par rapport à l'ensemble des visites au service des urgences dans les hôpitaux de l'Abitibi-Témiscamingue

MRC/RLS	Installation	Nombre total de visites	Nombre de visites P4 et P5	Proportion
Abitibi	Hôpital d'Amos	15 643	11 083	70,8 %
Abitibi-Ouest	Centre de soins de courte durée La Sarre	14 063	11 063	78,7 %
La Vallée-de-l'Or	Hôpital et CRD de Val-d'Or	24 601	15 746	64,0 %
Rouyn-Noranda	Hôpital de Rouyn-Noranda	21 744	17 024	78,3 %
	Pavillon Sainte-Famille	10 224	7 552	73,9 %
Témiscamingue	Point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa	4 043	3 322	82,2 %
Abitibi-Témiscamingue		90 318	65 790	72,8 %
Québec		2 716 912	1 439 384	53,0 %

SOURCE : MSSS, Données sur l'accès aux services de première ligne au 31 mars 2021, tableau 4, www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/.

Notons par ailleurs que le taux d'assiduité des médecins de famille en Abitibi-Témiscamingue se situait en moyenne à 80,7 % en 2021²⁵, soit un point de pourcentage au-dessus de la moyenne québécoise. Le taux d'assiduité mesure le nombre de consultations effectuées par les patient·e·s auprès de leur médecin de famille par rapport aux consultations effectuées auprès d'autres composantes du réseau (à l'urgence, par exemple) pour des besoins non urgents²⁶.

Cependant, le taux d'assiduité des médecins omnipraticien·ne·s ne dit rien de l'accessibilité de ces services pour les personnes non inscrites auprès d'un·e médecin de famille. En fait, un taux d'assiduité élevé dans un contexte où de nombreuses personnes sont sans médecin de famille pourrait avoir pour conséquence que les omnipraticien·ne·s peinent à traiter ces patient·e·s orphelin·e·s, par exemple dans des cliniques sans rendez-vous. Les visites aux urgences des hôpitaux, considérées comme des services de deuxième ligne, peuvent ainsi se multiplier pour la réalisation d'actes médicaux qui devraient être dispensés en première ligne.

À cet égard, il est révélateur d'examiner le type de cas traités dans les urgences de l'Abitibi-Témiscamingue. À l'urgence, les cas moins urgents se voient attribuer, à la suite du triage, un code de priorité (P) inférieur aux cas plus urgents. Ainsi, un cas P1 est rapidement admis (pensons par exemple à une personne victime d'un infarctus) tandis qu'un cas P5 risque d'attendre longtemps (par exemple, une personne présentant un mal d'oreille).

Lorsque l'on examine le pourcentage des visites de priorité 4 ou 5 (P4 et P5) par rapport à l'ensemble des visites au service des urgences des hôpitaux en Abitibi-Témiscamingue au tableau 9, on remarque que la population de l'Abitibi-Témiscamingue se présente à l'urgence

en plus grande proportion que la moyenne québécoise pour des cas moins urgents. En effet 72,8 % des visites à l'urgence en Abitibi-Témiscamingue sont des cas P4 ou P5 alors que la moyenne québécoise est de 53 %. Cette donnée pointe donc vers un manque en matière de services de première ligne qui devraient prendre en charge ces cas plus légers.

Parmi les hôpitaux recevant les plus grandes proportions de visites P4 et P5, c'est le point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa, avec 82,2 %, qui possède le plus haut taux de la région. Cette forte proportion indique que les urgences de l'Abitibi-Témiscamingue fournissent plusieurs services généralement offerts par des omnipraticien·ne·s ou, en d'autres mots, qu'elles jouent largement le rôle des soins de première ligne qui est normalement dévolu aux cliniques de médecine familiale et aux CLSC^a.

Cela dit, il est également important de déterminer dans quelles proportions les patient·e·s accédant aux services d'urgence sont pris en charge. Le tableau 10 détaille le nombre de patient·e·s reçu·e·s par les urgences des hôpitaux de l'Abitibi-Témiscamingue, les délais moyens de prise en charge ainsi que la proportion des personnes ayant quitté l'urgence avant d'avoir été prises en charge. On peut ainsi voir que, dans l'ensemble, la situation de l'Abitibi-Témiscamingue est semblable à celle du Québec. Les délais moyens de prise en charge et le taux de départ sans prise en charge sont effectivement très près de ceux de la province.

a C'est la raison pour laquelle nous traitons l'accès aux urgences hospitalières dans cette section, bien qu'il s'agisse d'un service de deuxième ligne.

Tableau 10

Nombre de patient·e-s et délais de prise en charge médicale en urgence hospitalière

RLS	Installation	Nombre de patient·e-s	Délai moyen	Départs sans prise en charge médicale
Abitibi	Hôpital d'Amos	12 509	0 h 48	1,6 %
Abitibi-Ouest	Centre de soins de courte durée La Sarre	11 969	1 h 13	3,2 %
La Vallée-de-l'Or	Hôpital et CRD de Val-d'Or	18 669	3 h 30	11,7 %
Rouyn-Noranda	Hôpital de Rouyn-Noranda	15 867	2 h 34	9,1 %
	Pavillon Sainte-Famille	8 381	2 h 20	7,6 %
Témiscamingue	Point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa	3 420	0 h 40	1,0 %
Abitibi-Témiscamingue		70 815	2 h	7,1 %
Québec		2 131 601	1 h 50	7,0 %

SOURCE : Commission de la santé et des services sociaux, Étude des crédits budgétaires 2021-2022, CSSS-071, CSSS-072, question 305 et CSSS-072, question 308.

