ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᐅᑦᔨᓂᕐᓄᑦ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

CSSS - 066M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Les Nunavimmiut

et

la Loi édictant la loi favorisant l'accès aux services de médecine de familles et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

Document soumis aux

Commissions parlementaires sur la santé et les services sociaux

par la

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Mars 2015

Comité de travail

Minnie Grey	Directrice générale, RRSSSN
Yoan Girard	Directeur de planification et programmation, RRSSSN
D[re] Nathalie Boulanger	Conseillère régionale, Affaires médicales Médecin de famille au Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava (depuis 1991)
Jacques Poliquin	Conseiller, Affaires médicales et santé physique, RRSSSN
Hélène Dion	Spécialiste en procédé administratifs, RRSSSN

Acronymes

RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik
ARK	Administration régionale Kativik
DRMG	Direction régionale de médecine générale
CMDPSF	Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes
DSP	Directeur des services professionnels
CBJNQ	Convention de la Baie-James et du Nord québécois
CSTU	Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava
CSI	Centre de Santé Inuulitsivik
CLSC	Centre local de services communautaires
PL-20	Loi édictant la loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée
PL-10	Projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
PREM	Plan régional des effectifs médicaux

Table des matières

COMITÉ DE TRAVAIL 2

ACRONYMES... 3

INTRODUCTION... 5

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik 5

CONTEXTE... 7

Aperçu de la population du Nunavik 7

Données démographiques 8

Disparités régionales... 9

.... 9

Langue 9

État de santé de la population 10

LÉGISLATION... 12

La Convention de la Baie-James et du Nord québécois 12

SERVICES DE SANTÉ DU NUNAVIK 14

DRMG... 14

Organisation des soins de santé physique au Nunavik 15

Statut des médecins... 18

Télémédecine 19

Services de deuxième ligne 19

Services de troisième ligne 20

Consultations au Nunavik... 21

Consultations à Montréal 22

LES PRÉOCCUPATIONS AU NUNAVIK... 23

CONCLUSION... 25

RECOMMANDATIONS 25

INTRODUCTION

La RRSSSN croit qu'il existe actuellement un problème d'accès aux médecins de famille et aux soins de première ligne au Québec. Par contre, la structure actuelle de dispensation des services de santé au Nunavik (médecins de famille, infirmières ayant un rôle élargie) permet à chacun des Nunavimmiuts de recevoir des services de proximité en temps opportun. Par conséquent, la RRSSSN considère que pour le bénéfice de la région 17, étant donné les conditions particulières à la pratique médicale et l'exclusion de la Loi 10, il serait judicieux de permettre un amendement pour que le Nunavik en soit exempté.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Le développement de la santé et des services sociaux sur le territoire du Nunavik s'appuie sur la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Cet organisme, bien que régi par le système provincial, est adapté aux caractéristiques de la région. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN), créée en vertu de l'article 530.25 de la loi (décret 655-94 du 4 mai 1994, G.O., 25 mai 1994, 126^{e} année, n^{o} 21, page 2669), est responsable de presque tout le territoire québécois situé au nord du 55^{e} parallèle en matière de prestation de services de santé et services sociaux pour les habitants des 14 communautés.

Les services de santé du Nunavik sont en développement constant depuis, et ce, en lien étroit avec l'accroissement de la population du territoire. C'est d'ailleurs pourquoi, en 2011, la RRSSSN et le MSSS ont conclu une entente de planification stratégique régionale, échelonnée sur 7 ans et permettant un rattrapage au niveau de son offre de services en santé et services sociaux.

Mission

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik est un organisme dévoué à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population des 14 communautés qu'elle dessert.

Sa mission globale est d'adapter les programmes de santé et de services sociaux aux besoins de la population et aux réalités du territoire. Elle assure l'organisation et l'utilisation efficace des ressources accordées à la région du Nunavik.

Toutefois, la RRSSSN a également adopté une mission précise qui résume ses valeurs, ses particularités, ses fondements et son désir de collaborer avec ses partenaires régionaux pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

- Les préoccupations et les actions de la régie régionale sont centrées sur les citoyens.
- La régie unit ses partenaires afin d'aider les citoyens du Nunavik, individuellement et collectivement, à restaurer, conserver et améliorer leur santé et leur bien-être.
- La RRSSSN dessert une population dont la réalité géographique, politique, sociale, culturelle et économique est distincte du reste de la province.

