

Aperçu de l'accès aux services de santé de première ligne en Abitibi-Témiscamingue

Novembre 2014

Sommaire

Pourquoi s'intéresser à l'accès aux services de première ligne?	3
Les services de première ligne	3
La source des données	3
Qui est visé par l'enquête?.....	4

LE MÉDECIN DE FAMILLE

Comment se situe la population de l'Abitibi-Témiscamingue au Québec?	5
Médecin de famille : généraliste ou spécialiste?	6
Quelles sont les caractéristiques de la population ayant un médecin généraliste?.....	7
Existe-t-il des disparités entre les réseaux locaux de services de la région?.....	8
La population a-t-elle besoin d'un médecin de famille?.....	9

LE LIEU HABITUEL DE SOINS

Existe-t-il des disparités dans le fait d'avoir un lieu habituel de soins entre les réseaux locaux de services de la région? .	10
Quels sont les lieux habituels de soins?	11
Quelle est l'expérience vécue à l'endroit habituel de soins?	12

EN CONCLUSION.....	14
--------------------	----



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 : 819 797-1947
www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Rédaction

Virginie Ferreira
Direction de santé publique

Collaboration

Direction de la santé publique :

Guillaume Beaulé
Sylvie Bellot
Dr Éric Lampron-Goulet

Direction des affaires médicales et des services de santé :

William Girard-Toupin
Annie Rivest

Direction des activités stratégiques :

Patrick Herjean

Mise en page

Francine Robert
Direction de santé publique

ISBN : 978-2-89391-664-4 (Version imprimée)
978-2-89391-665-1 (PDF)

Prix : 6 \$

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.

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

Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

© Gouvernement du Québec

Pourquoi s'intéresser à l'accès aux services de première ligne?

La santé, telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. La santé est considérée en santé publique dans une perspective globale. Elle est ainsi influencée, positivement ou négativement, par un ensemble de facteurs appelés déterminants de la santé. Parmi ceux-ci, on retrouve les caractéristiques biologiques et génétiques de même que les milieux dans lesquels évoluent les individus.

L'accès aux services de santé constitue un des déterminants qui influence la santé des individus. Il fait référence à l'expérience de la population en ce qui concerne la facilité d'entrer en contact avec les services de santé².

Mieux documenter la façon dont la population témiscabitiennne a accès aux services de santé de première ligne s'avère donc d'intérêt puisque cela peut avoir un impact sur la santé même de la population.

Les services de première ligne

Les services de première ligne constituent le premier point de contact entre la population et le système de santé, ils s'appuient sur des infrastructures légères. Les centres locaux de services communautaires (CLSC), les cliniques médicales, les pharmacies, Info-Santé ou les organismes communautaires sont quelques-unes des organisations offrant ce type de service. La première ligne évalue les besoins de la personne qui peut, éventuellement, être dirigée vers des services spécialisés (2^e ligne) ou surspécialisés (3^e ligne).

La source des données

L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a eu le mandat de mener une enquête portant sur la performance du système de santé et de services sociaux du Québec. Il s'agit de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES).

Bien que l'analyse de la performance du système de santé et services sociaux ne fasse pas partie du mandat de la santé publique, certains éléments évaluant la performance s'avèrent pertinents pour la surveillance des déterminants de la santé et en particulier ceux traitant de l'accessibilité aux services de première ligne.

L'EQES s'est intéressée à l'expérience vécue par les répondants et aux différents services qui leur ont été offerts, cependant le présent fascicule n'aborde qu'une partie des données disponibles, celles permettant de donner un aperçu de l'accessibilité aux services de première ligne en Abitibi-Témiscamingue. Aussi, quand cela est possible, la situation des territoires de réseaux locaux de services³ (RLS) est présentée.

1. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986.

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. 44 p.

3. Un RLS est constitué du centre de santé et de services sociaux (CSSS) et de ses partenaires qui travaillent ensemble dans le territoire pour répondre aux besoins de la population dans un objectif d'en améliorer la santé et le bien-être.

Qui est visé par l'enquête?

L'enquête ne couvre pas l'ensemble de la population puisque seules les personnes de 15 ans et plus, admissibles au régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et vivant dans un logement privé ou dans un logement collectif non institutionnel, tel que les résidences privées pour personnes âgées, sont concernées par l'enquête. Ainsi, les personnes résidant en CHSLD, dans une prison ou dans une réserve indienne sont exclues de l'enquête.

Ce sont 48 100 personnes au Québec et 2 693 personnes dans la région qui ont répondu à l'enquête. Le taux de réponse pondéré tant pour le Québec que pour l'Abitibi-Témiscamingue tourne autour de 63 %.

Notes

Les résultats à l'échelle locale présentent les RLS de Ville-Marie et du Témiscaming séparément puisqu'au moment de la collecte des données, la fusion des deux RLS n'avait pas été réalisée.

Avertissement : la somme des parties peut différer du total du fait des arrondissements.



Réf. : actumed20.blogspot.com

LE MÉDECIN DE FAMILLE

Comment se situe la population de l'Abitibi-Témiscamingue au Québec?

Avoir un médecin de famille constitue un enjeu pour la population. En effet, le médecin de famille joue un rôle important dans le système de santé puisqu'il assume plusieurs responsabilités parmi lesquelles offrir des soins de santé généraux et prendre en charge le suivi des problèmes de santé de la population.