En comparant les hôpitaux de la région, on constate cependant que la situation se révèle moins homogène. Ainsi, les hôpitaux de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or, les plus importants en termes de nombre de patient·e-s admis·es, sont également ceux qui connaissent les attentes les plus longues (respectivement 44 et 73 minutes au-dessus de la moyenne québécoise). Ce sont également les urgences qui enregistrent les plus hauts taux de départ sans prise en charge médicale (respectivement 9,1 et 11,7 %). Notons que ces urgences dépassent régulièrement le taux d'occupation des lits, un dépassement des normes ministérielles qui révèle en réalité une forte demande qui demeure insatisfaite. Avec un accès plus difficile à un·e médecin de famille dans ces RLS, le recours aux urgences peut devenir pour de nombreuses personnes la manière la plus directe d'accéder à des soins de première ligne. Or, dans la mesure où l'engorgement des urgences augmente la pression sur le personnel médical et les délais d'attente moyens, un haut taux de départs sans prise en charge indique que c'est plutôt le contraire qui se réalise, alors que plus de personnes nécessitant des soins s'en voient privées. Si un nombre élevé de personnes accèdent tout de même à des soins de santé de cette manière, on constate que les urgences sont mal équipées pour fournir les soins de première ligne relevant généralement des médecins de famille.

L'éloignement de la région, de même que l'éloignement des divers centres médicaux les uns des autres, peut imposer aux personnes habitant l'Abitibi-Témiscamingue de longs déplacements pour accéder à des soins de santé. Dans le cas des plus petits centres de service, dans les régions moins peuplées, le manque d'équipement ou de médecins peut effectivement vouloir dire des transferts

de plus grands hôpitaux. Une telle réalité peut, en soi, inciter des personnes à renoncer à certains soins^a.

Le nombre d'infirmiers et d'infirmières nous donne également certaines indications quant à l'accès aux services de première ligne. Au tableau 11, qui montre le nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires par MRC, on remarque que le ratio par millier d'habitant·e-s, qui est de 7,62 en moyenne au Québec, est le plus bas dans les MRC de Témiscamingue (7,11) et d'Abitibi-Ouest (6,75). C'est toutefois Rouyn-Noranda qui a le plus faible ratio d'infirmières auxiliaires, à 1,9 par millier d'habitant·e-s, suivi de près par La Vallée-de-l'Or (2,2) et Témiscamingue (2,3).

Cela dit, précisons qu'un ratio approchant la moyenne provinciale n'indique pas que la couverture au Québec soit suffisante à la base ni qu'elle soit suffisante pour les besoins spécifiques de la région. Effectivement, les besoins en personnel infirmier peuvent varier selon la région étudiée. Deux enjeux d'échelle viennent ici peser dans la balance. D'abord, desservir une petite population répartie sur un grand territoire se traduit en un besoin accru en personnel dans la mesure où la distance que chaque installation de santé doit couvrir est beaucoup plus grande. Il devient alors plus ardu pour le même nombre de personnes de répondre aux besoins de la population puisque la prestation de service peut impliquer des déplacements à travers l'ensemble d'un vaste territoire.

Ensuite, un réseau de santé composé de petits établissements, notamment de CLSC desservant des municipalités peu peuplées, peut nécessiter un plus grand ratio de personnel infirmier par habitant·e pour assurer un service

a Voir par exemple le cas de l'accès aux mammographies dans la prochaine section.

Tableau 11

Nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires par RLS de l'Abitibi-Témiscamingue, et ratio par millier d'habitant-e-s, 2021-2022

	Infirmières		Infirmières auxiliaires	
	Nbre d'employées	Ratio par millier d'hab.	Nbre d'employées	Ratio par millier d'hab.
Abitibi	228	9,14	93	3,7
Abitibi-Ouest	139	6,75	86	4,2
La Vallée-de-l'Or	330	7,54	97	2,2
Rouyn-Noranda	344	7,99	81	1,9
Témiscamingue	113	7,11	37	2,3
Abitibi-Témiscamingue	1154	7,78	394	2,7
Québec*	n. d.	7,62	29256**	3,4

* Données pour l'année financière 2020-2021.

** Incluent les infirmières et les infirmiers inscrit-e-s à l'ordre.

SOURCES : Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT), demande d'accès à l'information, mai 2022 ; CISSS-AT, demande d'accès à l'information, juillet 2022 ; MSSS, demande d'accès à l'information, 2022-2023.078 ; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*, annexe 1 ; Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, *Le cœur d'une profession : rapport annuel 2020-2021*.

fonctionnel. C'est par exemple le cas du point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa dans le RLS de Témiscamingue, où un journaliste rapportait en juin 2022 que « cinq infirmières tiennent à bout de bras l'urgence²⁷ ». Cette situation est particulièrement pénible : pour assurer un service 24 heures sur 24, une urgence, aussi petite soit-elle, requiert tout de même suffisamment d'employé-e-s pour couvrir l'entièreté des quarts de travail de la semaine. Ainsi, l'urgence de Témiscaming-et-de-Kipawa requerrait à elle seule de 5 à 7 infirmières ou infirmiers supplémentaires pour pouvoir assurer un service 24 heures sur 24 fonctionnel²⁸, alors que le manque de personnel a forcé les urgences à fermer leurs portes la nuit pour l'ensemble de l'été 2022. Ici, le ratio de 7,11 infirmières et infirmiers par millier d'habitant-e-s est insuffisant pour traduire la situation vécue à Témiscamingue.

Ainsi, la grande superficie du territoire et la petite taille des établissements de santé ont un effet combiné sur le nombre d'infirmiers et d'infirmières nécessaire pour fournir les CLSC et les hôpitaux de la région. Pour cette raison, on gagne à comparer la situation de l'Abitibi-Témiscamingue à celles de régions similaires en termes d'éloignement des grands centres urbains, de taille et de densité de population. Le tableau 12 montre que les régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont toutes deux un ratio bien plus élevé d'infirmières et d'infirmiers par millier d'habitant-e-s, reflétant les besoins particuliers de ces régions.

Tableau 12

Nombre d'infirmières en soins directs par millier d'habitant-e-s

Abitibi-Témiscamingue	7,8
Côte-Nord	8,4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	9,3
Québec	7,6

SOURCE : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*, annexe 1.

En somme, on constate que l'accès aux services de première ligne en Abitibi-Témiscamingue varie grandement. Des disparités intrarégionales ont par exemple été soulignées sur le plan de l'inscription au guichet d'accès à un médecin de famille. Sous cet angle, on constate que les MRC de Témiscamingue et d'Abitibi-Ouest sont particulièrement mal desservies.

