

Avant-propos

Le projet de loi 20 aura un grave impact sur le CCSSSBJ et son personnel médical, et surtout sur la population crie et non-crie de la région 18. Le Conseil d'administration et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CCSSSBJ ont évalué cet enjeu important et comptent défendre les intérêts de la région 18. Des lettres au ministre de la Santé et des Services sociaux ont été écrites et envoyées par la présidente du conseil du CCSSSBJ et la présidente du CMDP. De plus, la préparation de ce mémoire a été mandatée à un comité ad hoc, dont les membres comprennent :

- Darlene Kitty, médecin de famille, hôpital de Chisasibi, présidente du CMDP de la région 18, représentante clinique au Conseil d'administration du CCSSSBJ
- Jill Elaine Torrie, directrice adjointe, Santé publique
- Toby Fainsilber, médecin de famille, CMC de Waswanipi
- Justin Ross, médecin de famille, CMC de Mistissini
- Pierre Lejeune, agent de surveillance, Santé publique
- Carole Laforest, chef du service de médecine, médecin de famille, CMC de Mistissini
- Robert Carlin, médecin et directeur intérimaire, Santé publique
- Anne Foro, directrice de la planification et de la programmation
- Marcellin Gangbè, agent de surveillance, Santé publique

Avec l'aide de :

- Eloi Courchesne, consultant en communications stratégiques (conseils et traduction)
- Katya Petrov, services des communications (mise en page et révision)

Table des matières

Avant-propos	1
Table des matières	2
Résumé	3
1. Introduction	5
2. Les Cris d'Eeyou Istchee	6
2.1 Histoire.....	6
2.2 Défis géographiques	8
2.3 Profil de la population.....	10
3. Contexte politique et légal.....	11
4. Préoccupations du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de la région 18.....	12
5. Les problèmes sociaux et de santé qui touchent la population	13
6. Les soins de santé en Eeyou Istchee	17
7. Impact du projet de loi 20 sur les soins de santé.....	19
7.1 La gestion des maladies chroniques et la médecine préventive deviendront moins prioritaires.....	19
7.2 Le coût des services de santé assurés complémentaires augmentera.....	20
7.3 Les soins culturellement sécuritaires seront compromis	20
8. Les effectifs médicaux de la région 18	21
8.1 Le Département de médecine	21
8.2 Rôles et emplois du temps des médecins de famille.....	21
8.3 La couverture des spécialités demande une attention particulière	22
8.4 Les médecins en santé publique seront touchés.....	23
8.5 On s'attend à une perte de médecins	23
9. Impacts du projet de loi 20 sur les médecins de famille de la région 18.....	24
9.1 Départs de médecins à temps partiel et de médecins dépanneurs	24
9.2 Incidence sur les médecins à temps plein	24
9.3 Réduction de la flexibilité dans le champ d'exercice.....	24
9.4 Les liens avec les établissements universitaires seront compromis.....	25
9.5 Baisse de l'attrait de travailler dans la région 18.....	25
9.6 Chute considérable du recrutement et de la rétention.....	26
9.7 Moins d'expérience et une plus grande rotation du personnel nuiront aux soins..	27
9.8 Baisse du nombre de médecins jusqu'à atteindre un nombre non viable	27
9.9 Les médecins de famille et les soins de santé primaires au Québec en péril.....	27
10. Conclusion	29

Résumé

- a. La nation crie est un peuple autochtone qui compte plus de 18 000 personnes, dont la majorité vivent dans les neuf communautés d'Eeyou Istchee (Baie James), une région éloignée du nord du Québec (indiquée sur la figure 1) d'environ 350 000 kilomètres carrés, soit les deux tiers de la France. Les distances sont grandes, le climat est rude et les prix sont élevés. Les Cris font face à de graves problèmes de santé et sociaux, dont des taux élevés de diabète et de maladies respiratoires, des logements surpeuplés et des tensions sociales connexes.
- b. Le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) est une institution unique de gouvernance autochtone en matière de santé et de services sociaux. Il a été créé conformément à l'article 14 de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois de 1975 (CBJNQ), un traité protégé par la Loi constitutionnelle de 1982. Le Conseil Cri de la santé est la seule institution de santé et de services sociaux au Québec régi par sa propre loi, la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.
- c. Les Cris ont des droits spéciaux issus de traités en matière de santé et de services sociaux en vertu de la CBJNQ. L'article 14 exige explicitement que Québec reconnaisse et prenne en compte les difficultés exceptionnelles liées à la prestation de soins de santé et de services sociaux dans le Nord. Cet engagement requiert l'application de mesures visant à faciliter le recrutement et la rétention de personnel en garantissant des conditions de travail et des avantages suffisamment attrayants pour encourager le personnel de l'extérieur de la région 18 à y accepter des postes pour des périodes prolongées.
- d. En 2005 et de nouveau en 2012, le Conseil Cri de la santé a conclu un accord avec Québec pour résoudre certaines questions concernant l'article 14 de la CBJNQ. Cet accord demande que le plan stratégique régional du Conseil soit mis en place et prévoit un cadre de financement pluriannuel pour y arriver. Ce plan stratégique met l'emphasis sur la prestation de soins de première ligne, dont la médecine familiale, et de services sociaux dans les communautés cries.
- e. Les facteurs culturels, géographiques, politiques et juridiques propres à Eeyou Istchee et au CCSSSBJ sont cruciaux pour comprendre comment la santé et les services sociaux doivent être organisés et dispensés. Puisque l'état de santé des Cris est l'un des pires au Québec, nos médecins de famille et les autres membres du personnel dispensent des soins accessibles et de haute qualité à la population de la région qui visent à améliorer les choses dans ce contexte.
- f. Le Conseil Cri de la santé fait face à d'énormes défis en ce qui a trait au recrutement et à la rétention de personnel médical qualifié dans les communautés cries. Ces défis comprennent un roulement élevé du personnel, dû en grande partie aux difficiles conditions nordiques, à l'isolement et à la distance.
- g. Malgré ces défis, le Conseil Cri de la santé a fait d'importants progrès ces dernières années en matière de recrutement et de rétention des médecins grâce à l'offre d'une combinaison de postes à temps plein, à temps partiel et temporaires. Cela a permis l'amélioration des services de première ligne dans les communautés cries.
- h. Le CCSSSBJ et le CMDP de la région 18 s'opposent au projet de loi 20 dans sa forme actuelle, puisque cette loi ferait disparaître ces gains. Bien que destiné à améliorer l'accès à la

médecine familiale, le projet de loi 20 aurait l'effet inverse dans la région 18. Ses exigences en matière de nombre minimum de cas et de semaines de travail ne prennent pas en compte les défis particuliers de la région 18, qui dépend sur un grand nombre de médecins à temps partiel et temporaires, dont certains proviennent de l'extérieur du Québec.

- i. Le projet de loi 20 va inciter de nombreux médecins à quitter la région 18, réduisant ainsi l'accès aux médecins de famille. Un tel résultat est inacceptable dans une région éloignée comme Eeyou Istchee qui est déjà confrontée à de graves défis liés à la fois aux conditions de santé et au recrutement et à la rétention des médecins. En outre, l'envoi de patients cris vers le Sud, à un coût beaucoup plus élevé, deviendra nécessaire pour des services qui ne seront plus disponibles dans les communautés cries.
- j. Des mesures ayant de tels effets néfastes iraient à l'encontre des obligations conventionnelles de Québec envers les Cris selon l'article 14 de la CBJNQ. Elles seraient également incompatibles avec les engagements pris par Québec dans l'accord Cris-Québec sur la santé de 2012. Compte tenu de ces effets, Québec a l'obligation constitutionnelle de consulter et d'accommoder les Cris concernant les mesures proposées par le projet de loi 20. Aucune consultation de ce genre n'a eu lieu.
- k. Le Conseil Cri de la santé souhaite trouver des solutions à ces problèmes. Il est prêt à discuter d'amendements au projet de loi 20 qui refléteront les réalités du Nord, corrigeront le manque de personnel médical dans la région 18, et respecteront les droits des Cris en vertu de la CBJNQ. En l'absence de telles solutions, la région 18 et les médecins qui y travaillent devraient être exclus de l'application de la loi 20.

1. Introduction

La nation Eeyou d'Eeyou Istchee, sous la direction de Tsheymendo, s'engage à développer des communautés responsables et saines de manière à produire :

- des individus équilibrés du point de vue émotionnel, spirituel, mental et physique;
- des familles qui vivent en harmonie et contribuent à des communautés saines;
- des communautés qui se soutiennent et qui sont réceptives et responsables;
- un environnement qui continuera de générer des ressources traditionnelles.

Cela est dans le contexte d'un gouvernement national Eeyou fort qui exerce une autorité et un contrôle complets sur la prestation de soins de santé et de services sociaux inter-agences de qualité, complets et intégrés, qui promeut le développement des ressources humaines criées et qui applique les ressources adéquates pour répondre à nos besoins en insistant sur les valeurs criées de respect, d'honnêteté, d'amour, de bienveillance et de partage¹.

Le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) a compétence en vertu de l'article 14 de la CBJNQ sur les soins de santé et les services sociaux dans la région 18. Il dessert une population de près de 17 000 résidents criés, et une petite minorité de non-Criés, dans neuf communautés isolées. Ses installations comprennent l'hôpital régional de Chisasibi et neuf centres Miyupimaatisiun communautaires (CMC, similaires aux CLSC).

Les interventions des professionnels de la santé visent à traiter des problèmes qui sont significativement pires qu'ailleurs, comme le diabète, l'obésité, l'hypertension et les problèmes de santé mentale, comme indiqué dans la section décrivant l'état de santé et les problèmes sociaux. Les problèmes de santé et sociaux des autochtones sont malheureusement plus fréquents que dans la population canadienne en général, nécessitant une approche de soins culturellement sécuritaires.²³

Les soins médicaux sont dispensés par une équipe de médecins de famille et de spécialistes, en collaboration avec des infirmières et d'autres membres de l'équipe de soins de santé. Compte tenu de notre organisation et de la structure des services médicaux ici, nous savons que le projet de loi 20 aura des répercussions graves et néfastes sur notre capacité à fournir des services médicaux, et cela aura une incidence sur l'accès et la qualité des soins.