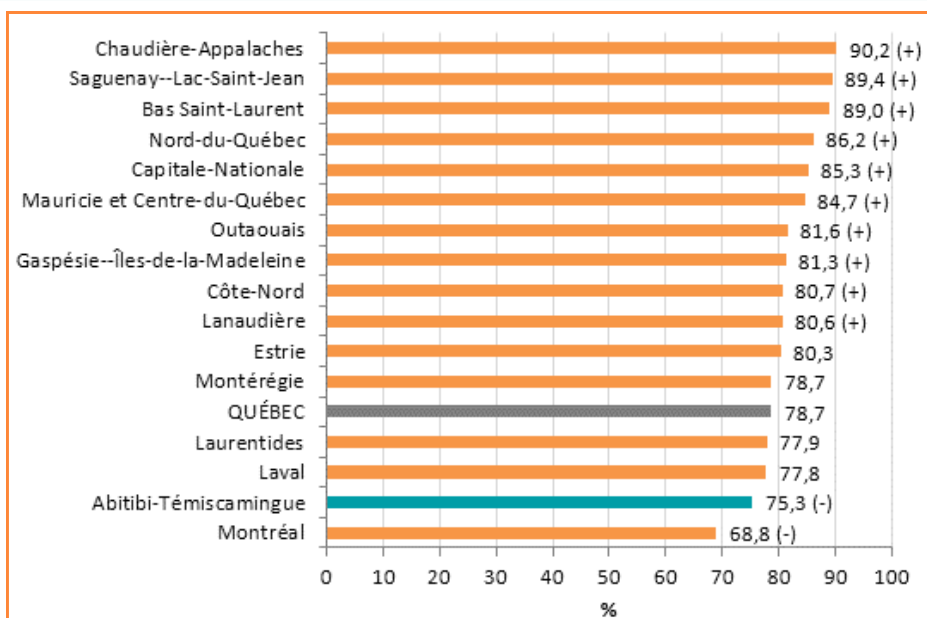
D'ailleurs, « Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille »⁴ figure comme un des objectifs du plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Comparativement aux autres régions du Québec, l'Abitibi-Témiscamingue était en 2010-2011, après Montréal, la région qui comptait la plus faible proportion de la population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille (figure 1). Environ les trois quarts de cette population (75,3 %) avaient un médecin de famille, un pourcentage qui s'avérait statistiquement inférieur à celui du Québec (78,7 %) et loin derrière celui de certaines régions, parmi lesquelles Chaudière-Appalaches, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et le Bas-Saint-Laurent, qui avoisinait les 90 %.

Il est difficile d'expliquer les raisons pour lesquelles la région affichait un tel écart avec la moyenne québécoise et d'autres régions du Québec, puisqu'au-delà du seul indicateur du nombre de médecins de famille dans une région (187 en Abitibi-Témiscamingue pour une population totale de 146 693 en 2011), d'autres facteurs peuvent contribuer à faire varier le pourcentage de la population ayant un médecin de famille tels que l'organisation des services dans les RLS et le type de pratique effectuée par les médecins.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille, régions sociosanitaires et Québec, 2010-2011

Figure 1



(-) (+) : Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec sur le plan statistique.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2010. Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 55 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

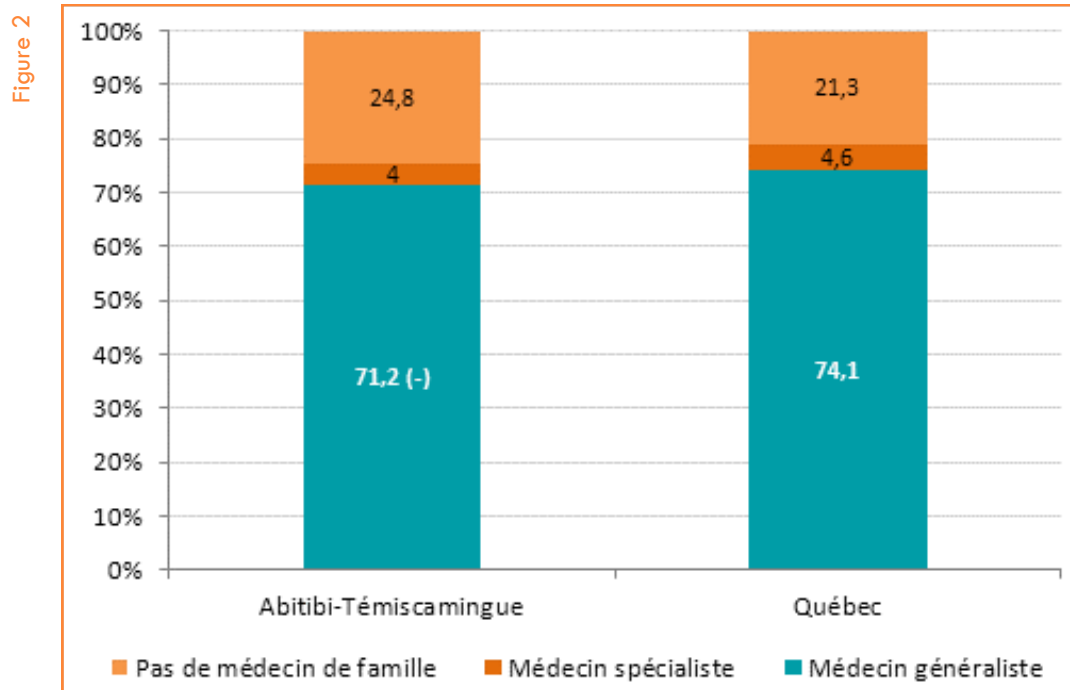
Médecin de famille : généraliste ou spécialiste?