Au-delà de ces considérations, le manque de personnel se fait sentir à travers la région et impose des coupures de service généralisées, tandis que l'incapacité des installations comme les CLSC à fournir des soins de première ligne pousse la population à recourir aux urgences pour ce type de service.

Tableau 13

Médecins spécialistes pratiquant-e-s (par millier d'habitant-e-s), Abitibi-Témiscamingue, 2021

	Médecins spécialistes (par 1000 hab.)
Abitibi	1,6
Abitibi-Ouest	0,3
La Vallée-de-l'Or	1,6
Rouyn-Noranda	1,7
Témiscamingue	0,6
Abitibi-Témiscamingue	1,4
Québec*	1,3

* Données de 2020 pour le Québec.

SOURCES : Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2020 – données historiques*, Ottawa, 2021 et *Demande d'accès à l'information*. Calcul des auteurs.

ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE DEUXIÈME ET DE TROISIÈME LIGNES

Nous avons vu l'effet que pouvait avoir le manque de personnel sur la capacité du système de santé à répondre aux besoins de la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Nous nous pencherons maintenant sur les conséquences de ce déficit sur l'administration des soins de deuxième et de troisième lignes. Pour ce faire, nous étudierons divers indicateurs permettant de voir comment se répartissent les services d'interventions plus spécialisées. Nous comparerons chez les MRC de l'Abitibi-Témiscamingue :

- ↳ le nombre de médecins spécialistes par habitant-e ;
- ↳ les listes d'attente pour les chirurgies d'un jour ;
- ↳ les services d'obstétrique ;
- ↳ les soins psychiatriques ;
- ↳ les soins de santé physique et gériatrique de courte durée ;
- ↳ les interventions en santé physique ;
- ↳ les interventions en santé mentale.

Tout d'abord, comme les médecins spécialistes fournissent la grande majorité des soins de deuxième et de troisième lignes, étudier leur distribution dans les MRC d'Abitibi-Témiscamingue peut être un bon indicateur de l'accessibilité de ces types de soins. Le tableau 13 présente ainsi le ratio de médecins spécialistes par mille habitant-e-s en Abitibi-Témiscamingue et au Québec. Comparativement à la moyenne régionale de 1,4 médecin par mille habitant-e-s, on remarque que les MRC d'Abitibi-Ouest (0,3) et de Témiscamingue (0,6) sont particulièrement sous-desservies. Considérant que les autres MRC se situent pour leur part bien au-dessus de la

Tableau 14

Listes d'attente pour une chirurgie d'un jour, par région et par établissement, 2019-2020

Région	Établissement	Nombre d'inscrit-e-s	Ratio par millier d'habitant-e-s
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1417	9,6
9	CISSS de la Côte-Nord	772	8,5
11	CISSS de la Gaspésie	520	
	CISSS des Îles	101	6,7
Moyenne	Québec	108656	12,6

SOURCE : Commission de la santé et des services sociaux, *Études des crédits budgétaires 2021-2022*, CSSS-071, question 56.

moyenne de la région, on constate d'emblée qu'il existe une importante disparité intrarégionale.

Cette disparité découle en partie d'une tendance au sein du CISSS-AT à la centralisation des services de deuxième ligne dans quelques installations hospitalières. Cela permet par exemple d'économiser sur les coûts en réduisant le personnel et la quantité d'équipement spécialisé nécessaires. Cette concentration implique toutefois de contraindre les patient-e-s à la recherche de soins à un nombre plus restreint d'options. La suite de cette section explore les réalités de cette forme d'organisation.

Il convient d'abord de faire l'état des listes d'attente des chirurgies dans les différents hôpitaux de la région. Le tableau 14 présente le nombre d'usagers et d'usagères sur les listes d'attente pour une chirurgie d'un jour pour l'année 2019-2020 en Abitibi-Témiscamingue ainsi que dans des régions similaires.

On remarque que l'Abitibi-Témiscamingue possède un plus grand ratio de personnes en attente d'une chirurgie d'un jour par millier d'habitant-e-s que les régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. De plus, on constate au graphique 3 qu'un nombre important de chirurgies (1,1 par millier d'habitant-e-s) ont été réalisées après plus d'un an d'attente en 2020-2021 en Abitibi-Témiscamingue. Ce chiffre contraste avec les régions similaires. Il est effectivement près de 4 fois celui de la Côte-Nord (0,3) et plus de 5 fois celui de la Gaspésie (0,2). Si on observe en Abitibi-Témiscamingue un nombre plus élevé de cas à traiter, c'est donc que les ressources dont dispose la région sont insuffisantes pour réduire les longues attentes pour une chirurgie dans des proportions qui seraient semblables aux régions comparées. En effet, bien qu'elle se situe en dessous de la moyenne québécoise, la comparaison de l'Abitibi-Témiscamingue à l'ensemble des régions est moins évocatrice que la comparaison avec les régions similaires considérant la grande variation de demande de services et de disponibilité d'installations et de personnel.

Quant au temps d'attente pour des procédures précises, on voit par exemple au tableau 15 que les délais pour une échographie cardiaque varient selon l'installation. Alors que près des deux tiers des patient·e·s nécessitant cette procédure parviennent à l'obtenir dans les trois premiers

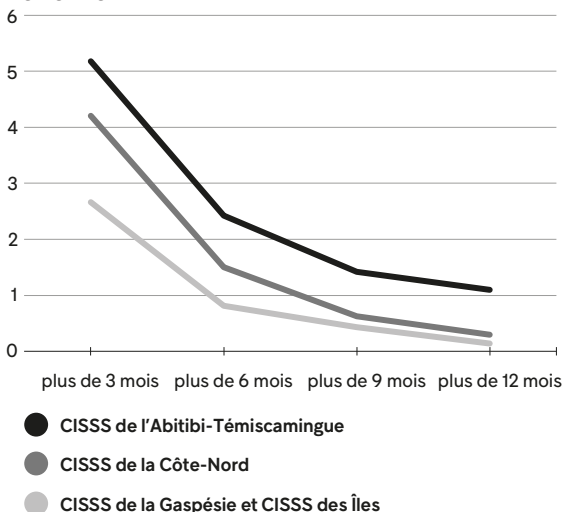
mois suivant leur demande, l'hôpital d'Amos enregistre un nombre disproportionné d'attentes dépassant six mois. Les 350 patient·e·s en attente d'une échographie cardiaque depuis plus de 6 mois à l'hôpital d'Amos constituent ainsi près du tiers de toutes les demandes pour cette procédure en Abitibi-Témiscamingue.

