

S2A1
C64
2006/07
3, 2
QL
P.ouv.

Commission parlementaire
des Affaires sociales
pour

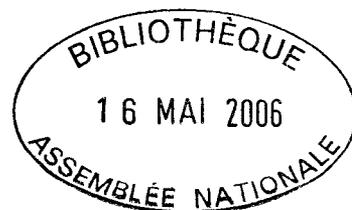
L'ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

RÉPONSES AUX QUESTIONS PARTICULIÈRES

-- SANTÉ --

TOME II



ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

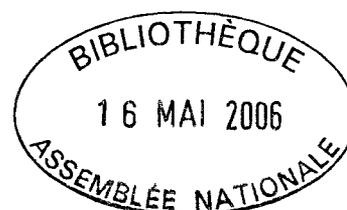
DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS – SANTÉ - DE L'OPPOSITION OFFICIELLE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

TOME II

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Pages</u>
35. Ventilation détaillée, pour chacun des établissements du réseau, des projets d'investissement, d'équipement, de construction et de rénovation retenus pour 2005-2006. Étapes de réalisation de chaque projet et liste des demandes non retenues, avec les motifs invoqués.	1 à 5
40. Bilan complet de l'implantation des GMF au 31 mars 2006 (nombre de GMF accrédités par région et au total, nombre de demandes en attente, objectifs d'accréditation d'ici le 31 mars 2007, coûts récurrents et non récurrents, évaluation de la formule, etc.).	6 à 12
45. Suivi de la mise en œuvre de la loi 113 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux (cibles et résultats au 31 mars 2006 relativement à : proportion des établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité, proportion des établissements qui déclarent les incidents et les accidents, proportion des établissements ayant mis en place un registre local des incidents et des accidents, etc.	13 - 14
60. Effectifs médicaux, concernant les médecins omnipraticiens, en place au 31 mars 2006 pour chacune des régions du Québec, écart par rapport aux besoins établis par les établissements, ceux établis par le MSSS et les prévisions du MSSS pour chacune des spécialités pour les prochaines années. Déposer les plans régionaux d'effectifs médicaux pour chacune des régions.	15 - 16
62. Coût pour l'utilisation des médecins dépanneurs par établissement, par région et au total en 2005-2006.	17 - 18
64. État de situation concernant la faculté de médecine de Trois-Rivières.	19 - 20



68. Nombre d'admissions en médecine et dans les sciences infirmières : 21 à 23
- a) par année depuis 1990;
 - b) en 2005-2006;
 - c) prévisions pour les cinq prochaines années (par année);
 - d) comparaison avec les autres provinces pour chacune des années;
 - e) ratio (nombre de médecins par 100 000 habitants) au Québec et dans les provinces canadiennes.
71. Nombre de médecins formés et recrutés à l'étranger en 2005-2006. 24 - 25
73. Nombre de médecins formés à l'étranger mais résidant au Québec ayant obtenu un permis d'exercice restrictif ou un permis régulier en 2005-2006. 26
101. Liste de tous les centres ou cliniques de chirurgie à haut volume dans les établissements publics, en indiquant la spécialité de chacun. Indiquer également : 27 à 29
- a) nombre de chirurgies effectuées par centre en 2004-2005 et 2005-2006;
 - b) budget consenti à chaque centre en 2004-2005 et 2005-2006;
 - c) nombre de médecins pratiquant dans ces centres en 2004-2005 et 2005-2006.
106. Bilan de la situation des urgences au Québec en 2005-2006 au total, par région et par établissement selon tous les indicateurs suivis, comparaison avec celle en 2004-2005, notamment en ce qui a trait aux personnes sur civière, séjour de 48 heures ou plus, durée moyenne de séjour, taux moyen d'occupation, etc.). 30 à 32
136. État de situation sur le Plan d'action en santé mentale. 33 - 34
143. Budget et dépenses du ministère et des agences à l'égard des sages-femmes. Indiquer nombre d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont accueilli des sages-femmes en 2005-2006 et financement accordé pour cette mesure. 35 - 36
153. Concernant les services préhospitaliers d'urgence : 37 à 50
- a) moyenne des délais de réponse selon la priorité d'appel par région et total, pour les années 2004-2005 et 2005-2006;
 - b) budget accordé par région et per capita et total pour 2004-2005 et 2005-2006, indiquer également budget consenti par titre d'emploi;
 - c) nombre de techniciens ambulanciers et d'unités d'ambulances par région et total pour les années 2004-2005 et 2005-2006;
 - d) nombre de transports ambulanciers par région et total, en indiquant type de transport (urgences ou interétablissement) et le type de soins (de base ou médicaux avancés) pour les années 2004-2005 et 2005-2006;
 - e) couverture horaire assurée selon la zone ambulancière pour les années 2004-2005 et 2005-2006;
 - f) budgets consentis à la formation des techniciens ambulanciers, par région et total, pour les années 2004-2005 et 2005-2006.

155. Budget et dépenses consentis pour la formation de base de la population en général pour le secourisme et les premiers répondants par région et total pour les années 2004-2005 et 2005-2006.	51
159. Budget consenti aux maisons de soins palliatifs par région et total pour 2005-2006.	52 - 53
170. Bilan de l'informatisation du réseau de la santé et évaluation des coûts liés à la mise à niveau de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.	54 - 55
173. Études, analyses, recommandations effectuées par le MSSS ou commandées par celui-ci depuis 2003 sur la construction des hôpitaux universitaires.	56
179. Bilan des investissements et actions posées à la suite du Forum des générations.	57
188. Budget et dépenses consentis aux personnes stomisées. Indiquer coût des produits nécessaires par personne, par année, et montant forfaitaire payé par le gouvernement par personne, par année, en 2005-2006.	58 - 59
190. État de situation sur le dossier du préhospitalier d'urgence.	60 à 64

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 35

Ventilation détaillée, pour chacun des établissements du réseau, des projets d'investissement, d'équipement, de construction et de rénovation retenus pour 2005-2006. Étapes de réalisation de chaque projet et liste des demandes non retenues, avec les motifs invoqués.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

PROJETS D'INVESTISSEMENT AUTORISÉS

P.A.I. 2005-2006

Région No projet	Nom de l'établissement / installation Municipalité / Comté électoral / Description du projet	Autorisation / date	Montant autorisé Coût MSSS (\$)
01 03131 -02 P-00042	CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA CENTRE NOTRE-DAME-DE-FATIMA LA POCATIERE KAMOURASKA-TEMISCOUATA Agrandir et réaménager l'urgence et les soins intensifs	LM050425 2005-04-25	7 086 000 \$ 7 086 000 \$
		Étape: En réception définitive	
02 - P-00728	CENTRE DE SANTE ET DE SERV. SOCIAUX MARIA-CHAPDELAINE CENTRE MARIA-CHAPDELAINE - CENTRE DE SERVICE DOLBEAU DOLBEAU-MISTASSINI ROBERVAL Agrandir cliniques externes et réadaptation, réaménager l'urgence	LM060407 2006-04-07	17 664 000 \$ 17 664 000 \$
		Étape: P/D définitifs	
02 - P-00763	CARREFOUR DE SANTE DE JONQUIERE CLSC DE LA JONQUIERE JONQUIERE JONQUIERE Achat d'un immeuble sis au 3667 boul.Harvey, Jonquière par la CHQ	CT202331 2005-04-26	2 305 100 \$ 0 \$
		Étape: En cours	
02 02140 -20 P-00258	CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI PAVILLON SAINT-VALLIER CHICOUTIMI CHICOUTIMI Agrand. radio-onco (ajout 3e acc. lin. plus emplacement suppl.)	LM060220 2006-02-20	19 630 000 \$ 19 630 000 \$
		Étape: P/D définitifs	
02 02184 -05 P-00117	CARREFOUR DE SANTE DE JONQUIERE CENTRE HOSPITALIER JONQUIERE JONQUIERE JONQUIERE Implantation centre services ambulatoires, ajout tomodensitomètre	LM051114 2005-11-14	18 807 000 \$ 18 807 000 \$
		Étape: P/D définitifs	
03 - P-00766	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUEBEC PAVILLON CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITE LAVAL SAINTE-FOY JEAN-TALON Agrandir et rénover Centre de recherche Pav.CHUL (FCI-5884+5764)	LM050630 2005-06-30	42 278 000 \$ 16 000 000 \$
		Étape: Travaux	
03 - P-00769	HOPITAL LAVAL HOPITAL LAVAL SAINTE-FOY LOUIS-HEBERT Infrastructure multidisciplinaire (rech.sur l'obésité) (FCI-5691)	LM050617 2005-06-17	6 134 000 \$ 1 547 000 \$
		Étape: Travaux	
03 - P-00834	CENTRE HOSPITALIER ST-SACREMENT LTEE CENTRE HOSPITALIER SAINT-SACREMENT QUEBEC JEAN-TALON Const. CHSLD de 64 lits à Pointe Ste-Foy - reloger la clientèle.	LM060130 2006-01-30	11 775 000 \$ 11 775 000 \$
		Étape: P/D préliminaires	
03 - P-00863	CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF CLSC DE PORTNEUF (POINT DE SERVICES) PONT-ROUGE PORTNEUF Construction neuve du CLSC Pont-Rouge (Point de services)	CT202946 2005-11-08	1 641 000 \$ 0 \$
		Étape: Travaux	
03 03196 -01 P-00214	CENTRE DE SANTE ET DE SERV. SOC. DE LA VIEILLE-CAPITALE RESIDENCE SAINT-CHARLES QUEBEC TASCHEREAU Construction neuve 128 lits, Pt de service du CLSC,centre de jour	LM051005 2005-10-05	27 517 000 \$ 21 103 000 \$
		Étape: Appel d'offres	
03 03261 -16 P-00272	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUEBEC PAVILLON CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITE LAVAL SAINTE-FOY JEAN-TALON Modifier sous-stations électriques, génératrices en réseau	LM051004 2005-10-04	5 204 000 \$ 5 204 000 \$
		Étape: Travaux	
03 03322 -17 P-00152	CENTRE HOSPITALIER AFFILIE UNIVERSITAIRE DE QUEBEC HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS QUEBEC JEAN-LESAGE Réaménagement de l'urgence	LM050629 2005-06-29	17 963 000 \$ 17 963 000 \$
		Étape: Appel d'offres	

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

PROJETS D'INVESTISSEMENT AUTORISÉS

P.A.I. 2005-2006

Région No projet	Nom de l'établissement / installation Municipalité / Comté électoral / Description du projet	Autorisation / date	Montant autorisé Coût MSSS (\$)
04 04140 -01 P-00215	CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ENERGIE HOPITAL DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE SHAWINIGAN-SUD SAINT-MAURICE Centre ambulatoire: Agrandir et réaménager sur 3 niveaux	LM050509 2005-05-09	24 130 000 \$ 24 130 000 \$
		Étape: P/D définitifs	
05 - P-00724	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE CH UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE - HOTEL-DIEU SHERBROOKE SAINT-FRANCOIS Agrandissement et réaménag.- Urgence et serv. ultra-spécialisés	LM050627 2005-06-27	112 273 000 \$ 106 143 000 \$
		Étape: Travaux	
06 - P-00853	CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTE MCGILL C.U.S.MCGILL - COUR GLEN MONTREAL, CTÉ OUTREMONT Achat - terrain Cour Glen, restaurer les sols, améliorer le site.	LM050419 2005-04-19	54 770 000 \$ 44 770 000 \$
		Étape: Travaux	
06 - P-00885	CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL HOTEL-DIEU DU CHUM MONTREAL WESTMOUNT-SAINT-LOUIS Cardiologie tertiaire à l'Hôtel-Dieu et neurosciences à H.N-Dame	LM050511 2005-05-11	14 508 000 \$ 14 508 000 \$
		Étape: P/D préliminaires	
06 - P-00905	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE CHU SAINTE-JUSTINE MONTREAL MONT-ROYAL Acquisition d'un immeuble sis au 5757, Decelles à Montréal	LM060307 2006-03-07	7 192 000 \$ 7 192 000 \$
		Étape: En cours	
06 06180A-10 P-00262	INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL MONTREAL ROSEMONT Agrandissement du bloc opératoire (3 salles de chirurgie cardi.)	LM050502 2005-05-02	18 431 000 \$ 18 256 000 \$
		Étape: Travaux	
12 - P-00492	CSSS DE LA REGION DE THETFORD HOPITAL ET CENTRE D'HEBERGEMENT SAINT-JOSEPH THETFORD MINES FRONTENAC Construction d'un CHSLD de 112 lits (remplace Pav. St-Joseph)	LM050718 2005-07-18	13 622 000 \$ 13 507 000 \$
		Étape: P/D définitifs	
12 - P-00805	CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE BEAUCE C.S.S.S. DE BEAUCE SAINT-GEORGES, CTE BEAUCE-SUD Acquisition d'un immeuble sis au 1120, 18e Rue à St-Georges.	CT202291 2005-04-19	1 125 000 \$ 0 \$
		Étape: En cours	
12 03166 -10 P-00087	CENTRE DE SANTE ET DE SERV. SOCIAUX DU GRAND LITTORAL CHSLD DE SAINTE-MARIE ET GARDE MEDICALE SAINTE-MARIE BEAUCE-NORD Const. CHSLD 66 lits pour relocalisation CLSC & CHSLD à Ste-Mar	LM050729 2005-07-29	15 681 000 \$ 15 681 000 \$
		Étape: P/D définitifs	
14 - P-00486	CENTRE DE SANTE ET DE SERV. SOC. DU NORD DE LANAUDIÈRE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE SAINT-CHARLES-BORROMÉE JOLIETTE Réaménagement les unités de soins 3B - 4B (2 unités de 33 lits)	LM050516 2005-05-16	4 325 000 \$ 4 325 000 \$
		Étape: Travaux	
14 - P-00490	CENTRE DE SANTE ET DE SERV. SOC. DU NORD DE LANAUDIÈRE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE SAINT-CHARLES-BORROMÉE JOLIETTE Agrandissement et réaménagement de l'urgence	LM050516 2005-05-16	19 933 000 \$ 19 809 000 \$
		Étape: Travaux	
16 - P-00458	CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE CENTRE GERTRUDE-LAFRANCE SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU SAINT-JEAN Réaménagement des Ctres Georges Phaneuf et Gertrude Lafrance.	LM051130 2005-11-30	3 282 000 \$ 0 \$
		Étape: Appel d'offres	