Le récent dépôt du projet de loi 20 a suscité de graves préoccupations au Conseil d'administration du CCSSSBJ et au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de la région de 18 parce que ses exigences mèneront à une perte importante et inacceptable de médecins de famille pour notre région. Les impacts du projet de loi 20 sur les soins de santé, les effectifs médicaux et, en particulier, sur les médecins de famille sont détaillés ici afin que notre situation, nos réalités et nos défis puissent être pris en considération dans le contexte du dépôt du projet de loi 20 et l'élaboration de ses règlements. Le CCSSSBJ et le CMDP de la région 18 s'opposent au projet de loi 20 sous sa forme actuelle. Une exemption ou des ajustements sont demandés afin que nous puissions continuer à dispenser des soins accessibles et de qualité.

¹ CCSSSBJ. *Guide pour les intervenants et les usagers des services "Miyupimaatisiun services", désigné dans la présente par Code d'Éthiques*. Approuvé par le Conseil d'administration, 19 mars 2009. Consulté le 16 mars 2015 à : http://www.creehealth.org/sites/default/files/Code%20of%20Ethics_0.pdf

² http://www.nccah-ccnsa.ca/368/Cultural_Safety_in_Healthcare.nccah.

³ Kitty, D. 2014. *Indigenous Cultures and Health In Canada: A Primer For Rural Physicians And Health Care Professionals* (Chapter 1.3.4). In *WONCA Rural Medical Education Guidebook, Section 1.3 Gender and Cultural Considerations in Rural Practice*. Consulté le 8 septembre 2014 à : <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/RuralPractice/ruralguidebook.aspx>

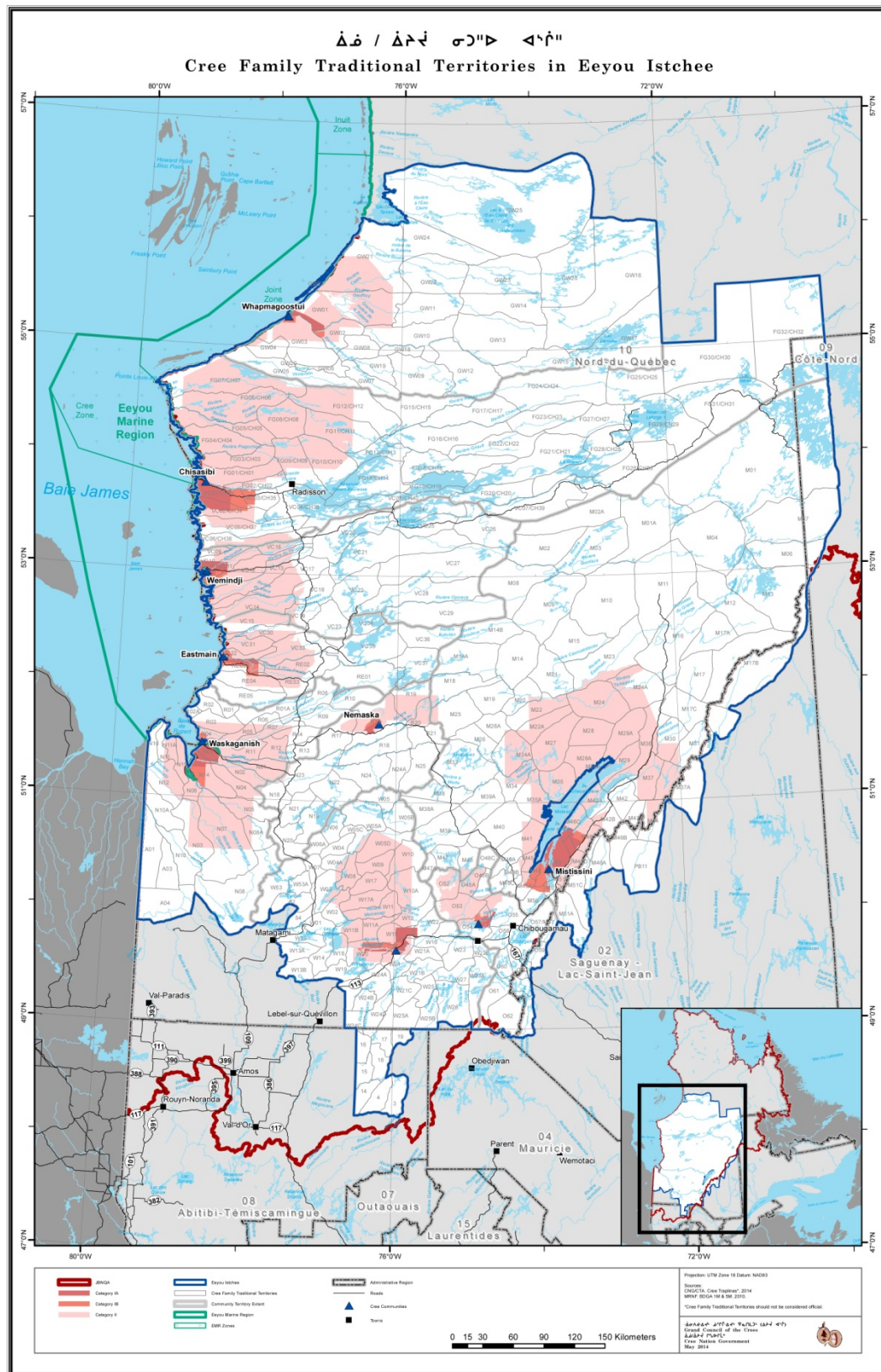
2. Les Cris d'Eeyou Istchee

2.1 Histoire

Appelé Eeyou Istchee en cri («la terre du peuple»), le territoire cri de la Baie James est habité depuis plus de 5000 ans, et les ancêtres immédiats des Cris d'aujourd'hui occupent ce territoire depuis les deux derniers millénaires⁴, subvenant aux besoins de leurs familles grâce à la chasse, la pêche et le trappage. Dès que des intérêts industriels se sont mis à viser les terres de la région pour l'exploitation minière, le développement hydroélectrique et la foresterie, la plupart des familles crie ont dû - du jour au lendemain - cesser de vivre neuf mois par année sur les territoires qu'ils contrôlaient pour passer à un mode de vie sédentaire dans des réserves à l'allure de banlieues. Cette intrusion rapide du Sud a modifié profondément les structures sociales qui déterminent la santé des Cris au point que ces derniers présentent de nos jours des indicateurs de santé moins favorables que leurs congénères du Québec.

⁴ Girard R et coll. 2012. Les Cris d'Eeyou Istchee avant le XVII^e siècle. In, Histoire du Nord-du-Québec. Québec : Presses de l'Université Laval, pp. 101-139.

Figure 1. Le territoire d'Eeyou Istchee



2.2 Défis géographiques

Le territoire d'Eeyou Istchee couvre les principaux bassins versants du Nord du Québec orientés vers la Baie James et le sud-est de la Baie d'Hudson. Ses 450 000 kilomètres carrés compris entre les 49e et 55e parallèles constituent le territoire traditionnel cri reconnu par la Convention de la Baie James et du Nord du Québec. Cette convention est protégée par la Constitution. De nos jours, ce territoire est administré par le Gouvernement de la nation cri (Terres de catégorie II) et le gouvernement régional nouvellement créé d'Eeyou Istchee Baie James (Terres de catégorie III). Le gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James est sous le contrôle conjoint des administrations cri et jamésienne. De plus, 9 Premières Nations crie et quatre municipalités jamésiennes disposent de juridictions locales. Avec le Nunavik, cette région constitue la région administrative 10 du Québec. Il y a deux régions sociosanitaires québécoises en Eeyou Istchee : la région 10 (Nord-du-Québec) et la région 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James). Le territoire de la région 18 est défini par les terres de catégorie I et II des neuf communautés crie situées à l'intérieur des limites de la vaste région sociosanitaire 10.

Toutes les communautés sont accessibles par la route, sauf Whapmagoostui, sur la côte de la baie d'Hudson, qui n'a pas d'accès routier, mais est accessible par avion et, quatre mois de l'année, par la mer.

Table 1. Population des communautés crie et distance des établissements de référence

Communauté	Population (mi-2014)	Distance (km)		
		LG** ou Chib†	Val d'Or	Montréal
Whapmagoostui (vol)	934 Crie (+800 Inuits)	214 via LG	796 (vol)	1,124 (vol)
Chisasibi	4,391	97 via LG	934	1,466
Wemindji	1,452	158 via LG	862	1,394
Eastmain	747	n/d	700	1,232
Nemaska	794	n/d	641	1,033
Waskaganish	2,242	n/d	598	1,130
Waswanipi	1,811	135 via Chib	270	820
Oujé-Bougoumou	818	47 via Chib	402	732
Mistissini	3,618	90 via Chib	495	795

*Toutes les communautés sont accessibles par la route sauf Whapmagoostui.

** aéroport de La Grande †Chibougamau n/d ces communautés n'utilisent pas les aéroports de LG ou Chib pour le transfert des patients

Les hôpitaux de référence sont situés à Chibougamau, Val-d'Or et Montréal. Chaque communauté est desservie par Air Creebec via Chibougamau, Val-d'Or et Montréal. Air Inuit relie également Whapmagoostui, La Grande et Montréal. La prestation de soins de santé et de services sociaux est circonscrite par cette géographie et les grandes distances entre les points de services.