Ces données indiquent que l'hôpital d'Amos peine à fournir certains services au même rythme que les autres installations. Au tableau 16, on constate que cet hôpital reçoit près de la moitié (49,4 %) de toutes les personnes admises à un bloc opératoire de la région. Comme la MRC d'Abitibi ne compte que 16,8 % de la population de la région, on peut conclure que l'hôpital d'Amos fournit un nombre important d'opérations en Abitibi-Témiscamingue, ce qui peut expliquer la difficulté de l'hôpital à offrir certains autres services.

En observant ensuite, au tableau 17, la ventilation des personnes admises au bloc obstétrical pour un accouchement selon chaque MRC, on constate qu'avec 30,4 et 31,7 % respectivement, les hôpitaux de Rouyn-Noranda et de La Vallée-de-l'Or assurent la plus grande proportion d'accouchements de la région. Les MRC d'Abitibi-Ouest et de Témiscamingue représentent pour leur part 13,9 et 10,7 % de la population totale de l'Abitibi-Témiscamingue alors que le nombre de personnes admises pour un accouchement dans leurs hôpitaux était de 10,6 et 6,6 %. Ces écarts relativement au poids démographique indiquent que les services obstétricaux de ces MRC desservent moins bien leur population, qui doit alors se tourner vers des établissements à l'extérieur de la MRC.

On remarque aussi que les différents services d'imagerie offerts à l'hôpital sont répartis inégalement. Le tableau 18

Graphique 3
Chirurgie en attente de plus de 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois, par millier d'habitant·e·s, 2020-2021



SOURCES : Commission de la santé et des services sociaux, *Études des crédits budgétaires 2021-2022*, CSSS-071, question 60. Calcul des auteurs.

Tableau 15
Nombre de patient·e·s en attente d'une échographie cardiaque, selon la durée d'attente et par installation

MRC	Installation	0-90 jours	91-180 jours	Plus de 181 jours	Nombre total de patient·e·s en attente
Abitibi	Hôpital d'Amos	104	81	350	535
Abitibi-Ouest	Centre de soins de courte durée La Sarre	147	9	10	166
La Vallée-de-l'Or	Hôpital et CRD de Val-d'Or	285	0	0	285
Rouyn-Noranda	Hôpital de Rouyn-Noranda	50	3	0	53
Témiscamingue	Pavillon Sainte-Famille	36	0	0	36
Total		622	93	360	1075

SOURCE : Commission de la santé et des services sociaux, *Études des crédits budgétaires 2021-2022*, CSSS-071, question 107.

Tableau 16

Ventilation des personnes admises par bloc opératoire pour la période 2020-2021

Bloc opératoire	Installation	Personnes admises (%)	% de la population
Abitibi	Hôpital d'Amos	49,4 %	16,8 %
Abitibi-Ouest	Centre de soins de courte durée La Sarre	6,3 %	13,9 %
La Vallée-de-l'Or	Hôpital et CRD de Val-d'Or	20,2 %	29,5 %
Rouyn-Noranda	Hôpital de Rouyn-Noranda	20,5 %	29,0 %
Témiscamingue	Pavillon Sainte-Famille Point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa	3,6 %	10,7 %
Total		100,0 %	

SOURCE : CISSS-AT, *Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021*, MSSS, p. 13,1.

présente la répartition des unités techniques provinciales (UTP)^a pour les examens et les interventions en imagerie médicale en 2020-2021 dans les différents hôpitaux de la région. Chaque ligne montre dans quelles proportions se divise le temps de travail en radiologie pour chaque acte d'imagerie médicale.

On observe que la répartition des services de radiologie varie grandement. En effet, certaines procédures comme l'ultrasonographie et la tomodensitométrie sont effectuées dans toutes les MRC dans des proportions suivant leur poids démographique, indiquant une couverture équilibrée. Cela dit, d'autres services demandant de l'équipement ou un personnel plus spécialisé sont parfois fortement centralisés. Ainsi, en 2020, les examens de résonance magnétique étaient assurés par le Centre de soin de courte durée de La Sarre dans leur quasi-totalité (95,1 %). Depuis avril 2021, ces services ont toutefois été déménagés à l'hôpital d'Amos, qui assure désormais l'entièreté des examens d'imagerie de résonance magnétique dans la région²⁹. Dans le cas des services d'angiographie, ils sont entièrement assurés par l'hôpital d'Amos. Mentionnons également que seul l'hôpital de Val-d'Or offre le service de médecine nucléaire³⁰. Par ailleurs, on remarque que le pavillon Sainte-Famille de la MRC de Témiscamingue assure beaucoup moins de services

a Chaque UTP équivaut à une minute de travail continu. Elles représentent le nombre moyen de minutes nécessaires au technologue en imagerie pour accomplir, une fois, toutes les étapes d'une procédure donnée.

Tableau 17

Ventilation des personnes admises en obstétrique pour la période 2020-2021

Bloc obstétrical	Personnes admises (%)	% de la population
Abitibi	20,6 %	16,8 %
Abitibi-Ouest	10,6 %	13,9 %
La Vallée-de-l'Or	31,7 %	29,5 %
Rouyn-Noranda	30,4 %	29,0 %
Témiscamingue	6,6 %	10,7 %

SOURCE : CISSS-AT, *Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021*, MSSS.

radiologiques que les autres établissements. La grande distance avec les autres MRC rend l'accès aux services offerts dans le reste de l'Abitibi-Témiscamingue plus difficile pour la population.