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

PROJETS D'INVESTISSEMENT AUTORISÉS

P.A.I. 2005-2006

Région No projet	Nom de l'établissement / installation Municipalité / Comté électoral / Description du projet	Autorisation / date	Montant autorisé Coût MSSS (\$)
16 - P-00480	CENTRE DE SANTE ET DE SERV. SOCIAUX DE LA HAUTE-YAMASKA CENTRE HOSPITALIER DE GRANBY GRANBY SHEFFORD Agrandir et réaménager - installer appareils de haute technologie	LM050615 2005-06-15	11 068 700 \$ 4 644 700 \$
		Étape: P/D définitifs	
16 - P-00494	CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX PIERRE-BOUCHER CENTRE D'ACCUEIL CONTRECOEUR CONTRECOEUR VERCHERES Agrandissement et réaménagement	LM050916 2005-09-16	6 155 000 \$ 6 155 000 \$
		Étape: P/D définitifs	
16 - P-00872	HOPITAL CHARLES LEMOYNE HOPITAL CHARLES LEMOYNE GREENFIELD PARK LAPORTE Construction d'un stationnement étagé	LM050630 2005-06-30	14 729 000 \$ 0 \$
		Étape: Appel d'offres	
18 10126 -01 P-00072	CONSEIL CRI DE LA SANTE ET SERV. SOC. DE LA BAIE JAMES DISPENSARE DE WEMINDJI (CONSEIL CRI) WEMINDJI UNGAVA Construction neuve d'un centre intégré de services de 2 500 m.c.	LM051208 2005-12-08	8 917 000 \$ 8 917 000 \$
		Étape: P/D définitifs	
Nombre de projets autorisés: 28		Total immobilisation	508 145 800 \$
		Total MSSS:	424 816 700 \$

RÉPONSE NO 35

Durant l'année 2005-2006, les montants versés aux Agences en haute technologie ont été les suivants :

Région	Montant (,000\$)
Bas St-Laurent	6 362,0 \$
Saguenay – Lac St-Jean	4 229,0 \$
Capitale nationale	10 943,0 \$
Mauricie – Centre-du-Québec	4 385,0 \$
Estrie	6 720,0 \$
Montréal	35 993,0 \$
Outaouais	3 355,0 \$
Abitibi-Témiscamingue	2 330,0 \$
Côte-Nord	2 715,0 \$
Baie-James	604,2 \$
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	6 855,0 \$
Chaudière-Appalaches	3 917,0 \$
Laval	3 062,0 \$
Lanaudière	3 210,0 \$
Laurentides	4 415,0 \$
Montérégie	11 405,0 \$
Nunavik	455,0 \$
TOTAL	110 955,2 \$

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 40

Bilan complet de l'implantation des GMF au 31 mars 2006 (nombre de GMF accrédités par région et au total, nombre de demandes en attente, objectifs d'accréditation d'ici le 31 mars 2007, coûts récurrents et non récurrents, évaluation de la formule, etc.).

RÉPONSE NO 40

- Nombre de GMF accrédités au 31 mars 2006 : 108
- Nombre de demandes sous analyse au 31 mars 2006 : 3 projets sont reçus au Ministère.
- Nombre de projets en préparation dans les régions : 32 projets sont en préparation dans les régions.
- Dépense probable pour l'exercice 2005-2006 : 55,8M \$, incluant le budget de fonctionnement récurrent et non récurrent du GMF, la rémunération des médecins du GMF, le salaire des infirmières, le salaire du personnel de soutien, l'entretien des équipements pour les applications informatiques.

Nombre de GMF accrédités par région

Région	Total GMF accrédités
1 Bas-St-Laurent	4
2 Saguenay-Lac-St-Jean	5
3 Capitale nationale	13
4 Mauricie et du Centre-du-Québec	15
5 Estrie	7
6 Montréal	11
7 Outaouais	3
8 Abitibi-Témiscamingue	3
9 Côte-Nord	4
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1
12 Chaudière-Appalaches	10
13 Laval	4
14 Lanaudière	6
15 Laurentides	3
16 Montérégie	19
Total:	108

**COÛT DE FONCTIONNEMENT BUDGÉTÉ
POUR 108 GMF ACCRÉDITÉS**

Budget Récurrent

	Par GMF type (base annuelle projetée)	Pour 108 GMF (budget annuel projeté)	Dépense probable (en 2005-2006)
Budget de fonctionnement, incluant salaire des infirmières et personnel de soutien (tient compte de l'indexation)	276 278 \$	28,7 M \$	25 M \$
Rémunération des médecins en GMF, incluant une dépense non spécifique aux GMF estimée à 60 000\$/GMF : protocole de rémunération pour la prise en charge pour clientèle vulnérable	269 130 \$	28 M \$	27,1 M \$ (Estimation RAMQ de janvier 2006)
Sous total	545 408 \$	56,7 M \$	52,1 M \$
Budget récurrent d'entretien des équipements pour les applications suivantes : • module de garde, prescripteur, laboratoire, inscription à la RAMQ	13 492 \$	1,4 M \$	1,2 M \$
Sous total	558 900 \$	58,1 M \$	53,3 M \$

Budget non récurrent

	Par GMF	Pour 108 GMF (cumulatif)	Dépense probable (en 2005-2006)
Budget de fonctionnement (non récurrent) (inclut ameublement, formation, phase préparatoire, chargé de projet régional incluant les aménagements)	62 400 \$	6,5 M \$	2,5 M \$
		Total	55,8 M \$

Budget des ressources informationnelles

	Dépense probable selon la DRI (en 2004-2005)
Application cliniques (Acquisition, développement et déploiement des modules de garde, prescripteur, laboratoires et inscription à la RAMQ)	1,5 M \$
Équipements informatiques (comprend l'acquisition, le déploiement et la formation informatique)	4,2 M \$

1- Les 108 GMF accrédités représentent, en 2005-2006, l'équivalent de 104 GMF ayant fonctionné pendant 12 mois.

Équipe des groupes de médecine de famille (Direction générale des services de santé et médecine universitaire) en collaboration avec la Direction des ressources informationnelles et la Direction du budget, MSSS

Question no 40
Évaluation des GMF

Les GMF évalués :

19 premiers GMF, accrédités entre novembre 2002 et avril 2003 soit :

- 8 en cliniques privées,
- 7 formés d'une association entre des cliniques privées et publiques
- 4 en CLSC ou UMF.

Objectifs de l'évaluation :

- Décrire le rythme et les modalités d'implantation des GMF.
- Identifier les facteurs, acteurs ou circonstances facilitant ou contraignant l'implantation.
- Supporter le processus d'implantation
- Déterminer les impacts :
 - sur l'accessibilité, la continuité et la coordination des services
 - sur l'organisation de la pratique, la collaboration interprofessionnelle et la satisfaction professionnelle
 - sur l'utilisation des services et leurs coûts

Les impacts sur l'accessibilité, la continuité et la coordination des services

Après 2 ans, les patients ont vu des améliorations de plusieurs dimensions de l'accessibilité et de la continuité des services en GMF. En effet, lors d'une enquête réalisée à deux reprises auprès d'environ 1 000 personnes, les personnes interrogées répondent plus souvent :

- avoir plus de facilité à obtenir la communication à la clinique,
- avoir un plus grand accès à son médecin de famille et à un autre médecin de la clinique en situation d'urgence,
- avoir un numéro de téléphone pour communiquer avec quelqu'un de la clinique lorsque celle-ci est fermée (autre qu'Info-santé),
- avoir un médecin de famille au GMF,
- être très satisfaites du temps consacré par le médecin,
- être très satisfaites de la façon d'expliquer les problèmes de santé et les traitements,
- que le médecin est très bien au courant de leur mode de vie ou de leur situation familiale,
- que le médecin est très bien au courant des spécialistes consultés,
- que le médecin leur parle plus souvent de ce qui s'est passé avec le spécialiste.

Ces changements sont statistiquement significatifs pour l'ensemble des répondants de GMF diversifiés. Par contre, le recours aux services hors GMF, y incluant l'urgence, n'a pas changé et les répondants estiment qu'obtenir un rendez-vous médical est plus souvent difficile.

Lors de groupes de discussion, effectués à l'automne 2005, la plupart des participants soulignent des améliorations liées à l'implantation des GMF. On apprécie du modèle GMF :

- La possibilité d'appeler une infirmière, surtout dans les GMF ayant un problème d'accès,
- Le partage des dossiers entre les médecins et avec les infirmières,
- Le partage de la garde entre médecins,
- La collaboration entre médecins et infirmières,

- Un accès plus rapide aux résultats d'examens, surtout là où des suivis infirmiers sont informatisés
- Certains accommodements au «Sans rendez-vous».

Les participants aux groupes de discussion ont aussi perçu une collaboration réelle entre les médecins et les infirmières. Leur perception du rôle des infirmières, leur satisfaction par rapport à leurs services et les effets qu'ils en ressentent varient toutefois selon qu'ils sont suivis par une infirmière ou, au contraire, ne la voient qu'occasionnellement. Au premier abord, elle est perçue surtout comme ayant un rôle technique et étroit une conception qui change du tout au tout chez les personnes bénéficiant d'un suivi infirmier. Ces dernières se disent très satisfaites des informations fournies par les infirmières de même que du temps qu'elles prennent pour les écouter et leur expliquer leur maladie, les traitements et les gestes à poser pour conserver leur santé. Plusieurs disent ainsi être «*plus capable de se prendre en mains*».

Les impacts sur l'organisation de la pratique, la collaboration interprofessionnelle et la satisfaction professionnelle

L'analyse des données est en cours.

Rythme et modalités d'implantation

L'analyse et les collectes des données du deuxième temps (2005 et 2006) ne sont pas terminées. De la première collecte, les éléments suivants ressortent :

➤ Services infirmiers

Sans contredit, l'apport de services infirmiers au sein des cliniques médicales constitue une innovation majeure, suscite beaucoup d'enthousiasme et continuera de se définir au cours des prochaines années. Un an après leur arrivée au GMF, la diversité et la complexité des tâches qu'elles accomplissaient s'avéraient variables dans les GMF choisis pour les entrevues. La situation semble évoluer assez rapidement de sorte que le nombre de programmes de suivis infirmiers, leur structuration, la diversité des tâches des infirmières et la confiance que leur témoigne l'équipe médicale soient de plus en plus grands. Dans l'enquête effectuée auprès des patients en 2005, 37% ont consulté l'infirmière du GMF au cours de la dernière année (VS 20% en 2003) et 71,8% d'entre eux, plus de trois fois.

➤ Les médecins

Au moment de l'implantation des premiers GMF, la grande majorité partageait avec leurs collègues les dossiers des patients (88%) et les périodes de garde (79,5%), en plus de diverses ressources matérielles et humaines de la clinique. Par contre, au moins un médecin sur trois disait discuter de cas moins d'une fois par mois ou jamais. En 2003, le niveau d'insatisfaction des médecins par rapport à leur vie professionnelle était assez élevé puisque 21,6% s'estimait peu satisfait ou insatisfait à cet égard. Lors des entrevues semi-dirigées, un an plus tard, plusieurs médecins des GMF où la collaboration avec les infirmières était considérée avancée et très avancée se trouvaient très satisfaits professionnellement et quelques-uns avaient même reporté leur projet de retraite.