Parmi la population ayant un médecin de famille, certains sont suivis par un médecin généraliste (omnipraticien) alors que d'autres le sont par un médecin spécialiste.

En Abitibi-Témiscamingue en 2010-2011, tout comme au Québec, les médecins généralistes prédominaient largement parmi les médecins de famille dans la prise en charge de la population (figure 2). Toutefois, la part de la population suivie par un médecin généraliste dans la région était inférieure et de manière significative à celle que l'on retrouvait dans l'ensemble du Québec. Ils étaient 71,2 % des Témiscabitiens de 15 ans et plus à avoir un médecin généraliste comme médecin de famille comparativement à 74,1 % au Québec.

En ce qui a trait aux médecins spécialistes, la même proportion de la population de 15 ans et plus était suivie par ce type de médecin en Abitibi-Témiscamingue et au Québec (4,0 % contre 4,6 %).

Répartition de la population selon qu'elle a ou non un médecin de famille (généraliste, spécialiste), Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2010-2011



(-) : Valeur significativement inférieure à celle du reste du Québec sur le plan statistique.

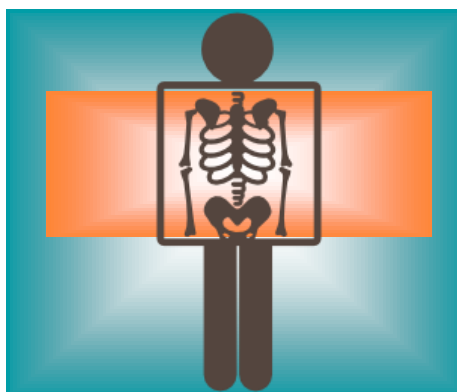
Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

Quelles sont les caractéristiques de la population ayant un médecin généraliste?

En observant les données concernant la population ayant un médecin de famille de type généraliste, il apparaît que l'âge et certaines caractéristiques liées à la santé font varier le pourcentage de la population ayant un médecin. Plusieurs constats peuvent être formulés en Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, en 2010-2011, les probabilités d'avoir un médecin de famille généraliste augmentaient à mesure que la population :

- vieillissait : le groupe des 15 à 24 ans était le groupe chez qui la proportion ayant un médecin de famille était la plus faible (51,7 %). La part augmentait à chaque tranche d'âge pour atteindre 92,1 % pour le groupe des 85 ans et plus ;
- avait une mauvaise perception de son état de santé⁵ : la proportion de la population ayant un médecin de famille généraliste était de 68,8 % parmi ceux considérant avoir un état de santé très bon et excellent. La proportion augmentait à 71,3 % pour ceux ayant une bonne perception de leur état de santé. Parmi ceux où la perception était moyenne ou mauvaise, le pourcentage atteignait 79,3 % ;
- vivait avec une incapacité⁶ : 77,9 % de la population vivant avec une incapacité avait un médecin de famille, ils n'étaient que 67,2 % de ceux vivant sans incapacité⁶ à en avoir un ;
- vivait avec un nombre élevé de problèmes de santé à long terme⁷ : sans problème de santé, 58,7 % de la population avait un médecin de famille comparativement à 78,0 % des personnes ayant un problème de santé et 88,5 % pour ceux ayant deux problèmes de santé ou plus.

Même si le quart de la population de l'Abitibi-Témiscamingue était sans médecin de famille en 2010-2011, il apparaît que les personnes les plus à risque de nécessiter un suivi et les personnes dont les caractéristiques liées à la santé étaient les plus défavorables étaient plus nombreuses en pourcentage à avoir un médecin de famille généraliste.



5. **Perception de l'état de santé** : autoévaluation de l'état de santé général exprimée par la personne en se comparant à d'autres personnes du même âge.

6. **Incapacité** : indicateur de l'état de santé défini à partir de questions portant sur les difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus).

7. **Nombre de problèmes de santé de longue durée** : indicateur de l'état de santé défini à partir d'une série de questions portant sur des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus. Ces problèmes déclarés doivent avoir été diagnostiqués par un médecin, nécessiter un suivi médical et impliquer la prise de médicaments sur une base régulière, requérir des traitements ou demander le maintien de bonnes habitudes de vie. Les blessures dues à un accident ou à des mouvements répétitifs et les problèmes qui en découlent sont exclus.

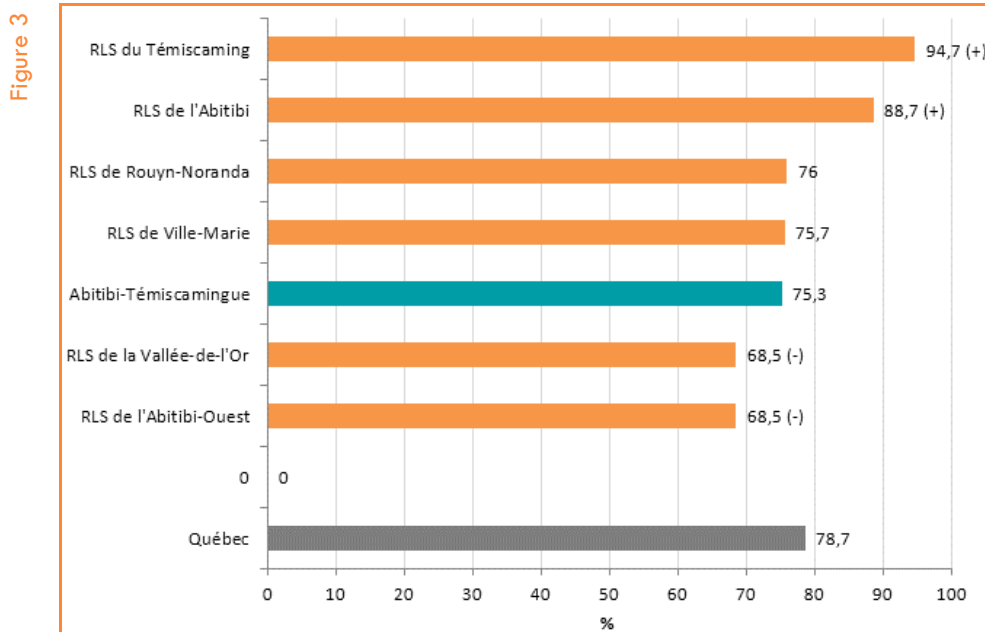
Existe-t-il des disparités entre les réseaux locaux de services de l'Abitibi-Témiscamingue?