Lorsque les patients sont transférés vers un centre de référence, que ce soit en urgence, pour une condition qui peut se développer rapidement ou de façon routinière, afin d'être vu par un spécialiste, subir une intervention chirurgicale, faire des tests diagnostiques ou pour toute autre raison, le médecin traitant et l'équipe de soins doivent prendre en considération les facteurs

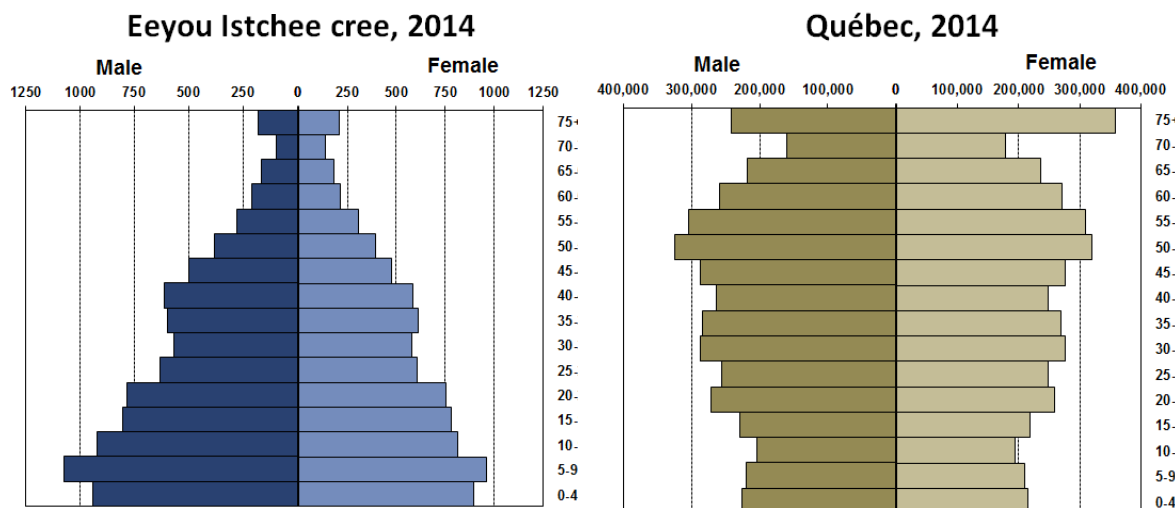
temps, distance et mode de transport (vols réguliers, transport terrestre, ou évacuation sanitaire par avion).

2.3 Profil de la population

À la mi-2014, la population officielle de bénéficiaires Cris de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois résidant en Eeyou Istchee était de 16 807 personnes, dont près de 60 % habitaient les cinq collectivités côtières et un peu plus de 40 % les quatre communautés de l'intérieur. Jusqu'à 2014, le taux moyen de croissance sur cinq ans de la population de bénéficiaires était de 2,22 % par année. Un garçon né en Eeyou Istchee entre 2009 et 2013 peut espérer vivre jusqu'à 76,4 ans (Québec, 80 ans). Pour les filles, l'espérance de vie est de 78,3 ans (Québec, 84 ans). L'espérance de vie des femmes a diminué par rapport aux périodes précédentes. Les hommes cris continuent à être plus nombreux que les femmes cries.

La population Crie est jeune et, en général, comparable à la population des Premières Nations du Canada ⁵. Les personnes âgées de 0 à 14 ans constituent 30,5 % de la population autochtone de la région ⁶, tandis que celles de 65 ans et plus représentent 5,8 % (Québec, 15,9 % chacun). Dans les communautés d'Eeyou Istchee, environ 50 % de la population est âgée de moins de 25 ans et le niveau d'enseignement de ceux qui ne vont plus à l'école est faible. Cela signifie qu'il y a un ratio très élevé de personnes qui sont dépendants comparativement aux autres adultes (90,1 %), et que les opportunités sont limitées pour une fraction importante de la population qui aurait dû devenir indépendante, mais qui ne possède pas l'éducation ou la formation nécessaire. Ce profil démographique a beaucoup à voir avec les enjeux sociaux qu'on retrouve dans les communautés.

Figure 2. Profil de la population des Cris d'Eeyou Istchee



Note: La sous-déclaration des 0-4 ans dans la liste des bénéficiaires a été corrigée en utilisant les données des naissances du MSSS.

Sources: -MSSS, Banque de données des bénéficiaires de la CBJNQ, 1 juillet 2014

-MSSS, projections de la population produite par l'ISQ, janvier 2010

⁵ <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-eng.cfm>

⁶ En raison de l'inscription tardive des enfants âgés de 0 à 3 ans, cette proportion pourrait en fait être plus proche de 33 %.

3. Contexte politique et légal

La *Convention de la Baie-James et du Nord québécois* (CBJNQ) de 1975 et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, chapitre S-5, constituent ensemble le cadre juridique du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ).

Conformément à l'article 14 de la CBJNQ, le CCSSSBJ est responsable de l'administration de la santé et des services sociaux sur les terres de catégorie I et II d'Eeyou Istchee, Baie-James, Québec (région 18). En vertu des accords Cris-Québec sur la santé de 2005 et 2012, le CCSSSBJ s'acquitte de cette responsabilité conformément à son plan stratégique régional, sa vision et ses orientations. Le CCSSSBJ priorise les besoins de la population en fonction de son état de santé et offre des services en conséquence.

En ce qui a trait aux questions d'ordre clinique, le conseil d'administration de la CCSSSBJ reçoit les conseils des représentants cliniques qui siègent au conseil ainsi que ceux du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CCSSSBJ. L'impact du projet de loi 20, dans sa forme actuelle, a été expliqué au conseil d'administration lors d'une réunion spéciale, le 30 Janvier 2015.

Par conséquent, le CCSSSBJ entend défendre au mieux les intérêts des Cris, à protéger les ressources en soins de santé et soutenir les médecins de famille qui travaillent en Eeyou Istchee (région 18). Les Cris ont des droits spéciaux en matière de santé et de services sociaux en vertu de la CBJNQ. L'article 14 exige explicitement que Québec reconnaisse et prenne en compte les difficultés exceptionnelles liées à la fourniture de soins de santé et de services sociaux dans le Nord. Cet engagement nécessite la mise en place de mesures qui visent à faciliter le recrutement et la rétention du personnel en assurant des conditions de travail et des avantages suffisamment attrayants pour encourager le personnel de l'extérieur de la région 18 à y accepter des postes pour des périodes prolongées.

En 2005 et de nouveau en 2012, le Conseil cri de la santé a conclu une entente avec Québec afin de résoudre certaines questions concernant l'article 14 de la CBJNQ. Cet accord nécessite la mise en œuvre du Plan stratégique régional du Conseil d'administration et prévoit un cadre de financement pluriannuel pour le réaliser. Ce plan stratégique se concentre sur la prestation de services de première ligne, dont la médecine de famille, et de services sociaux dans les communautés cries.

Toute mesure ayant de tels effets néfastes irait à l'encontre des obligations de Québec envers les Cris selon l'article 14 de la CBJNQ. Elle serait également incompatible avec les engagements de Québec contenus dans l'accord Cris-Québec sur la santé de 2012. Compte tenu de ces effets, Québec a une obligation constitutionnelle de consulter et d'accommoder les Cris concernant les mesures proposées par le projet de loi 20. Aucune consultation de ce genre n'a eu lieu.

4. Préoccupations du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de la région 18

Le CMDP du CCSSSBJ, dans l'exercice de ses fonctions, doit prendre en compte la nécessité de fournir des services adéquats aux bénéficiaires Cris et aux résidents non-Cris, la structure organisationnelle et les ressources de l'institution.

Par conséquent, afin de se conformer à ses obligations juridiques, telles que stipulées dans la Loi ainsi que dans ses statuts, de régir la qualité des soins et des services offerts à la population desservie par ses membres, le CMDP, par le biais de son Comité exécutif, doit examiner et répondre aux graves préoccupations soulevées par le projet de loi 20. Le résultat de l'examen du Comité exécutif de l'impact du projet de loi 20 a été présenté au conseil d'administration lors d'une réunion spéciale le 30 Janvier 2015.

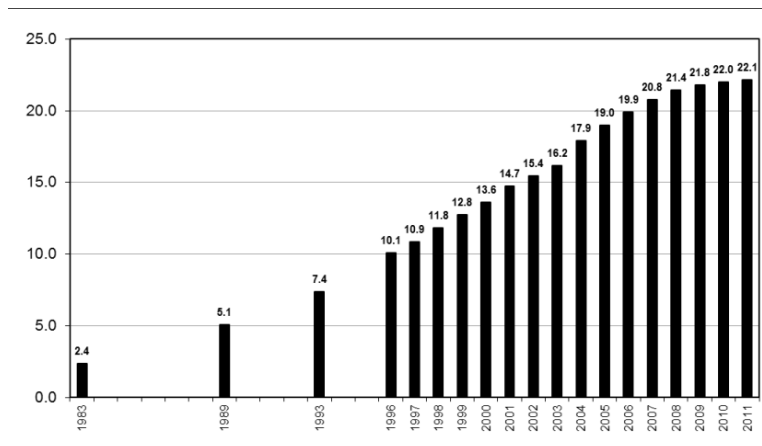
L'impact du projet de loi 20 sur les services médicaux dans la Région 18 a été présenté à l'assemblée générale ordinaire du CMDP qui a eu lieu le 3 mars 2015. Suite à cette discussion, les membres du CMDP se sont opposés à l'unanimité, par résolution, au projet de loi 20 dans sa forme actuelle. La résolution demandait aussi qu'on envoie une lettre au ministre de la Santé et des Services sociaux pour exprimer les préoccupations du CMDP et demander une exemption, ainsi que pour plaider en faveur de la préservation des services médicaux à la population vivant dans la région 18. Le conseil d'administration du CCSSSBJ et le CMDP se sont entendus pour préparer ce mémoire qui sera présenté à la Commission parlementaire de la santé et des services sociaux.

5. Les problèmes sociaux et de santé qui touchent la population

À part quelques exceptions, tels que les taux de cancer et de vaccination, l'état de santé de la population crie ne se compare pas de façon avantageuse à celle du Québec. Ces différences créent une pression accrue sur le système de santé en général et sur les médecins de famille qui ont la responsabilité de d'offrir les soins, tout en rendant la prestation de ces soins plus complexes. La mauvaise santé de la population se traduit par des demandes de services cliniques pour, en particulier : le diabète et d'autres maladies chroniques, des problèmes de dépendance, et des traumatismes (y compris les expériences des écoles résidentielles) et les séquelles psychologiques qui leur sont associées. Des tensions sociales existent aujourd'hui dans une population qui était auparavant homogène et financièrement pauvre, mais qui doit maintenant composer avec l'accroissement des inégalités sociales et économiques.

L'évolution de l'état de santé des Cris, et son déclin actuel dans certains de ses aspects, fait partie des transformations qui se sont produites en Eeyou Istchee en l'espace de deux générations à peine et qui se manifestent maintenant en tendances populationnelles et en individus suivis par des médecins de famille. Les taux de diabète ont doublé tous les dix ans depuis les années 80, et en 2011 les taux bruts avaient atteint 22,1 %. En 2008-2009, le taux standardisé était 3,4 fois plus élevé que celui du Québec. Entre 2009 et 2013, le taux de mortalité chez les Cris dû aux maladies endocriniennes et métaboliques était 2,3 fois plus élevé que celui du Québec. Une certaine variation régionale existe : on remarque des taux plus élevés de diabète dans les communautés crie qui sont plus proches des villes du Sud.