➤ L'inscription

Dans plusieurs GMF, les médecins ont d'abord inscrit la clientèle régulière et la plus vulnérable, axant leurs interventions sur la prise en charge de ces patients et poursuivant l'objectif d'une meilleure continuité de services. De fait, ils n'ont pas perçu le processus d'inscription comme devant englober les patients qui ne viennent consulter qu'à l'occasion. De plus, au départ, les médecins n'ayant jamais vraiment eu à compter leurs patients, surestimaient le volume de leur clientèle. La notion de responsabilité

populationnelle, mise de plus en plus de l'avant avec l'implantation des Réseaux locaux de services, représente donc, pour eux, une nouvelle donne.

➤ **L'entente avec le CLSC partenaire (devenu le CSSS) :**

La plupart des équipes médicales ont exprimé, en 2003, un niveau de satisfaction élevé quant à la sélection des infirmières par jury de compétence et la gestion de ces ressources effectuée par le CLSC notamment pour le remplacement, la formation, etc. Ce succès est d'autant plus significatif que les équipes craignaient au départ de se faire « imposer » du personnel infirmier par le réseau public. Les infirmières des GMF sont des employées syndiquées rattachées à un CSSS mais dont la définition des tâches relève de l'autorité fonctionnelle du médecin responsable. Les fusions actuelles et la mise en place des Réseaux locaux de services élargissent considérablement les enjeux.

➤ **Le personnel administratif**

Presque tous les GMF visités en 2003 et 2004 ont eu à traverser une période de réorganisation en profondeur du travail administratif avant ou après l'accréditation. Cinq GMF ont créé un poste d'adjointe administrative. Lorsque ces adjointes jouent véritablement un rôle de gestion, cette fonction contribue fortement à créer une cohésion dans la nouvelle organisation GMF.

➤ **La convention sur les heures d'ouverture**

En 2003 et 2004, cinq des 7 GMF visités offrent des services sur une plage horaire couvrant 70 heures par semaine, conformément à la convention signée avec la régie régionale (devenue depuis l'Agence de développement des réseaux locaux). Deux d'entre eux ont même des périodes de «sans rendez-vous» totalisant 70 heures par semaine. Toutefois dans deux GMF de régions en pénurie d'effectifs médicaux, une seule infirmière assure la garde les fins de semaine et les périodes de «sans rendez-vous» sont très limitées, voire inexistantes, les médecins étant eux-mêmes impliqués à l'urgence locale.

➤ **L'informatisation**

L'informatisation était une des attentes majeures des équipes médicales qui souhaitent devenir GMF, mais elle était l'innovation la moins avancée un an après l'accréditation. Ainsi, l'application visant les examens de laboratoire n'était disponible que dans trois GMF parmi les 7 visités. Dans les quatre autres GMF, les équipes n'avaient pas commencé à s'appropriier les outils informatiques disponibles, outils d'ailleurs peu développés comparativement à ce qui était initialement prévu. Ce faible développement a eu peu d'effets négatifs sur les GMF la première année, sinon de l'impatience dans certains cas. Dans l'avenir, cependant, la présence d'interfaces entre les GMF et les différentes composantes des réseaux locaux s'avère centrale à leur intégration et à leur efficacité.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 45

Suivi de la mise en œuvre de la loi 113 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux (cibles et résultats au 31 mars 2006 relativement à : proportion des établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité, proportion des établissements qui déclarent les incidents et les accidents, proportion des établissements ayant mis en place un registre local des incidents et des accidents, etc.

État de situation

Nombre d'établissements qui se sont conformés aux exigences du projet de loi #113 (2002, chapitre 71)
sur la prestation sécuritaire des services de la santé et des services sociaux

Agences	Établissements	Exigences légales non respectées				
		CGR	Pdiv	Décl	RL	Ag
1 Bas-Saint-Laurent	13 établissements	10	11	12	12	12
2 Saguenay-Lac-St-Jean	10 établissements	8	9	10	8	7
3 Capitale nationale	29 établissements	22	23	25	23	27
4 Mauricie et Centre-du-Québec	15 établissements	14	14	14	13	15
5 Estrie	20 établissements	16	17	17	17	15
6 Montréal	94 établissements	63	51	51	62	71
7 Outaouais	10 établissements	10	10	10	10	10
8 Abitibi-Témiscamingue	11 établissements	11	11	11	11	11
9 Côte-Nord	10 établissements	7	6	8	6	9
10 Nord-du-Québec	1 établissement	1	1	1	1	0
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	8 établissements	5	5	5	8	3
12 Chaudière-Appalaches	15 établissements	11	12	11	12	15
13 Laval	13 établissements	11	10	11	11	12
14 Lanaudière	11 établissements	9	9	11	9	11
15 Laurentides	17 établissements	15	15	14	13	12
16 Montérégie	35 établissements	27	23	31	30	29
Provincial	Total sur 312 établissements	240	227	242	246	259

Légende

- CGR** - Mise en place d'un comité de gestion des risques
- PDiv** - Politique de divulgation de tout accident à un usager entérinée par règlement du conseil d'administration
- Décl** - Déclaration des incidents et accidents
- RL** - Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents
- Ag** - Sollicitation de l'agrément de leurs services auprès d'un organisme d'accréditation reconnu

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 60

Effectifs médicaux, concernant les médecins omnipraticiens, en place au 31 mars 2006 pour chacune des régions du Québec, écart par rapport aux besoins établis par les établissements, ceux établis par le MSSS et les prévisions du MSSS pour chacune des spécialités pour les prochaines années. Déposer les plans régionaux d'effectifs médicaux pour chacune des régions.

RÉPONSE NO 60

Le tableau 1 - *Ajout brut et ajout net des médecins omnipraticiens en 2006* présente une synthèse des résultats des travaux du Comité de gestion des effectifs médicaux en omnipratique MSSS/FMOQ.

On y retrouve par région, les effectifs en place, les besoins, les écarts et les cibles régionales de recrutement de médecins proposées par le comité pour réduire en 2006 une partie des écarts observés.

Ajout brut et ajout net des médecins omnipraticiens en 2006 tels que signifiés par le ministre.

30

Nombre de nouveaux facturants établi à 190 dont 15 sont réservés pour le rattrapage de 2005. Ajout net de 45 médecins.

Régions	Nombre d'ETPmss en place corrigé (A)	Besoins normalisés (ETPmd) (B)	Écart observé (A-B) (ETPmd) (C)	Écart observé (% des besoins normalisés) (D)	Écart considéré pour le calcul de l'ajout net (E)	Pertes anticipées			Ajouts anticipés				Ajouts signifiés		Ajout net	
						Attrition (f2)	Départs vers une autre région (f1)	Pertes anticipées (F = f1 + f2)	Arrivées d'autres régions (g1)	Nouveaux facturants requis pour combler les pertes anticipées (g2)	Nouveaux facturants pour non atteinte en 2004 (g3)	Répartition des 30 postes restant selon les écarts aux besoins (g4) *	Ajout brut total (G = g1+g2+g3+g4)	Ajout brut total		Médecins en provenance d'une autre région (art. 377)
Bas-Saint-Laurent	219	252	-33,5	-13,3%	-33,5	5	6	11	3	8	2	2	15	15		4
Saguenay-Lac Saint-Jean	272	317	-45,0	-14,2%	-45,0	6	5	11	2	9	0	2	13	13		2
Québec	774	765	9,1	1,2%	0,0	16	9	25	24	1	0	0	25	25	24	0
Mauricie et Centre-du-Québec	404	519	-115,4	-22,2%	-173,1	8	9	17	6	11	0	6	23	23		6
Estrie	318	331	-12,5	-3,8%	0,0	7	5	12	7	5	0	0	12	12	7	0
Montréal-Centre	1 851	2 060	-208,9	-10,1%	-208,9	48	29	77	41	36	0	4	81	81	41	4
Outaouais	279	344	-65,1	-18,9%	-97,7	6	5	11	5	6	3	5	19	19		8
Abitibi-Témiscamingue	155	186	-31,3	-16,8%	-47,0	3	8	11	2	9	3	3	17	17		6
Côte-Nord	135	145	-10,1	-6,9%	-10,1	3	8	11	7	4	2	0	13	13		2
Nord-du-Québec	34	38	-4,4	-11,4%	-4,4	1	3	4	1	3	0	0	4	4		0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	143	151	-8,1	-5,3%	-8,1	3	11	14	1	10	5	1	20	20		6
Chaudière-Appalaches	377	410	-33,0	-8,0%	-8,2	8	8	16	10	6	0	0	16	16	10	0
Caval	312	328	-16,6	-5,0%	-4,1	6	5	11	9	2	0	0	11	11	9	0
Lanaudière	324	369	-45,1	-12,2%	-45,1	6	8	14	6	8	0	2	16	16	6	2
Laurentides	426	457	-31,3	-6,8%	-7,8	9	10	19	15	4	0	0	19	19	15	0
Montérégie **	1 117	1 243	-125,5	-10,1%	-125,5	24	20	44	23	21	0	5	49	49	23	5
Nunavik	26	18	7,8	42,2%	0,0	0	2	2	1	1	0	0	2	2		0
Terres-Cris-de-la-Baie-James	25	17	8,1	47,8%	0,0	0	3	3	2	1	0	0	3	3		0
Total	7 191	7 952	-760,8	-9,6%	-818,6	159	154	313	168	145	15	30	358	358		45

Principes:

(E) Pour les régions dont l'effectif est à moins de 5% des besoins, 0% de l'écart est comptabilisé; entre 5% et 10%, c'est 25% de l'écart qui est comptabilisé; entre 10% et 15%, c'est 100% de l'écart qui est comptabilisé; enfin à plus de 15% l'écart comptabilisé est à 150%.

(g3) Ajout de 24 postes supplémentaires en fonction du degré d'atteinte des cibles de nouveaux facturants de 2004. Si le degré d'atteinte est compris entre 50% et 70%, le nombre de postes supplémentaires correspond à 33 % de la non-atteinte. Si le degré est inférieur à 50%, les postes supplémentaires correspondent à 50 % de la non-atteinte.

(g4) À titre d'illustration, pour le Saguenay/Lac-St-Jean, l'écart considéré est de 45,0 postes alors que le total des régions est de 818,6 postes, ce qui représente 5,5%. L'ajout net restant à répartir étant de 30 postes, la région en obtient 5,5%, soit 2 postes.

* Décision ministérielle de retrancher quatre postes à la région de Montréal et d'ajouter un poste dans chacune des régions suivantes: Bas-St-Laurent, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine.

** Décision à venir du Comité de gestion sur un ajustement possible de l'objectif de croissance pour tenir compte des ajouts autorisés au CSSS de Sorel-Tracy

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 62

Coût pour l'utilisation des médecins dépanneurs par établissement, par région et au total en 2005-2006.

RÉPONSE NO 62

Ci-joint tableau pour 2004-2005. Les informations pour l'année 2005-2006 ne seront disponibles qu'à la fin de l'année 2006.

Frais de séjour par établissement

No établissement	Nom établissement	Région	2004-2005
11043312	CSSS des Basques	1	20 955
11044104	CSSS de Rivière-du-Loup	1	29 666
11043379	CSSS de Kamouraska	1	40 361
11044096	CRSSS Rimouski	1	62 428
11043502	CSSS de Témiscouata	1	106 463
11044021	CSSS de la Matapédia	1	116 403
11044062	CSSS de Matane	1	126 747
	TOTAL RÉGION 1		503 023
11044179	CSSS de Lac-St-Jean-Est	2	19 915
11043833	Carrefour de santé Jonquière	2	26 304
11043411	CSSS Cléophas-Claveau	2	36 252
11044195	CSSS de Chicoutimi	2	41 178
11044187	CSSS Domaine-du-Roy	2	120 348
11042991	CSSS Maria-Chapdelaine	2	136 595
	TOTAL RÉGION 2		380 592
11044336	CSSS de Charlevoix	3	184 146
	TOTAL RÉGION 3		184 146
11043221	Cent. hosp. rég. Trois-Rivières	4	46 973
11043130	CSSS du Haut-Saint-Maurice	4	130 924
11044385	CSSS de l'Énergie	4	200 687
	TOTAL RÉGION 4		378 584
11042942	CSSS MRC Asbestos	5	4 645
11043759	CSSS du Granit	5	54 895
	TOTAL RÉGION 5		59 540
11043510	CSSS Vallée-de-la-Gatineau	7	9 614
	TOTAL RÉGION 7		9 614
11044484	CSSS de la Vallée de l'Or	8	50 863
11044468	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	8	61 149
11042793	CSSS du Lac-Témiscamingue	8	105 876
11043353	CSSS des Aurores-Boréales	8	114 884
11044476	CSSS de Rouyn-Noranda	8	125 897
	TOTAL RÉGION 8		458 669
14628986	CSSS de l'Hématite	9	38 731
11043262	CSSS de Port-Cartier	9	55 312
11042835	CSSS de la Minganie	9	73 659
11042744	CSSS de la Haute-Côte-Nord	9	85 103
13294020	CSSS de la Basse-Côte-Nord	9	165 059
11044351	CSSS de Manicouagan	9	277 794
13160395	CSSS de Sept-Iles	9	338 167
	TOTAL RÉGION 9		1 033 825
11042686	Cent. rég. S.S.S. Baie-James	10	170 532
	TOTAL RÉGION 10		170 532
11044112	CSSS Baie-des-Chaleurs	11	85 735
11043445	CSSS de la Haute-Gaspésie	11	115 623
11044088	CSSS des Iles	11	124 127
11044369	CSSS de la Côte-de-Gaspé	11	153 200
11044070	CSSS du Rocher-Percé	11	183 910
	TOTAL RÉGION 11		662 595
11044492	CSSS de Thetford	12	38 249
11044526	CSSS de Beauce	12	158 982
	TOTAL RÉGION 12		197 231
11044435	CSSS du Nord de Lanaudière	14	47 318
	TOTAL RÉGION 14		47 318
11044013	CSSS des Sommets	15	4 064
	TOTAL RÉGION 15		4 064
11044591	CSSS La Pommeraie	16	6 131
11044575	CSSS du Suroit	16	23 144
	TOTAL RÉGION 16		29 275
18456327	Cent. santé Inuulitsivik	17	106 622
12730628	C. santé Tulattavik Ungava	17	300 535
	TOTAL RÉGION 17		407 157

GRAND TOTAL

4 526 165

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 64

État de situation concernant la faculté de médecine de Trois-Rivières.