En 2010-2011, le fait d'avoir un médecin de famille variait beaucoup selon le territoire de RLS en Abitibi-Témiscamingue (figure 3).

Les RLS de l'Abitibi et du Témiscaming se démarquaient par une proportion élevée et significativement supérieure à l'ensemble de la région (75,3 %), respectivement 88,7 % et 94,7 %. Les RLS de la Vallée-de-l'Or et de l'Abitibi-Ouest affichaient, quant à eux, une proportion significativement inférieure. Seul un peu plus des deux-tiers de leur population de 15 ans et plus avait un médecin de famille (68,5 % pour chacun des RLS).

Les RLS de Rouyn-Noranda et de Ville-Marie avaient un pourcentage (76,0 % et 75,7 %) comparable à la moyenne régionale.

Proportion de la population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille, territoires de RLS de l'Abitibi-Témiscamingue, Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2010-2011



(-) (+) : Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste de la région sur le plan statistique.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

De la même façon qu'il est difficile d'expliquer les écarts entre les régions, il est difficile d'expliquer les écarts entre les RLS, les mêmes raisons pouvant être évoquées.

Un élément qui pourrait contribuer à expliquer la situation du RLS de la Vallée-de-l'Or est sa situation critique en ce qui concerne les effectifs médicaux. Alors que la population de ce territoire (43 283)⁸ dépassait celle du territoire de Rouyn-Noranda (41 439) en 2011, le nombre de médecins de famille y était largement inférieur : 38⁹ comparativement à 57 à Rouyn-Noranda. Cette année-là, la Vallée-de-l'Or affichait le même nombre de médecins de famille que le RLS de l'Abitibi qui, lui, avait une population nettement inférieure (24 551). Avec un ratio de 1 médecin pour 1139 habitants, le RLS de la Vallée-de-l'Or affichait pourtant une proportion de prise en charge par un médecin de famille similaire au RLS de l'Abitibi-Ouest qui lui avait un ratio de 1 médecin pour 729 habitants.

8. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2014, « Portrait de santé. Population totale », http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/documents/determinantsante/condemogra/population_totale.pdf

9. Direction des affaires médicales et des services de santé

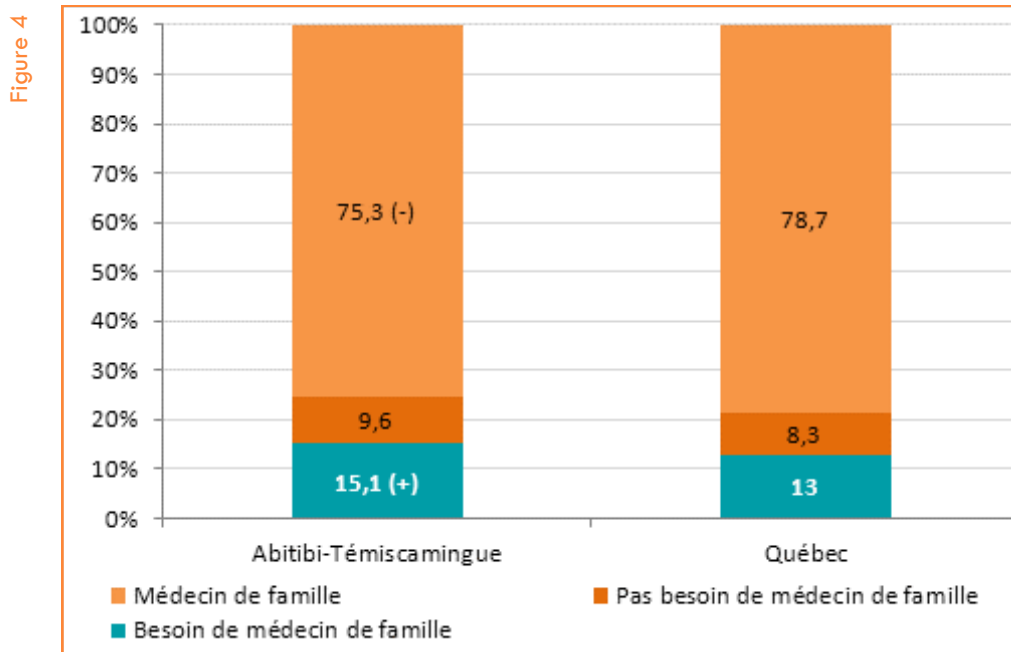
La population a-t-elle besoin d'un médecin de famille?