Figure 3. Prévalence brute (en %) du diabète chez les Cris âgés de 20 ans et plus, Eeyou Istchee, 1983-2011



Note : les taux de 1983, 1989 et 1993 ont été initialement rapportés pour les 15 ans et plus. Les taux présentés ont été ajustés pour les 20 ans+.

Sources : - les données de 1983 Thuez *et al.* (1990).

- les données de 1989 de Brassard *et al.* (1993).

- les données de 1993 Véronneau et Robinson (1993).

- 1996 à 2011 : SIDC, extraction du 2012-05-18 + de multiples rapports de correction

- MSSS, Banque de données des bénéficiaires de CJBNO, estimations pour le 31 décembre de chacune des années

En 2012, le taux brut de natalité chez les Cris était le double de celui du Québec, et l'indice synthétique de fécondité jusqu'en 2012 était presque le double. Le diabète ajoute un grand degré de complexité aux soins prénataux dans la région. En 1981, 1 % des femmes enceintes avaient le diabète, mais en 2011 cela avait grimpé à 14,8 %. Le diabète gestationnel est passé de 12,8 % des grossesses en 1999, à 27,5 % en 2010 et 2011. Une des conséquences est que plus

de 40 % des grossesses exigent que le médecin de famille traite aussi le diabète dans le cadre des soins à la mère.

Tableau 2 : Maladies chroniques et facteurs de risque

Item	Valeur région 18	Valeur Québec	Source
Syndrome métabolique			
Diabète (prévalence)	28,4 % ⁷	7,6 %	Plante et coll. 2012. <i>Surveillance of Diabetes in Eeyou Istchee (taux ajustés selon l'âge)</i>
Traitements pour dialyse et pré-dialyse (nombre d'épisodes pour l'hôpital de Chisasibi seulement)	2964	ND	CBH, <i>Annual Report 2011-2012</i>
Taux ajusté de mortalité – Appareil circulatoire, 2005-2008	207 par 100 000 personnes	192 par 100 000 personnes	INSPQ. 2011, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Appareil respiratoire			
Taux ajusté de mortalité – Appareil respiratoire, 2005-2008	119* par 100 000 personnes	64 par 100 000 personnes	INSPQ. 2011, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Tabagisme, 12 ans et +, 2003	45,7 %*	25,9 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Appareil ostéoarticulaire			
Arthrite ou rhumatisme, 12 ans et +, 2003	6,5 %*	14,0 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Maux de dos autres que la fibromyalgie et l'arthrite, 12 ans et +, 2003	10,4 %*	16,9 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Santé mentale			
Population ne se percevant pas en bonne santé mentale, 12 ans et +, 2003	8,1 %*	3,6 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année, 12 ans et +, 2003	28,4 %*	16,7 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Données pour une seule des communautés de la région 18⁸			
Abus de substances : alcool, marijuana ou cocaïne	42,4 %		Dossiers médicaux : 2009-2011
Trouble mental	36,5 %		Dossiers médicaux : 2009-2011

⁷ * : différence significative avec le Québec

⁸ Ces données, du fait qu'elles concernent une seule communauté de la région, ne sont pas comparées aux données de la province.

Le défi posé par le diabète en est un à très long terme. En 2011, les cliniques travaillaient avec 2096 cas diagnostiqués, auxquels s'ajoutent à peu près 100 nouveaux cas par année. En 2011, 11 % des personnes atteintes de diabète avait été diagnostiquées plus de vingt ans auparavant, ce qui les rend maintenant à risque de nouvelles complications. L'âge moyen des personnes atteintes de diabète n'était que de 51,5, et l'âge au diagnostic n'était plus que de 39,8 ans, tandis qu'il était de 48 ans en 1989. Des tests d'hémoglobine glyquée en 2010 et 2011 ont montré qu'un tiers des personnes atteintes de diabète avaient réussi à maintenir leur niveau de contrôle, un autre tiers avaient un niveau élevé, et le dernier tiers avaient un niveau très élevé (> 9,0 %).

Tableau 3 : Hospitalisations, 2006-2009

Item	Valeur région 18	Valeur Québec
	Taux pour 10 000 personnes	Taux annuel moyen ajusté
Cancer	55	61
Maladies digestives	203 (+ ⁹)	81
Traumatismes	123 (+)	63
Maladies cardiovasculaires	257 (+)	120
Système musculo-squelettique	76 (+)	37
Maladies respiratoires	250 (+)	77
Maladies génito-urinaires	88 (+)	42
Toutes les causes	1 780 (+)	792

Source : INSPQ 2011, Portrait de santé du Québec et de ses régions 2013

La complication la plus fréquente chez les Cris atteints de diabète est la maladie rénale : environ la moitié de tous les patients atteints de diabète ont une maladie rénale et les patients atteints de diabète constituent environ la moitié de tous les patients qui ont une maladie rénale dans la région. En novembre 2014, les médecins de famille de la région s'occupaient de 293 patients dans le programme de pré-dialyse. Ils soignaient également 53 patients hémodialysés et 5 patients en dialyse péritonéale, en plus de 19 patients hémodialysés à Chibougamau mais qui continuaient à vivre dans leurs communautés.

Le diabète aggrave également les taux d'autres maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires (MCV). Désormais la deuxième cause de mortalité chez les hommes, les hospitalisations pour maladies cardiovasculaires étaient 2,1 fois le taux (normalisé) du Québec jusqu'en 2013, et presque le double du taux jusqu'en 2003.

La prise en charge des problèmes de dépendance, accompagnés des traumatismes et des séquelles psychosociales qui leur sont associés, est très exigeante pour les médecins de famille parce que les cas sont souvent très complexes et que les programmes intégrés de soutien sont toujours en cours d'élaboration. Il y a deux problèmes de dépendance : l'utilisation démographique et problématique d'alcool et de drogues. La moitié de la population est âgée de moins de 25 ans. Un bébé sur cinq naît d'une mère adolescente. Un faible niveau d'éducation est un des facteurs concomitants. En clinique, ce faible niveau d'éducation signifie que 37,9 % des mères possèdent moins que 11 ans de scolarité (7,5 % pour le Québec), ce qui est considéré comme un facteur de risque pour la santé maternelle et infantile.

⁹ +: regional value is significantly higher than that in the rest of Quebec, p-value at 0.01.

La consommation problématique d'alcool et de drogues est fortement reliée aux hospitalisations des jeunes femmes pour automutilation. Durant la période allant jusqu'à 2013, les taux (normalisés) étaient 4,2 fois plus élevés qu'au Québec, et étaient en progression. De même, dans la période allant jusqu'à 2013, les hospitalisations dus à des cas d'agression étaient 14 fois plus élevées qu'au Québec, ayant doublées en dix ans. Il faut savoir que, puisque le CCSSSBJ n'a pas de dossiers administratifs électroniques sauf à l'hôpital de Chisasibi, ces taux ne reflètent que les cas les plus graves, ceux nécessitant le transfert vers des services de 2e et 3e ligne, tandis que la majorité des cas sont traités dans les cliniques locales sans rendez-vous par les médecins de famille eux-mêmes.

Les nouvelles tensions sociales au sein d'une communauté qui connaît une évolution rapide se reflètent sous différentes formes en clinique. Elles sont notamment à l'origine de l'observation bien connue, mais encore mal documentée, qu'une grande partie du travail clinique consiste à traiter des problèmes sous-jacents de santé mentale. Les services de protection de la jeunesse interviennent auprès d'un grand nombre d'enfants. En 2012-13, la DPJ a traité 1827 cas et en a retenu 74 %. Cette même année, un total de 697 enfants étaient en attente d'évaluation; 544 d'entre eux parce qu'ils étaient dans des situations de négligence familiale. Dans une étude de 506 adultes en 2007-2008, 57 % d'entre eux avaient des antécédents de dépression, 51 % d'anxiété, 31 % de comportements violents, et 17 % de tentatives de suicide. De ce groupe, 47 % ont déclaré avoir subi de la violence physique et 30 % ont déclaré avoir été abusés sexuellement au cours de leur vie. Ces problèmes sous-jacents ont fréquemment un impact sur les soins cliniques aux patients en Eeyou Istchee.

6. Les soins de santé en Eeyou Istchee

Les services médicaux sont principalement dispensés par les médecins de famille qui travaillent à l'hôpital régional de 29 lits de Chisasibi, et dans les centres Miyupimaatisiun communautaires¹⁰ (CMC) qu'on retrouve dans chaque communauté.

Les CMC offrent les mêmes services que les CLSC ailleurs au Québec, en plus de services dentaires, d'une pharmacie, et de services assurés supplémentaires. Dans les cliniques communautaires et à l'hôpital de Chisasibi, les patients ont accès à des services sans rendez-vous, que ce soit pour des soins aigus, des soins urgents ou la prise en charge de conditions qui peuvent évoluer rapidement et qui souvent impliquent des enjeux sociaux. Les services d'urgence pré-hospitaliers sont assurés par des équipes de premiers répondants dans chaque communauté et le personnel médical répond aux problèmes de sécurité publique tels que les accidents majeurs et les feux de forêts, plus souvent que ne le font les équipes médicales dans le Sud.

L'hôpital de Chisasibi est un établissement de 29 lits, dont 22 lits de soins de courte durée (y compris deux lits de pédiatrie et d'hébergement) et sept lits pour les soins de longue durée, qui ont un taux d'occupation de 68%¹¹. L'hôpital offre hémodialyse, radiologie numérique, un laboratoire et une pharmacie, et on est en train d'y installer des services de télésanté. Le CMC de Mistissini opère en tant qu'hôpital de jour, avec un service d'hémodialyse et un laboratoire; des services de télésanté et de radiologie y sont en phase de démarrage.

Quand un patient a besoin de services secondaires ou tertiaires qui ne sont pas disponibles dans la région, il voyage par voie routière, par vol régulier (si de routine ou moins urgent) ou par MEDIVAC (si l'état est urgent ou risque de se développer rapidement) vers un de ces centres au Sud.