RÉPONSE NO 64

Le 8 juillet 2004, monsieur Pierre Reid, ministre de l'Éducation du Québec et monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux annonçaient la mise sur pied, par l'Université de Montréal, d'un pôle de formation en médecine dans la région de la Mauricie, et ce, en collaboration avec le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Vingt-quatre (24) étudiants de l'année pré-médicale reçoivent leur formation sur le campus de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Lorsque le pavillon d'enseignement situé au CHRTR sera complété, on y retrouvera des cohortes de trente-deux (32) étudiants pour chacune des quatre (4) années d'études médicales. Présentement, la première cohorte de trente-deux (32) étudiants inscrits en 1^{re} année reçoit sa formation dans les locaux du campus de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Ce projet fait suite aux constatations suivantes :

- la saturation des milieux actuels d'enseignement et l'accroissement prévu des cohortes d'étudiants ;
- la nécessité de mieux préparer les futurs médecins à la pratique en dehors des milieux universitaires, par la formation en région ;
- les problèmes majeurs d'effectifs médicaux en Mauricie et ailleurs en région ;
- l'implantation d'un tel campus aiderait à attirer et à retenir des médecins et à améliorer les soins en Mauricie et dans d'autres régions semblables.

Ce projet comporte deux volets :

1. L'implantation d'un campus « satellite » de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières. Le projet consiste à rehausser le CHRTR pour en faire un centre hospitalier d'enseignement pouvant accueillir les étudiants pré gradués de la première à la 4^e année de médecine ainsi que les résidents de l'unité de médecine familiale pour le volet hospitalisation. L'année préparatoire est dispensée dans les locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
2. La création d'une unité de médecine familiale ambulatoire au Pavillon Saint-Joseph qui a été inaugurée en octobre 2005.

L'Université de Montréal a déterminé les modalités d'implantation de son programme pédagogique à Trois-Rivières et la formation du corps professoral est en cours.

Le 15 avril 2005, monsieur Philippe Couillard confiait à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec la responsabilité de la coordination des divers aspects du projet.

Le MSSS a procédé à l'évaluation de la pertinence du projet ainsi que de la solution immobilière soumise par le CHRTR: cet investissement prévoit la construction, sur le site Ste-Marie, d'un pavillon d'enseignement de 4 étages dédié à la formation médicale mais pouvant répondre à certains besoins fonctionnels du CHRTR ainsi que l'agrandissement de l'aile «J» afin d'installer de nouveaux bureaux de consultation en clinique externe. S'ajoute aussi un réaménagement mineur du Pavillon St-Joseph pour y aménager la clinique externe de pédiatrie qui doit quitter le Pavillon Ste-Marie pour libérer des espaces de formation.

Le pavillon d'enseignement, d'une superficie totale de 3440 mètres² bruts, comprend des locaux pour les laboratoires d'habiletés cliniques et le monitorat clinique incluant un centre de recrutement pour patients standardisés. Il comprend aussi des salles de cours, de réunions, un auditorium, un centre de documentation médicale et hospitalière ainsi que des locaux administratifs pour le vice-décanat, les professeurs, les étudiants etc.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 68

Nombre d'admissions en médecine et dans les sciences infirmières :

- a) par année depuis 1990;
- b) en 2005-2006;
- c) prévisions pour les cinq prochaines années (par année);
- d) comparaison avec les autres provinces pour chacune des années;
- e) ratio (nombre de médecins par 100 000 habitants) au Québec et dans les provinces canadiennes.

RÉPONSE NO 68

Admissions en médecine.

a) Nombre d'admissions en médecine par année depuis 1990

Chaque année, le gouvernement, sur la base des orientations proposées dans un mémoire conjoint ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), adopte la Politique triennale qui détermine le nombre de candidats et de candidates que les facultés de médecine peuvent admettre en première année de médecine. Pour élaborer son projet de politique, le ministère de la Santé et des Services sociaux reçoit des avis de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec et du Conseil médical du Québec. Il faut se rappeler que le Québec a augmenté les admissions en médecine dans le contingent régulier de Québécois de 84 % de 1998-1999 à 2005-2006, passant de 406 à 748 inscriptions autorisées.

b) Nombre d'admissions en médecine en 2006-2007

Le projet de Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009 prévoit une hausse de 24 places dans le contingent régulier en 2006-2007, et ce, pour le campus satellite de Saguenay développé par l'Université de Sherbrooke. Ainsi, 772 places pourraient être offertes aux candidats québécois.

c) Prévisions du nombre d'admissions en médecine pour les cinq prochaines années

Le projet de politique doctorale prévoit le même nombre de places en médecine pour 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, soit 772 dans le contingent régulier.

d) Comparaison du nombre d'admissions en médecine avec les autres provinces

Le Québec est la province canadienne où les augmentations des admissions en médecine ont été les plus importantes entre 1996-1997 et 2004-2005. Cette situation crée des pressions financières, organisationnelles et matérielles importantes pour les milieux cliniques d'apprentissage et les universités. Le Tableau 2 présente la comparaison interprovinciale des admissions en médecine de 1996-1997 à 2004-2005.

Tableau 2

COMPARAISON INTERPROVINCIALE DES NOUVELLES INSCRIPTIONS DANS LES PROGRAMMES DE DOCTORAT DE 1^{ER} CYCLE EN MÉDECINE, 1996-1997 À 2004-2005

Province	1996 - 1997	1997 - 1998	1998 - 1999	1999 - 2000	2000 - 2001	2001 - 2002	2002 - 2003	2003 - 2004	2004 - 2005
Québec	453	452	466	529	566	612	674	734	785*
Terre-Neuve	65	61	60	59	60	60	60	60	60
Nouvelle-Écosse	93	80	89	85	84	83	84	93	92
Ontario	538	531	532	539	586	655	701	702	705
Manitoba	74	75	71	75	75	88	89	89	87
Saskatchewan	55	56	55	51	55	60	60	59	59
Alberta	180	177	183	181	227	240	237	238	232
Colombie-Britannique	119	120	120	120	120	128	128	128	198

Source : MELS / Association des facultés de médecine du Canada

* Nombre ajusté en regard du Tableau 1, DMOM, MSSS.

Il faut noter que deux universités québécoises ont été autorisées à mettre en place des campus satellites qui permettront de former des étudiants à l'extérieur des régions universitaires. Il s'agit de l'Université de Montréal à Trois-Rivières (depuis septembre 2005) et de l'Université de Sherbrooke à Saguenay (à compter de septembre 2006). D'autres provinces comme l'Ontario et la Colombie-Britannique privilégient aussi la formation des médecins hors des grands centres urbains et ont développé des facultés de médecine en région.

e) Nombre de médecins par 100 000 habitants au Québec et dans les provinces canadiennes

Les ratios « nombre de médecins/habitant » sont souvent utilisés pour la planification des ressources humaines. Bien que ces ratios soient des indicateurs utiles du changement dans le nombre de médecins par rapport à la population, on ne devrait pas, à partir du nombre ou du ratio de médecins, tirer de conclusions sur la pertinence des ressources offertes. Divers facteurs entrent en jeu pour déterminer si le nombre ou le ratio de médecins est approprié, notamment la répartition et le lieu de travail des médecins dans une région ou une province, l'organisation des services de santé, l'utilisation d'autres ressources professionnelles (infirmières cliniciennes, etc.), le type de médecin (omnipraticien, spécialiste), le niveau de service fourni (taux d'activité, temps plein ou temps partiel), l'âge et le sexe du médecin, l'accès de la population aux hôpitaux, aux installations de soins de santé, aux équipements de pointe et autres services de soins de santé, les besoins de la population (caractéristiques démographiques et problèmes de santé), ainsi que les perceptions et les attentes de la société.

Le tableau 3 présente le ratio (nombre de médecins par 100 000 habitants) au Québec et dans les provinces canadiennes pour la plus récente année de données disponibles, soit 2004.

Tableau 3

COMPARAISON INTERPROVINCIALE DU NOMBRE D'OMNIPRATICIENS ET DE SPÉCIALISTES PAR 100 000 HABITANTS, 2004

Province	Omnipraticiens	Spécialistes
Québec	106	108
Terre-Neuve	112	65
Île-du-Prince-Édouard	83	54
Nouvelle-Écosse	102	98
Nouveau-Brunswick	92	63
Ontario	85	95
Manitoba	94	88
Saskatchewan	93	59
Alberta	88	80
Colombie-Britannique	108	89
Yukon	166	13
Territoires du Nord-Ouest	58	32
Nunavut	25	0
Canada	95	93

Définitions utilisées :

- Omnipraticiens : Nombre d'omnipraticiens (y compris les spécialistes non diplômés) ou de médecins de famille (spécialistes de la médecine familiale et de la médecine familiale d'urgence) pour 100 000 habitants le 31 décembre de l'année de référence.
- Spécialistes : Nombre de spécialistes (spécialité fondée sur celle pour laquelle le diplôme est le plus récent) le 31 décembre de l'année de référence, pour 100 000 habitants. Les spécialités sont définies selon les spécialités certifiées les plus récentes (certification par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et/ou le Collège des médecins du Québec); les taux peuvent différer des autres sources de données provinciales ou territoriales sur les médecins, qui classifient ceux-ci selon leurs spécialités fonctionnelles ou d'autres critères.

Source : Institut canadien d'information sur la santé

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 71

Nombre de médecins formés et recrutés à l'étranger en 2005-2006.

RÉPONSE NO 71

En novembre 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la mise en place d'une équipe, Recrutement Santé Québec (RSQ), qui est devenue la porte d'entrée pour la très grande majorité des médecins détenteurs d'un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis qui souhaitent obtenir un permis restrictif pour exercer la médecine dans un établissement d'une région éloignée, intermédiaire ou périphérique. Jusqu'à maintenant, RSQ a reçu **753 demandes d'inscriptions et réalisé 173 parrainages** avec divers établissements. De plus, 25 candidats sont présentement en stage d'évaluation ou en attente d'un tel stage. Ainsi, plusieurs candidats pourraient débiter d'ici quelques mois leur pratique de la médecine au Québec.

En 2005, 20 permis restrictifs dit « cliniques » ont été émis par le Collège des médecins du Québec (CMQ).

Par ailleurs, il faut noter que les milieux universitaires recrutent aussi des médecins étrangers. Ces médecins que l'on nomme « médecins sélectionnés professeurs » sont recrutés pour de l'enseignement, de la recherche et de la clinique. Le recrutement de ces médecins n'est pas assujéti aux mêmes règles que ceux recrutés pour les milieux autres qu'universitaires. Le nombre de permis émis de médecins sélectionnés par le CMQ est de 42 en 2005.

Il faut noter que **386 médecins** pratiquent actuellement sous permis restrictif au Québec incluant 244 de « médecin sélectionné professeur » et 142 cliniciens dont 47 en régions périphériques, 41 en régions intermédiaires et 36 en régions éloignées.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 73

Nombre de médecins formés à l'étranger mais résidant au Québec ayant obtenu un permis d'exercice restrictif ou un permis régulier en 2005-2006.

RÉPONSE NO 73

Au cours des dernières années, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a mis en place diverses mesures afin d'aider les Québécois diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) à réussir les examens du Collège des médecins du Québec et à être admis en résidence. Ainsi, les admissions de DHCEU en résidence sont passées de 5 en 2002-2003 à 58 en 2005-2006.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 101

Liste de tous les centres ou cliniques de chirurgie à haut volume dans les établissements publics, en indiquant la spécialité de chacun. Indiquer également :

- a) nombre de chirurgies effectuées par centre en 2004-2005 et 2005-2006;
- b) budget consenti à chaque centre en 2004-2005 et 2005-2006;
- c) nombre de médecins pratiquant dans ces centres en 2004-2005 et 2005-2006.