C'est d'ailleurs le cas du service de mammographie dans le secteur de Témiscaming. Comme le point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa n'offre pas ce service, les patientes devant effectuer un dépistage du cancer du sein sont redirigées vers le pavillon Sainte-Famille, à Ville-Marie³¹, situé à une heure de voiture. Les répercussions de ce manque de service sont directement visibles dans la population, alors que seulement 26,7 % des femmes de 50 à 69 ans du secteur de Témiscaming ont accédé à une mammographie en 2020.

La difficulté d'accès aux soins de santé en Abitibi-Témiscamingue amène d'ailleurs une partie de la population à obtenir des soins ailleurs, notamment en Ontario. Le tableau 19 nous indique ainsi qu'au cours de l'année 2019, 2357 personnes de la région se sont déplacées jusqu'en Ontario pour accéder à des soins de santé. Parmi elles, 1834 habitaient la MRC de Témiscamingue. De plus, avec des demandes totalisant 2 938 789 \$, la population de Témiscamingue représentait 83,2 % de la somme totale allouée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'Abitibi-Témiscamingue en remboursements pour soins obtenus en Ontario.

Bien que la population des secteurs de Ville-Marie et de Témiscamingue ait fréquenté les établissements de santé ontariens dans des proportions similaires (37,4 et 40,4 % du total régional, respectivement), la valeur des soins obtenus par la population de Témiscamingue est deux fois plus élevée que celle des soins obtenus par la population de Ville-Marie. La population du secteur de Témiscamingue se tourne ainsi vers l'Ontario pour des soins plus coûteux et complexes, révélant d'abord et avant tout l'échec du réseau de santé québécois à rendre de tels services facilement accessibles

Tableau 18

Répartition des UTP de services généraux de radiologie, Abitibi-Témiscamingue, 2020-2021

	MRC/RLS	Hôpital de Rouyn-Noranda	Hôpital d'Amos	Centre de soins de courte durée La Sarre	Pavillon Sainte-Famille	Hôpital et CRD de Val-d'Or	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Total
Population		29,0 %	16,8 %	13,9 %	10,7 %	29,5 %	0,1 %	100,0 %
Radiologie générale	Examen	23,9 %	30,8 %	11,7 %	7,3 %	22,6 %	3,8 %	100,0 %
	Intervention	19,0 %	34,8 %	18,8 %	1,4 %	26,0 %	0,0 %	100,0 %
Ultrasonographique	Examen	33,6 %	17,1 %	16,8 %	3,6 %	28,4 %	0,5 %	100,0 %
	Intervention	32,8 %	8,4 %	21,5 %	0,2 %	37,0 %	0,0 %	100,0 %
Mammographie	Examen	37,2 %	14,2 %	17,5 %	1,7 %	29,4 %	0,0 %	100,0 %
	Intervention	96,1 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	100,0 %
Tomodensitométrie	Examen	28,2 %	18,3 %	12,6 %	10,6 %	30,2 %	0,0 %	100,0 %
	Manipulation d'image post-examen	23,8 %	3,2 %	5,1 %	6,4 %	61,6 %	0,0 %	100,0 %
	Intervention	55,9 %	16,5 %	0,6 %	0,0 %	27,0 %	0,0 %	100,0 %
Résonance magnétique	Examen	4,8 %	0,1 %	95,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	Manipulation d'image post-examen	3,9 %	0,0 %	96,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	Intervention	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Angioradiologie (excluant cardiaque)	Examen	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	Manipulation d'image post-examen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Intervention	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Lithotripsie		0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Neuro-angio-radiologie	Examen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Manipulation d'image post-examen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Intervention	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Total		27,3 %	21,6 %	18,8 %	5,6 %	25,3 %	1,4 %	100,0 %

SOURCES : CISSS-AT, Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021, MSSS, p. 11,1-11,7. Calcul des auteurs.

à cette population. La faible présence de médecins spécialistes dans la région et la longue distance séparant la population de l'hôpital de Rouyn-Noranda comparativement aux hôpitaux ontariens expliquent également le recours à ces derniers.

À l'inverse, les services de deuxième et de troisième lignes de la région attirent également des patient-e-s d'autres régions. L'Abitibi-Témiscamingue sert effectivement de corridor de service pour les résident-e-s du Nord-du-Québec. Comme nous pouvons le constater dans le tableau 20, les

Tableau 19
Services obtenus en Ontario et remboursés par la RAMQ pour la population de l'Abitibi-Témiscamingue, 2019

	Nbre de personnes ayant obtenu des soins en Ontario	Montant autorisé pour services rendus (\$)	Proportion de la population de l'Abitibi-Témiscamingue (%)	Montant par personne (\$)
Abitibi	51	87 371	2,2 %	1 713
Abitibi-Ouest	54	41 034	2,3 %	760
La Vallée-de-l'Or	196	227 011	8,3 %	1 158
Rouyn-Noranda	222	239 979	9,4 %	1 081
Témiscamingue	1 834	2 938 579	77,8 %	1 106
Secteur Ville-Marie	881	974 790	37,4 %	2 061
Secteur Témiscamingue	953	1 963 789	40,4 %	1 602
Total	2 357	3 533 974	100,0 %	1 499

SOURCE : RAMQ, Demande d'accès à l'information 7212-2022-10616. Données compilées par l'IRIS.

Tableau 20
Admissions de personnes venant de la région du Nord-du-Québec, selon l'installation hospitalière, 2021-2022

Installation	Nbre d'admissions	DMS*	Part des admissions totales (%)
Hôpital d'Amos	440	3	3,5 %
Centre de soins de courte durée La Sarre	94	3,2	0,8 %
Hôpital et CRD de Val-d'Or	960	2,4	5,1 %
Hôpital de Rouyn-Noranda	102	2,6	0,6 %
Pavillon Sainte-Famille	3	4	0,0 %

* La durée moyenne de séjour (DMS) calculé en heures la période moyenne de traitement d'un-e patient-e.