Des corridors de services ont été établis avec Val-d'Or, Chibougamau et Montréal, selon le service secondaire ou tertiaire requis. Nos médecins de famille respectent ces corridors et visent à retenir les services requis à l'un des établissements de référence désignés, tout en tenant compte de l'état de santé du patient, du degré d'urgence et des procédures, tests diagnostiques et traitements requis.

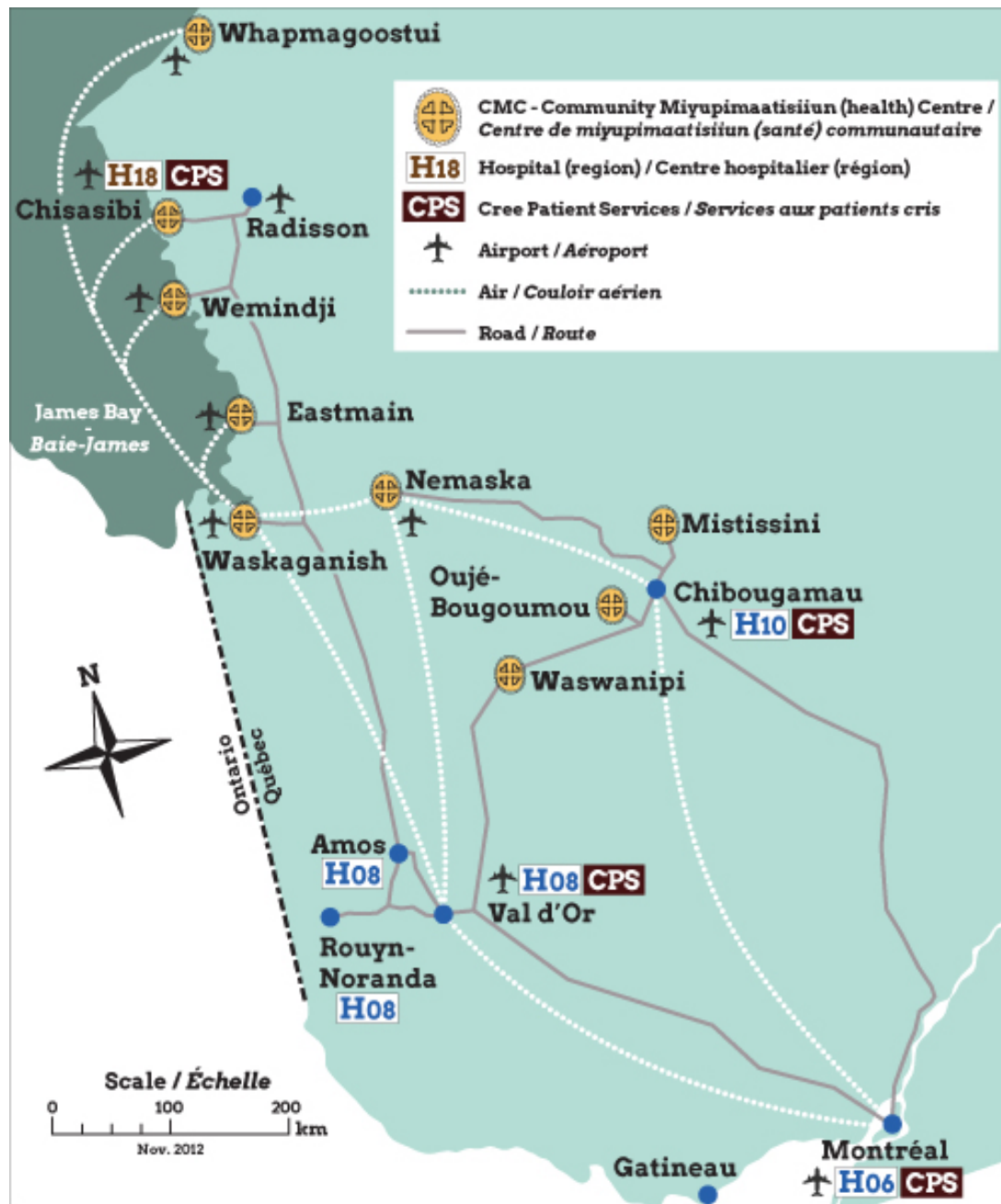
Établissements de référence:

1. Hôpital de Chibougamau - établissement de soins primaires, reçoit des transferts de Waswanipi, Mistissini, Oujé-Bougoumou, et parfois Nemaska
2. Hôpital de Val-d'Or - établissement de soins secondaires, reçoit des transferts des villages côtiers et de Nemaska, ainsi que l'hôpital de Chibougamau
3. Hôpitaux de Montréal - établissements de soins tertiaires (HGM, HRV, HME, Sainte-Justine), reçoivent des transferts de toutes les communautés crie et des centres de soins secondaires

¹⁰ Miyupimaatisiium fait référence à : avoir une santé physique, spirituelle et mentale qui permet d'avoir la force et l'habileté pour réaliser les tâches quotidiennes, apprécier les bénéfices de la terre et avoir de bonnes relations avec la famille proche et élargie ainsi qu'avec ses amis.

¹¹ Un des lits est en permanence occupé par un patient en soins de répit.

Figure 4. Carte de la région 18, les communautés cries, les cliniques du CCSSBJ et les établissements de référence



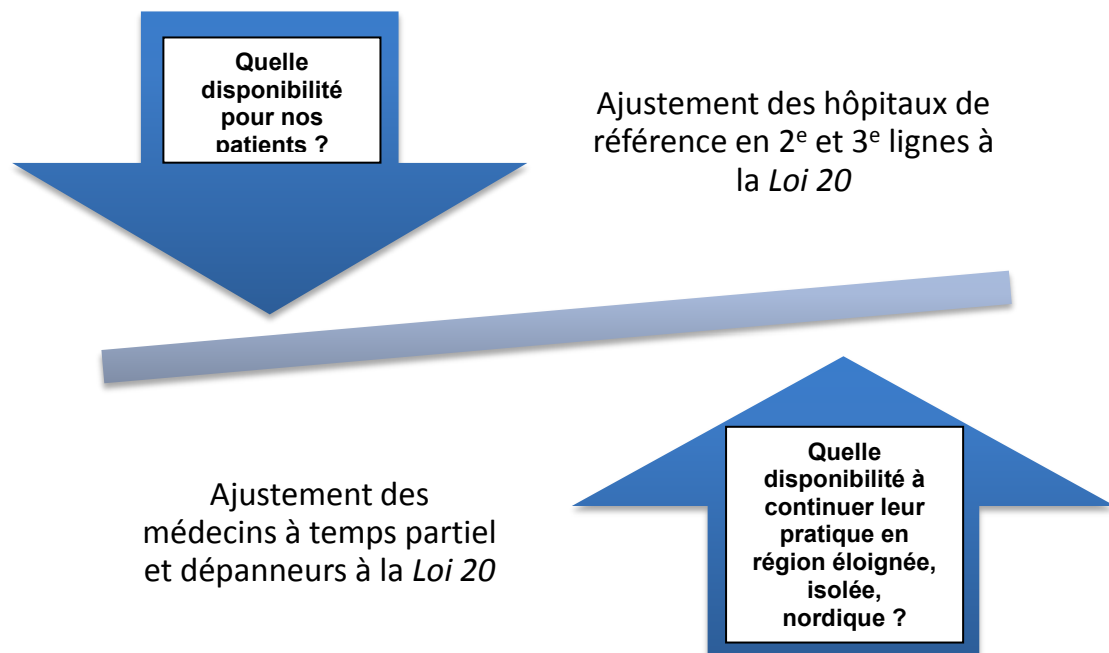
Des spécialistes itinérants viennent dans la région 18 pour voir des patients en consultation ou en suivi et, dépendant de la spécialité, pour faire des interventions mineures. Ils peuvent prendre des dispositions pour des tests diagnostiques qui ne sont pas disponibles dans la région 18, des chirurgies et des rendez-vous de suivi dans les centres secondaires ou tertiaires.

7. Impact du projet de loi 20 sur les soins de santé

Dans la région 18, on s'attend à ce que le projet de loi 20 ait un impact direct sur les soins aux patients puisqu'il y aura réduction des services non urgents, en particulier pour les maladies chroniques et les soins préventifs (voir la section suivante). La perte de médecins de famille est également très probable (ce sujet est plus amplement abordé dans la dernière section). On s'attend à ce que la région 18 souffre aussi indirectement, à cause de l'impact de la loi sur les établissements de soins secondaires et tertiaires qui forment nos corridors de services.

Tel que mentionné dans une correspondance adressée au MSSS, la couverture médicale de base de la région sociosanitaire 18 est en équilibre fragile¹². Le présent graphique illustre la pression double qu'exercerait l'application de la loi 20 sur cet équilibre déjà fragile. D'une part, pour les hôpitaux qui reçoivent une clientèle en provenance de notre région, on peut présumer que leur propre ajustement à la loi 20 amènerait les médecins à opter pour des patients moins complexes, permettant ainsi d'augmenter le nombre de leur panel. D'autre part, les médecins dépanneurs et les médecins à temps-partiel chercheraient à pratiquer dans des milieux qui comportent moins de contraintes; contraintes qui, ici, concernent à la fois les caractéristiques géophysiques de notre région et les exigences de la loi 20.

Figure 5. Impact de la loi 20 sur le corridor de services des régions éloignées, isolées, nordiques



7.1 La gestion des maladies chroniques et la médecine préventive deviendront moins prioritaires

Si moins de médecins travaillent dans la région 18, nous devons assurer la couverture des services essentiels (clinique sans rendez-vous, urgences, soins hospitaliers et hémodialyse) de façon prioritaire. La gestion des maladies chroniques et la médecine préventive seraient

¹² Boulanger, N. et Marcoux, L. (2015). Correspondance administrative no X au Dr Groulx : Analyse des implications de la Loi 20 pour les régions nordiques et isolées (pp. 3). Québec : DRAMU région 17 et DMSA, DRAMU région 18.

considérablement réduites, voire éliminées de l'emploi du temps du médecin parce que les médecins qui restent dans la région devront alors assurer par eux-mêmes la couverture de tous les services essentiels. Cela aura un impact néfaste sur la prise en charge de patients atteints de diabète, des grossesses à haut risque, d'autres conditions médicales et des problèmes de santé mentale, qui nécessitent une surveillance étroite du traitement et pour prévenir les complications. Ce suivi longitudinal de patients isolés et vulnérables deviendra impossible en région 18.