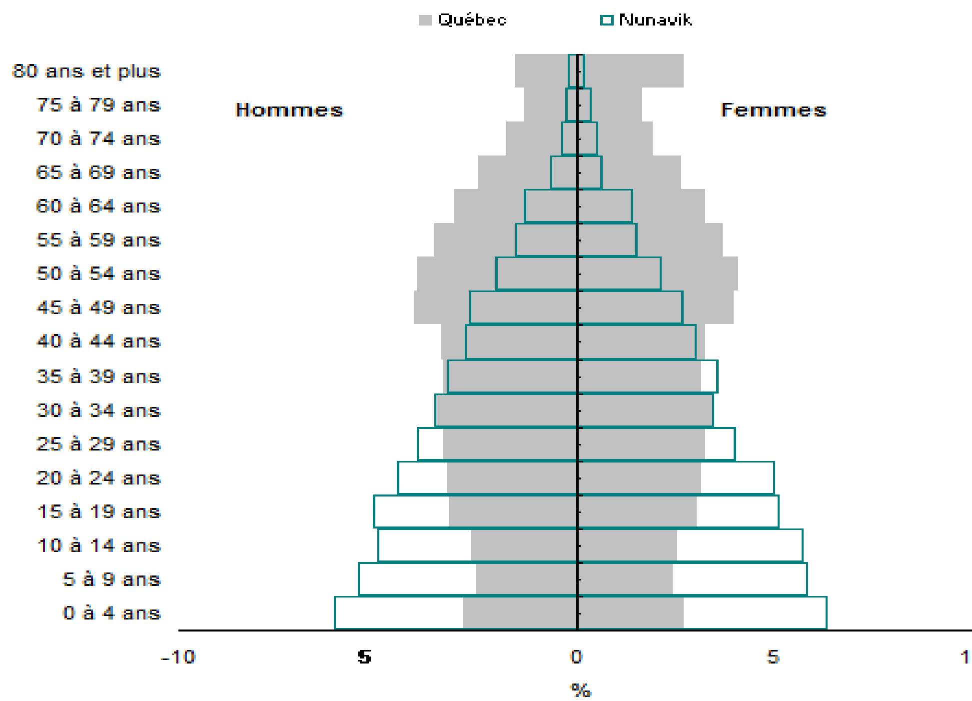
Grâce à ses ressources et à la collaboration avec ses partenaires, la régie régionale est en mesure d'assurer l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux solide qui s'adapte constamment aux particularités du territoire.

CONTEXTE

Aperçu de la population du Nunavik

Les caractéristiques de la population du Nunavik diffèrent de façon importante de celles de la population provinciale. C'est une population beaucoup plus jeune, avec deux fois le nombre d'enfants de moins de 15 ans qu'ailleurs au Québec (34 % de la population du Nunavik est âgée de moins de 15 ans). On peut expliquer ce phénomène en partie par le taux de naissances, qui est également deux fois plus élevé que celui du reste de la province. La moyenne d'âge au Nunavik est de 22,9 ans, soit environ la moitié de celle du reste de la province (41,5 ans).

Image 1 : Distribution de la population selon l'âge et le sexe, Nunavik et Québec, 2011