RÉPONSE NO 101

Liste des centres de chirurgie cardiaque au Québec.

a. Nombre de chirurgies effectuées par centre en 2005-2006.

Source SGAS :

Cumulatif par centre en chirurgie cardiaque en 2005-2006

	Cumulatif en 2005-2006
Complexe hospitalier de la Sagamie	234
Hôpital Laval	1 682
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	377
Institut de cardiologie de Montréal	1 768
Hôpital Notre-Dame	389
Hôpital St-Luc	157
Hôtel-Dieu	436
Hôpital général de Montréal	294
Hôpital Royal Victoria	764
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	651
Hôpital du Sacré-Cœur	475
GRAND TOTAL :	7 227

Interventions comptabilisées pour les demandes réalisées : Valve, pontage coronarien, congénital adulte et transplantations cardiaques et autres cardiaques

a. Liste des centres identifiés à haut volume selon leur spécialité

Spécialité : Cataracte

Aucun centre ne fait un seul type de chirurgie . Voici pour l'année 2004-2005, les 4 centres les plus productifs soit ceux ayant fait plus de 3 000 chirurgies de la cataracte. (Les données validées pour les périodes # 12 et # 13 pour l'année 2005-2006 devraient être disponibles à la mi-mai seulement par conséquent, il nous est impossible de fournir les données de production pour l'année 2005-2006.)

RÉGION	ÉTABLISSEMENT	PRODUCTION EN 2004-2005
03	CHUQ (CHUL)	4 236
06	CH Ste-Mary	4 359
	HMR	3 706
15	CH St-Jérôme	3 082

Spécialité : Hanche

Aucun centre ne fait un seul type de chirurgie . Voici pour l'année 2004-2005, les 4 centres les plus productifs soit ceux ayant fait plus de 180 prothèses de hanche . (Les données validées pour les périodes # 12 et # 13 pour l'année 2005-2006 devraient être disponibles à la mi-mai seulement par conséquent, il nous est impossible de fournir les données de production pour l'année 2005-2006.)

RÉGION	ÉTABLISSEMENT	PRODUCTION EN 2004-2005
03	CHAUQ (Enfant-Jésus)	190
06	CH Jean-Talon	180
	HMR	242
	CH Général Juif	406

Spécialité : Genou

Aucun centre ne fait un seul type de chirurgie . Voici pour l'année 2004-2005, les 6 centres les plus productifs soit ceux ayant fait plus de prothèses de genou . (Les données validées pour les périodes # 12 et # 13 pour l'année 2005-2006 devraient être disponibles à la mi-mai seulement par conséquent, il nous est impossible de fournir les données de production pour l'année 2005-2006.)

RÉGION	ÉTABLISSEMENT	PRODUCTION EN 2004-2005
03	CHAUQ (Enfant-Jésus)	273
	CHUQ (St-François d'Assise)	212
04	CHRTR	213
06	CH Ste-Mary	242
	CH Général Juif	240
	CH Jean-Talon	216

b. Budget consenti à chaque centre en 2004-2004 et 2005-2006

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 106

Bilan de la situation des urgences au Québec en 2005-2006 au total, par région et par établissement selon tous les indicateurs suivis, comparaison avec celle en 2004-2005, notamment en ce qui a trait aux personnes sur civière, séjour de 48 heures ou plus, durée moyenne de séjour, taux moyen d'occupation, etc.).

RÉPONSE NO 106

Au Québec, 128 installations opèrent une urgence. La situation pour les 13 périodes de l'année ne sera disponible que vers la fin mai seulement. Actuellement, les informations couvrent les 12 premières périodes, soit jusqu'au 4 mars 2006. La source principale d'information est le registre des urgences pour 92 urgences. Des informations limitées sous forme d'image ponctuelle de la situation du matin sont recueillies chaque jour pour 18 urgences supplémentaires, portant à 114 le nombre d'urgences pour lesquelles nous disposons d'information.

Les principaux indicateurs suivis sont le taux de séjour de 48 heures ou plus et la durée moyenne de séjour (DMS) globale et en santé mentale. Des indicateurs complémentaires sont aussi suivis, tels que les indicateurs d'achalandage et d'hospitalisation par l'urgence.

Pour le bilan de la situation détaillée par établissement (ou installation) et par région, voir le tableau ci-joint « Situation des patients sur civière dans les urgences ».

ANALYSE DE LA SITUATION DU QUÉBEC.

Globalement, la situation d'encombrement des urgences du Québec a diminué.

- Le taux de séjour de 48 heures ou plus est passé de 5,8 % à 4,8 %; en pratique, cela représente 7952 personnes de moins qui ont séjourné 48 heures ou plus dans une urgence.
- La DMS globale est passée de 15,9 à 15,3 heures, soit une diminution de 3,87 %.
- La DMS en santé mentale est passée de 21,1 à 20,1 heures, soit une diminution de 4,87 %; elle demeure cependant très élevée, soit 4,8 heures de plus que la DMS globale.
- Le nombre de visites totales se situe à 2 401 660, soit une augmentation de l'ordre de 4,8 %.
- Le nombre de visites sur civière est de 915 369 (39,7 % des visites totales) et a progressé légèrement de 1 %.
- Le nombre d'arrivées par ambulances est demeuré stable et représente 40,3 % des visites, ce qui peut constituer un indicateur d'augmentation de la lourdeur.
- Le nombre de visites de personnes de 75 ans ou plus a augmenté de 1,9 % et constitue maintenant 11,5 % des visites vs 11,8 % en 2004-2005. De ce pourcentage, 21,8 % sont placés sur civière comparativement à 23 % en 2004-05. Les personnes âgées demeurant plus longtemps dans les urgences et sont davantage hospitalisées, cela représente un indice de lourdeur pour les urgences.
- Le nombre et le taux d'hospitalisations par l'urgence n'ont pas varié, ce qui peut démontrer une amélioration des services hors hôpital (ex : soins à domicile). Cependant, la DMS de cette clientèle a diminué de 1,1 % depuis un an.
- Le taux d'occupation est passé de 111 % à 95 %. Cet indicateur est la résultante de 3 variables, soit le nombre de visites, le nombre de civières et la DMS. Il est à noter que toutes ces variables peuvent avoir varié cette année, y compris le nombre de civières de certaines urgences. Il est donc difficile d'interpréter l'évolution de cet indicateur et c'est pourquoi il est peu utilisé par le CCNU comme indicateur d'amélioration.

ANALYSE DE LA SITUATION DES RÉGIONS QUI SONT AU NOMBRE DE 15 (LES RÉGIONS 10, 17 ET 18 NE SONT PAS SUIVIES).

Globalement, la situation de 87 % des régions est soit stable, soit améliorée par rapport à 67 % l'an passé.

- 12 régions démontrent une amélioration des indicateurs : Bas-St-Laurent (01), Saguenay-Lac-Saint-Jean (02), Mauricie et Centre-du-Québec (04) Estrie (05), Montréal (06), Abitibi-Témiscamingue (08), Côte-Nord (09), Chaudières-Appalaches (12), Laval (13), Lanaudière (14), Laurentides (15) et Montérégie (16). Parmi celles-ci, six régions ont atteint les cibles fixées lors des ententes de gestion soit les régions Saguenay-Lac-St-Jean (02), Mauricie et Centre-du-Québec (04), Estrie (05), Chaudières-Appalaches (12), Laval (13), Lanaudière (14).
- 1 région est relativement stable : Capitale nationale (03)
- 2 régions présentent une détérioration de leurs indicateurs : Outaouais (07) et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11).
- Les régions 06 et 16 ont maintenu leur taux de séjours de 48 heures sous la barre du 10 % soit 8,6% pour la région 06 et 5,7% pour la région 16
- Les régions 03, 06, 07 09 ont des DMS élevées (+20 h) en santé mentale; cependant les régions 01,04, 05, 06, 08, 14,15 et 16 ont diminué leur DMS, alors que les régions 02, 03, 09, 11 et 12 l'ont augmentée.
- 8 régions ont des taux d'occupation moyens en dessous de 100 %; les régions 06, 07, 09, 12, 14, 15 et 16 ont des taux d'occupation qui varient entre 102 et 151 %.

ANALYSE DE LA SITUATION DES INSTALLATIONS OU ÉTABLISSEMENTS QUI OPÈRENT UNE URGENGE, AU NOMBRE DE 92 AU REGISTRE.

Globalement, la situation s'est améliorée ou est demeurée stable pour près de 85% des urgences. On peut considérer qu'autour de 15 % seulement des urgences ont augmenté leur encombrement.

- Au niveau de la DMS globale et du pourcentage de séjour de 48 heures ou plus, 65 % des urgences ont amélioré leur performance au niveau de ces deux indicateurs.
- Au niveau de ces deux mêmes indicateurs, concernant la clientèle âgée de 75 ans ou plus, 67 % des urgences ont amélioré sensiblement leur performance.
- 53 % des urgences ont amélioré leur DMS en santé mentale.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 136

État de situation sur le Plan d'action en santé mentale.

RÉPONSE NO 136

Une consultation s'est déroulée à l'hiver 2005 sur un projet de plan d'action en santé mentale. Plus de 400 interlocuteurs ont été rencontrés. Les échanges ont permis de recevoir les points de vue, d'apporter des clarifications et d'initier l'implantation des changements.

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens* a été rendu public par le ministre M. Philippe Couillard et la ministre déléguée Mme Margaret Delisle, le 15 juin 2005.

Ce plan d'action s'adresse à toute la population, des mesures sont prévues pour améliorer les services destinés aux jeunes et aux adultes ayant un trouble mental, et des priorités ont été établies pour les personnes avec un risque suicidaire élevé. Le développement prioritaire de services de première ligne rapidement accessibles est à la base de ce plan.

Les membres de la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont présenté le Plan d'action lors de colloques, comités de travail, assemblée générale dans plus de 25 associations provinciales ou régionales.

Les ententes de gestion signées entre les Agences de santé et de services sociaux (ASSS) et le MSSS prennent en considération les cibles prioritaires du Plan d'action pour l'année 2006-2007.

Dans le cadre des ententes administratives, le MSSS a signifié aux agences qu'elles doivent :

- collaborer à la mise en place d'un outil de gestion conjoint (MSSS-Agences-CSSS) pour assurer le suivi annuel des cibles du Plan d'action (collecte d'information OASIS local) ;
- rendre compte de l'atteinte des objectifs de l'ensemble des cibles qui figurent au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens* ;
- voir à ce que sur chaque territoire de CSSS, soient établis des ententes et des mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté.

Les CSSS travaillent activement à préparer leur projet clinique en santé mentale en se référant aux priorités du Plan d'action et en mettant en œuvre les moyens pour concourir à l'atteinte de ces objectifs.

La Direction de la santé mentale a initié en collaboration avec les Direction des communications et Direction générale de la santé publique, des travaux pour mener une campagne d'information en santé mentale. Ceux-ci se poursuivront dans les prochains mois.

Une tournée d'implantation s'est déroulée dans tout le Québec de septembre à novembre 2005 et a permis de rencontrer plus de 800 personnes.

Les rencontres visaient à informer les agents multiplicateurs régionaux et locaux qui sont :

- des représentants des utilisateurs de services;
- des représentants des familles et des proches;
- des gestionnaires des CSSS;
- des chefs de département de psychiatrie;
- des médecins généralistes;
- des organismes communautaires.

Les 9 et 10 novembre 2005, le symposium « Un Plan d'action en santé mentale à l'heure du rétablissement » fut organisé conjointement par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cette activité de formation s'inscrit en complément aux informations données lors des rencontres régionales. Plus spécifiquement, ces journées visaient à : faire connaître le processus de rétablissement, promouvoir l'approche de soins partagés et faire connaître différents modèles organisationnels qui intègrent les principes du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*.

À cette occasion, les principaux partenaires en santé mentale de toutes les régions étaient conviés à développer une vision commune du processus de rétablissement chez l'individu affecté par des troubles mentaux. C'est dans la perspective globale d'offrir un continuum de services allant de la promotion/prévention aux services de 1^{re} ligne et aux services spécialisés que les activités mises de l'avant ont outillé plus de 300 décideurs, cliniciens et autres intervenants.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 143

Budget et dépenses du ministère et des agences à l'égard des sages-femmes. Indiquer nombre d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont accueilli des sages-femmes en 2005-2006 et financement accordé pour cette mesure.

RÉPONSE NO 143

Budget et dépenses du ministère et des agences à l'égard des sages-femmes.

Aucune dépense n'a été faite par le ministère et les agences à l'égard des sages-femmes par les établissements en dehors des budgets récurrents accordés aux maisons de naissances (CSSS concernés soit 7,000,000 \$).