7.2 Le coût des services de santé assurés complémentaires augmentera

Un aspect important des soins de santé pour les Cris est couvert par des accords conclus avec le MSSS et Québec concernant les services de santé non assurés. Cela comprend les médicaments, le transport médical, les soins de la vue, les prothèses auditives, les soins dentaires et le rapatriement du défunt. Notamment, le transport médical et les médicaments représentent les coûts les plus élevés, tout comme l'hébergement et les accompagnateurs pour les patients qui se rendent « dans le Sud » pour leurs rendez-vous médicaux. Les médecins de famille prescrivent la plupart de ces services de santé non assurés et reconnaissent que c'est un programme coûteux. Cependant, étant donné que la population augmente, que la santé et les problèmes sociaux ne sont pas en voie de s'améliorer et que certaines dépenses, comme les MEDIVAC, sont inévitables, ces coûts vont continuer à augmenter. Si le projet de loi 20 est adopté, la perte anticipée de médecins, les répercussions sur les soins de santé dans la région 18 et l'augmentation des besoins en soins secondaires et tertiaires pourraient entraîner une hausse des coûts.

7.3 Les soins culturellement sécuritaires seront compromis

Un des aspects exceptionnels de la pratique médicale en Eeyou Istchee est la composante interculturelle et les défis inhérents à la prestation de soins de santé à la population crie. Les médecins de famille et les autres professionnels de la santé travaillant dans la région 18 et ailleurs doivent apprendre et prodiguer des soins culturellement sécuritaires, qui encouragent les patient autochtones à prendre part activement à leurs propres soins et qui tiennent compte du contexte historique, politique et social de leur vie, famille et communauté. Les médecins de famille et l'équipe de soins doivent avoir une appréciation du contexte de vie et des traditions crie afin de prodiguer des soins culturellement sécuritaires et efficaces¹³.

Tout d'abord, la langue crie est la langue maternelle de 90 % des résidents de la région, non seulement Cris, et c'est la langue utilisée dans 86,7 % des foyers. La plupart des personnes de plus de 60 ans et les enfants trop jeunes pour l'école ne parlent ni l'anglais, ni le français. De plus, chez ceux qui parlent anglais ou français comme langue seconde, les compétences varient. Les médecins de famille doivent travailler avec un interprète cri ou apprendre un peu de cri afin de communiquer avec ces patients. Ils doivent également composer avec de grandes différences temporelles, organisationnelles et culturelles comparé au reste du Québec. D'autre part, la culture cri fournit un complément essentiel aux soins chez nos patients crie.

Plus précisément, l'expérience et l'engagement de nos médecins de famille et leur intérêt pour la santé autochtone a contribué à bâtir notre équipe médicale et nos efforts de rétention, ainsi qu'à répondre aux besoins de la population crie qui a le pire état de santé au Québec. Cette expertise sera certainement perdue si les médecins de famille quittent la région, comme expliqué ci-dessous.

¹³ NAHO/ONSA. 2008. *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*. Ottawa: Author

8. Les effectifs médicaux de la région 18

8.1 Le Département de médecine

Le département de médecine générale et spécialisée a la responsabilité d'offrir aux usagers un service constant de qualité qui se traduit par la mise en place de services médicaux intégrés continus, culturellement sécuritaires, efficaces et accessibles à toute la population avec une présence médicale dans les communautés (points de services) qui répond aux besoins. Le département privilégie une philosophie qui fait appel à la polyvalence de chaque médecin de famille et spécialiste, lesquels doivent continuer, par leurs différentes expertises à répondre aux besoins de la population.

Nous espérons préserver cette diversité de connaissances et de compétences, y compris les pratiques culturellement sécuritaires. Les paragraphes suivants décrivent les différents aspects du travail des médecins de famille, ainsi que l'impact du projet de loi 20 sur la motivation professionnelle et personnelle, et surtout, sur l'accès et la qualité des soins à nos patients, leurs familles et aux communautés de la région 18.

8.2 Rôles et emplois du temps des médecins de famille

Les médecins de famille sont responsables de la prestation des soins de santé dans les neuf communautés crie et sont les seuls à fournir :

1. Des soins d'urgence
2. La couverture de garde - sur place et par téléphone (pour les communautés sans médecin)
3. Des évacuations médicales - transferts vers les établissements primaires, secondaires et tertiaires, par avion ou ambulance terrestre
4. Les hospitalisations et les soins aux patients hospitalisés à Chisasibi
5. L'hémodialyse - à Chisasibi et à Mistissini, en collaboration avec l'équipe de néphrologie de l'HGM
6. Des cliniques externes, y compris en santé communautaire (CLSC/CMC), et des cliniques sans rendez-vous
7. Des soins à domicile
8. Des soins palliatifs
9. Des discussions de cas et de traitement en collaboration avec les infirmières
 - a) Sur place (en présence du médecin)
 - b) Autre communauté - les soins aux patients des communautés sans médecin sont assurés par les médecins de Chisasibi et de Mistissini sur appel
10. L'enseignement aux étudiants en médecine et aux résidents en médecine familiale
11. De la recherche pour améliorer les conditions de vie du peuple cri.

Des soins de première ligne sont disponibles dans chaque communauté 24 heures par jour, 7 jours par semaine, 365 jours par année. Chaque communauté possède un chef adjoint en médecine familiale qui est responsable d'établir l'horaire des médecins permanents et dépanneurs de façon à accommoder les besoins et les soins médicaux des patients. Cela comprend la gestion des maladies chroniques, les soins prénataux, les soins bébé-en-santé et enfant-en-santé, la santé mentale, les soins aux jeunes et les urgences. Les médecins partagent la couverture des patients à la façon d'un "GMF", ce qui contribue à améliorer l'accès aux soins. Nos médecins de famille mettent l'emphasis sur la prise en charge des patients dans leur ensemble, afin de traiter leurs nombreux problèmes physiques et psychosociaux. Les médecins

qui travaillent sur le territoire supervisent les soins prodigués par des infirmières à rôle élargi, dont l'étendu de la pratique est régi par notre guide thérapeutique et nos ordonnances collectives, que les infirmières consultent pour traiter les cas simples, qu'elles peuvent aussi discuter avec le médecin au besoin.

Les soins d'urgence sont accordés la plus haute priorité, quand il y a une pénurie de médecins de famille dans la communauté et sur le territoire. L'hôpital de Chisasibi requiert au moins cinq médecins pour faire fonctionner la salle d'urgence, les soins hospitaliers et l'hémodialyse, alors que la clinique de Mistissini a besoin d'au moins quatre médecins pour la salle d'urgence et l'hémodialyse. Il y a deux médecins sur appel en tout temps à Chisasibi et à Mistissini, les deux plus grandes communautés. Une pénurie de médecins mène à la fermeture immédiate des cliniques de diabète et de santé mentale dans les CMC/CLSC des communautés, ne laisse aucune couverture médicale dans les petites collectivités et réduit la quantité et la qualité de l'enseignement aux étudiants et résidents.

Il a fallu de nombreuses années de recrutement stratégique actif pour embaucher des médecins de famille et ces efforts ont contribué à bâtir notre équipe médicale. Cependant, on peut s'attendre à ce que le projet de loi 20 et ses exigences aient un impact néfaste sur notre main-d'œuvre médicale actuelle. Cela provoquera probablement une grave pénurie de médecins de famille, ce qui mènera à une réduction de l'accès et de la qualité des soins pour les patients atteints de maladies aiguës et chroniques, et nuira au recrutement et à la recherche.

8.3 La couverture des spécialités demande une attention particulière

Comme il n'y a pas de « plan d'effectifs médicaux en spécialité » (PEMS), sauf pour un poste de psychiatre et deux postes en santé communautaire affectés à la région 18, nous sommes préoccupés par la couverture des spécialités. Depuis quelques années, la couverture des spécialités est considérablement réduite et c'est une situation très difficile à résoudre.

Certains spécialistes viennent visiter les communautés crie une à quatre fois par année, pour faire des consultations, dispenser des soins cliniques et faire le suivi de nos patients. Ces spécialistes offrent également collaboration et conseils à nos médecins de famille, en personne ou par téléphone. Dans le cadre de leur collaboration avec les spécialistes, nos médecins de famille aident à coordonner leurs consultations, dispensent des soins connexes et effectuent du travail administratif et des appels téléphoniques, ce qui est nécessaire mais prend beaucoup de temps.

Pendant les périodes où certains spécialistes sont absents du territoire, certains services de deuxième et de troisième ligne sont assurés par des médecins de famille, dans une certaine mesure, tels que la gestion des patients psychiatriques (adultes et pédiatriques), les soins aux patients hospitalisés, les traumatismes et la surveillance des patients en hémodialyse, les soins prénataux à risque élevé, la gestion du diabète complexe, la médecine interne et la gériatrie.

Récemment, on a commencé à développer des services de télésanté, ce qui pourrait éventuellement contribuer à réduire le besoin d'envoyer les patients vers le Sud. Cependant, il est nécessaire actuellement d'accroître les effectifs médicaux, c'est à dire les médecins de famille, afin de pouvoir coordonner les soins spécialisés au moyen d'une approche intégrée et concertée en suivant les corridors de services. Pour les spécialistes qui dispensent des soins aux patients des communautés crie, on doit porter attention au besoin de servir en moins de deux heures les patients qui nécessitent des soins d'urgence, comme l'exige le projet de loi 20. Car cela n'est pas possible compte tenu du temps requis pour transférer les patients par voie

terrestre ou ambulance aérienne vers un hôpital du Sud. En outre, si le projet de loi 20 est adopté dans sa forme actuelle, la façon dont le travail des spécialistes dans le Sud se répercutera sur cet aspect de leur pratique affectera également leur capacité à fournir des soins spécialisés dans la région 18.