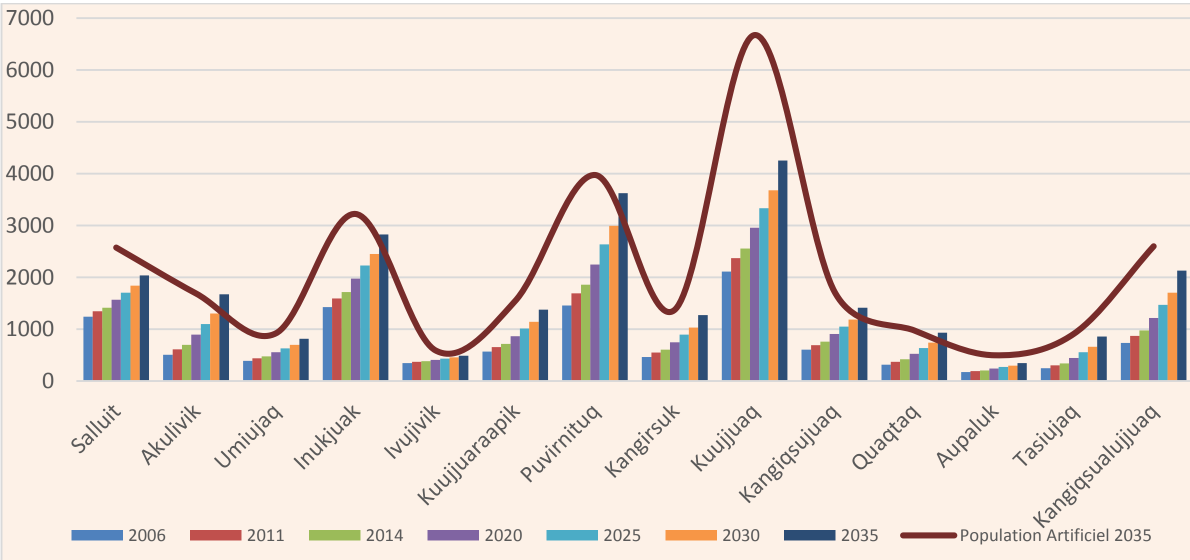


Au Nunavik, le nombre moyen d'enfants par femme est parmi les plus élevés de la province, soit 3,2 comparé à 1,6 pour l'ensemble du Québec pour la période de 2004 à 2008.

Données démographiques

Au sein des Nunavimmiuts, la croissance annuelle de la population est d'environ 3 %, soit 3 ou 4 fois plus que la moyenne du Québec.

Image 2 : Projections des populations du Nunavik, 2006-2035



Disparités régionales

La région du Nunavik couvre le territoire au nord du 55e parallèle, soit une surface de 500 164 km^2 ou environ le tiers de la superficie du Québec. Elle est bordée à l’est par Terre-Neuve-et-Labrador, entourée par la baie et le détroit d’Hudson ainsi que la baie d’Ungava, et bordée au sud par les régions de la Côte-Nord, du Saguenay Lac-Saint-Jean, de la Mauricie, d’Eeyou Ischtee et de l’Abitibi-Témiscamingue.

Il n’y a aucun lien terrestre entre les communautés de la région ou entre le Nunavik et les régions environnantes. Ainsi, la majorité des déplacements de la population se font par la voie des airs. La majorité des biens de consommation sont également transportés par la voie des airs. Les liaisons de transport maritime en provenance du sud et vers le sud sont quant à elles ouvertes quatre mois par année.

L’utilisation des deux modes de transport impliquent des coûts exhaustifs (entreposage, financement, manutention, produits pétroliers, etc.). De tels facteurs contribuent d’un côté à l’augmentation du coût de la vie et de l’autre, à la grande limitation de la variété et de la quantité des biens pouvant être transportés.

Langue

Au Nunavik, on utilise trois langues sur une base régulière au sein des institutions et des administrations : l’inuktitut (inuktitut parlé au Nunavik), le français et l’anglais. Toutefois, l’inuktitut est la langue maternelle d’une grande majorité de la population inuite : en 2006, l’inuktitut était la langue parlée le plus souvent dans 86,1 % des foyers du Nunavik, alors que l’anglais et le français étaient parlés à l’école ou au travail.

En 2005, 86 % des aînés du Nunavik ne parlaient qu’une langue, soit l’inuktitut. Quatre-vingt-dix-sept pour cent des aînés du Nunavik parlaient l’inuktitut couramment. Voilà la preuve de la prépondérance de l’inuktitut comme langue parlée et son importance dans la communication avec les aînés unilingues.

La popularité croissante de l'anglais en tant que langue seconde est remarquable : en 2005, 11 % des aînés du Nunavik parlaient couramment l'anglais en tant que langue seconde, mais la moitié d'entre eux étaient âgés de 60 à 64 ans, soit les aînés les plus jeunes au moment du sondage. La nouvelle génération d'aînés est probablement plus bilingue, parlant à la fois l'inuktitut et l'anglais. Peu d'entre eux maîtrisent le français.

État de santé de la population

L'espérance de vie d'un Nunavimmiut est d'environ 15 ans sous la moyenne québécoise. Ce phénomène s'explique en partie par :

- un taux de mortalité durant l'hospitalisation de 12 % plus élevé, ajusté selon l'âge;
- un taux de mortalité causée par le cancer deux fois plus élevée;
- un ratio de mortalité par suicide dix fois plus élevé (30 fois plus élevée chez les 15-24 ans);
- un ratio de mortalité par traumatisme non intentionnel 7 fois plus élevé (taux d'hospitalisation relié 3 fois plus élevé);
- quatre fois plus de cas de mortalité infantile.

Depuis 2012, plusieurs communautés sont aux prises avec des épidémies récurrentes de tuberculose (le taux d'incidence de tuberculose au Nunavik est 107 fois plus élevé que dans le reste du Québec), particulièrement à Kangiqsualujjuaq, un village avec une population de 950 personnes où un total de 99 cas actifs ont été traités entre 2012 et 2014.