En 2010-2011, près du quart de la population de 15 ans et plus (24,7 %) était sans médecin de famille en Abitibi-Témiscamingue (figure 4). Parmi celle-ci se retrouvent deux catégories de personnes, celles ressentant le besoin d'avoir un médecin de famille et celles n'en ressentant pas le besoin.

Dans la région, la proportion de la population sans médecin de famille, mais qui aimerait en avoir un (15,1 %) était plus importante et de manière significative qu'au Québec (13,0 %). Les données montrent (à l'échelle du Québec et non de la région) que près des deux tiers des Québécois (65,1 %) ¹⁰ avaient mentionné ne pas être en mesure de trouver un médecin de famille.

En ce qui concerne la population, dans la région, sans médecin de famille et n'en ressentant pas le besoin, la proportion se compare à celle du Québec (différence non significative sur le plan statistique). Parmi les raisons invoquées (à l'échelle du Québec), 60,5 % avaient déclaré ne jamais être malade et 50,7 % ¹⁰ que n'importe quel médecin conviendrait.

Répartition de la population de 15 ans et plus ayant et n'ayant pas de médecin de famille selon qu'elle ressent ou non le besoin d'en avoir un, Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2010-2011



(-) (+) : Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec sur le plan statistique.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

10. ISQ, 2013, Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois, Volume 2, 75 pages.

LE LIEU HABITUEL DE SOINS

Existe-t-il des différences dans le fait d'avoir un lieu habituel de soins entre les réseaux locaux de services de la région?

L'endroit habituel de soins est défini dans le cadre de l'enquête comme le « lieu habituel de consultation d'un médecin pour les soins de santé généraux ». Il exclut les lieux de consultations de médecins spécialistes. Posée à l'ensemble des répondants qu'ils aient ou non un médecin de famille, la question ne permet pas de lier le lieu habituel de soins avec le lieu où pratique le médecin de famille.

En Abitibi-Témiscamingue, en 2010-2011, 85,4 % de la population de 15 ans et plus avait un endroit habituel de soins, une proportion similaire à celle du Québec (84,5 %) (figure 5).

Tout comme pour le fait d'avoir un médecin de famille, le fait d'avoir un endroit habituel de soins donne lieu à des disparités entre les RLS de la région.

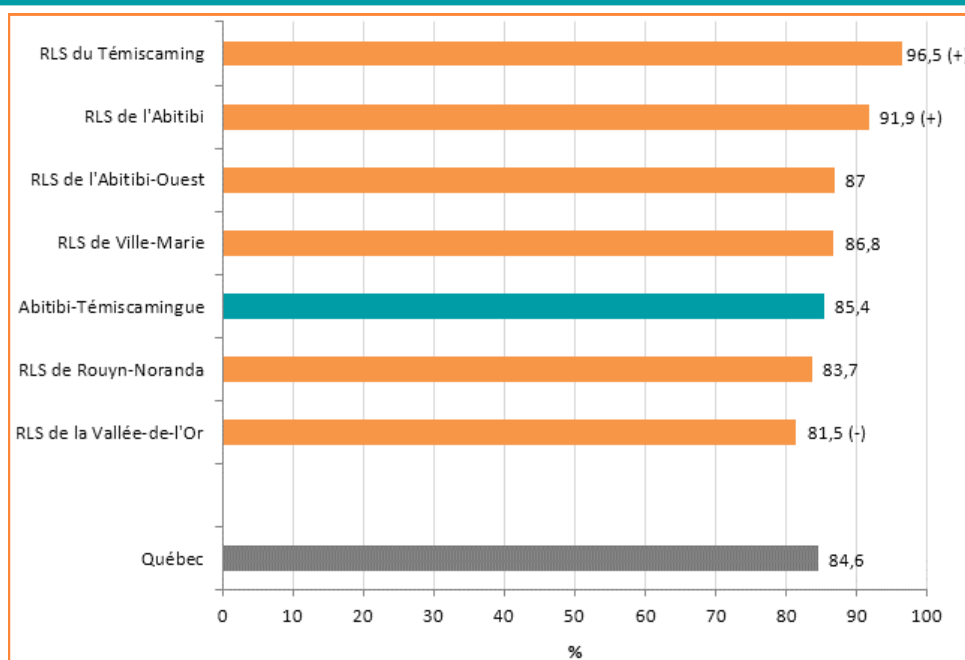
Les habitants des RLS du Témiscaming et de l'Abitibi étaient les plus nombreux à avoir un lieu habituel de soins, respectivement 96,5 % et 91,9 %, des pourcentages significativement supérieurs à celui de la région.

À l'autre extrémité, le RLS de la Vallée-de-l'Or était celui qui connaissait la plus faible proportion de la population ayant un endroit habituel de soins, celle-ci (81,5 %) étant statistiquement inférieure à celle de l'ensemble de la région.

Les RLS de l'Abitibi-Ouest, de Ville-Marie et de Rouyn-Noranda avaient des proportions comparables à la moyenne régionale. Les taux n'étaient pas statistiquement différents du reste de la région.

Proportion de la population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins, RLS de l'Abitibi-Témiscamingue, Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2010-2011

Figure 5



(-) (+) : Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec sur le plan statistique.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

Quels sont les lieux habituels de soins?