8.4 Les médecins en santé publique seront touchés

Certains de nos médecins de famille à temps partiel travaillent également en santé publique aux côtés de deux spécialistes en santé communautaire. Leur expérience de travail en Eeyou Istchee à titre de médecins en soins primaires aide à adapter nos programmes et services de santé publique à l'organisation clinique particulière et aux réalités culturelles de la région. Ils contribuent à un travail en santé publique qui :

- Veille à ce que qu'on fasse la promotion de la culture et des aliments traditionnels
- Fournit la surveillance nécessaire afin d'assurer que l'eau demeure potable
- Encourage l'activité physique
- Organise et dispense des programmes de vaccination, et
- Réalise de nombreuses autres activités cliniques de prévention et de promotion de la santé.

Ils sont impliqués dans la recherche sur des soins préventifs adaptés à la culture et gèrent des crises de santé publique. La région 18 a déjà été touchée par le projet de loi 10 en dépit d'en être «exempté». Un service de santé publique ne peut pas travailler dans l'isolement et, par conséquent, se doit de collaborer à l'échelle régionale et locale, mais aussi avec des partenaires provinciaux. Quelle influence le réseau de santé publique du Québec peut-il exercer sur des enjeux comme le tabac lorsque les ressources humaines et financières s'effritent? Les défis de notre région exigent une approche et un réseau de santé publique forts et dynamiques. Le projet de loi 20 risque de limiter encore davantage le recrutement de ressources à temps partiel en santé publique dans une région où le recrutement et la rétention des médecins ayant les qualifications nécessaires ont toujours été un défi.

8.5 On s'attend à une perte de médecins

Présentement, 140 médecins de famille viennent dans la région 18 pour servir notre population. De ce nombre, 21 sont à temps plein, 28 sont à temps partiel et 91 font du dépannage (médecins de remplacement) ¹⁴. Plusieurs des médecins à temps partiel sont d'anciens médecins à temps plein qui ne pouvaient pas continuer à pratiquer à temps plein, pour des raisons qui seront expliquées dans la section suivante. Plusieurs médecins dépanneurs travaillent dans une seule communauté, mais certains travaillent dans deux ou plusieurs communautés. Les médecins dépanneurs contribuent 250-300 semaines de travail dans la région 18, nous aidant ainsi à assurer les services médicaux indispensables dans les communautés.

Malgré le fait que notre équipe médicale se soit stabilisée au cours de la dernière année, nous prévoyons que nous allons perdre des médecins de famille et des spécialistes si le projet de loi 20 est adopté dans sa forme actuelle. L'accès en temps opportun aux soins sera compromis si des médecins de famille quittent la région. La grande portée actuelle de la pratique familiale deviendra plus limitée, au profit du sans rendez-vous et des urgences. Par conséquent, d'autres services moins urgents, tels que le travail clinique en CMC/CLSC, ne seront potentiellement plus offerts.

¹⁴ Department of Medical Services and Affairs; 2015 Master Professional File

9. Impacts du projet de loi 20 sur les médecins de famille de la région 18

Depuis le dépôt du projet de loi 20, le département de médecine ainsi que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens en étudient les exigences et les implications et nous constatons que ces dernières auront un effet sur notre personnel, sur la composition de notre équipe médicale, de même que sur le champ d'exercice de nos médecins. Les points suivants décrivent nos préoccupations à la lumière des réalités propres et uniques à la région 18, particulièrement en matière de prestation des soins aux patients.

9.1 Départs de médecins à temps partiel et de médecins dépanneurs

Des médecins permanents, à temps plein et à temps partiel, travaillent dans la région 18, en plus de médecins dépanneurs parce qu'ils choisissent un modèle de pratique qui leur permet de concilier leurs préférences professionnelles, leurs emplois du temps et leur vie privée. Plusieurs de nos médecins à temps partiel et médecins dépanneurs travaillent également en milieu hospitalier, en clinique et en salle d'urgence dans le sud du Québec. De même, certains de ces médecins vivent et travaillent dans d'autres provinces. L'adoption du projet de loi 20 forcera des médecins du Québec à travailler à l'extérieur de la région 18 afin d'atteindre leurs quotas de patients et leur nombre minimum de semaines travaillées. Les médecins en provenance d'autres provinces seront vraisemblablement incapables de s'engager à travailler au Québec et ne reviendront donc pas dans la région 18 pour des raisons professionnelles et personnelles.

Comme la majorité de notre effectif médical (119/140 au total, soit 85%) se compose de médecins à temps partiel et de médecins dépanneurs, ceci représente la plus grande préoccupation du CMDP. Si nous perdons ces médecins, la prestation des services médicaux sera grandement réduite.

9.2 Incidence sur les médecins à temps plein

Le départ de médecins à temps partiel et de médecins dépanneurs augmentera considérablement la charge de travail des médecins qui resteront, particulièrement les médecins à temps plein qui s'acquittent également d'autres responsabilités qui vont au-delà de la prestation des soins cliniques. Les services médicaux de base nécessaires seront offerts, mais d'autres soins non urgents (mais nécessaires) ne pourront l'être. Notre effectif médical à temps plein pourrait également décider de quitter la région 18 pour des raisons familiales, comme prendre soin de leurs parents vieillissants ou permettre à leurs enfants de fréquenter une école dans le Sud. Conséquemment, si le projet de loi 20 est mis en œuvre dans la région 18, nous envisageons également le départ de certains médecins à temps plein.

9.3 Réduction de la flexibilité dans le champ d'exercice

La région 18 permet aux médecins de famille d'exercer leur profession dans presque tous les aspects de la médecine familiale, et ce, dans une région culturellement unique et confrontée à des défis particuliers. Nos médecins s'engagent dans cet environnement de travail stimulant, tout en conservant une flexibilité quant à leurs emplois du temps. Le recrutement de médecins dans les communautés rurales et isolées de la région 18 est fondé sur l'intérêt que portent ces médecins à l'égard des soins de santé auprès des populations autochtones, de l'exercice de la médecine dans le Nord et de la flexibilité professionnelle. La mise en place de règles et règlements qui imposent des quotas de patients et un nombre minimum de semaines travaillées par année mettra immédiatement en péril le recrutement de médecins qui choisissent d'exercer leur profession au sein des communautés crie parce que cet environnement correspond à leurs

préférences. Les exigences proposées dans le projet de loi 20 ne correspondent pas à la variété et au modèle de services de santé que nos médecins préfèrent et que nos patients des communautés crie apprécient.

9.4 Les liens avec les établissements universitaires seront compromis

Plusieurs médecins de famille travaillant dans la région 18 participent à des activités universitaires, tant en recherche qu'en enseignement de la médecine. Des étudiants en médecine ainsi que des résidents en médecine familiale viennent séjourner à Chisasibi, Mistissini ainsi que dans trois plus petites communautés pour y faire des stages cliniques et en apprendre davantage sur la santé et les enjeux sociaux des milieux autochtones. Leur participation à ces stages nous aide également à les recruter plus tard dans leur carrière pour qu'ils viennent travailler dans la région 18 à titre de médecins de famille. Si le projet de loi 20 est mis en œuvre dans la région 18, moins de temps pourra être consacré à l'enseignement ce qui pourrait avoir des effets néfastes, comme le départ de médecins, et réduire nos activités d'enseignement. Nos partenariats avec les départements de médecine, les programmes de résidence et d'autres organismes de santé seraient conséquemment en péril.

9.5 Baisse de l'attrait de travailler dans la région 18

Exercer sa profession en région éloignée et isolée, comme c'est le cas dans la région 18, offre plusieurs défis personnels et notre effectif médical consent à faire de nombreux sacrifices personnels pour travailler dans notre région. Certaines des réalités auxquelles sont confrontées les médecins qui vivent et travaillent dans la région 18 sont décrites ci-dessous :

- Nos médecins ressentent souvent l'isolement de leurs parents, enfants, famille immédiate et élargie. Ce sentiment est atténué par la possibilité de retourner dans le Sud entre les périodes de travail. L'isolement est certainement un des facteurs que certains médecins considèrent longuement lorsqu'ils décident de travailler à temps partiel ou en dépannage plutôt que de travailler à temps plein.
- Des facteurs géographiques, tels la distance et le climat, peuvent avoir une incidence sur l'endroit et la période pendant laquelle un médecin choisit de travailler dans la région.
- Un style de vie et une préférence pour les activités et loisirs en plein air ainsi que pour la culture crie sont des aspects qui rendent le travail dans la région 18 attrayant.
- Le CCSSSBJ fournit un logement aux médecins à temps plein et à temps partiel, car ces derniers ne peuvent devenir propriétaire d'une maison et s'établir de façon permanente avec leur famille au sein d'une communauté crie n'étant pas eux-mêmes bénéficiaires cris.
- Certains médecins sont incapables d'être accompagnés de leur conjoint ou conjointe en raison du nombre limité de possibilités d'emploi pour leur partenaire, parce qu'ils prévoient fonder une famille ou parce que leurs enfants fréquentent une école dans le Sud.
- Certains médecins travaillent dans la région 18 tandis que leur conjoint ou conjointe habite dans le sud du Québec et s'occupe de leurs enfants qui y fréquentent une école.
- Certains médecins ayant de très jeunes enfants habitent et travaillent dans la région jusqu'à ce que leurs enfants soient en âge d'entrer à la maternelle.
- Les médecins ont recours à des services essentiels, tant personnels que professionnels, pour eux-mêmes et leur famille, comme leur propre médecin de famille, médecin spécialiste, dentiste (puisque les non-Cris n'ont pas accès à des services dentaires), comptables ou autres qui ne leur sont pas offerts dans le Nord.

Bien que nos médecins reconnaissent l'attrait de travailler dans la région 18 pour les diverses raisons mentionnées plus haut, les avantages doivent être pondérés par ces réalités. La flexibilité et la liberté d'établir l'équilibre qui leur convient entre leur travail et leurs responsabilités personnelles sont très appréciées de nos médecins de famille et favorisent grandement la rétention à long terme. Ceci nous permet de mettre en place une équipe médicale constituée de plusieurs médecins de famille qui acquièrent ou qui possèdent déjà une grande expérience de travail dans nos communautés crie et qui s'engagent à offrir les meilleurs soins possible à leurs patients.

Si le projet de loi 20 est mis en œuvre, le poids des facteurs personnels que doivent soupeser nos médecins de famille avant de décider de s'engager à venir exercer leur profession dans la région sera encore plus important. Leurs besoins personnels et familiaux seront évidemment leur priorité. Malgré la satisfaction que leur procure le travail qu'ils font au sein des communautés crie, la plupart d'entre eux pourraient ultimement réduire le temps passé dans cette région ou simplement quitter la région.