De plus, les taux élevés de problèmes socio-économiques continus (personnes vivant sous le seuil de la pauvreté [43 %], surpeuplement des logements [68 %], crimes majeurs commis sous l'influence de l'alcool [70 %], tabagisme [77 %], consommation de cannabis [60 %], beuveries [68 %] et femmes enceintes consommant de l'alcool [44 %]) donnent lieu à une augmentation de la prévalence des maladies respiratoires (avec un taux de mortalité 6 fois plus élevé que la moyenne québécoise), à un taux de criminalité 12 fois plus élevé que dans le reste du Québec

et à une réalité où les crimes sexuels et violents (agressions) représentent la moitié de tous les délits.

LÉGISLATION

La Convention de la Baie-James et du Nord québécois

Depuis le 11 novembre 1975, la prestation des services de santé et des services sociaux au Nunavik est régie par la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ).

Le gouvernement fédéral, en vertu de ce traité protégé par la constitution et issu de la procédure judiciaire entre les Inuits du Nunavik, les Cris de la Baie James et le gouvernement québécois à propos du développement hydroélectrique dans le nord du Québec, a transféré au gouvernement provincial la plupart des responsabilités reliées aux services destinés aux communautés inuites, y inclus les services de santé et les services sociaux fournis à la population inuite du Nunavik.

Au moment de la négociation de la CBJNQ, les Inuits du Nunavik voulaient non seulement préserver leurs ressources terrestres et assurer leur mode de vie traditionnel, mais également améliorer leur qualité de vie grâce à une meilleure infrastructure et de meilleurs services communautaires, davantage de logements, de meilleurs services éducatifs, de santé, de police et de justice, et des pistes d’atterrissage bonifiées. En effet, un des objectifs principaux des Inuits du Nunavik était d’augmenter le niveau et la qualité des services offerts à sa population, notamment en matière de santé et de services sociaux.

Dans ce contexte, les Inuits du Nunavik se sont délibérément penchés vers des institutions ouvertes, publiques et non ethniques telles que la RRSSSN, en partie pour tirer profit des ressources et du financement mis à la disposition des régions du sud par le Québec, et pour ultimement être sur un pied d’égalité avec le reste de la population de la province,[1] en ce qui

[1] Pour être plus précis, les Inuits du Nunavik à l’époque se sont comparés aux communautés inuites des Territoires du Nord-Ouest. Le rapport Jolicœur de 1980 sur l’état des infrastructures au sein des communautés inuites du Nunavik a confirmé la supériorité des infrastructures et des services des Inuits des Territoires du Nord-Ouest.

avait trait aux services de santé et services sociaux. À cette période, l'écart entre les deux groupes était considérable. Jusqu'en 1975, le financement et les services sous la responsabilité du gouvernement du Canada étaient limités et sporadiques, au mieux, et non existants dans les pires cas.

Le transfert des responsabilités instauré par la CBJNQ a également créé d'importantes réorganisations des portefeuilles administratifs et budgétaires entre le Canada et le Québec.

Notamment, l'article 15 de la CBJNQ, « Services de santé et services sociaux – Inuit » a établi le cadre selon lequel le Québec fournirait désormais les capitaux et le financement opérationnel dans le secteur de la santé. Il a également exigé la création de la RRSSSN et d'établissements de santé pour toutes les personnes résidant habituellement dans la région 10A ou le territoire Kativik ou s'y trouvant temporairement (article 15.0.10).

L'article 15 de la CBJNQ propose essentiellement des détails concernant la structure, les tableaux organisationnels et les procédures de transfert pour la prestation des services de santé et services sociaux après 1975.

SERVICES DE SANTÉ DU NUNAVIK

Par l’entremise de son mandat régional, la RRSSSN est responsable d’organiser les programmes dans le secteur de la santé et des services sociaux au Nunavik, d’évaluer l’efficacité de ces programmes et de garantir que les utilisateurs puissent bénéficier de services de bonne qualité pouvant rencontrer leurs besoins. De plus, la RRSSSN a la responsabilité d’attribuer des budgets aux institutions de la région.

Les principaux partenaires de la Régie sont le ministère de la Santé et des Services sociaux, d’autres agences de santé et des services sociaux de la province, les deux centres de santé sous-régionaux du territoire, l’Administration régionale Kativik, la Commission scolaire Kativik, la Société Makivik, le Comité des aînés du Nunavik et l’Office municipal d’habitation Kativik.