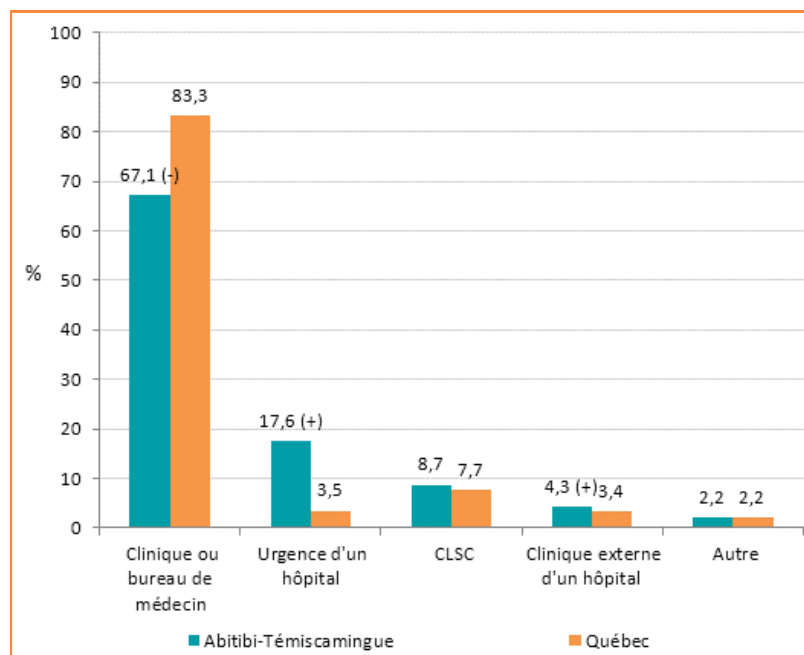
Même si, en 2010-2011, la clinique ou le bureau de médecin constituait le lieu habituel de soins pour une majorité de la population de 15 ans et plus, tant au Québec qu'en Abitibi-Témiscamingue, la situation entre les deux territoires restait cependant assez différente (figure 6). Les principaux éléments qui distinguaient l'Abitibi-Témiscamingue du Québec étaient les suivants :

- la part de la clinique et du bureau de médecin en Abitibi-Témiscamingue (67,1 %) était significativement inférieure comparativement au Québec (83,3 %) ;
- l'urgence de l'hôpital arrivait au second rang dans la région, c'était près de 18 % de la population qui y avait recours comme lieu habituel de soins, une proportion significativement plus élevée qu'au Québec, où celle-ci était de seulement 3,5 % ;
- le CLSC constituait le troisième lieu habituel de soins en Abitibi-Témiscamingue alors qu'il s'agissait du second lieu au Québec (7,7 %) ;
- enfin, la clinique externe de l'hôpital représentait le quatrième lieu habituel de soins dans les deux territoires, mais en Abitibi-Témiscamingue, la part (4,3 %) était significativement un peu plus élevée qu'au Québec (3,4 %).

La catégorie « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile. La proportion de la population y ayant recours à la fois en Abitibi-Témiscamingue et au Québec était faible : 2,2 %.

Les lieux habituels de soins,
Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2010-2011

Figure 6



(-) (+) : Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec sur le plan statistique.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

Quelle est l'expérience vécue à l'endroit habituel de soins?

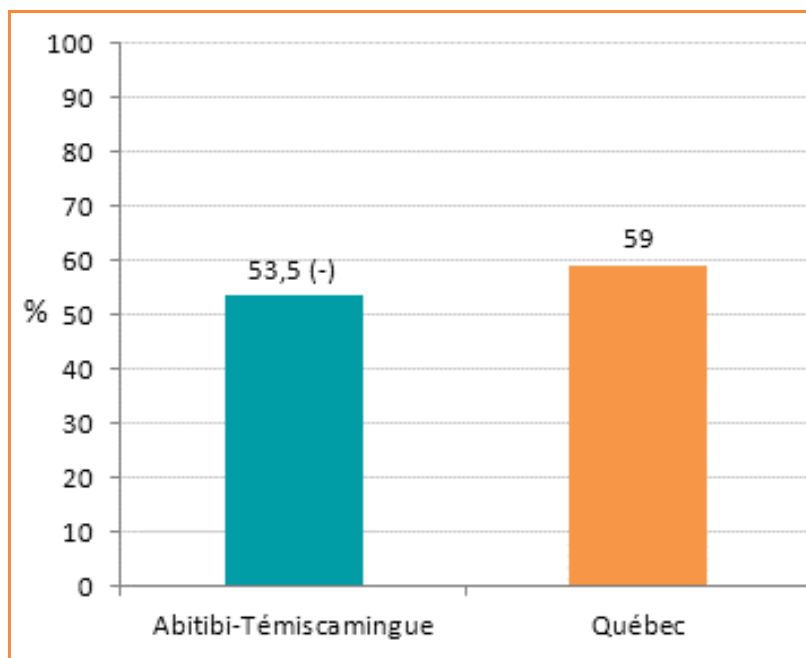
Avoir un médecin de famille est important pour la population, en particulier celle atteinte de maladies chroniques, afin d'être prise en charge et de bénéficier d'un suivi régulier. Cependant, pouvoir consulter un médecin quand cela est nécessaire est un autre enjeu relatif à l'accessibilité des services de première ligne.

Des questions portant sur la capacité de consulter un médecin dans des situations particulières ont été posées aux personnes ayant consulté un médecin dans les deux dernières années pour des soins de santé généraux dans leur lieu habituel de soins. Il ne s'agissait cependant pas forcément du médecin de famille. Les personnes qui n'ont pas de lieu habituel de soins et celles n'ayant pas consulté dans les deux dernières années ont donc été exclues.