9.6 Chute considérable du recrutement et de la rétention

Plusieurs des membres de notre effectif médical ont été recrutés pour travailler dans la région 18 après y avoir fait un stage clinique à titre d'étudiant en médecine ou de résident. Actuellement, nos activités d'enseignement se concentrent à Chisasibi, Mistissini, Waswanipi et Whapmagoostui. Les possibilités de formation pour ces stagiaires en médecine sont incluses dans les horaires des médecins de sorte que, durant leur stage, ils travaillent aux côtés des médecins et deviennent des membres actifs de l'équipe de soins de santé. La flexibilité et les nombreux aspects de la médecine familiale auxquels ils sont exposés dans nos communautés encouragent les stagiaires à revenir plus tard durant leur carrière. Ils sont également bienvenus dans la communauté et conséquemment apprécient la culture et le style de vie qui prévaut en Eeyou Istchee.

Les étudiants en médecine apprécient leur expérience clinique dans notre région et certains choisissent une résidence en médecine familiale. Certains résidents en médecine familiale reviennent pour travailler à titre de médecins permanents ou de médecins dépanneurs. Toutefois, les obligations strictes du projet de loi 20 dissuaderont les étudiants à devenir médecins de famille et encourageront vraisemblablement plusieurs d'entre eux à faire une résidence en médecine familiale pour ensuite aller travailler dans une autre province. Les résidents en médecine familiale actuellement en formation au Québec choisiront peut-être de quitter la province une fois leur résidence terminée. Conséquemment, cet important bassin d'éventuelles recrues diminuera de façon importante, ce à quoi s'ajoutera la perte anticipée de médecins à temps partiel et de médecins dépanneurs dans notre région.

Le maintien des médecins de famille travaillant dans la région 18 est évidemment essentiel au maintien des services médicaux. Toutefois, comme mentionné plus haut, si le projet de loi 20 est mis en œuvre, ces médecins réduiront leur charge de travail ou même cesseront de travailler au sein de nos communautés pour des raisons familiales ou autres (p. ex., pour avoir des enfants/fonder une famille, prendre soin de parents vieillissants, l'approche du départ pour la retraite, les préférences de recherche, etc.). L'augmentation de la charge de travail, le nombre de semaines requis, la moins grande flexibilité et le champ d'exercice réduit décourageront les médecins à rester dans la région 18, ce qui mènera inévitablement à une baisse dans la continuité, la qualité et l'accessibilité des soins.

9.7 Moins d'expérience et une plus grande rotation du personnel nuiront aux soins

Les médecins à temps partiel ainsi que les médecins dépanneurs réguliers acquièrent des connaissances et une expertise lorsqu'ils exercent leur profession dans des régions éloignées et isolées; les patients et les stagiaires en médecine en profitent et la présence de ces médecins renforce la collégialité de l'équipe médicale. L'expérience acquise devient cruciale en cas d'urgence et la connaissance intime des ressources particulières de la communauté en matière de soins cliniques et d'évacuations médicales peut s'avérer une question de vie ou de mort. La durée du séjour de travail et la stabilité de notre effectif médical sont deux facteurs qui contribuent de manière positive à améliorer la prestation des soins dans la région 18. Plus un médecin passe de temps dans la région 18, plus il est conscient des limites des ressources et plus il comprend les pathologies complexes des patients de cette région.

Si le projet de loi 20 est mis en œuvre dans la région 18 et si nous perdons conséquemment une partie de notre effectif médical, des médecins possédant peu ou pas d'expérience en milieu rural ou éloigné pourraient venir travailler dans notre région ce qui pourrait bien nuire aux patients lors d'une urgence ou même lors de la prestation de soins non urgents.

9.8 Baisse du nombre de médecins jusqu'à atteindre un nombre non viable

Récemment, nous avons noté une augmentation importante du nombre de médecins, et ce, en raison de nos efforts de recrutement et de rétention. Malgré cela, nous devons tout de même utiliser plusieurs stratégies de recrutement parce que le roulement des médecins perdure. Notre personnel médical a augmenté de façon importante ce qui nous aide évidemment à répondre aux besoins d'un plus grand nombre de patients.

Personnel médical staffing

Année	Temps plein	Temps partiel	Dépanneurs
2011	11	7	81
2015	21	28	91

Si nous perdons des médecins, particulièrement nos médecins à temps partiel et nos médecins dépanneurs, les services actuellement offerts diminueront parce que nous serons cruellement en manque d'effectif; une situation que nous avons vécue dans le passé et de laquelle nous tentions encore récemment de nous remettre. Le CCSSSJ sait déjà qu'il va perdre un médecin à temps partiel permanent qui déménagera et exercera sa profession dans une autre province. En 2001, presque au même moment, quatre médecins de famille permanents ont quitté Chisasibi pour diverses raisons, ce qui a mené à la fermeture de notre service d'obstétrique, puisqu'à l'époque le service de médecine dépendait exclusivement des médecins dépanneurs. La perte d'un médecin, ne serait-ce que pour un jour ou une semaine, se traduit nécessairement par une baisse importante dans la prestation des soins cliniques durant cette période. La santé de nos nombreux patients vulnérables risque de se détériorer parce que nous serons dans l'impossibilité d'offrir des soins de santé qui répondent aux besoins de la population.

9.9 Les médecins de famille et les soins de santé primaires au Québec en péril

Au Québec, comme au Canada, les médecins de famille constituent le fondement de notre système de soins de santé et ils doivent être reconnus pour les différents rôles qu'ils assument dans l'exercice de leur profession. Le fardeau de l'accessibilité aux soins de santé ne doit pas reposer uniquement sur les épaules des médecins de famille et médecins spécialistes, mais doit

également être partagé avec le MSSS et Québec. D'autres moyens non coercitifs, comme l'investissement dans la télémédecine, la promotion de la santé, la formation d'un nombre accru de médecins et la mise en œuvre de stratégies collaboratives et multidisciplinaires particulières à chaque région doivent être considérés pour accroître l'accessibilité aux soins.

Nous partageons les préoccupations de ces médecins de famille à l'égard de la perte de médecins, d'autonomie, de champ d'exercice et des autres enjeux connexes mentionnés plus haut. En tant que participants essentiels à la viabilité des soins de santé primaires et à la coordination des services offerts par les médecins spécialistes, les hôpitaux, les services d'imagerie diagnostique et le personnel paraprofessionnel, les médecins de famille méritent d'être respectés. Le manque de considération à l'égard des médecins de famille dans le cadre du projet de loi 20 nous mènera vraisemblablement vers un système de soins de santé plus fragile que jamais ce qui nuira à la qualité des soins offerts.

10. Conclusion

Le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de la région 18 sont gravement préoccupés par le projet de loi 20 tel que déposé et par les conséquences graves qu'il pourrait avoir sur cette région s'il est mis en œuvre tel quel. Plusieurs enjeux importants ont été présentés dans ce mémoire dans le but de mettre en garde la Commission contre les impacts spécifiques et répandus sur les services de santé et les effectifs médicaux qui pourraient survenir.

Tout d'abord, Eeyou Istchee, en tant que région et nation distinctes et éloignées, doit être considérée dans le contexte de la CBJNQ, des accords sur la santé et du plan stratégique régional du CCSSSJ. Toute mesure ayant des effets néfastes serait contraire aux obligations conventionnelles du Québec envers les Cris telles que stipulées dans le chapitre 14 de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. De telles mesures seraient également incompatibles avec les engagements du Québec dans l'accord Cris-Québec sur la santé de 2012.

Puisque les problèmes de santé et sociaux qui affectent les Cris affichent d'importantes disparités par rapport à la population générale du Québec, l'accès et la qualité des soins primaires dans la région 18 doivent être préservés et améliorés. C'est présentement le cas, et des services intégrés sont en cours d'élaboration. Notre équipe médicale travaille en collaboration avec d'autres professionnels de la santé en vue de leur mise en œuvre intégrale. La loi 20 fera reculer de plusieurs années les efforts de planification et de mise en œuvre de ces programmes, de même que la mise sur pied de notre équipe médicale, qui n'a commencé que récemment à être capable de répondre aux besoins en soins de santé d'Eeyou Istchee. La loi 20 conduira probablement aussi à une augmentation des coûts de la santé, notamment les coûts des services de santé non assurés.

Les obligations du projet de loi 20 telles qu'elles sont actuellement présentées auront de graves répercussions sur notre main-d'œuvre médicale, en particulier nos médecins de famille, ce qui conduira à une « rechute » dans nos efforts de recrutement et de rétention. Cela entraînera des réductions significatives des effectifs médicaux au fur et à mesure que les médecins quitteront la région, ce qui aura un impact sur la formation médicale des étudiants et des résidents, le travail administratif et le travail clinique. Plus important encore, l'accès et la qualité des soins aux patients en souffriront.

En outre, l'autonomie, l'étendue de la pratique, les choix de carrière et la vie personnelle des médecins de famille dans la région 18 et dans le reste du Québec sont menacés. Ce sont ces facteurs qui déterminent l'engagement, la diversité et le calibre des médecins de famille qui travaillent dans cette région. Cet équilibre entre médecins de famille à temps plein, à temps partiel et dépanneurs et nos spécialistes itinérants permet d'offrir les soins les meilleurs et les plus sûrs aux patients de la région 18. Bien que destiné à améliorer l'accès à la médecine familiale, le projet de loi 20 aurait l'effet inverse dans la région 18. Ses exigences en matière de nombre minimum de cas et de semaines de travail ne prennent pas en compte les défis particuliers de la région 18, qui dépend d'un grand nombre de médecins à temps partiel et temporaires, dont certains proviennent de l'extérieur du Québec.

Le Conseil cri de la santé souhaite trouver des solutions à ces problèmes. Nous sommes prêts à discuter d'amendements au projet de loi 20 qui refléteront les réalités du Nord, corrigeront le manque de personnel médical dans la région 18, et respecteront les droits des Cris en vertu de la CBJNQ. En l'absence de telles solutions, la région 18 et les médecins qui y travaillent devraient être exclus de l'application de la loi 20.