Le Centre de Santé Inuulitsivik (CSI), situé à Puvirnituq, est mandaté d’offrir des services de santé et des services sociaux à sept communautés de la côte de la baie d’Hudson par l’entremise de ses cliniques communautaires locales. Les villages nordiques suivants relèvent du CSI : Puvirnituq, Inukjuak, Salluit, Kuujjuarapik, Akulivik, Umiujaq et Ivujivik.

Le Centre de Santé Tulattavik de l’Ungava (CSTU), situé à Kuujjuaq, fournit des services aux villages suivants sur la côte de la baie d’Ungava : Kuujjuaq, Kangiqsualujjuaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Quaqtaq, Tasiujaq et Aupaluk.

DRMG

Conformément à l’article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la région bénéficie d’une direction régionale de médecine générale qui est très active et sur laquelle la régie régionale se fie énormément pour tout ce qui concerne l’organisation de services de première ligne dans la région. La création du DRMG en 2006 a permis plus d’instances de collaboration et de consultation entre les médecins travaillant au Nunavik, ainsi qu’une meilleure structure d’attribution de PREM selon les besoins de chaque établissement.

Organisation des soins de santé physique au Nunavik

Les médecins de famille assurent l'ensemble des soins de santé au Nunavik et en assument l'entière responsabilité : soins d'urgence, garde sur place ou sur appel, cas tertiaires, transferts aériens, hospitalisations, tournées des villages, prises en charge, suivis de bureau, cliniques sans rendez-vous, supervision de certains soins prodigués par les infirmières ou les sages-femmes, médecine à distance par téléphone ou le service de télésanté.

La pratique en est une de groupe (style GMF). Les patients des communautés qui n'ont pas de médecin sur place sont d'emblée assignés au médecin responsable du village, qui assure les visites de suivi, respectant ainsi l'esprit du PL-20. Dans les communautés pourvues de médecins, les patients peuvent dans une certaine mesure choisir eux-mêmes leur médecin de famille parmi les médecins résidents. Dans les 2 plus grandes communautés, la charge de travail comprend, en plus de la prise en charge, l'urgence proprement dite, de nombreux transferts par medevac, la garde et l'hospitalisation. Étant donné sa situation géographique, le Nunavik jouit d'un taux d'assiduité de sa clientèle auprès du groupe de médecins de famille de près de 100 %.

L'objectif visé par le PL-20, pour le Nunavik, est déjà atteint.

Les déplacements entre les différents points de services et les centres de santé sont tous effectués par avion. Les communautés dépourvues de médecins sont assurées de visites médicales régulières, mais les temps de déplacements sont parfois longs. Par exemple, le médecin du CSTU qui visite la communauté de Kangiqsujuaq, située à 463 km de Kuujjuaq, doit effectuer un vol de 4 heures pour s'y rendre, et le médecin devant quitter Puvirnituq pour Kuujjuaraapik (531 km), 5 heures. [2] Les conditions météorologiques souvent difficiles au Nunavik font en sorte que les vols sont régulièrement retardés, voire même annulés, ce qui

[2] http://www.airinuit.com/en/flight-schedule

engendre des retards dans les visites, et diminue parfois le nombre de patients pouvant être vus, affectant ipso facto l'efficacité des médecins.

Puisqu'il n'y a aucun médecin spécialiste au PEM (mis à part 2 postes PRO en psychiatrie, dont un seul étant comblé), la totalité des soins de santé hospitaliers (qu'il s'agisse de soins de première ou de deuxième ligne) est assumée par les médecins de famille, et la tâche répartie entre tous les membres des départements de médecine générale.

Des soins de première ligne sont aussi offerts dans chaque village (24 heures par jour, 7 jours sur 7, donc 365 jours par année) par des infirmières à rôle élargi, lesquelles consultent un médecin sur place ou par téléphone pour toute situation s'avérant hors du cadre des protocoles établis par l'établissement et approuvés par le CMDPSF. Lesdits protocoles sont assortis d'ordonnances collectives qui permettent aux infirmières de traiter les pathologies de base.

Les suivis de grossesse, l'obstétrique et les soins puerpéraux sont actuellement assurés par les sages-femmes dans les villages de Salluit, Puvirnituq, Inukjuak et Kuujjuaq, en étroite collaboration avec les omnipraticiens sur place.