Nombre d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont accueilli des sages-femmes en 2005-2006

2005-06 :

- Hôtel Dieu de Lévis (CSSS du Grand Littoral)
- Centre hospitalier de Lasalle (CSSS de l'Ouest de l'île)
- Hôpital général juif de Montréal (CSSS de la montagne)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CSSS – Institut gériatrique de Sherbrooke)

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 153

Concernant les services préhospitaliers d'urgence :

- a) moyenne des délais de réponse selon la priorité d'appel par région et total, pour les années 2004-2005 et 2005-2006;
- b) budget accordé par région et per capita et total pour 2004-2005 et 2005-2006, indiquer également budget consenti par titre d'emploi;
- c) nombre de techniciens ambulanciers et d'unités d'ambulances par région et total pour les années 2004-2005 et 2005-2006;
- d) nombre de transports ambulanciers par région et total, en indiquant type de transport (urgences ou interétablissement) et le type de soins (de base ou médicaux avancés) pour les années 2004-2005 et 2005-2006;
- e) couverture horaire assurée selon la zone ambulancière pour les années 2004-2005 et 2005-2006;
- f) budgets consentis à la formation des techniciens ambulanciers, par région et total, pour les années 2004-2005 et 2005-2006.

RÉPONSE NO 153 a

Méthodologie du calcul du temps-réponse

Le temps-réponse pour un transport ambulancier : c'est le délai entre l'heure de l'entrée de l'appel (en heure-minute) au centre de communication santé ou à la centrale de répartition et l'heure d'arrivée sur les lieux des techniciens ambulanciers (en heure-minute) pour les appels de la population.

Un appel de la population est un appel où le lieu de prise en charge du transport est l'un des suivants : résidence privée, établissement carcéral, cabinet privé de médecin, lieu public, lieu d'un accident de la route ou hors route, lieu d'un accident de travail ou hors province lorsqu'il n'y a pas d'établissement de prise en charge.

RÉPONSE NO 153 e

Au cours de l'année 2005-2006, il n'y a eu aucun changement significatif dans les horaires de travail des techniciens ambulanciers. On peut donc dire que la couverture horaire de l'année 2004-2005 est à toute fin pratique identique à celle de 2005-2006.

153 A) suite

Sommaire des temps de réponse moyens par région
Années 2004-2005 et 2005-2006

	Temps-réponse moyen		
	2004-2005	2005-2006	Commentaire pour 2005-2006
01 Bas-Saint-Laurent	01 8	01 6	Données de 10 périodes sur 13
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	01 9	02 1	Données de 11 périodes sur 13
03 Québec	01 8	01 7	Données de 10 périodes sur 13
04 Mauricie et Centre-du-Québec	02 0	02 0	Données de 12 périodes sur 13
05 Estrie	01 9	01 9	Données de 11 périodes sur 13
07 Outaouais	02 1	01 9	Données de 10 périodes sur 13
08 Abitibi-Témiscamingue	02 0	02 2	Données de 12 périodes sur 13
09 Côte-Nord	02 1	02 0	Données de 12 périodes sur 13
10 Nord-du-Québec	03 5	02 3	Données de 12 périodes sur 13
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	01 8	04 3	Données de 12 périodes sur 13
12 Chaudière-Appalaches	01 8	01 7	Données de 11 périodes sur 13
14 Lanaudière	01 6	01 8	Données de 12 périodes sur 13
15 Laurentides	02 0	02 3	Données de 11 périodes sur 13
16 Montérégie	01 7	01 8	Données de 11 périodes sur 13

NB 1 : Les temps de réponse sont calculés à partir de tous les appels de la population TOUTES PRIORITÉS CONFONDUES.

Les temps réponse spécifiques aux priorités 1 et 2 ne sont pas disponibles dans toutes les régions du Québec.

NB 2 : Les données relatives aux régions 06 et 13 ne sont pas disponibles dans la base de données actuelle.

153 B) suite**Budget par région et per capita
Années 2004-2005 et 2005-2006**

		Année 2004- 2005			Année 2005-2006		
01 Bas-Saint-Laurent	201974	14 921 502 \$	73,88 \$	201219	16 163 561 \$	80,33 \$	
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	277049	11 716 655 \$	42,29 \$	275457	11 963 063 \$	43,43 \$	
03 Québec	664203	22 521 772 \$	33,91 \$	667117	22 947 823 \$	34,40 \$	
04 Mauricie et Centre-du-Québec	484032	23 517 238 \$	48,59 \$	484308	23 815 256 \$	49,17 \$	
05 Estrie	298757	13 552 420 \$	45,36 \$	300942	13 828 766 \$	45,95 \$	
07 Outaouais	338252	12 643 728 \$	37,38 \$	342225	13 040 759 \$	38,11 \$	
08 Abitibi-Témiscamingue	144849	9 122 404 \$	62,98 \$	143821	9 510 640 \$	66,13 \$	
09 Côte-Nord	96416	8 607 867 \$	89,28 \$	95549	8 844 065 \$	92,56 \$	
10 Nord-du-Québec	15674	2 865 997 \$	182,85 \$	15341	2 996 486 \$	195,33 \$	
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	96296	12 157 728 \$	126,25 \$	95496	12 336 546 \$	129,18 \$	
12 Chaudière-Appalaches	362287	19 410 286 \$	53,58 \$	365623	19 890 277 \$	54,40 \$	
14 Lanaudière	411746	14 158 820 \$	34,39 \$	415830	14 678 595 \$	35,30 \$	
15 Laurentides	498266	19 205 199 \$	38,54 \$	505845	20 537 628 \$	40,60 \$	
16 Montérégie	1346998	40 875 190 \$	30,35 \$	1356331	42 741 797 \$	31,51 \$	
06 Montréal et 13 Laval	2235302	82 294 047 \$	36,82 \$	2248 184	83 293 454 \$	37,05 \$	

153C) suite

**Nombre de techniciens ambulanciers et de véhicules
Années 2003-2004-2004-2005**

Région	2003-2004		2004-2005	
	# de TA	# de véhicules	# de TA	# de véhicules
01 Bas-Saint-Laurent	222	32	159	33
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	166	22	164	25
03 Québec	428	39	311	46
04 Mauricie et Centre-du-Québec	338	40	330	48
05 Estrie	171	23	175	26
07 Outaouais	172	26	162	26
08 Abitibi-Témiscamingue	122	19	121	23
09 Côte-Nord	160	20	101	22
10 Nord-du-Québec	83	5	51	5
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	176	28	167	27
12 Chaudière-Appalaches	267	35	257	45
14 Lanaudière	338	31	280	33
15 Laurentides	320	36	303	39
16 Montérégie	54	85	561	86
Total	3017	441	3142	484
06 Montréal et 13 Laval	826	132	807	127

153D) suite

**Nombre de transports ambulanciers
Années 2003-2004 et 2004-2005**

	Transports 2003-2004		Transports 2004-2005		
	Transp. Pop.	Transp. Inter	Transp. Pop.	Transp. Inter	
01 Bas-Saint-Laurent	11925,0	4219,0	16144,0	4017,0	16448,0
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	15089,0	3081,0	18170,0	2982,0	19122,0
03 Québec	35287,0	8634,0	43921,0	8753,5	45706,0
04 Mauricie et Centre-du-Québec	30908,5	10182,5	41091,0	10008,0	41334,0
05 Estrie	17260,0	5154,0	22414,0	5071,0	22765,0
07 Outaouais	15088,5	3867,0	18955,5	4046,0	20164,0
08 Abitibi-Témiscamingue	7528,0	2827,0	10355,0	2834,5	10528,0
09 Côte-Nord	4867,0	2405,0	7266,0	2851,0	8073,0
10 Nord-du-Québec	555,5	474,0	1029,5	373,0	722,0
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	6738,5	3493,5	10232,0	3313,0	10187,0
12 Chaudière-Appalaches	18050,0	4624,0	22674,0	4337,0	23376,0
14 Lanaudière	20619,5	2614,5	23234,0	1808,0	23551,5
15 Laurentides	25800,5	5192,0	30992,5	4817,0	31953,0
16 Montérégie	72373,3	9650,0	82028,3	9961,0	86069,5
	282089,3			294827,0	
06 Montréal et 13 Laval		193172			195701,0
	282089,3			294827,0	

153 E) suite

Types d'horaire par zone
Année 2004-2005

Région	Code Zone de prise en charge	5/14	6/14	7/14	8/14	14/21	40 h
01 Bas-Saint-Laurent							
	101-1 Rimouski						01 2
	101-2 St-Fabien				0 01		
	102 - Mont-Joli			0 02			0 01
	103 - Matane			0 01			0 07
	115 - Amqui			0 01			0 04
	119 - Sayabec			0 01			
	313 - Trois-Pistoles			0 02			
	314 - Lac-des-Aigles				0 01		
	315 - Cabano			0 01			
	316 - Rivière-du-Loup			0 01			0 05
	317 - Saint-Pascal			0 01			
	318 - Rivière-Bleue			0 01			
	319 - Saint-Cyprien				0 01		
	321 - La Pocatière			0 02			
	341 - Dégelis			0 01			0 01
	344 - Saint-Alexandre						
Total 01 Bas-Saint-Laurent				01 4	0 04		02 9
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean							
	201 - Dolbeau		0 02				
	202 - Roberval		0 01				
	203 - Hébertville			0 02			
	204 - Alma			0 01			
	205 - Jonquière			0 01			0 05
	206 - Chicoutimi						

208 - Ville de la Baie	0 02			
211 - Normandin			0 01	
212 - Lac-Bouchette			0 01	
216 - Chicoutimi-Nord				
218 - Rivière-Éternité		0 01		
Chicoutimi Métro (205-206-216)				02 2

Total 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	0 05	0 05	0 02	02 7
---	-------------	-------------	-------------	-------------

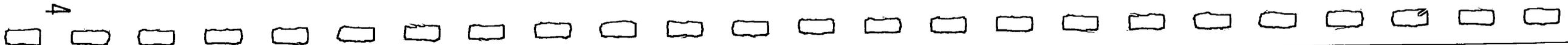
03 Québec

301 - Saint-Siméon			0 01	
302 - La Malbaie		0 02		
303 - Baie-Saint-Paul		0 02		
304 - Sainte-Anne-de-Beaupré		0 02		
310 - Saint-Raymond		0 02		
311 - Saint-Marc-des-Carières		0 01	0 01	0 02
312 - Donnacona		0 01		0 04
342 - L'Étape		0 01		
343 - Saint-Bernard-de-l'Île-aux-Coudres			0 01	
346 - Sainte-Catherine			0 01	
Québec métro				04 7

Total 03 Québec		01 1	0 04	05 3
------------------------	--	-------------	-------------	-------------

04 Mauricie et Centre-du-Québec

401 - La Tuque		0 02		
402 - Saint-Tite		0 02		
403 - Grand-Mère		0 01		0 04
404 - Shawinigan				01 0
405 - Saint-Paulin		0 01		
406 - Louiseville		0 01		0 05
409 - Sainte-Anne-de-la-Pérade		0 01		0 01
410 - Pierreville		0 01		
411 - Nicolet		0 01		0 01
412 - Bécancour		0 01		
413 - Manseau		0 01		
414 - Drummondville				01 0
415 - Victoriaville		0 01		0 07



	416 - Plessisville	0 02	0 01	
	478 - Trois-Rivières			02 2
Total 04 Mauricie et Centre-du-Québec		01 5	0 01	06 0
05 Estrie				
	501 - Sherbrooke			01 9
	502 - Windsor	0 01		
	503 - Asbestos	0 02		
	504 - East Angus	0 01		
	505 - Magog/Eastman			01 0
	506 - Stanstead	0 01		
	507 - Coaticook	0 02		
	508 - La Patrie		0 01	
	509 - Richmond	0 01		
	510 - Weedon	0 01		
	511 - Lac-Mégantic	0 02		
	512 - Valcourt	0 01		
	514 - Lambton		0 01	
Total 05 Estrie		01 2	0 02	02 9
07 Outaouais				
	701 - Fort-Coulonge		0 02	
	702 - Shawville	0 01		0 01
	703 - Aylmer			
	704 - Wakefield	0 01		
	705 - Hull			
	706 - Gatineau			
	707 - Buckingham	0 01		0 03
	708 - Papineauville	0 01		
	709 - Saint-André-Avellin	0 02		
	710 - Gracefield	0 01		
	711 - Notre-Dame-du-Laus		0 01	
	712 - Maniwaki	0 02		
	713 - Parc de la Vérendrye (Sud)	0 01		
	Gatineau métro (703-705-706)			01 8

Total 07 Outaouais		01 0	0 03	02 2
---------------------------	--	-------------	-------------	-------------