Concernant la consultation d'un médecin la journée même ou le lendemain, un peu plus de la moitié de la population de 15 à 74¹¹ ans avait déclaré pouvoir en consulter un (53,5 %) en 2010-2011 (figure 7). C'était cependant statistiquement moins important que le pourcentage québécois (59 %).

Proportion de la population de 15 à 74 ans pouvant consulter un médecin la journée même ou le lendemain, Abitibi-Témiscamingue, 2010 -2011

Figure 7



(-) : Valeur significativement inférieure à celle du reste du Québec sur le plan statistique.

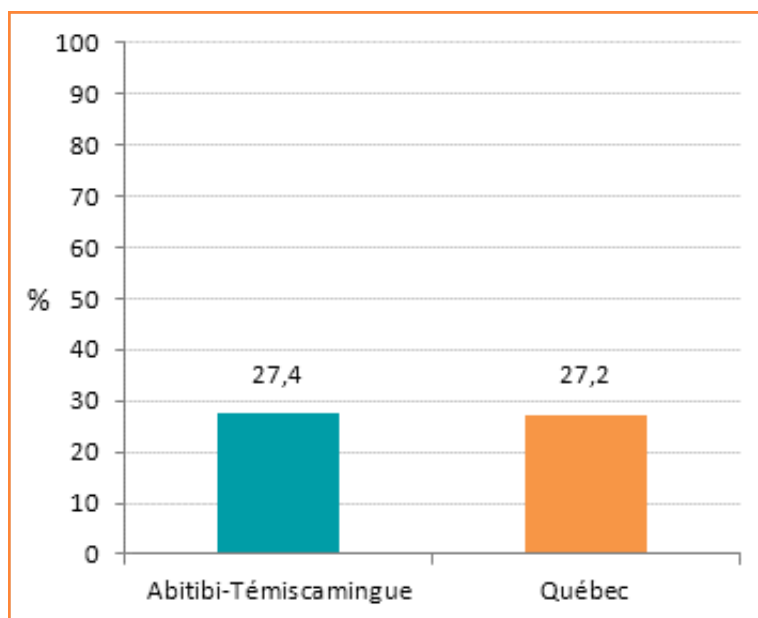
Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

11. La population âgée de 75 ans et plus a été exclue puisqu'elle se caractérise par un nombre élevé de non réponses, introduisant un biais.

Proportion de la population de 25 à 64 ans et de 75 ans et plus pouvant consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine, Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2010-2011

La situation était plus problématique quand il s'agissait de consulter en soirée ou en fin de semaine (figure 8). Et à cet égard, l'Abitibi-Témiscamingue se comparait au Québec : à peine un peu plus du quart de la population âgée de 25 à 64 ans et de 75 ans et plus¹² pouvait consulter à ces moments de la journée et de la semaine (27,2 % et 27,4 %).

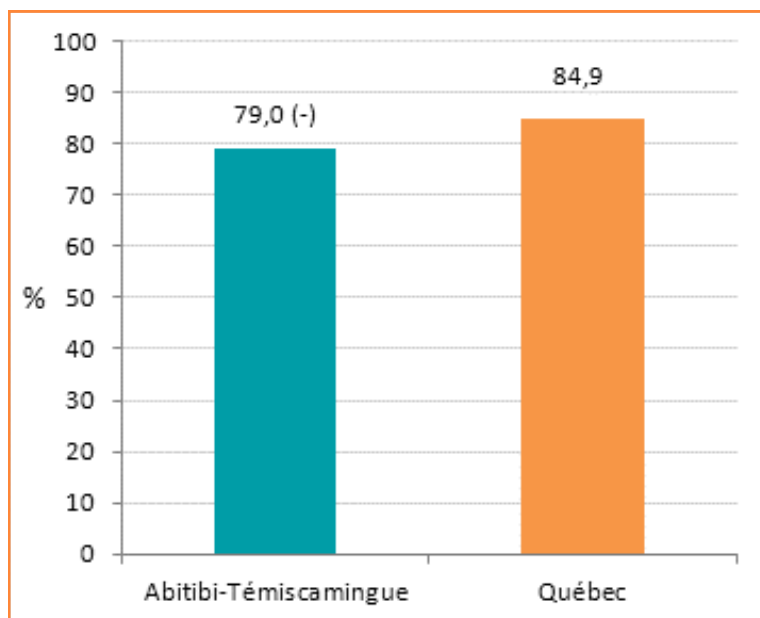
Figure 8



Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

Proportion de la population de 15 ans et plus pouvant consulter un médecin pour un nouveau problème non urgent, Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2010-2011

Figure 9



(-) : Valeur significativement inférieure à celle du reste du Québec sur le plan statistique.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011 (EQES)

Enfin, consulter pour un nouveau problème non urgent semblait plus aisé puisque plus des trois quarts de la population de 15 ans et plus pouvaient consulter dans ce genre de situation un médecin dans son lieu habituel de soins en Abitibi-Témiscamingue (79 %) (figure 9). Toutefois, la proportion était statistiquement inférieure à la proportion québécoise (84,9 %). La question ne permet pas de savoir en combien de temps les répondants avaient pu consulter un médecin.

12. Pour les mêmes raisons liées au biais introduit par l'âge, les répondants âgés de 15 à 24 ans et de 65 à 74 ans ont été exclus pour cette question.

EN CONCLUSION

Le médecin de famille

En 2010-2011, l'Abitibi-Témiscamingue figurait parmi les régions les moins favorisées du Québec en ce qui a trait à la proportion de personnes ayant un médecin de famille.