Un des aspects exceptionnels de la médecine au nord demeure le volet transculturel et la sécurisation culturelle des pratiques inuites traditionnelles, qui demandent que les médecins s'adaptent aux pratiques locales, très différentes à plusieurs niveaux. À commencer par le langage : la majorité des personnes âgées de plus de 60 ans et des enfants d'âge pré-scolaire ne parlent ni l'anglais ni le français. Les médecins doivent donc travailler avec des interprètes en inuktitut et doivent inévitablement composer avec des éléments temporels, organisationnels et culturels forts différents du reste du Québec.

Les évacuations médicales urgentes par avion (medevac) sont le lot quotidien de l'équipe médicale. Par exemple, au CSI, pour l'année 2013-2014, 480 medevacs ont été réalisés dont 62 avec présence médicale à bord. (13 %) Étant donné qu'il n'y a pas de médecin libéré pour effectuer un medevac, le médecin désigné pour le faire doit abandonner ses tâches cliniques

du jour et quitter immédiatement, laissant souvent ses collègues aux prises avec un surplus de travail.

Temps Medevac aller-retour avec MD*			
Puvirnituq-Salluit	4 h 00	Kuujjuaq-Kangiqsualujjuaq	3 h 00
Puvirnituq-Ivujivik	3 h 50	Kuujjuaq-Tasiujaq	2 h 30
Puvirnituq-Akulivik	2 h 30	Kuujjuaq-Aupaluk	3 h 00
Puvirnituq-Inukjuak	3 h 00	Kuujjuaq-Kangirsuk	3 h 30
Puvirnituq-Umiujaq	4 h 45	Kuujjuaq-Quaqtaq	4 h 20
Puvirnituq-Kuujjuaraapik	6 h 30	Kuujjuaq-Kangiqsujuaq	6 h 20
Puvirnituq-Kuujjuaq	6 h 30	Kuujjuaq-Donaldson (site minier)	6 h 30

* Le temps de transfert minimal inclus dans ce calcul est de 1 h 30 mais peut être augmenté de façon significative, par exemple :

- polytrauma nécessitant une intubation ou l'insertion d'un drain thoracique sur place;
- accouchement avec complications;
- conditions météorologiques (grand froid);
- transport entre points de services et aéroport souvent non-adapté (motoneige, autobus scolaire, camionnette à plateau de chargement à ciel ouvert);
- etc.

La prise de décision d'évacuer un malade par voie aérienne demande de la finesse, un sens clinique développé, et une préoccupation constante de l'utilisation efficace des fonds publics. L'expérience de la pratique de la médecine en région nordique prend alors une importance toute particulière.

Statut des médecins

En 2002, la création de l'*Entente particulière n^o 32, EP RRSSS Nunavik, SSS Baie James, CSSS Basse Côte-Nord* a créé une nomination à demi-temps en périodes discontinues, ce qui a un important pouvoir de maintien en poste qui subsiste.

Depuis 2006, 15 médecins ont cumulé 7 ans ou plus de service ininterrompu au Nunavik. De ce nombre, 12 ont choisi un poste à temps partiel pendant plus de 4 de ces années.

L'effectif médical actuel du Nunavik consiste en 33 médecins, dont 19 occupent un poste à temps partiel. Seize de ces 33 médecins ont tenu un PREM au Nunavik pendant plus de 5 ans et représentent la plus grande concentration de postes à temps partiel (12), démontrant une fois de plus que le maintien en poste des médecins dans le Nord s'est grandement amélioré en offrant un accès à des postes à temps partiel.

Les particularités de la pratique médicale dans les régions isolées comme le Nunavik (travail à distance avec des infirmières à rôle élargi, travail transculturel, travail avec interprètes, sens clinique à développer dans la prise de décisions d'évacuations médicales [medevac]), font en sorte que le territoire est particulièrement sensible à la rétention de ses médecins de famille. Les nominations à demi-temps en période discontinues favorisent cette rétention. Il est illusoire de croire qu'un médecin s'établira au Nunavik pour toute la durée de sa carrière. Bien que le peuple Inuit soit très accueillant, les étrangers restent toujours des étrangers (impossibilité d'avoir accès à la propriété, pas d'accès à une éducation complète en français ou anglais pour les enfants, éloignement du réseau social, difficulté à s'intégrer au sein de certaines communautés, etc.).

La relation inversement proportionnelle entre le nombre d'années d'expérience dans la région par rapport aux statuts temps plein est un indicateur fiable du pouvoir de rétention qu'offre le statut de temps partiel pour les médecins de famille œuvrant au Nunavik. Parallèlement, cet aspects permet au Nunavimmiuts de bénéficier de médecins ayant des compétences et des connaissances accrues des pratiques et des valeurs inuites.