SOURCES : CISSS-AT, demande d'accès à l'information (juillet 2022), et Commission de la santé et des services sociaux, Études des crédits budgétaires 2021-2022, CSSS-071, CSSS-072, question 305 et CSSS-072, question 308.

hôpitaux d'Amos et de Val-d'Or reçoivent ainsi la plus grande part de patient-e-s issu-e-s de cette région. Représentant respectivement 3,5 et 5,1 % du total des patient-e-s admis-es, ces personnes demandent à ces installations hospitalières particulières des ressources additionnelles. Cette réalité souligne une autre limite des indicateurs basés sur la

population de même que l'importance d'une évaluation adéquate des besoins en ressources du réseau de santé de l'Abitibi-Témiscamingue.

En matière d'interventions en santé physique, telles que les programmes de réadaptation physique et les traitements de déficience de l'audition, de la vision, du langage ou de la motricité, on remarque au tableau 21 qu'une grande partie des services sont répartis entre les hôpitaux de Rouyn-Noranda, d'Amos et de Val-d'Or. Dans les autres MRC, ces services restent peu présents, voire inexistantes.

Comme on le verra maintenant, l'accès à des services en santé mentale est lui aussi problématique dans la région, et ce, en dépit du fait que, selon le gouvernement du Québec, près de 20 % de la population du Québec souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie³². Suivant cela, on peut noter que la proportion de la population ayant consulté pour des soins de santé mentale en Abitibi-Témiscamingue (12 %) ³³ est un peu plus faible que la moyenne provinciale (14 %). Les statistiques se rapportant au suicide indiquent toutefois que la population de la région vit une réalité plus défavorable que dans le reste du Québec. Le taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide en Abitibi-Témiscamingue sur la période de 2016-2017 à 2020-2021 est de 6,5 pour 10 000 personnes contre 3,3 au Québec³⁴, soit près du double. Le taux de mortalité par suicide dans la région présente le même écart : sur la période de 2014 à 2018, il était de 24 décès par 100 000 personnes, comparativement au taux national de 14 décès par 100 000 personnes³⁵. Ces données indiquent ainsi que malgré une fréquentation des services de santé mentale comparable à la moyenne provinciale, la population de l'Abitibi-Témiscamingue expérimente un degré de détresse psychologique plus important.

Tableau 21

Ventilation des usagers et des usagères selon l'âge et l'installation, interventions en santé physique

RLS/Hôpital	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Hôpital de Rouyn-Noranda	Hôpital d'Amos	Centre de soins de courte durée La Sarre	Pavillon Sainte-Famille	Hôpital et CDR de Val-d'Or
Population	0,1 %	29,0 %	16,8 %	13,9 %	10,7 %	29,5 %
Santé physique (17 ans et moins)	0 %	75 %	25 %	0 %	0 %	0 %
Santé physique (Adultes)	0 %	42 %	26 %	0 %	17 %	14 %
Santé physique (65 ans et plus)	0 %	51 %	29 %	0 %	2 %	17 %

SOURCES : CISSS-AT, Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021, MSSS, p. 17,1. Calcul des auteurs.

Tableau 22

Lits dressés en soins psychiatriques, Abitibi-Témiscamingue, 2020-2021

	Lits dressés (%)	% de la pop. totale A.-T.
Abitibi	12,1 %	16,8 %
Abitibi-Ouest	12,1 %	13,9 %
La Vallée-de-l'Or	51,5 %	29,5 %
Rouyn-Noranda	24,2 %	29,0 %
Témiscamingue	0,0 %	10,7 %

SOURCES : CISSS-AT, Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021, MSSS, p.2,0-2,7. Calcul des auteurs.

Selon les données publiées par le CISSS-AT, plus de 80 % des interventions en santé mentale^a se déroulant dans des installations de santé ont lieu dans l'agglomération de Rouyn-Noranda et dans la MRC d'Abitibi⁶. Suivant ces données, les installations hospitalières situées dans les MRC d'Abitibi-Ouest et de Témiscamingue ne feraient pas d'intervention en santé mentale. Or, à la suite de demandes d'accès à l'information, nous avons pu confirmer qu'un nombre considérable d'interventions réalisées par le personnel soignant du CISSS-AT ne sont pas comptabilisées dans les rapports statistiques. La présente méthode de comptabilisation ne nous permet donc pas de déterminer la présence d'inégalités dans l'accès aux soins de santé mentale.

a Les interventions en santé mentale décrivent l'ensemble des soins offerts dans le domaine de la santé mentale, incluant entre autres le diagnostic et le suivi des troubles mentaux, la prescription de psychotropes et l'offre de soins thérapeutiques.

Quant aux soins psychiatriques, c'est-à-dire les soins destinés au traitement de troubles mentaux plus lourds, on remarque que près de la moitié sont offerts dans la MRC de La Vallée-de-l'Or. En effet, comme l'indique le tableau 22, alors que la population de La Vallée-de-l'Or représente 29,5 % de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, plus de 50 % des lits dressés^b pour des soins psychiatriques sont situés dans ce secteur. Cette concentration de services s'explique par le fait que c'est dans cette MRC que se situe l'hôpital psychiatrique de Malartic. À l'inverse, la MRC de Témiscamingue ne possède aucun lit dressé en psychiatrie. Des unités d'hospitalisation en psychiatrie sont toutefois présentes dans les autres MRC de la région, à un taux qui s'approche de leur poids démographique, mais sans l'atteindre. Il demeure qu'une meilleure répartition des services est souhaitable. Les avantages logistiques de la centralisation ne doivent pas outrepasser les besoins pour chaque région d'avoir accès à des ressources de ce type.

Si la distribution inégale des services de deuxième et de troisième lignes à travers les différents établissements hospitaliers de l'Abitibi-Témiscamingue n'empêche pas totalement l'accès aux soins, elle se réalise au coût de déplacements accrus entre les MRC pour obtenir les soins requis. La situation est particulièrement critique dans la MRC de Témiscamingue où un manque considérable de services psychiatriques fait en sorte que de nombreuses procédures y sont tout simplement impossibles à obtenir.

b Selon le MSSS, « un lit dressé correspond à un lit comprenant les ressources matérielles pour y recevoir un usager ». GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux, msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000216/?&txt=taux%20d%27occupation&msss_valpub&date=DESC (consulté le 18 juillet 2022).