08 Abitibi-Témiscamingue

801 - Temiscaming			0 01	
802 - Ville-Marie		0 01		0 01
803 - Rouyn-Noranda		0 02		0 02
804 - La Sarre		0 01	000	0 03
805 - Amos		0 02		
806 - Val-d'Or		0 02		0 02
807 - Senneterre			0 01	
810 - Malartic		0 01		
811 - Notre-Dame-du-Nord			0 01	
812 - Parc de la Vérendrye (Nord)		0 01		
813 - Cadillac			0 01	
814 - Barraute			0 01	
820 - Belleterre			0 01	

Total 08 Abitibi-Témiscamingue		01 0	0 06	0 08
---------------------------------------	--	-------------	-------------	-------------

09 Côte-Nord

900 - Sacré-Coeur			0 01	
901 - Les Escoumins	0 01			
902 - Forestville		0 01	0 01	
903 - Baie-Comeau		0 02		0 02
904 - Manic-V		0 01		
905 - Baie-Trinité			0 01	
906 - Port-Cartier		0 01		0 01
907 - Sept-Îles		0 02		0 01
909 - Havre-Saint-Pierre		0 01	0 02	
912 - Blanc-Sablon			0 01	
914 - Fermont			0 01	
915 - Schefferville				0 01

Total 09 Côte-Nord	0 01	0 08	0 07	0 01	0 04
---------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

10 Nord-du-Québec

213 - Chibougamau		0 02		
-------------------	--	------	--	--

	219 - Parc-de-Chibougamau	0 01		
	808 - Lebel-sur-Quévillon		0 01	
	809 - Matagami-Joutel		0 01	
Total 10 Nord-du-Québec		0 03	0 02	

11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine

	104 - Sainte-Anne-des-Monts	0 02		0 02
	105 - Grande-Vallée	0 01	0 01	
	106 - Mont-Louis		0 01	
	107 - Percé		0 01	
	108 - Gaspé	0 03		
	110 - Grande-Rivière	0 03		
	111 - Pasbébiac	0 03		
	112 - Caplan-Richmond	0 01	0 00	
	113 - Maria	0 03		
	114 - Saint-Alexis		0 01	
	116 - Murdochville		0 01	
	117 - Pointe-à-la-Croix	0 01		
	118 - Cap-aux-Meules	0 02		

Total 11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine		0 1 9	0 0 5	0 0 2
---	--	--------------	--------------	--------------

12 Chaudière-Appalaches

	320 - Saint-Pamphile	0 01		
	322 - Saint-Fabien-de-Panet		0 01	
	323 - Saint-Jean-Port-Joli	0 01		0 01
	324 - Montmagny	0 01		0 04
	325 - Saint-Charles	0 01		
	326 - Lévis			0 1 3
	327 - Sainte-Marie	0 01		0 04
	328 - Lac-Etchemin	0 02		
	329 - Sainte-Claire	0 01		
	330 - Lotbinière	0 01		
	331 - Saint-Sylvestre		0 01	
	332 - Thetford Mines	0 01		0 05
	333 - Disraeli		0 01	
	334 - La Guadeloupe		0 01	

335 - Saint-Gédéon		0 01	
336 - Saint-Georges	0 01		0 07
337 - Beauceville	0 02	0 01	
339 - Saint-Flavien	0 01		0 01
340 - Armagh	0 01		
Total 12 Chaudière-Appalaches	01 5	0 06	03 6

14 Lanaudière

625 - Mascouche 1			01 0
631 - Saint-Donat	0 01		
633 - Ville-des-Laurentides	0 01		0 03
634 - Repentigny			01 0
635 - Berthierville	0 01		0 01
636 - Joliette			01 1
637 - Rawdon			0 07
638 - Saint-Gabriel	0 01		0 01
639 - Saint-Jean-de-Matha			0 04
640 - Saint-Michel-des-Saints	0 01		

Total 14 Lanaudière	0 05		04 6
----------------------------	-------------	--	-------------

15 Laurentides

620 - Saint-Eustache			0 08
621 - Oka	0 01		
621A - Kanesatake		0 01	
622 - Lachute	0 01		0 02
623 - Grenville	0 01		0 01
624 - Sainte-Thérèse			0 09
626 - Saint-Jérôme			01 1
627 - Mirabel	0 01		0 03
628 - Sainte-Adèle			0 07
629 - Sainte-Agathe-des-Monts			0 08
630 - Saint-Jovite			0 07
632 - Labelle	0 01		
641 - L'Annonciation	0 02		
642 - Ferme-Neuve	0 01		
643 - Mont-Laurier			0 08

153 F) suite

Budgets consentis à la formation des techniciens ambulanciers

Années 2004-2005 et 2005-2006

01 Bas-Saint-Laurent	150 844,00 \$	138 318,00 \$
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	185 000,00 \$	188 645,00 \$
03 Québec	125 000,00 \$	75 865,00 \$
04 Mauricie et Centre-du-Québec	300 224,00 \$	197 138,00 \$
05 Estrie	210 000,00 \$	126 000,00 \$
07 Outaouais	124 636,00 \$	207 091,00 \$
08 Abitibi-Témiscamingue	356 000,00 \$	288 013,00 \$
09 Côte-Nord	231 919,60 \$	167 989,00 \$
10 Nord-du-Québec	90 000,00 \$	91 773,00 \$
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	199 507,62 \$	165 142,00 \$
12 Chaudière-Appalaches	125 000,00 \$	127 463,00 \$
14 Lanaudière	240 555,00 \$	160 000,00 \$
15 Laurentides	182 500,00 \$	186 095,00 \$
16 Montérégie	200 704,00 \$	204 000,00 \$
06 Montréal et 13 Laval	1 000 000,00 \$	1 000 000,00 \$

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 155

Budget et dépenses consentis pour la formation de base de la population en général pour le secourisme et les premiers répondants par région et total pour les années 2004-2005 et 2005-2006.

RÉPONSE NO 155

Aucune somme n'a été allouée pour la formation de base de la population en général pour le secourisme pour les exercices financiers 2003-2004 et 2004-2005.

Pour ce qui est de la formation des premiers répondants, les sommes engagées sous cette rubrique visent surtout l'implantation et le maintien des compétences. En 2003-2004, aucun montant n'a été alloué. En 2004-2005, seules les Agences de la santé et des services sociaux de Chaudières-Appalaches (19 000 \$) et du Bas-Saint-Laurent (6 800 \$) ont attribué des sommes à cet effet.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 159

Budget consenti aux maisons de soins palliatifs par région et total pour 2005-2006.

RÉPONSE NO 159

Répartition des budgets de développement 2005-2006 pour les maisons de soins palliatifs tel qu'obtenus des Agences.

Région	Budgets de développement
RSS 01	---
RSS 02	---
RSS 03	---
RSS 04	75 000\$
RSS 05	---
RSS 06	---
RSS 07	---
RSS 08	76 376,00 \$
RSS 09	28 300,00 \$
RSS 10	---
RSS 11	29 754,00 \$
RSS 12	---
RSS 13	30 000,00 \$
RSS 14	---
RSS 15	375 000,00 \$
RSS 16	435 000,00 \$
Total provincial :	1 049 430,00 \$

Les données de ce tableau proviennent d'estimations fournies par les Agences.
* N'inclut pas les sommes versées à même le budget discrétionnaire.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 170

Bilan de l'informatisation du réseau de la santé et évaluation des coûts liés à la mise à niveau de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Question 170

Bilan de l'informatisation du réseau de la santé et évaluation des coûts liés à la mise à niveau de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

Un bilan de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux a été produit dans le cadre des travaux pour le plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ce bilan apparaît dans le document « Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux – Présentation générale » publié en mars 2004. Le bilan faisant référence à une période antérieure assez longue, il demeure d'actualité. D'une manière générale, on y note un développement assez fort des systèmes administratifs, moyen au niveau du volet médico-administratif et faible au niveau du volet clinique. L'intégration entre les différents systèmes est faible.

Au chapitre des coûts liés à l'informatisation, les montants évoqués pour la réalisation du plan d'informatisation dans son ensemble, étaient de l'ordre 2 milliards de dollars sur un horizon de dix ans.

Une première vague d'investissements dans les services collectifs encadrant l'informatisation du réseau et soutenant l'interopérabilité des systèmes a récemment été approuvée par le gouvernement. Il s'agit de projets d'une valeur de 547 M\$ qui seront réalisés de 2006-2007 à 2009-2010. On compte des projets de registres des usagers et des intervenants, de dossier de santé électronique, de télésanté, de surveillance et protection des maladies infectieuses en santé publique, des systèmes d'information sur les médicaments, sur les résultats de laboratoire et d'imagerie diagnostique et un réseau des services intégrés pour les personnes âgées. Ces projets profiteront d'une contribution financière d'Inforoute Santé du Canada de l'ordre de 300 M\$.

D'autre part, chaque région a produit un plan d'informatisation régional qui établit les priorités et coordonne les initiatives avec le plan provincial. Ainsi, à l'échelle régionale et locale, les agences et les établissements poursuivent les initiatives en ressources informationnelles, dans la mesure de la disponibilité des crédits. Afin de soutenir ces initiatives, le MSSS a constitué le Fonds RLS qui a contribué à financer un total de 63 M\$ de projets en soutien à une première phase de mise en place des réseaux locaux de services.

QUESTION NO 173

Études, analyses, recommandations effectuées par le MSSS ou commandées par celui-ci depuis 2003 sur la construction des hôpitaux universitaires.

RÉPONSE NO 173

- Rapport de la Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill.
Soins, enseignement, recherche au cœur de la Cité.
Brian Mulroney - Daniel Johnson - avril 2004
- Avis au ministre de la Santé et des Services sociaux concernant les projets du CHUM au site Outremont et au 1000 Saint-Denis.
Daniel Johnson - Marcel Villeneuve - décembre 2004
- Rapport Couture Saint-Pierre - Analyse de deux propositions concernant l'implantation du futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et/ou d'une technopole de la santé et du savoir à Montréal.
Armand Couture - Guy Saint-Pierre - 2 février 2005

Ces deux rapports sont disponibles dans le site Internet du MSSS.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 179

Bilan des investissements et actions posées à la suite du Forum des générations.

RÉPONSE NO 179

Le président du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, monsieur L. Jacques Ménard, a déposé le rapport de son Comité, le 22 juillet 2005. Celui-ci a également entrepris à l'automne 2005 une tournée d'information et d'échanges à travers le Québec (vingt-quatre rencontres d'information auprès des auditoires diversifiés : dirigeants d'établissements de la santé et des services sociaux, professionnels de la santé, milieux d'affaires, milieux associatifs, regroupements de jeunes, etc.).

Rappelons que plusieurs des avenues de solution mises de l'avant par le Comité ont été reprises dans le document de consultation du gouvernement intitulé « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité » (mise en place d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, création, d'un « compte santé - services sociaux », etc.).

Une équipe de la Direction générale de la santé publique travaille présentement à l'élaboration d'un *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*, en réponse au rapport Perrault.

Plusieurs ministères collaborent présentement à ces travaux :

- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport;
- Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine;
- Ministère des Affaires municipales et des Régions;
- Ministère des Transports;
- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec;
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale;
- Secrétariat à la jeunesse.

Autres collaborateurs :

- Office de la protection du consommateur;
- Institut national de santé publique du Québec.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 188

Budget et dépenses consentis aux personnes stomisées. Indiquer coût des produits nécessaires par personne, par année, et montant forfaitaire payé par le gouvernement par personne, par année, en 2005-2006.

RÉPONSE NO 188

Le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents a été confié à la Régie de l'Assurance maladie du Québec à la suite d'une décision gouvernementale (décret # 780-81 modifié par le décret # 1383-91). Le programme consiste à verser une allocation de 600 \$ par année à toute personne ayant subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente. Selon les modalités du programme, la première demande de remboursement doit être accompagnée d'un certificat médical attestant le caractère définitif de l'intervention. La RAMQ verse alors, puis à la date anniversaire de la chirurgie, le montant compensatoire de 600 dollars par stomie permanente en remboursement des frais d'achat ou de remplacement des appareils et accessoires que nécessite la condition de stomisé.

L'Association canadienne pour la stomothérapie signale que le coût moyen des fournitures pour une personne stomisée est annuellement de 1 100 \$ pour une colostomie, de 1 400 \$ pour une urostomie et de 1 600 \$ pour une iléostomie. Le programme actuel ne rembourse donc qu'entre 38% et 55 % du coût véritable des fournitures. Dans le cas de bénéficiaires de l'assistance-emploi cependant, l'excédent du montant compensatoire est remboursé.

Depuis les débuts du programme, le nombre de personnes couvertes par le programme fluctue peu annuellement. Il y a environ 1 000 personnes qui reçoivent chaque année ce type d'intervention chirurgicale. En 2005 environ 10 000 personnes stomisées permanentes ont reçu le montant forfaitaire prévu au programme pour un budget total de 6,5 millions de dollars.

Le MSSS investira un montant additionnel de 1M \$ récurrent à partir de 2006-2007 à ce programme confié à la RAMQ.

ÉTUDE DES CRÉDITS 2006-2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Réponses aux questions particulières - Santé -

QUESTION NO 190

État de situation sur le dossier du préhospitalier d'urgence.