Télémédecine

Le Nunavik, en conjonction avec RUIS McGill, a installé de l'équipement de télémédecine dans tous les villages afin de limiter le nombre de patients transférés à Montréal. Les services spécialisés les plus demandés sont dans les domaines de la psychiatrie, de la cardiologie, de l'échographie, de la radiologie et de la pédiatrie. L'utilisation de la télémédecine au Nunavik a surpassé celle de toutes les autres régions du Québec.

Services de deuxième ligne

Les centres de santé de la région offrent certains services de deuxième ligne, de la même manière qu'ils sont offerts par RUIS McGill. Différents spécialistes visitent les villages plusieurs fois par année. Toutefois, l'accès aux services médicaux spécialisés reste au mieux difficile (par exemple, il y a eu un manque récemment en matière de visites orthopédiques sur la côte de la baie d'Ungava, rallongeant la liste d'attente – certains Nunavimmiuts doivent attendre plus de trois ans pour diverses chirurgies – augmentant ainsi le nombre de transferts vers des établissements du sud à des coûts très élevés). L'accès à l'imagerie médicale est également problématique avec un temps d'attente pour une simple échographie d'au moins six mois, et pour une IRM, de jusqu'à un an.

Toutefois, lorsque les spécialistes ne sont pas sur le territoire, les médecins de famille prodiguent un certain nombre de services de deuxième ligne (p. ex., hospitalisations psychiatriques, diagnostic et traitement de la tuberculose, etc.). Une quantité considérable de temps est d'ailleurs consacrée aux tâches administratives : consultations téléphoniques, photocopies, numérisation et envoi par télécopie des dossiers et des résultats des examens à des spécialistes situées au sud. Organiser un transfert pour une appendicite peut prendre jusqu'à une heure après le diagnostic : il faut appeler le médecin de garde au centre de référence (et souvent attendre au téléphone pendant plus de cinq minutes), discuter du cas, remplir la documentation requise (medevac, dossier pour le centre de référence, documentation pour

l'équipe de liaison située au sud), appeler l'avion medevac, discuter du cas une fois de plus avec l'infirmier responsable de l'expédition par avion, et finalement, préparer le patient au transfert.

Services de troisième ligne

Le Bureau du réseau de santé RUIS McGill est responsable du développement des relations entre les partenaires institutionnels et les régions associées, particulièrement dans le domaine des services cliniques. Les consultations avec les spécialistes médicaux concernant les services de troisième ligne peuvent être faites au Nunavik, à Montréal, ou par l'entremise des services de télémédecine, mais il est souvent difficile d'y accéder et de les organiser.

Consultations au Nunavik

En 2011-2012, une vingtaine de spécialistes se sont rendus au Nunavik pour offrir des services spécialisés et hautement spécialisés. Les domaines de spécialisation directement traités au Nunavik incluent entre autres la pédiatrie, la gastroentérologie, l'otorhinolaryngologie (oreilles-nez-gorge), l'obstétrique et la gynécologie, la psychiatrie et la pédo-psychiatrie, l'ophtalmologie, la médecine interne, la cardiologie, la rhumatologie, la chirurgie et l'orthopédie.

NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR SPÉCIALITÉ 2012-2015				
SPECIALITÉ	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Pédiatrie	253	497	623	1373
ORL	554	676	335	1565
Gastro	346	420	315	1081
Psychiatrie	194	217	180	591
Chirurgie dentaire	221	172	156	549
Gynécologie	279	218	292	789
Pédo-psychiatrie	156	150	106	412
Ophtalmologie	106	110	124	340
Chirurgie générale	68	94	114	276
Projet diabète (Rétino)	109	107	87	303
Ortho adulte	84	0	78	162
Cardio péd	72	82	35	189
Pneumo.	27	87	34	148
Med. int.	31	34	0	65
Rhumato.	20	42	34	96
Écho obstétricale	0	75	39	114

Ces services de consultations intra régionaux permettent à la population du Nunavik d'avoir accès à des soins spécialisés de proximité, en plus de générer d'importantes économies pour le système de santé.

Consultations à Montréal

Les patients doivent se déplacer vers le sud lorsqu'ils ont besoin d'un soin de santé qui n'est pas offert au Nunavik. Les équipes de liaison supervisent la logistique, s'assurant ainsi que les activités se déroulent efficacement et sans heurts. En 2013-2014[3], 6 316 patients et escortes ont profité de ces services.