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Pour comprendre l'accès à des ressources de prévention et de promotion de la santé en Abitibi-Témiscamingue, nous nous pencherons enfin sur la distribution du financement attribué par le MSSS aux différents organismes de la région. En effet, les organismes communautaires, en agissant en amont pour améliorer les conditions de vie de la population, peuvent jouer un rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé. Notons que les services décrits dans cette section se distinguent des services de prévention et de promotion de la santé dispensés par la première ligne. En effet, ces organisations ne sont pas coordonnées par le CISSS-AT et constituent un secteur distinct du reste du système de santé.

Les données du Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS) permettent de tracer le portrait de cette dimension. Le tableau 23 donne la distribution de ce financement selon chaque MRC. Il appert que le financement des organismes communautaires est relativement proportionnel au poids démographique de chaque MRC. Cela dit, les MRC d'Abitibi et d'Abitibi-Ouest se trouvent légèrement sous-subsventionnées, alors que la population de la MRC de Témiscamingue profite d'un peu plus de subventions. Nous pouvons donc remarquer qu'il n'y a pas d'inégalités dans l'accès aux ressources en matière de prévention et de promotion de la santé en Abitibi-Témiscamingue. Il demeure pertinent de souligner que la subvention accrue des organismes du Témiscamingue indique que la MRC repose davantage sur ces derniers, pour potentiellement compenser les manques prononcés du secteur public.

Tableau 23
Subventions du SACAIS par MRC*, Abitibi-Témiscamingue

MRC	Subventions (%)	% de la pop. A.-T.
Abitibi	14,1 %	16,8 %
Abitibi-Ouest	11,8 %	13,9 %
La Vallée-de-l'Or	30,3 %	29,5 %
Rouyn-Noranda	28,9 %	29,0 %
Témiscamingue	14,9 %	10,7 %
Total	100,0 %	100 %

* Les données excluent les montants des subventions pour les refuges pour femmes, dont les adresses sont confidentielles.

SOURCE : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, Portraits régionaux du soutien financier gouvernemental versé aux organismes communautaires 2020-2021, www.mtess.gouv.qc.ca/sacais/soutien-financier/action-communautaire/portrait-du-soutien-financier.asp.

Le manque de personnel qui accablait l'Abitibi-Témiscamingue depuis déjà plusieurs années impose désormais d'importants sacrifices qui incombent ultimement à la population. La fermeture partielle de CLSC à travers la région et la fermeture totale de certains services d'obstétrique ont par exemple créé d'importants obstacles à l'obtention de soins de santé. Cette réalité est d'autant plus grave quand on prend conscience de l'écart important entre l'espérance de vie des populations de l'Abitibi-Témiscamingue et celle du reste du Québec. En effet, le degré de défavorisation relativement faible de la population ainsi que des habitudes de vie peu défavorables expliquent mal l'importance de l'écart observé sur le plan de l'espérance de vie. Les récentes informations relatives à la pollution de la région nous indiquent des pistes potentielles pouvant expliquer comment la situation de l'Abitibi-Témiscamingue a pu atteindre ce point.

Cela dit, les données présentées ici nous révèlent dès maintenant que la population de l'Abitibi-Témiscamingue a des besoins en santé non comblés. Alors que se précisent les liens entre certains phénomènes environnementaux et la santé, nous avons pu voir dans cette note que l'accès à des infrastructures et à du personnel soignant est un enjeu important pour la population de l'Abitibi-Témiscamingue, dont les besoins se révèlent particuliers. C'est par exemple le cas de la taille de certaines installations de santé et de la grande superficie du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue qui posent des défis spécifiques à l'organisation du réseau de santé. Ainsi, si les nombres de médecins et d'infirmières par habitant-e s'approchent de la moyenne québécoise, ils sont, dans les faits, hautement insuffisants pour assurer à la population les services dont elle dépend.

Pour répondre à de tels besoins, une quantité de ressources plus grande est nécessaire de manière à pallier un manque criant de personnel. Il importe également de développer une approche qui reconnaisse plus activement qu'une quantité accrue de ressources par habitant-e est nécessaire pour desservir adéquatement les populations moins denses des régions plus éloignées. Dans un tel contexte, si la centralisation de certaines procédures permet de diminuer le nombre de professionnel-le-s spécialisé-e-s requis, il faut s'assurer que cela soit fait sans diminuer l'accès aux soins de santé.

On peut par ailleurs prendre note du rapport Gagnon, déposé en 2019, qui fait état des conséquences de la pénurie de personnel en Abitibi-Témiscamingue sur l'accès aux services d'obstétrique. Les 17 recommandations de ce rapport détaillent la nécessité pour le MSSS et pour les acteurs du CISSS-AT de se doter d'outils permettant une planification à long terme de la main-d'œuvre, un processus d'embauche plus efficace et des mesures facilitant la rétention de personnel.

Enfin, il est crucial de souligner la situation particulière des MRC de Témiscamingue et d'Abitibi-Ouest qui subissent encore plus que le reste de la région les contre-coups du manque de personnel de santé. Plusieurs services sont effectivement devenus totalement inaccessibles à leurs populations sans de longs déplacements. Une attention toute particulière serait requise dans ces secteurs.