RÉPONSE NO 190

Le système pré hospitalier d'urgence représente une composante essentielle à l'accès aux services de santé pour la population québécoise. Il englobe l'ensemble des éléments, des intervenants et des actions posées depuis l'événement de détresse (accident de la route, arrêt cardiorespiratoire, etc.) et se termine lorsque la personne est prise en charge par un établissement hospitalier. Les données les plus récentes (2004-2005) en matière de services pré hospitaliers d'urgence indiquent qu'ils ont répondu à un nombre d'appels estimé à 820 000 annuellement. De ce nombre, ils ont effectué 555 700 transports dont environ 378 000 (68 %) proviennent de la communauté et près de 178 000 (32 %) des établissements du réseau de la santé.

Les entreprises et les effectifs :

140 entreprises dispensent des services ambulanciers sur le territoire québécois. Nous retrouvons trois types d'entreprises, soit :

- des entreprises du secteur public, soit la Corporation d'Urgences-santé et quelques municipalités ;
- des coopératives ;
- des entreprises privées à but lucratif ou non.

En terme d'effectifs ambulanciers, le Québec compte approximativement :

- quelque 611 ambulances sur les 190 zones ambulancières délimitant le territoire québécois ;
- près de 4 000 techniciens ambulanciers, dont plus de 800 œuvrent à la Corporation d'urgences-santé qui dessert les territoires de Montréal et Laval.

En ce qui concerne les premiers répondants, il y a quelque 2 600 personnes formées à cette fin, réparties dans 178 municipalités (15 % des entités municipales du Québec) et servant plus de 960 000 citoyens (12 % de la population).

Le financement :

Le système pré hospitalier d'urgence est financé, en grande partie, par l'État. En 2005-2006, les dépenses brutes imputables aux services pré hospitaliers d'urgence se chiffraient à 316,6 M\$ (par rapport à 308,2 M\$ en 2004-2005) et dont le financement était assuré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (56 %), la Société de l'assurance automobile du Québec (16 %) et environ 28 % en provenance, notamment, du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, de la CSST, des assureurs privés et des usagers. En 2006-2007, un budget de 320,7 M\$ est prévu.

La Loi sur les services pré hospitaliers d'urgence et la gouvernance :

À la suite des travaux du Comité sur la révision des services pré hospitaliers d'urgence (Dicaire), le milieu a vu se concrétiser un projet législatif par l'adoption d'une loi en décembre 2002. En 2005, le Vérificateur général du Québec a souhaité constater les améliorations apportées au système pré hospitalier depuis son rapport de 1998. Faisant suite aux nouvelles recommandations du VG, le Ministère a fait connaître ses engagements par le dépôt d'un plan d'action dont voici les points saillants :

- **le système d'information de gestion des services pré hospitaliers d'urgence :** Développement d'indicateurs portant sur les aspects cliniques, opérationnels et de gestion. Ceci permettra de mieux suivre l'évolution de la qualité des services. À cette fin, l'implantation des centres de communication santé (CCS) sera priorisée et complétée puisque ceux-ci constituent la principale source de gestion opérationnelle et de documentation des activités ;
- **les services de premiers répondants :** Intensification des efforts pour étendre ce service à l'ensemble du territoire québécois ;
- **la mise en vigueur du registre des techniciens ambulanciers :** Outil permettant de gérer la qualité des services par le monitoring des compétences des techniciens ambulanciers et de la provision de la formation requise assurant le droit de pratique des techniciens ;
- **la reddition de comptes des entreprises :** Renforcer des exigences concernant l'imputabilité des entreprises face à la qualité des services rendus. L'introduction de clauses spécifiques dans le contrat d'entreprise à cette fin ;
- **temps de réponse :** Précision des attentes à l'égard des performances des différents services constituant la chaîne d'intervention pré hospitalière. Le Ministère va statuer sur les cibles attendues de temps de réponse.

Les centres de communication santé (CCS) :

L'implantation des centres de communication santé est la pierre angulaire et un préalable à la mise en place complète de la nouvelle organisation souhaitée. À ce jour, il existe 7 CCS créés en vertu de la Loi sur les services pré hospitaliers d'urgence. Un 8^e a été autorisé par le ministre en 2005-2006 en Abitibi-Témiscamingue. Ceci portera à 83 % la proportion de la population couverte par ces services. Enfin, la création de deux autres CCS (Outaouais et Lanaudière-Laurentides) permettra à moyen terme de parachever le réseau pré hospitalier de traitement des appels (10 centres à terme).

- la consolidation du transport sanitaire aérien par la mise en place d'une navette multi patient a débuté; les opérations du transporteur privé ont cours depuis 2004 ;

- la définition du contenu minimal du contrat de service (rôles et obligations, paramètres et règles de financement, mécanismes de reddition de compte, article 3, 13^o) liant les entreprises ambulancières et les agences de la santé et des services sociaux a été achevée. Le premier contrat couvrira la période allant du 1^{er} septembre 2003 au 31 mars 2006 ;
- l'instauration de travaux conjoints avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour la mise sur pied d'un programme d'études collégiales en technique ambulancière pour septembre 2007 ;
- la mise sur pied d'un comité de travail interdisciplinaire pour étudier la question des soins avancés et développer des protocoles spécifiques pouvant être délégués aux techniciens ambulanciers. Ainsi, le comité a recommandé de nouveaux protocoles de soins primaires pour les 7 situations suivantes :
 - convulsions persistantes ou répétitives ;
 - intoxication volontaire ou involontaire ;
 - électrocardiogramme (ECG) 12 dérivations ;
 - analgésie / gestion de la douleur ;
 - dyspnée d'origine cardiaque probable ;
 - obstruction des voies respiratoires par corps étranger (OVRCE) ;
 - douleur thoracique ;

L'implantation et la consolidation des services pré hospitaliers d'urgence, au cours des trois prochaines années et en fonction des ressources disponibles, se feront autour des priorités suivantes :

- consolidation et implantation des centres de communication santé (continu, pour finalisation en 2006- 2007) ;
- finalisation des orientations en matière de déploiement des premiers répondants ;
- consolidation des horaires de travail des techniciens ambulanciers en lien avec la demande de service observée ;
- développement et implantation d'un système d'information de gestion (d'ici 2007-2008) ;
- inscription de candidats au DEC en technique ambulancière dès septembre 2006 ;
- adoption et mise en application des protocoles de soins primaires décrits plus haut et élaboration de protocoles de soins avancés.

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

SUJET : Services préhospitaliers d'urgence

PROBLÉMATIQUE (Rappel des faits et enjeux)

Le système préhospitalier d'urgence représente une composante essentielle à l'accès aux services de santé pour la population québécoise. Il englobe l'ensemble des éléments, des intervenants et des actions posées depuis l'événement de détresse (accident de la route, arrêt cardiorespiratoire, etc.) et se termine lorsque la personne est prise en charge par un établissement hospitalier. Les données les plus récentes (2004-2005) en matière de services préhospitaliers d'urgence indiquent qu'ils ont répondu à un nombre d'appels estimé à 820 000 annuellement. De ce nombre, ils ont effectué 555 700 transports dont environ 378 000 (68 %) proviennent de la communauté et près de 178 000 (32 %) des établissements du réseau de la santé.

Les entreprises et les effectifs :

140 entreprises dispensent des services ambulanciers sur le territoire québécois. Nous retrouvons trois types d'entreprises, soit :

- des entreprises du secteur public, soit la Corporation d'Urgences-santé et quelques municipalités ;
- des coopératives ;
- des entreprises privées à but lucratif ou non.

En terme d'effectifs ambulanciers, le Québec compte approximativement :

- quelque 611 ambulances sur les 190 zones ambulancières délimitant le territoire québécois ;
- près de 4 000 techniciens ambulanciers, dont plus de 800 œuvrent à la Corporation d'urgences-santé qui dessert les territoires de Montréal et Laval.

En ce qui concerne les premiers répondants, il y a quelque 2 600 personnes formées à cette fin, réparties dans 178 municipalités (15 % des entités municipales du Québec) et servant plus de 960 000 citoyens (12 % de la population).

Le financement :

Le système préhospitalier d'urgence est financé, en grande partie, par l'État. En 2005-2006, les dépenses brutes imputables aux services préhospitaliers d'urgence se chiffraient à 316,6 M\$ (par rapport à 308,2 M\$ en 2004-2005) et dont le financement était assuré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (56 %), la Société de l'assurance automobile du Québec (16 %) et environ 28 % en provenance, notamment, du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, de la CSST, des assureurs privés et des usagers. En 2006-2007, un budget de 320,7 M\$ est prévu.

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et la gouvernance :

À la suite des travaux du Comité sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (Dicaire), le milieu a vu se concrétiser un projet législatif par l'adoption d'une loi en décembre 2002. En 2005, le Vérificateur général du Québec a souhaité constater les améliorations apportées au système préhospitalier depuis son rapport de 1998. Faisant suite aux nouvelles recommandations du VG, le Ministère a fait connaître ses engagements par le dépôt d'un plan d'action dont voici les points saillants :

- **le système d'information de gestion des services préhospitaliers d'urgence :** Développement d'indicateurs portant sur les aspects cliniques, opérationnels et de gestion. Ceci permettra de mieux suivre l'évolution de la qualité des services. À cette fin, l'implantation des centres de communication santé (CCS) sera priorisée et complétée puisque ceux-ci constituent la principale source de gestion opérationnelle et de documentation des activités ;
- **les services de premiers répondants :** Intensification des efforts pour étendre ce service à l'ensemble du territoire québécois ;
- **la mise en vigueur du registre des techniciens ambulanciers :** Outil permettant de gérer la qualité des services par le monitoring des compétences des techniciens ambulanciers et de la provision de la formation requise assurant le droit de pratique des techniciens ;
- **la reddition de comptes des entreprises :** Renforcer des exigences concernant l'imputabilité des entreprises face à la qualité des services rendus. L'introduction de clauses spécifiques dans le contrat d'entreprise à cette fin ;
- **temps de réponse :** Précision des attentes à l'égard des performances des différents services constituant la chaîne d'intervention préhospitalière. Le Ministère va statuer sur les cibles attendues de temps de réponse.

Les centres de communication santé (CCS) :

L'implantation des centres de communication santé est la pierre angulaire et un préalable à la mise en place complète de la nouvelle organisation souhaitée. À ce jour, il existe 7 CCS créés en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Un 8^e a été autorisé par le ministre en 2005-2006 en Abitibi-Témiscamingue. Ceci portera à 83 % la proportion de la population couverte par ces services. Enfin, la création de deux autres CCS (Outaouais et Lanaudière-Laurentides) permettra à moyen terme de parachever le réseau préhospitalier de traitement des appels (10 centres à terme).

ÉTAPES FRANCHIES

- la consolidation du transport sanitaire aérien par la mise en place d'une navette multipatient a débuté; les opérations du transporteur privé ont cours depuis 2004 ;
- la définition du contenu minimal du contrat de service (rôles et obligations, paramètres et règles de financement, mécanismes de reddition de compte, article 3, 13^e) liant les entreprises ambulancières et les agences de la santé et des services sociaux a été achevée. Le premier contrat couvrira la période allant du 1^{er} septembre 2003 au 31 mars 2006 ;
- l'instauration de travaux conjoints avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour la mise sur pied d'un programme d'études collégiales en technique ambulancière pour septembre 2007 ;
- la mise sur pied d'un comité de travail interdisciplinaire pour étudier la question des soins avancés et développer des protocoles spécifiques pouvant être délégués aux techniciens ambulanciers. Ainsi, le comité a recommandé de nouveaux protocoles de soins primaires pour les 7 situations suivantes :
 - convulsions persistantes ou répétitives ;
 - intoxication volontaire ou involontaire ;
 - électrocardiogramme (ECG) 12 dérivations ;
 - analgésie / gestion de la douleur ;
 - dyspnée d'origine cardiaque probable ;
 - obstruction des voies respiratoires par corps étranger (OVRCE) ;
 - douleur thoracique ;

ÉTAPES À VENIR

L'implantation et la consolidation des services préhospitaliers d'urgence, au cours des trois prochaines années et en fonction des ressources disponibles, se feront autour des priorités suivantes :

- consolidation et implantation des centres de communication santé (continu, pour finalisation en 2006- 2007) ;
- finalisation des orientations en matière de déploiement des premiers répondants ;
- consolidation des horaires de travail des techniciens ambulanciers en lien avec la demande de service observée ;
- développement et implantation d'un système d'information de gestion (d'ici 2007-2008) ;
- inscription de candidats au DEC en technique ambulancière dès septembre 2006 ;
- adoption et mise en application des protocoles de soins primaires décrits plus haut et élaboration de protocoles de soins avancés.

INTERVENTIONS MINISTÉRIELLES OU GOUVERNEMENTALES SUGGÉRÉES

Michel A. Bureau, directeur général

Date