[3] Rapport annuel 2011-2012, Centre de santé Inuulitsivik.

LES PRÉOCCUPATIONS AU NUNAVIK

Même si la RRSSSN respecte l'esprit du PL-20, l'organisation des services de médecine de famille au Nunavik est tellement différente d'ailleurs au Québec que nous estimons que la Loi 20 devra être modifiée pour être instaurée au sein de la région, ou qu'on devra en exempter la région.

Nos principales préoccupations sont les suivantes :

Un poste à temps plein au Nunavik consiste en 36 semaines de présence dans la région. Ceci peut sembler être peu de temps, mais nos médecins ont généralement des journées de travail de plus de 9 heures, sont contraints à un système d'appel 24 heures sur 24, ce qui signifie de 2 à 3 périodes de 24 heures de garde par semaine, et travaillent également 1 weekend sur 2. Ceci équivaut à une charge de travail très lourde. Ces conditions de travail, combinées au fait que les personnes en question sont séparées de leur famille et de leur réseau de soutien social habituel lorsqu'en fonction, sont les raisons pour lesquelles un poste à temps plein dans le Nord ne comprend que 36 semaines par année. Ceci étant dit, le PL-20 propose une base annuelle de 42 semaines, ce qui n'est pas compatible avec les conditions de travail de nos médecins à temps plein. Nous croyons que nos médecins à temps plein quitteront la région s'ils sont forcés de travailler plus longtemps dans les mêmes conditions avec lesquelles ils doivent composer présentement.

L'organisation des services médicaux dans nos régions compte donc sur une équipe médicale composée de médecins à temps plein, de médecins à temps partiel et de médecins dépanneurs.

Pour la plupart des médecins, le Nord ne pourra jamais être autre qu'un lieu de travail. Les difficultés d'en faire une résidence permanente sont dues au fait qu'il est impossible :

- d'y investir (biens immobiliers, par exemple);
- d'y éduquer ses enfants;
- pour les conjoints de trouver un travail dans leur champ d'expertise.

Les difficultés de recrutement des médecins permanents et la rétention des professionnels resteront toujours une réalité et une préoccupation constante.

Le recours aux médecins à temps partiel et aux médecins dépanneurs s'est imposé comme un des moyens pour assurer le minimum de services à toutes les communautés de la région. Ces ressources essentielles jouent un rôle critique dans la prestation de soins à notre clientèle. Bien qu'ils ne puissent rester dans les communautés pour autant de semaines que les médecins à temps plein, nous avons remarqué qu'ils ont tendance à rester en poste pendant de nombreuses années. Certains travaillent sur nos territoires sur une base régulière depuis plus de 15 à 25 ans. Par ailleurs, de nombreux médecins à temps partiel et dépanneurs étaient autrefois des médecins à temps plein et peuvent ainsi assurer la continuité des soins, une précieuse expérience clinique et une expertise unique de la région.

Il importe de reconnaître que la couverture médicale de base dans nos régions est en fragile équilibre avec ces différents statuts d'effectifs médicaux.

Le roulement du personnel est constant et le recrutement, continuel (avec une moyenne pondérée des durées d'embauche de 18 mois pour l'ensemble des professionnels de la santé du Nunavik). Il existe des périodes où plusieurs médecins quittent la région en même temps (souvent pour des raisons familiales). Sans un bassin de services de médecins variés, les services d'urgence, de première ligne et de deuxième ligne pourraient être interrompus pendant de longues périodes, mettant ainsi en jeux la sécurité des soins aux patients.

Le PL-20 propose des sanctions contre les médecins qui ne réussiront pas à assurer le suivi exclusif de leur clientèle. Pour nos médecins à demi-temps et dépanneurs, ce sera physiquement impossible (dans le cas des médecins à demi-temps, parce qu'ils doivent passer au minimum 18 semaines dans le Nord, et pour les dépanneurs, parce que la période minimale de dépannage est de 7 jours consécutifs). Ce projet de loi aura pour effet de dégarnir la région de ses médecins dépanneurs et à demi-temps, nous privant ainsi de services essentiels au

maintien de la santé des Nunavimmiuts, mais aussi en les privant des médecins ayant le plus d'expérience auprès d'eux.

CONCLUSION

En résumé, le PL-20 aura un impact plus grand et dommageable sur l'accès et la continuité des soins aux populations des régions nordiques, à l'inverse de ce qui est pressenti pour les régions « du Sud ».

RECOMMANDATION

À cet égard, nous recommandons que le Nunavik soit exempté au moment de l'instauration du projet.