Notes de fin de document

1. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), *Le Québec chiffres en main*, 16 mai 2022, p. 53, statistique.quebec.ca/fr/fichier/le-quebec-chiffres-en-main-edition-2022.pdf.
2. CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (CISSS-AT), *Déterminants de la santé – Taux d'accroissement de la population (2017-2021)*, janvier 2022, p. 2.
3. Id., *Déterminants de la santé – Solde migratoire (2020-2021)*, janvier 2022, p. 2.
4. Ibid.
5. ISQ, *Produit intérieur brut réel selon les dépenses, données désaisonnalisées au taux annuel, dollars enchaînés (2012)*, juin 2022, statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/produit-interieur-brut-reel-selon-les-depenses-donnees-desaisonnees-au-taux-annuel-dollars-enchaines-2012-quebec.
6. Id., *Panorama des régions du Québec, Édition 2021*, novembre 2021, p. 68, statistique.quebec.ca/fr/fichier/panorama-des-regions-du-quebec-edition-2021.pdf.
7. CISSS-AT, *Déterminants de la santé – Population fumant tous les jours ou occasionnellement (2014-2015 et 2017-2018)*, décembre 2020, p. 2.
8. Id., *Déterminants de la santé – Population présentant une consommation élevée d'alcool (2017-2018)*, décembre 2020, p. 2.
9. Id., *Déterminants de la santé – Population présentant un surplus de poids (2014-2015 et 2017-2018)*, décembre 2020, p. 2-4.
10. CISSS-AT, *Déterminants de la santé – Femmes ayant passé une mammographie de dépistage du cancer du sein (30 mois précédents)*, août 2021, p. 2.
11. Marie-Michèle SIOUI et Marie-Eve COUSINEAU, « Plus de 500 personnes ont quitté le réseau de la santé depuis décembre », *Le Devoir*, 11 janvier 2022, www.ledevoir.com/societe/sante/659607/quebec-annonce-de-nouvelles-mesures-pour-attirer-et-recruter-des-soignants.
12. RADIO-CANADA, « Une partie du centre multiservices de Témiscaming-Kipawa évacuée », 14 mars 2019, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1158466/toit-possible-effondrement-hopital-temiscaming.
13. Annabelle CAILLOU, « Obstétrique : Naître ou ne pas naître à La Sarre... », *Le Devoir*, 18 avril 2019, www.ledevoir.com/societe/sante/552383/service-d-obstetrique-la.
14. Marc-André LANDRY, « Le CISSS-AT en contact avec 57 infirmières formées à l'étranger », *Radio-Canada*, 16 décembre 2021, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1848117/cissat-recrutement-infirmieres-etranger.
15. Jean-Marc BELZILE, « Réorganisation majeure en santé : Peu d'options s'offraient au CISSS-AT », *Radio-Canada*, 16 juin 2022, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1891664/sante-ruptures-services-penurie-personnel-abitibi.
16. Alexia MARTEL-DESJARDINS, « La fermeture de l'urgence à Témiscaming-Kipawa la nuit inquiète des ambulanciers », *Radio-Canada*, 19 mai 2022, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1884851/ambulanciers-paramedics-temiscaming-urgence-fermee.
17. Clara DESCURNINGES, « Ruptures de services dans des hôpitaux d'Abitibi-Témiscamingue », *La Presse*, 15 avril 2022, www.lapresse.ca/actualites/regional/2022-04-15/ruptures-de-services-dans-des-hopitaux-d-abitibi-temiscamingue.php.
18. Tanya NEVEU, « Aucun service en obstétrique jusqu'au 19 novembre à l'Hôpital de Ville-Marie », *Radio-Canada*, 10 septembre 2021, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1823284/prolongation-rupture-obstetrique-ville-marie.
19. Valérie GAMACHE, « L'inquiétant diagnostic de l'Abitibi-Témiscamingue », *Radio-Canada*, 21 octobre 2021, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1833181/abitibi-temiscamingue-fermeture-urgence-senneterre-obstetrique-ville-marie-mobilisation-citoyens.
20. M^e Geneviève THÉRIAULT, *Rapport d'investigation du coroner, à l'intention des familles, des proches et des organismes pour la protection de la vie humaine, concernant le décès de Gordon Richard Genest*, Bureau du coroner du Québec, 5 juillet 2022.
21. THÉRIAULT, *op. cit.*
22. THÉRIAULT, *op. cit.*, p. 10.
23. CISSS-AT, *Demande d'accès aux documents publics, Nb_omnis_specialistes_actifs_associes_par_RLS*, 21 avril 2022. Calcul des auteurs.
24. Anne PLOURDE, *Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence*, Rapport de recherche, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), juin 2022, 26 p., iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/.
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Accès aux services médicaux de première ligne*, www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/ (consulté le 7 juillet 2022).
26. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Inscription de la clientèle*, www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/calcul-du-taux.aspx (consulté le 21 juin 2022).
27. Vincent TREMBLAY, « Témiscaming-Kipawa : L'urgence fermée jusqu'en septembre » *TVA Abitibi*, 14 juin 2022, tvaabiti.ca/temiscaming-kipawa-lurgence-fermee-jusqu'en-septembre/.
28. Ibid.
29. Martin GUINDON, « L'unité mobile d'IRM n'est plus fonctionnelle à La Sarre », *Radio-Canada*, 27 janvier 2022, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1857522/imagerie-resonance-magnetique-abitibi-sante.

30. CISSS-AT, *Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2020-2021*, MSSS.
31. Id., *Imagerie médicale : Centre multiservices de santé et de services sociaux de Ville-Marie et Centre multiservices de santé et de services sociaux de Témiscaming-Kipawa*, www.ciiss-at.gouv.qc.ca/imagerie-medicaire-mrc-de-temiscamingue/ (consultée le 29 juin 2022).
32. « À propos des troubles mentaux », Gouvernement du Québec, www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/maladie-mentale (consulté le 4 juillet 2022).
33. CISSS-AT, *Déterminants de la santé – Population ayant consulté au sujet de sa santé mentale au cours des 12 derniers mois (2017-2018)*, mars 2021, p. 2.
34. Id., *Le suicide : situation en Abitibi-Témiscamingue*, 2022, p. 5-6.
35. Ibid., p. 12.
36. CISSS-AT, *Rapports statistiques annuels*, op. cit., p. 18,2.



Institut de recherche
et d'informations
socioéconomiques

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES
1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514.789.2409 • iris-recherche.qc.ca

Imprimé ISBN 978-2-925112-38-9
PDF ISBN 978-2-925112-37-2