Néanmoins, les groupes les plus susceptibles d'avoir un médecin de famille de type généraliste étaient ceux pouvant avoir davantage besoin de consulter :

- les personnes les plus âgées;
- celles ayant une perception plus mauvaise de leur état de santé;
- celles vivant avec une incapacité;
- celles vivant avec des problèmes de santé de longue durée.

On note par ailleurs des disparités dans la région, la population était :

- plus susceptible d'avoir un médecin de famille dans les secteurs du Témiscaming et Ville-Marie;
- moins susceptible d'en avoir un dans les secteurs de la Vallée-de-l'Or et de l'Abitibi-Ouest.

Également, parmi la population n'ayant pas de médecin de famille, les personnes ressentant le besoin d'en avoir un étaient plus nombreuses que celles n'en ressentant pas le besoin. Leur proportion se révélait de plus statistiquement supérieure à celle du Québec.

Le lieu habituel de soins

Une très grande majorité de la population de 15 ans et plus de la région avait un lieu habituel de soins, mais on constatait des différences marquées entre les lieux de résidence :

- l'Abitibi et le Témiscaming étaient parmi les plus favorisés;
- la Vallée-de-l'Or était le moins favorisé.

Parmi les divers lieux habituels de soins, on retrouvait en premier la clinique ou le bureau du médecin. L'urgence de l'hôpital constituait le deuxième lieu habituel de soins des habitants de la région.

Consulter à son lieu habituel de soins en soirée et en fin de semaine semblait tout autant difficile en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec. Même s'il apparaît que la consultation la journée même ou le lendemain ou la consultation pour un problème non urgent étaient moins problématiques, la région se démarquait négativement par rapport au reste du Québec.

Ce portrait donne un aperçu de la situation qui prévalait en 2010-2011 dans la région. Il ne concerne, en outre, que la population âgée de 15 ans et plus.

Quelles sont les actions menées dans la région depuis 2010-2011

Dans le cadre du plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux, le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et enregistrée auprès de la RAMQ fait l'objet d'un suivi. Ce pourcentage inclut les enfants de moins de 15 ans, population exclue de l'enquête. En Abitibi-Témiscamingue, 66,9 %¹³ des résidents sont actuellement inscrits ce qui se rapproche de la cible fixée par le ministère pour 2015, 70 %.

¹³ Système d'information des données de facturation de la RAMQ, Base de données sur les inscriptions en GMF de la RAMQ. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, au 31 mars 2014. .

Il est important de souligner que de nombreux efforts ont été fournis aux niveaux local et régional afin d'améliorer l'accès aux soins de santé :

Le nombre de médecins omnipraticiens pratiquant dans la région constitue un élément parmi plusieurs pour faciliter l'accès aux services de première ligne. Ainsi, la région vit avec un déficit de médecins qui perdure depuis 2010-2011 : 182 médecins (au 31 mars 2013) alors que les postes autorisés sont de 211. Le recrutement et la rétention des médecins en région s'avèrent un défi et font l'objet de démarches continues depuis plusieurs années :

- l'Agence, les CSSS et des médecins participent à des événements de recrutement;
- les mesures incitatives pour l'installation de médecins dans la région sont un autre dossier actif;
- l'agrandissement de l'unité de médecine familiale¹⁴ (UMF) de Val-d'Or en 2014 augmentera sa capacité d'accueil en matière de médecins résidents et de patients, laissant envisager des retombées positives quant à l'accès.

Également, depuis 2010-2011, l'ensemble des CSSS de la région possède un guichet d'accès unique pour la clientèle orpheline (la clientèle non inscrite à la RAMQ auprès d'un médecin de famille). Cet outil vise à soutenir la clientèle dans sa recherche d'un médecin de famille. Un médecin coordonnateur, responsable d'attribuer aux usagers un médecin de famille, tient compte de la disponibilité des médecins tout en priorisant la clientèle selon leurs problèmes de santé et leur vulnérabilité¹⁵. Depuis l'existence de ce guichet en région, 11 172¹⁶ patients ont été pris en charge sur un total de 22 570 personnes inscrites.

La région a connu d'autres améliorations en ce qui a trait à l'accès. Il est impossible de ne pas évoquer les groupes de médecine familiale (GMF), inclus dans l'enquête dans la catégorie « clinique ou bureau de médecin » ou « CLSC ». Le nombre de GMF dans la région, au nombre de sept en 2011, n'a pas évolué. Cependant, la capacité de consulter un médecin en GMF s'est améliorée. D'une part, l'ensemble des GMF offre des plages de consultation sans rendez-vous à leur horaire. D'autre part, consulter hors des horaires traditionnels (durant le jour en semaine) est davantage possible :

- deux GMF sur sept offraient au moins une plage horaire de consultation en soirée dans la semaine en 2011, ils sont 6 GMF à l'offrir en 2014 (dont deux qui l'offrent cinq soirées par semaine);
- un seul GMF sur sept offrait la possibilité de consulter la fin de semaine en 2011, ils sont désormais deux à le faire.

Compte tenu des efforts et des améliorations mis en place pour faciliter l'accès aux services de première ligne depuis 2010-2011, il serait intéressant de refaire cette enquête afin de voir quels en sont les impacts auprès de la population.

14 Les unités de médecine familiale (UMF) sont des lieux d'enseignement de la médecine familiale pour les médecins résidents qui sont supervisés par des médecins expérimentés.

15 Patient répondant à une ou plusieurs catégories de problèmes de santé ou au critère d'âge.

16 Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien, au 1^{er} septembre 2014.

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

Québec 

www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

